

Faktencheck Gesundheit

Knieoperationen (Endoprothetik) – Regionale Unterschiede und ihre Einflussfaktoren



Faktencheck Gesundheit

Knieoperationen (Endoprothetik) – Regionale Unterschiede und ihre Einflussfaktoren

Zusammenfassung einer Studie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (DGOOC) im Auftrag der Bertelsmann Stiftung, basierend auf Daten der AOK

Autorinnen und Autoren

Prof. Dr. med. Christian Lüring (Universitätsklinikum Aachen)

Prof. Dr. med. Fritz-Uwe Niethard (Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V.)

Prof. Dr. med. Klaus-Peter Günther (Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden)

Prof. Dr. med. Torsten Schäfer, MPH (Dermatologische Praxis, Immenstadt)

Franziska Hannemann, MPH (Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden)

Dr. rer. nat. Ron Pritzkeleit, Dipl.-Geograph (Krebsregister Schleswig-Holstein)

Werner Maier, MPH, EMPH, Dipl.-Geograph (Helmholtz Zentrum München - Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt, Neuherberg)

Priv.-Doz. Dr. med. Stephan Kirschner, MBA (Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden)

Gutachterinnen und Gutachter

Prof. Dr. Eva-Maria Bitzer (Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie, ISEG und Pädagogische Hochschule Freiburg)

Prof. Dr. med. Jean-François Chenot, MPH (Universität Greifswald)

Jürgen Malzahn (AOK Bundesverband)

Cordula Mühr (Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen)

Soweit personenbezogene Bezeichnungen in männlicher Form aufgeführt sind, beziehen sie sich auf beide Geschlechter in gleicher Weise.

Inhalt

1	Ergebnisse im Überblick	5
2	Häufigkeit und Häufigkeitsentwicklung	6
3	Regionale Unterschiede bei Kniegelenkersatz-Operationen	7
3.1	Unterschiede auf Ebene der Bundesländer	7
3.2	Unterschiede auf Kreisebene	8
3.2.1	Erstmalige Kniegelenkersatz-Operationen	8
3.2.2	Erneute Knieoperationen	9
3.3	Einflussfaktoren und mögliche Ursachen der regionalen Unterschiede	11
3.3.1	Arthroserate	11
3.3.2	Dichte an Fachärzten für Orthopädie	12
3.3.3	Einfluss der sozio-ökonomischen Lage einer Region	13
3.3.4	Einfluss des städtischen bzw. ländlichen Charakters der Region	15
3.3.5	Zusammenfassung der Einflussfaktoren	15
4	Häufigkeit und Verteilung von Kniegelenk-Spiegelungen (Arthroskopien)	17
5	Verbesserungsansätze und Handlungsempfehlungen	19
6	Quellen, Datengrundlage und Methodik	21
7	Vorstellung der Autorinnen und Autoren	22
8	Vorstellung der Gutachterinnen und Gutachter	24
9	Das Projekt „Faktencheck Gesundheit“	25
	Impressum	28

1 Ergebnisse im Überblick

Der Faktencheck Knieoperationen zeigt deutliche regionale Unterschiede bei der Häufigkeit von Kniegelenkersatz-Operationen, von Folgeoperationen (Revisionen) nach vorherigem Kniegelenkersatz und von Gelenkspiegelungen (Arthroskopien), jeweils bezogen auf 100.000 Einwohner einer Region.

- Bei Kniegelenkersatz-Operationen, Folgeoperationen und Arthroskopien gibt es z. T. erhebliche regionale Unterschiede: Auf der Ebene der Bundesländer unterscheidet sich die Rate der Kniegelenkersatz-Operationen um das 1,8-Fache, auf der Ebene der Kreise um das Dreifache, bezogen nur auf Männer sogar um das Vierfache. Bei der Häufigkeit von Folgeoperationen gibt es Unterschiede bis zum Fünffachen, bei Arthroskopien bis zum 65-Fachen.
- Patienten im Südosten Deutschlands erhalten im Verhältnis fast doppelt so häufig ein neues Kniegelenk wie Patienten im Nordosten.
- In allen drei Bereichen der Faktencheck-Untersuchung (Kniegelenkersatz, Folgeeingriff, Arthroskopie) wird ein geographischer Korridor von Nordwest nach Südost deutlich, in dem eine überdurchschnittlich hohe Häufigkeit dieser Eingriffe zu beobachten ist.
- Patienten, die in Regionen mit guter sozio-ökonomischer Lage wohnen, werden im Verhältnis deutlich häufiger operiert als andere aus weniger wohlhabenden Regionen.
- In städtischen Regionen ist die Operationsrate pro 100.000 Einwohner geringer als in ländlichen Gebieten.
- Folgeeingriffe nach Kniegelenkersatz sind sehr häufig, nehmen stark zu und weisen große regionale Unterschiede auf.
- Durch Arthroskopien wird die Zahl späterer Kniegelenkersatz-Operationen anscheinend nicht verringert.
- Die analysierten Daten zeigen, dass es in Deutschland erhebliche Unterschiede in der Versorgungshäufigkeit bei Eingriffen am Knie gibt.

Die deutlichen Unterschiede lassen zwei Vermutungen zu:

- In sozio-ökonomisch schwächeren Regionen (z. B. Nordosten Deutschlands) gibt es eine Unterversorgung und eventuell auch eine geringere Nachfrage der Patienten, in wohlhabenden Regionen (z. B. Bayern) eine Überversorgung und möglicherweise stärkere Nachfrage.
- Angesichts dieser Unterschiede ist die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung kritisch zu hinterfragen. Weitere Analysen sind erforderlich, um jeweilige regionale Einflussfaktoren und Verbesserungsmöglichkeiten zu ermitteln.

2 Häufigkeit und Häufigkeitsentwicklung

Im Jahr 2009 erreichte die Rate der Kniegelenkersatz-Operationen, bezogen auf 100.000 Einwohner, deutschlandweit ihren bisherigen Höhepunkt; seither ist sie leicht gesunken.

Die Rate der Kniegelenk-Erstoperationen stieg von 112,5 Operationen pro 100.000 Einwohner im Jahr 2005 auf 133,7 im Jahr 2009. Danach sank sie geringfügig auf 129,5 im Jahr 2011. Unterschiedliche Altersstrukturen in den Bundesländern wurden rechnerisch ausgeglichen. Die Entwicklung der altersstandardisierten Raten zeigt Tabelle 1 auf Seite 8.

Da sowohl Alter als auch Übergewicht Arthrose begünstigen, sind künftig vermutlich mehr Gelenkbeschwerden zu erwarten. Das Alter hat jedoch einen geringeren Einfluss auf die Entwicklung der Operationshäufigkeit als bisher angenommen; insofern sind präzise Prognosen über die zukünftige Entwicklung eher schwierig. Besonders in Regionen mit einer hohen Rate an Erstoperationen ist in den nächsten Jahren mit weiter zunehmenden Folgeoperationen zu rechnen.

Internationaler Vergleich

Im aktuellen OECD-Report nimmt Deutschland mit 213 Kniegelenkersatz-Operationen pro 100.000 Einwohner einen Spitzenplatz ein. Da die Raten nicht altersstandardisiert sind und Einschlusskriterien sowie Kodiersysteme uneinheitlich sind, ist die Aussagekraft jedoch begrenzt; die Zahlen sind mit der obigen altersstandardisierten Rate kaum vergleichbar. Dennoch zeigt sich im internationalen Vergleich ein hohes Versorgungsniveau in Deutschland. Eine hohe Kniegelenkersatz-Operationsrate scheint stärker mit der wirtschaftlichen Lage eines Landes zusammenzuhängen als mit Risikofaktoren und Bedarf. So finden sich z. B. in der Schweiz sowie in Luxemburg, Belgien, Österreich, Deutschland und Finnland hohe altersstandardisierte Raten, während in Portugal, Ungarn und Slowenien die altersstandardisierte Rate nur etwa ein Viertel der deutschen Rate ausmacht (dePina et al. Epidemiology and Variability of Orthopaedic Procedures Worldwide, 2011).

Mögliche Erklärungen für das hohe Versorgungsniveau in Deutschland sind relativ gut ausgebaute Versorgungsstrukturen und eine relativ schnelle Anpassung der medizinischen Versorgung an den neuesten Forschungsstand. Eine weitere Ursache kann im recht hohen Informations-, Erwartungs- und Anspruchsniveau der Bevölkerung vermutet werden.

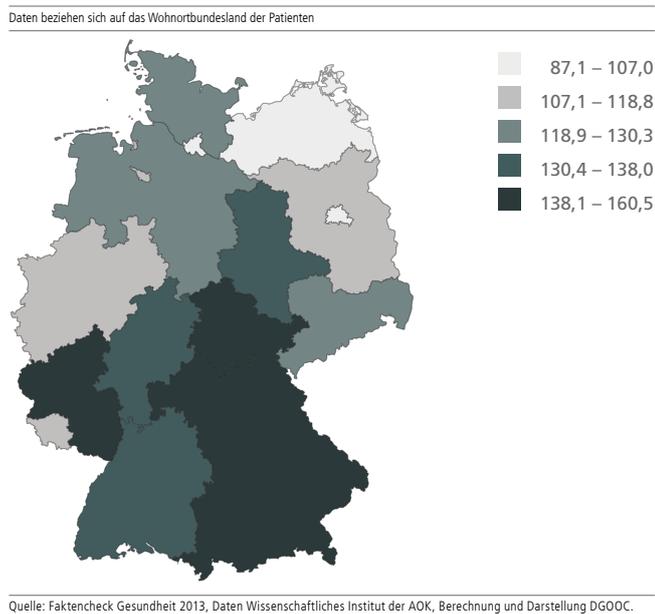
3 Regionale Unterschiede bei Kniegelenkersatz-Operationen

3.1 Unterschiede auf Ebene der Bundesländer

Zwischen den Bundesländern gibt es bei Kniegelenkersatz-Operationen gravierende Unterschiede: In Bayern erhalten, bezogen auf 100.000 Einwohner, fast doppelt so viele Personen ein neues Kniegelenk wie in Berlin.

Die Karte in Abbildung 1 zeigt, wie vielen Einwohnern eines Bundeslandes, bezogen auf 100.000 Einwohner, erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde. Betrachtet wird der Wohnort der Patienten, nicht der Ort der Operation. Unterschiedliche Altersstrukturen in den Bundesländern wurden rechnerisch ausgeglichen (alterstandardisierte Rate). Die Vergleiche auf Bundeslandebene beziehen sich auf das Jahr 2011.

Abbildung 1: Altersstandardisierte Raten von erstmaligen Kniegelenkersatz-Operationen pro 100.000 Einwohner nach Bundesländern, Jahr 2011



Die durchschnittliche altersstandardisierte Rate liegt bei 129,5 Operationen pro 100.000 Einwohner. Die Raten zwischen den Bundesländern variieren zwischen 87,1 und 160,5 Operationen, d. h. um das 1,8-Fache oder um 73 Operationen pro 100.000 Einwohner. Die höchsten Raten finden sich in Bayern, Thüringen und Rheinland-Pfalz, die niedrigsten in Berlin, Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern.

Tabelle 1: Altersstandardisierte Raten von erstmaligen Kniegelenkersatz-Operationen pro 100.000 Einwohner nach Bundesland, Jahre 2005–2011

Bundesland	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Steigerung 2005–2011
Baden-Württemberg	114,7	118,4	122,6	130,6	132,1	130,4	130,4	13,7 %
Bayern	132,1	139,0	152,3	161,7	159,5	160,4	160,5	21,5 %
Berlin	75,5	77,1	85,5	90,3	89,8	87,1	87,1	15,3 %
Brandenburg	99,0	107,6	120,7	115,9	119,7	117,6	108,7	9,8 %
Bremen	114,7	106,5	114,6	113,7	131,7	117,5	116,9	1,9 %
Hamburg	90,6	97,0	100,5	108,1	99,1	103,2	105,9	16,9 %
Hessen	118,9	124,1	133,7	138,6	137,7	134,2	137,4	15,6 %
Mecklenburg-Vorpommern	85,5	100,8	93,9	104,2	107,3	104,6	95,8	12,0 %
Niedersachsen	125,9	132,0	140,3	145,7	150,4	140,5	130,3	3,5 %
Nordrhein-Westfalen	104,8	105,0	115,9	121,7	121,8	120,6	118,7	13,3 %
Rheinland-Pfalz	112,5	120,4	135,0	145,3	146,3	136,8	138,4	23,0 %
Saarland	105,6	101,9	116,6	124,6	137,3	116,8	118,8	12,5 %
Sachsen	112,0	113,2	122,0	126,0	132,0	132,8	124,2	10,9 %
Sachsen-Anhalt	117,9	118,2	128,2	136,3	134,2	136,5	131,7	11,7 %
Schleswig-Holstein	100,4	105,4	115,0	123,3	129,1	122,6	128,5	28,0 %
Thüringen	133,0	142,3	153,4	153,0	153,8	156,1	158,4	19,1 %
Deutschland	112,5	116,8	126,0	132,4	133,7	131,7	129,5	15,1 %

Quelle: Faktencheck Gesundheit 2013, Daten Wissenschaftliches Institut der AOK, Berechnung und Darstellung DGOOC.

| BertelsmannStiftung

3.2 Unterschiede auf Kreisebene

3.2.1 Erstmalige Kniegelenkersatz-Operation

Auf der Ebene der Land- und Stadtkreise unterscheidet sich die Häufigkeit von erstmaligen Kniegelenkersatz-Operationen, bezogen auf 100.000 Einwohner, bis zum Dreifachen. Dabei gibt es größere zusammenhängende Regionen mit besonders hoher und besonders niedriger Operationshäufigkeit.

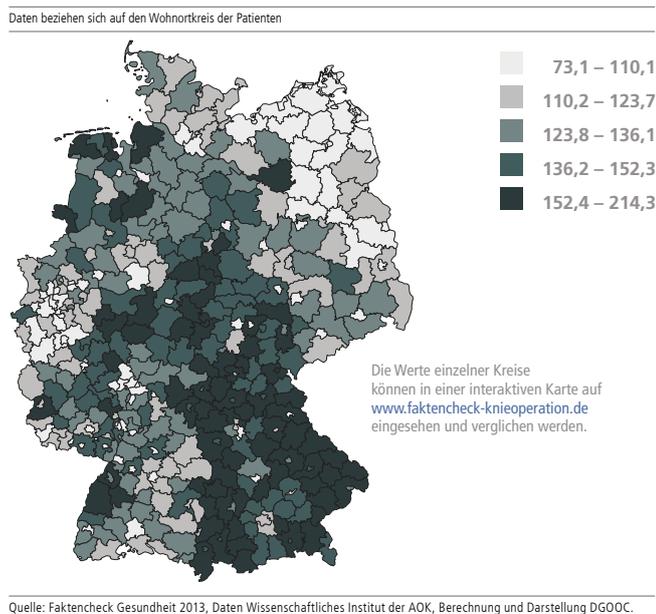
Die Karte in Abbildung 2 zeigt, wie vielen Einwohnern eines Kreises, bezogen auf 100.000 Einwohner, erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde. Betrachtet wird der Wohnort der Patienten, nicht der Ort der Operation. Unterschiedliche Altersstrukturen in den Kreisen wurden rechnerisch ausgeglichen (alterstandardisierte Rate). Angegeben ist der Durchschnitt der Jahre 2005 bis 2011, damit jährliche Schwankungen weniger ins Gewicht fallen.

Auf Kreisebene unterscheidet sich diese Rate bis zum Dreifachen. So erhielten in der Stadt Frankfurt an der Oder (Brandenburg) jährlich 73 von 100.000 Einwohnern ein künstliches Kniegelenk, im Landkreis Neustadt an der Aisch (Bayern) hingegen 214. Besonders auffällig sind:

- eine geographische Nordwest-Südost-Schiene mit hohen Versorgungsraten, die sich von Nordwest über Süd-Niedersachsen, Hessen und Thüringen bis nach Bayern zieht
- das sehr niedrige Versorgungsniveau in ganz Mecklenburg-Vorpommern
- große Versorgungsunterschiede an der Grenze zwischen Bayern und Baden-Württemberg

Frauen leiden häufiger an Kniegelenks-Arthrose als Männer und werden häufiger operiert. Bei Frauen beträgt die durchschnittliche Rate 160 pro 100.000 Einwohnerinnen, bei Männern 96 pro 100.000 Einwohner. Auf Kreisebene schwankt die altersstandardisierte Rate der Kniegelenks-Operationen weiblicher Patienten um das 2,8-Fache, die von männlichen um das Vierfache: In der Stadt Wolfsburg (Niedersachsen) wurden 39 von 100.000 Männern am Knie operiert, im Landkreis Rhön-Grabfeld (Bayern) hingegen 156.

Abbildung 2: Altersstandardisierte Raten von erstmaligen Kniegelenkersatz-Operationen pro 100.000 Einwohner nach Kreisen, Durchschnittswert der Jahre 2005–2011



3.2.2 Erneute Knieoperationen

Die Zahl der Folgeoperationen am Knie ist hoch und nimmt vermutlich weiterhin stark zu. Zwischen den Kreisen gibt es Unterschiede bis zum Fünffachen. Wo es bereits viele knieoperierte Patienten gibt, wird auch entsprechend häufig nachoperiert.

Folgeoperationen am Knie haben zwischen 2005 und 2011 um 43 Prozent zugenommen. Ihr Anteil an der Gesamtanzahl der Operationen stieg von 12,7 Prozent im Jahr 2005 auf 16,7 Prozent im Jahr 2011.

Im Vergleich zu den Erstoperationen sind die regionalen Unterschiede noch deutlich ausgeprägter: So variierte im Zeitraum von 2005 bis 2011 die bevölkerungsbezogene Operationsrate auf Kreisebene um das Fünffache. Dabei lagen die niedersächsischen Landkreise Northeim (34,9 von 100.000 Einwohnern) und Goslar (32,8) sowie die Stadt Wilhelmshaven (Niedersachsen; 32,2) an der Spitze, hingegen die Städte Herne (Nordrhein-Westfalen; 7,1) und Cottbus (Brandenburg; 7,1) sowie der Landkreis Mecklenburg-Strelitz (Mecklenburg-Vorpommern; 8,2) am Ende der Skala.

Vergleicht man die Bundesländer, so standen 2011 Sachsen-Anhalt mit 23,0, Thüringen mit 21,7 und Bayern mit 20,6 Folgeoperationen pro 100.000 Einwohner an der Spitze. Angesichts der niedrigen Erstoperationsraten wiesen Berlin (14,6) und Mecklenburg-Vorpommern (13,6) auch niedrige Folgeoperationsraten auf. In Regionen mit einer hohen Rate an knieoperierten Patienten sind gegenwärtig viele erneute Operationen zu verzeichnen; diese Tendenz wird sich möglicherweise in der Zukunft fortsetzen.

Tabelle 2: Altersstandardisierte Raten von Folgeeingriffen pro 100.000 Einwohner nach Bundesland

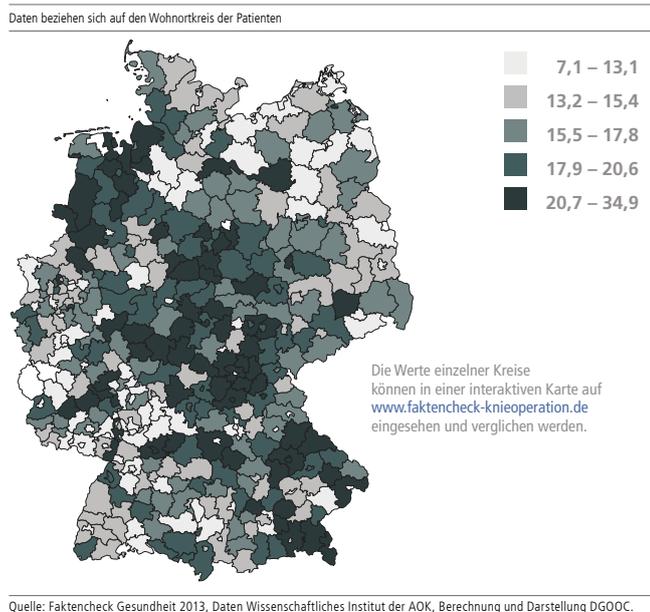
Bundesland	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Baden-Württemberg	11,8	13,3	14,7	16,1	17,4	18,0	17,7
Bayern	13,6	15,2	17,5	19,6	19,9	20,4	20,6
Berlin	12,5	12,6	13,0	16,7	13,5	15,6	14,6
Brandenburg	10,0	13,0	13,6	17,1	18,0	17,5	15,5
Bremen	10,8	13,8	9,9	13,7	15,8	14,8	19,0
Hamburg	15,2	11,5	12,3	16,5	15,9	16,8	15,9
Hessen	13,9	14,0	15,4	18,6	19,3	20,5	18,7
Mecklenburg-Vorpommern	9,4	10,6	13,7	12,8	14,1	14,3	13,6
Niedersachsen	16,0	17,1	18,8	21,9	22,8	23,3	20,0
Nordrhein-Westfalen	12,0	12,7	14,9	16,7	17,6	18,1	18,5
Rheinland-Pfalz	11,6	13,1	14,7	17,6	17,2	19,4	18,9
Saarland	7,7	16,8	14,1	16,4	17,5	17,3	19,7
Sachsen	13,2	14,4	14,1	17,1	17,9	17,5	17,5
Sachsen-Anhalt	14,3	16,3	18,7	20,5	20,8	23,6	23,0
Schleswig-Holstein	10,4	10,5	13,6	16,3	17,6	18,8	17,5
Thüringen	16,4	16,5	20,7	19,8	20,8	19,1	21,7
Deutschland	12,7	13,8	15,5	17,6	18,2	18,9	18,5

Quelle: Faktencheck Gesundheit 2013, Daten Wissenschaftliches Institut der AOK, Berechnung und Darstellung DGOOC

| BertelsmannStiftung

Die Karte in Abbildung 3 zeigt, bei wie vielen Einwohnern eines Kreises, bezogen auf 100.000 Einwohner, ein künstliches Kniegelenk ersetzt bzw. ein bereits eingesetztes künstliches Kniegelenk erneut einer Operation unterzogen wurde. Betrachtet wird der Wohnort der Patienten. Unterschiedliche Altersstrukturen in den Kreisen wurden rechnerisch ausgeglichen. Angegeben ist der Durchschnitt der Jahre 2005 bis 2011, damit jährliche Schwankungen weniger ins Gewicht fallen.

Abbildung 3: Altersstandardisierte Raten der Folgeeingriffe pro 100.000 Einwohner nach Kreisen, Durchschnittswert der Jahre 2005–2011



Die Folgeeingriffs-Raten sind bei Patienten in den Altersgruppen unter 64 Jahre deutlich höher als bei älteren Patienten. Dies könnte daran liegen, dass im jüngeren Lebensalter die Implantate stärker beansprucht werden und jüngere Patienten einen höheren Anspruch an Mobilität und Lebensqualität haben. Nicht alle Folgeeingriffe sind mit einem Wechsel des Kniegelenkersatzes verbunden. Rund 16 Prozent werden durch Entfernungen von Hämatomen (Blutergüssen), Synovektomien (Entfernung erkrankter Gelenkinnenhaut), Patellarezentrierung (Rezentrierung einer seitlich verschobenen Kniescheibe) und andere Eingriffe ohne Austausch des Implantats verursacht.

Internationaler Vergleich

Im Vergleich zu anderen Ländern liegt Deutschland beim Anteil der Folgeeingriffe an allen Implantationen an der Spitze. Jeder erneute Eingriff, der möglich oder nötig ist, kann in der Regel ohne Beschränkung durchgeführt werden. Das Vergütungssystem in Deutschland ist möglicherweise ein Anreiz für vermehrte Operationen, da Folgeeingriffe, insbesondere Prothesenwechsel, im hiesigen Fallpauschalen-System recht hoch vergütet werden. Ob dies jedoch der Hauptgrund für den starken Anstieg der Folgeeingriffe ist, kann nicht gesagt werden. Dennoch müssen die relativ hohen Raten auch unter dem Aspekt der Qualitätssicherung kritisch hinterfragt werden.

3.3 Einflussfaktoren und mögliche Ursachen der regionalen Unterschiede

Um mögliche Einflussfaktoren auf die Häufigkeit von Kniegelenkersatz-Operationen pro 100.000 Einwohner zu ermitteln, werden im Faktencheck Knieoperationen verschiedene statistische Analysen durchgeführt. Die untersuchten Faktoren sind die Arthroserate, die Dichte an Fachärzten für Orthopädie, die soziale Lage, der städtische Charakter (Urbanität) sowie die Arthroskopie-Rate jeweils auf der Ebene der Stadt- bzw. Landkreise.

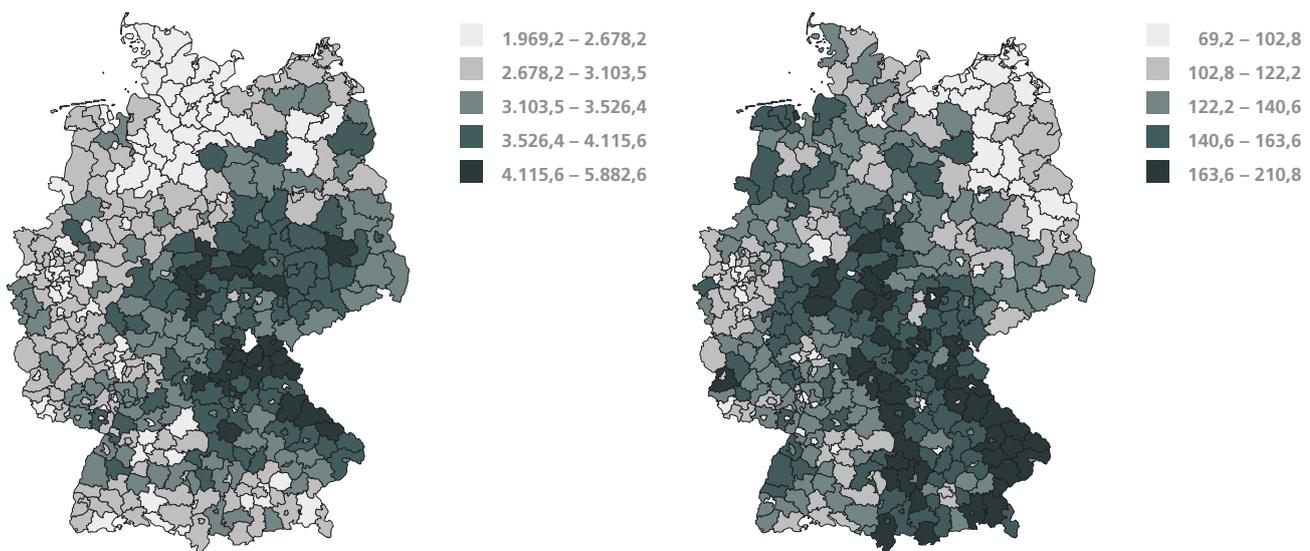
Diese Parameter wurden zur Klärung folgender Fragestellungen ausgewählt:

- Wird bei höherer regionaler Arthroserate häufiger operiert?
- Wird dort, wo mehr Orthopäden tätig sind, häufiger Arthrose diagnostiziert und operiert?
- Hängt die Operationsrate von der sozio-ökonomischen Lage ab?
- Wird in Städten eher operiert als im ländlichen Raum?
- Haben Arthroskopie-Eingriffe eine aufschiebende Wirkung, das heißt: Werden dort, wo mehr arthroskopiert wird, weniger Prothesen eingesetzt?

3.3.1 Arthroserate

Die Arthroserate beruht auf den von den Ärzten dokumentierten Arthrose-Diagnosen. Damit beeinflussen sowohl ein regional unterschiedliches Dokumentationsverhalten der Ärzte als auch eine regional unterschiedliche Ärztedichte diese Rate. Dies muss bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Abbildung 4: Links: Arthroseraten (ambulant) nach Kreisen, Durchschnittswert der Jahre 2005–2008. Rechts: Rate der Erstoperationen von Kniegelenkersatz aufgrund einer Arthrose-Diagnose, Durchschnittswert der Jahre 2005-2011



Quelle: Faktencheck Gesundheit 2013, Daten Wissenschaftliches Institut der AOK, Berechnung und Darstellung DGOOC.

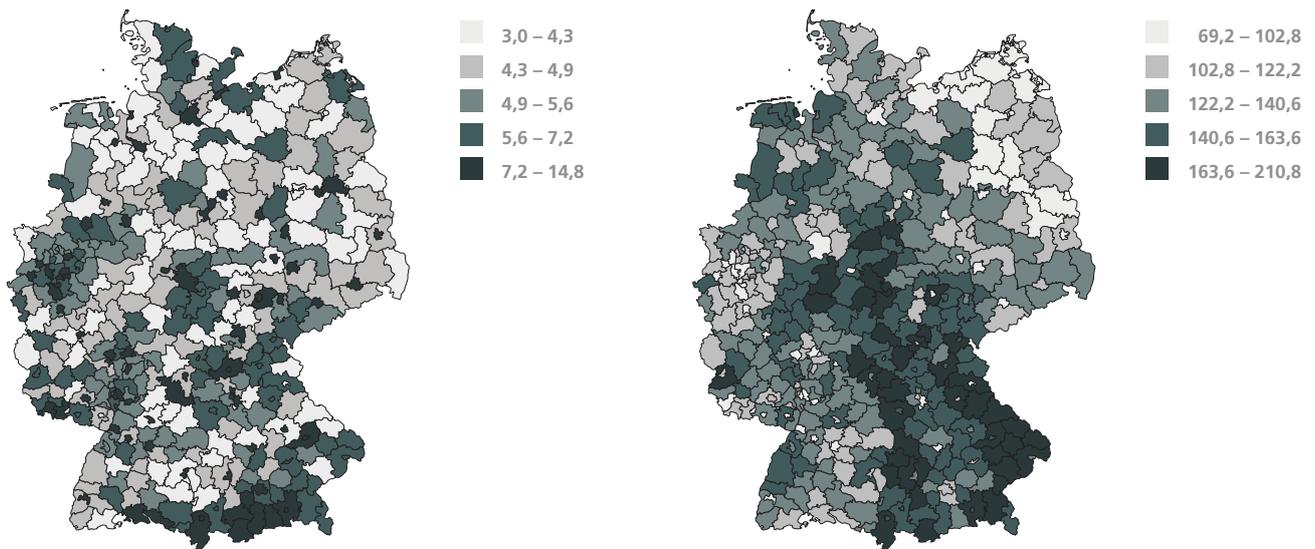
Die Häufigkeit von Arthrose-Erkrankungen weist erhebliche regionale Unterschiede auf: Besonders häufig wird Arthrose in Bayern und Thüringen diagnostiziert, im Norden, Nordwesten und Südwesten Deutschlands hingegen deutlich seltener. In weiten Teilen von Thüringen, Sachsen und Sachsen-Anhalt finden sich zwar höhere Arthroseraten, dennoch sind die Operationsraten pro 100.000 Einwohner verhältnismäßig niedrig. Lediglich in Ostbayern zeigen sowohl die Arthrosehäufigkeit als auch die Operationsrate hohe Werte. Dagegen ist im Süden Bayerns die Situation umgekehrt: Die Arthroserate ist eher niedrig, die der Kniegelenkersatz-Operationen trotzdem hoch. Obwohl also erwartungsgemäß Arthrose- und Operationsrate zusammenhängen, zeigt die Korrelation nicht durchgängig in die gleiche Richtung.

3.3.2 Dichte an Fachärzten für Orthopädie

Die regionale Verteilung der Kniegelenksoperationen (einschl. Folgeeingriffen und Arthroskopien) hängt mit dem Angebot an Ärzten und der Möglichkeit, diese zu erreichen, zusammen. Dort, wo es mehr niedergelassene Orthopäden gibt, wird seltener operiert – und umgekehrt. Die Ursachen hierfür können aus den vorliegenden Daten nicht erschlossen werden. Eine Vermutung ist, dass Orthopäden nicht-operative Behandlungsmethoden länger anwenden und anscheinend seltener eine Operation empfehlen. Solche konservativen Behandlungen machen unter Umständen wiederholte Arztbesuche notwendig; dies könnte den Zusammenhang mit der Ärztedichte erklären.

Die Orthopädedichte unterscheidet sich auf Kreisebene um etwa das Fünffache. In größeren Städten sowie in Südbayern ist sie wesentlich höher als in anderen Gebieten. In einigen Regionen, z. B. im äußersten Süden Bayerns (Landkreise Oberallgäu, Garmisch-Partenkirchen, Rosenheim), zeigen sich deutliche Abweichungen vom Gesamttrend: Hier gibt es eine hohe Orthopädedichte und eine hohe Rate an Operationen pro 100.000 Einwohner.

Abbildung 5: Links: Orthopädedichte nach Kreisen, Jahr 2008. Rechts: Rate der Erstoperationen von Kniegelenkersatz aufgrund einer Arthrose-Diagnose, Durchschnittswert der Jahre 2005–2011



Quelle: Faktencheck Gesundheit 2013, Berechnung und Darstellung DG00C.

3.3.3 Einfluss der sozio-ökonomischen Lage einer Region

Es gibt immer wieder Hinweise dafür, dass in Regionen, in denen ein hoher Bedarf an medizinischer Versorgung vermutet wird, dennoch weniger Leistungen erbracht werden. Dieses als „inverse care law“ bezeichnete Phänomen zeigt sich auch im Zusammenhang mit Knieoperationen. Nach Befragungsdaten des Robert-Koch-Instituts aus dem Jahr 2006 sind 17,7 Prozent der Frauen mit hohem Sozialstatus an Arthrose erkrankt und 28,1 Prozent der Frauen mit niedrigem Sozialstatus. Die internationale Literatur belegt, dass Patienten mit einem höheren sozio-ökonomischen Status bei Arthrosebeschwerden häufiger zum Arzt gehen und auch häufiger ein künstliches Gelenk erhalten.

In Abbildung 6 sind die altersstandardisierten Raten der Kniegelenkersatz-Erstoperationen, die aufgrund einer Arthrose-Diagnose vorgenommen wurden, gemeinsam mit der sozio-ökonomischen Lage der Kreise dargestellt (Erklärung des Deprivations-Index siehe Kasten).

Die regionale Analyse der sozio-ökonomischen Lage, gemessen anhand des Deprivations-Index, weist auch in dieser Hinsicht auf erhebliche Unterschiede hin. So findet sich ein deutliches West-Ost-Gefälle mit wesentlich schwächerer sozio-ökonomischer Lage (d. h. hohem Deprivations-Index) in nahezu allen Teilen Ostdeutschlands. Schwache Kreise weisen eine niedrige Operationsrate, starke eine hohe Eingriffsrate auf.

Dies gilt sowohl für Kniegelenkersatz-Operationen als auch für Folgeeingriffe und Arthroskopien. Diese „Gesetzmäßigkeit“ gilt jedoch nicht durchgehend; Ausnahmen sind z. B. die Kreise Prignitz (Brandenburg), Altmarkkreis Salzwedel (Sachsen-Anhalt) und Freyung-Grafenau (Bayern).

Auch wenn der echte Bedarf schwer zu ermitteln ist und außerdem Patienten möglicherweise unterschiedliche Erwartungen hinsichtlich Schmerzfreiheit und Mobilität haben, lässt die gefundene

Verteilung zwei Schlüsse zu:

- In den sozio-ökonomisch schwächeren Regionen im Nordosten Deutschlands könnte eine Unterversorgung vorliegen.
- In den besser gestellten Regionen im Süden und Südosten hingegen könnte eine Überversorgung vorliegen.

Mögliche Ursachen

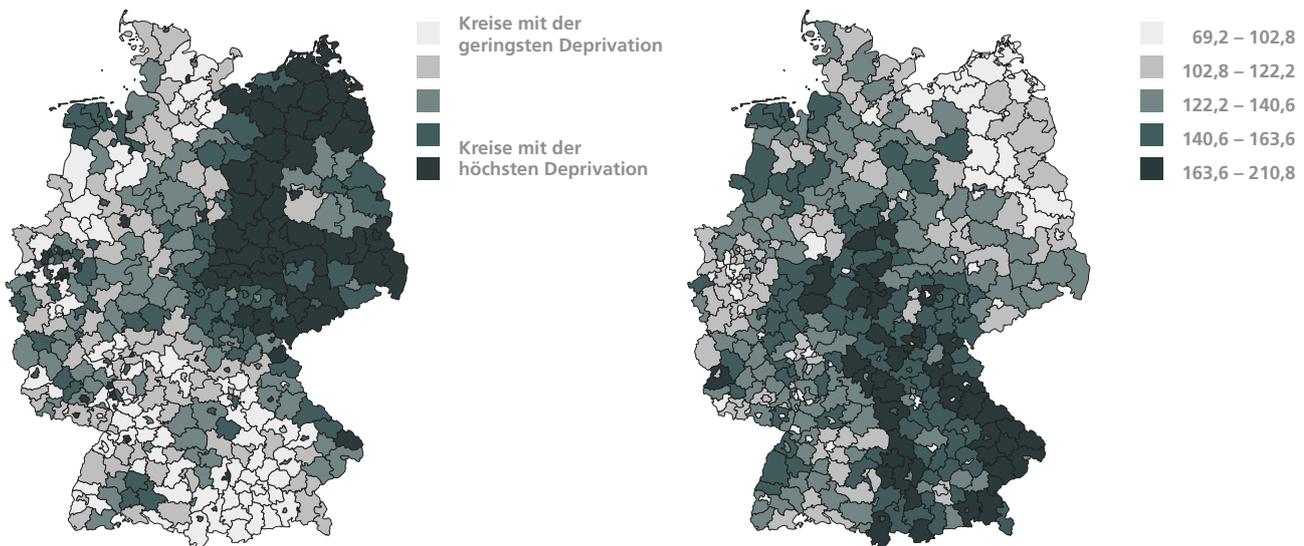
Aufseiten der Ärzte:

- Unterschiede in der Versorgungsdichte und in den Therapie-Empfehlungen

Aufseiten der Patienten:

- Unterschiede im Anspruchsverhalten, in den Erwartungen an die Lebensqualität und in der Bewertung, welchen Nutzen der Kniegelenkersatz bringt (evtl. beeinflusst die Nachfrage das Angebot)
- Unterschiede in der Bereitschaft und der Möglichkeit der Patienten, den Aufwand für eine Operation auf sich zu nehmen (strukturelle, räumliche und finanzielle Barrieren)
- Unterschiede in der Fähigkeit der Patienten, komplexe Versorgungsentscheidungen zu treffen, Behandlungen bei Bedarf einzufordern und diese durchführen zu lassen (Diskrepanz zwischen Bedarf und Inanspruchnahme, „inverse care law“)

Abbildung 6: Links: Deprivations-Index nach Kreisen, Datenbasis: Statistik regional Jahr 2008.
Rechts: Rate der Erstoperationen von Kniegelenkersatz aufgrund einer Arthrose-Diagnose, Durchschnittswert der Jahre 2005–2011



Quelle: Faktencheck Gesundheit 2013, Berechnung und Darstellung DGOOC.

Deprivations-Index

Die sozio-ökonomische Lage in einzelnen Regionen wird mit dem German Index of Multiple Deprivation (GIMD) gemessen. Dieser umfasst sieben Bereiche möglicher sozialer Benachteiligung (Deprivationsdomänen: Einkommen, Beschäftigung, Bildung, Umsatz, Sozialkapital auf Kreisebene, Umfeld und Sicherheit). Jede Domäne enthält einen oder mehrere Indikatoren, die die Aspekte der materiellen oder sozialen Benachteiligung in dem jeweiligen Gebiet widerspiegeln. Ein hohes Maß an Deprivation bedeutet eine schlechtere sozio-ökonomische Lage im jeweiligen Kreis, geringe Deprivation steht für eine gute Lage.

3.3.4 Einfluss des städtischen bzw. ländlichen Charakters der Region

Die Untersuchungen zeigen, dass je ländlicher ein Kreis, desto höher dort auch die Wahrscheinlichkeit ist, ein künstliches Kniegelenk zu bekommen. Die vorliegenden Daten lassen keine Ursachenforschung zu; über folgende Zusammenhänge kann allerdings nachgedacht werden: Möglicherweise ...

- erhalten Patienten in städtischen Gebieten eher nicht-operative Behandlungen, z. B. weil entsprechende Angebote und Therapeuten dort auch eher bekannt bzw. überhaupt zugänglich sind.
- ist es für Patienten in städtischen Gebieten einfacher, sich ausgiebig zu informieren, etwa durch eine weitere Meinung bei einem zweiten oder dritten Orthopäden, einem sonstigen Therapeuten oder einer Selbsthilfegruppe. Dies könnte eine aufschiebende oder ersetzende Wirkung haben.
- sind die körperlichen und beruflichen Belastungen in städtischen Gebieten niedriger, sodass Patienten dort länger arthrosebedingte körperliche Einschränkungen ohne eine Kniegelenksprothese hinnehmen.
- ist in ländlichen Gebieten das Arzt-Patienten-Verhältnis noch stärker paternalistisch geprägt, d. h. der Patient stellt die Anordnung des einzigen Orthopäden am Ort bzw. des weithin bekannten Facharztes in der Stadt nicht infrage.
- sind Patienten in städtischen Gebieten, speziell in solchen mit niedrigem Deprivationsindex, finanziell eher zu einer längeren nicht-operativen Therapie (z. B. zu IGeL-Leistungen) in der Lage und bereit.

3.3.5 Zusammenfassung der Einflussfaktoren

Untersucht man den Einfluss dieser Faktoren auf die Knieendoprothetikrate statistisch in einem Regressionsmodell, ergibt sich die folgende Tabelle:

Tabelle 3: Regressionsanalyse (Spatial Lag Model) der Kniegelenksimplantation nach Arthroserate, Orthopädedichte, sozialer Deprivation und Urbanität

Variable	Koeffizient	Standardfehler	z-Wert	Wahrscheinlichkeit
Deprivationsindex	-6,42	0,93	-6,93	< 0,0001
Orthopädedichte	-4,55	1,14	-3,99	< 0,0001
Kreistyp Stadt*	-14,70	3,15	-4,67	< 0,0001
Stadtumland*	-7,51	2,31	-3,25	0,001
Städtische Gebiete im ländlichen Raum*	-8,60	2,56	-3,36	< 0,0001
Arthroserate altersstandardisiert	7,71	0,94	8,19	< 0,0001

* jeweils vs. ländlicher Raum

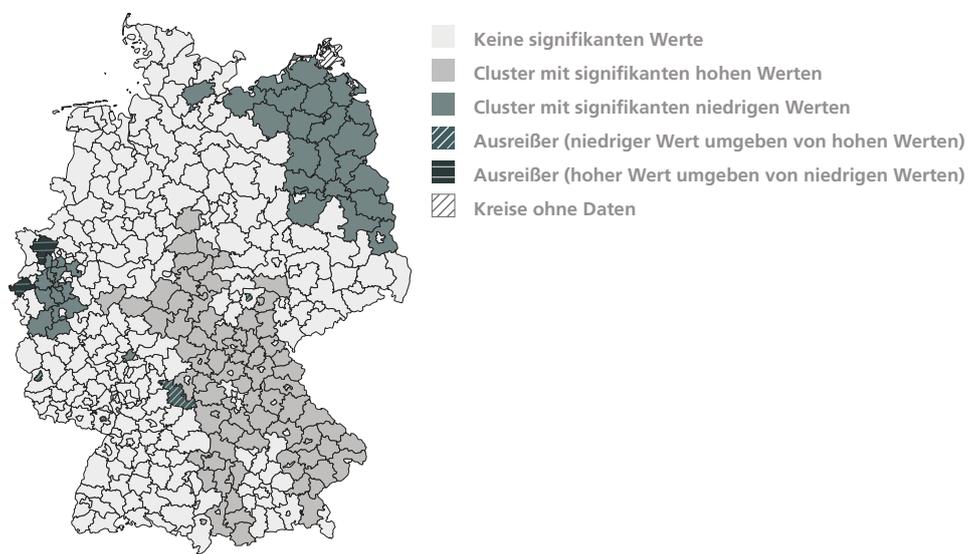
Quelle: Berechnung und Darstellung DGOOC.

| BertelsmannStiftung

Alle Faktoren haben unabhängig voneinander einen wesentlichen Einfluss auf die Operationshäufigkeit. Der z-Wert ermöglicht eine Vergleichbarkeit der positiven oder negativen Ausprägung und der Größe ihrer Wirkung.

Um zu testen, ob benachbarte Gebiete ähnlich hohe altersstandardisierte Raten an Kniegelenkersatz-Operationen aufweisen, wurde eine sogenannte Cluster-Analyse durchgeführt. Hierdurch erhält man zusammenhängende Gebiete mit hohen Operationsraten, vor allem in Bayern, Thüringen und Hessen. Besonders niedrige Raten zeigen sich hingegen in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und in Teilen Nordrhein-Westfalens. Hellgrau sind Regionen, in denen die Ergebnisse keine statistischen Auffälligkeiten vorweisen. Dunkelgrau-schraffiert dargestellte Kreise sind als Ausreißer zu interpretieren.

Abbildung 7: Ballungsanalyse (Cluster-Analyse) der Kniegelenkersatz-Operationsraten nach Kreisen, Jahre 2005–2011



Quelle: Faktencheck Gesundheit 2013, Daten Wissenschaftliches Institut der AOK, Berechnung und Darstellung DGOOC.

4 Häufigkeit und Verteilung von Kniegelenk-Spiegelungen (Arthroskopien)

Besonders bei Arthroskopien gibt es extreme regionale Unterschiede. Im Nordosten Deutschlands finden sich nahezu flächendeckend Kreise mit niedrigen Arthroskopie-Raten bezogen auf 100.000 Einwohner, in weiten Teilen Bayerns, im östlichen Baden-Württemberg sowie in Sachsen hingegen überwiegend hohe Raten.

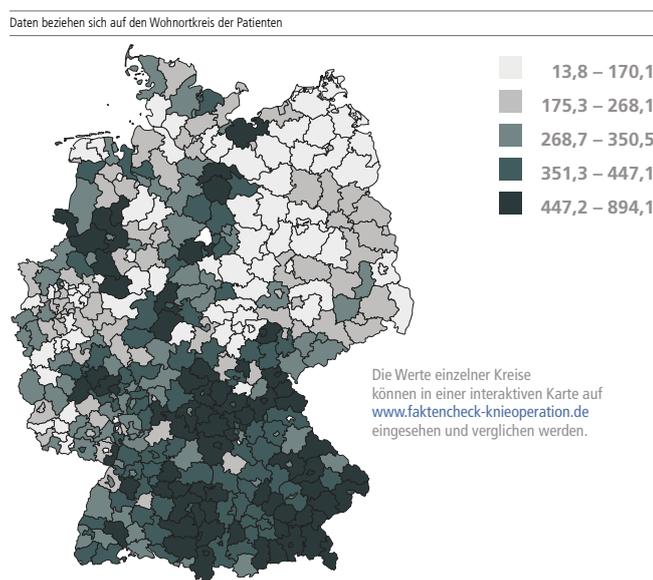
Arthroskopien werden größtenteils im ambulanten Sektor der Versorgung durchgeführt. Bedauerlicherweise ist die Dokumentation der ambulant erbrachten Leistungen nicht mit derjenigen aus dem stationären Bereich identisch. Aus diesem Grund ist nur eine Betrachtung der generellen Arthroskopiehäufigkeit – unabhängig von deren Lokalisation und Art des Eingriffs – möglich. Diese Einschränkungen sind bei der Interpretation der Unterschiede zu beachten.

Auf der Ebene der Stadt- und Landkreise variieren die Arthroskopie-Raten um das 65-Fache. Während z. B. im Kreis Müritz (Mecklenburg-Vorpommern) nur 36 von 100.000 Einwohnern eine ambulante Arthroskopie erhielten, wurde im Kreis Traunstein (Bayern) bei 831 ein solcher Eingriff durchgeführt. Auch hinsichtlich der sozio-ökonomischen Lage der Regionen zeigen sich ähnliche Zusammenhänge wie bei der Kniegelenkersatz-Operation.

Arthroskopien scheinen überdies die Zahl späterer Kniegelenkersatz-Operationen nicht zu verringern. Im Gegenteil, in Regionen, in denen viele künstliche Kniegelenke eingesetzt werden, werden auch viele Arthroskopien durchgeführt.

Die Karte in Abbildung 8 zeigt, bei wie vielen Einwohnern eines Kreises, bezogen auf 100.000 Einwohner, eine Spiegelung des Kniegelenks durchgeführt wurde. Betrachtet wird der Wohnort der Patienten. Unterschiedliche Altersstrukturen in den Kreisen wurden rechnerisch ausgeglichen. Angegeben ist der Durchschnitt der Jahre 2006 bis 2011, damit jährliche Schwankungen weniger ins Gewicht fallen.

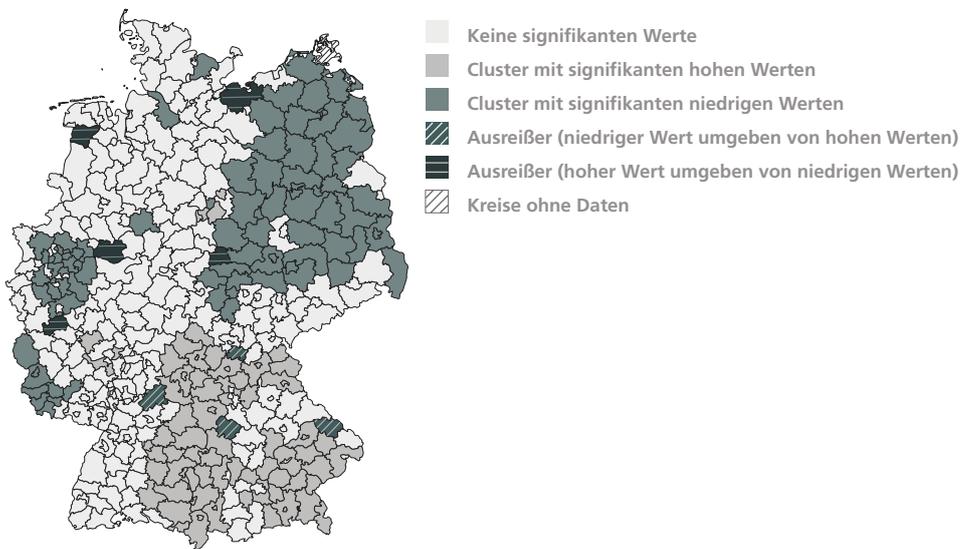
Abbildung 8: Altersstandardisierte Rate der Arthroskopien in Deutschland nach Kreisen, Durchschnittswert der Jahre 2006–2011



Quelle: Faktencheck Gesundheit 2013, Daten Wissenschaftliches Institut der AOK, Berechnung und Darstellung DGOOC.

Die Ballungskarte der Arthroskopie-Raten in Abbildung 9 verdeutlicht die Situation: Es finden sich Regionen mit statistisch auffällig niedrigen und hohen Raten von Arthroskopien. Dunkelgrau-schraffiert dargestellte Kreise sind als Ausreißer zu interpretieren.

Abbildung 9: Ballungsanalyse (Cluster-Analyse) der Arthroskopien nach Kreisen, Durchschnittswert der Jahre 2006–2011



Quelle: Faktencheck Gesundheit 2013, Daten Wissenschaftliches Institut der AOK, Berechnung und Darstellung DGOOC.

5 Verbesserungsansätze und Handlungsempfehlungen

Einbeziehung von Patienten in den Entscheidungsprozess

- Ein Eingriff am Kniegelenk aufgrund einer Arthrose ist keine Notfalloperation. Es ist also möglich und auch erforderlich, vorab sorgfältig den Umfang und den Zeitpunkt der Implantation eines künstlichen Kniegelenks abzuwägen. Dabei spielen nicht nur rein medizinische Aspekte eine Rolle, auch patientenindividuelle Faktoren haben entscheidenden Einfluss. Daher müssen die Patienten mit ihren individuellen Bedürfnissen und Vorstellungen stärker in den Entscheidungsprozess einbezogen werden.

Entwicklung von neutralen, verständlichen Patienteninformationen

- Damit Patienten besser an den medizinischen Entscheidungsprozessen teilhaben können, brauchen sie Informationen, die ihnen ein gründliches und realistisches Verständnis über die individuellen Vor- und Nachteile eines Eingriffs ermöglichen. Es gibt Hinweise darauf, dass Patienten sanftere, weniger invasive Behandlungsmöglichkeiten wählen, wenn sie über alle zur Verfügung stehenden Alternativen informiert sind.
- Angesichts der unterschiedlichen Operationsraten in sozial unterschiedlichen Regionen müssen Patienteninformationen dem Bedarf der jeweiligen Zielgruppe entsprechend gestaltet, verbreitet und kommuniziert werden.

Erarbeitung einer Leitlinie

- Es gibt in Deutschland keine aktuelle von allen beteiligten Fachgesellschaften konsentrierte Leitlinie zur Therapie der Kniegelenks-Arthrose. Es sollte ein Ziel der beteiligten medizinischen Fachgesellschaften sein, eine solche Leitlinie in Zusammenarbeit mit Patientenvertretern zu erstellen. Es sollten auch Kriterien erarbeitet werden, nach denen sich für die Operation geeignete Patienten von ungeeigneten („non-responder“) besser abgrenzen lassen.
- Fehlende Leitlinien haben zur Folge, dass Ärzte unter Umständen Arthrose-Symptome ganz unterschiedlich interpretieren und daraus unterschiedliche Therapieempfehlungen ableiten. Große regionale Versorgungsunterschiede können daher auch ein Indiz dafür sein, dass einige Ärzte den Kniegelenkersatz eher und öfter als andere empfehlen. Solche lokalen Eigenheiten hinsichtlich einer angemessenen Behandlung gelten auch in der internationalen Literatur als mögliche Ursache für regionale Unterschiede.

Überprüfung ökonomischer Anreize

- Jedes Vergütungssystem hat Vor- und Nachteile. So setzt das deutsche Fallpauschalen-System auch Anreize für eine Leistungs- und Fallzahlensteigerung sowie für eine Spezialisierung.
- Fehlanreize können auch durch Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen entstehen, in denen Boni beim Erreichen entsprechender Operationszahlen vorgesehen sind.
- Die steigende Zahl von operierenden Beleg- und Konsiliarärzten in Krankenhäusern kann ebenfalls einen Einfluss auf die Operationshäufigkeit und auf regionale Unterschiede haben. Da diese Ärzte aufgrund von entsprechenden Abrechnungsmodellen mit jedem einzelnen Patienten Geld verdienen, ist hier eine finanzielle Beeinflussung nicht auszuschließen.
- Beispielsweise gibt es einzelne Operationen (z. B. isolierter Inlay-Wechsel, sekundärer Retropatellar-Ersatz, Ersatz einer unikompartimentellen durch eine bikompartimentelle Prothese), die einfach und mit geringem Kostenaufwand auszuführen sind, aber hoch vergütet werden. Es ist daher denkbar, dass attraktive Vergütungen die Entscheidung zu solchen Folgeoperationen begünstigen.

Stärkung nicht-operativer Therapiemöglichkeiten

- Ein Kniegelenkersatz ist erst angezeigt, wenn nicht-operative Maßnahmen ausgeschöpft sind. Daher müssen flächendeckend entsprechende nicht-operative Therapieangebote zur Verfügung stehen.

Zertifizierung von Endoprothesen-Zentren

- Seit Oktober 2012 haben Einrichtungen, die Kniegelenkersatz-Operationen in größerer Anzahl durchführen, die Möglichkeit, sich als Endoprothesen-Zentrum (Initiative der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, DGOOC) zertifizieren zu lassen. Voraussetzung dafür sind die Erfüllung eines umfangreichen Anforderungskatalogs, eine zweitägige Überprüfung sowie eine fallbezogene, unabhängige Überprüfung in der Klinik.

Endoprothesen-Register Deutschland

- Seit einiger Zeit gibt es auch in Deutschland ein freiwilliges Endoprothesen-Register (EPRD; Initiative der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, DGOOC). Eine zentrale Erfassungsstelle sammelt und analysiert Daten zu Erst- und Folgeoperationen. Nach der Einführung von Endoprothesen-Registern in einigen Staaten konnte dort die Rate an Folgeeingriffen fast halbiert werden. Erste Analysen des deutschen Registers liegen voraussichtlich Ende 2013 vor. Die Daten können dann zur Qualitätsverbesserung genutzt werden.

Verpflichtende sektorenübergreifende Qualitätssicherung

- Die Krankenhäuser in Deutschland sind bereits seit längerem gesetzlich verpflichtet, in ihren Qualitätsberichten regelmäßig bestimmte Qualitätsfaktoren bei operativen Eingriffen öffentlich bekannt zu machen. Künftig wird der gesamte sektorübergreifende (d. h. stationäre und ambulante) Behandlungsverlauf bei arthroskopischen und endoprothetischen Eingriffen am Kniegelenk in die Qualitätserhebung einbezogen und in einem Bericht veröffentlicht. Um beurteilen zu können, wie gut Patienten über Eingriffe informiert und an Entscheidungen beteiligt werden, sollten künftig Patientbefragungen in die Qualitätssicherung einbezogen werden. Dies dient auch der Überprüfung der Behandlungsergebnisse und einer reibungslosen Versorgung an den Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Behandlung.

Förderung von Versorgungsgerechtigkeit und bedarfsgerechter Versorgung

- In letzter Zeit werden verstärkt die Häufigkeit von Operationen und eine eventuelle Überversorgung diskutiert. Die Frage nach „bedarfsgerechter Versorgung“ ist jedoch nicht einfach zu beantworten, denn „Bedarf“ in der Gesundheitsversorgung schließt einerseits subjektive, andererseits auch gesellschaftliche, professionelle und wissenschaftliche Urteile über eine Krankheit ein.
- Die in der vorliegenden Untersuchung gefundenen Unterschiede in der regionalen Verteilung von Kniegelenkseingriffen sowie der sehr enge Zusammenhang mit dem Deprivationsindex geben aber einen deutlichen Hinweis darauf, dass die Versorgung in Deutschland möglicherweise in manchen Regionen nicht bedarfsgerecht sein könnte.
- Ob alle an Arthrose erkrankten Menschen gleichermaßen Zugang zu Informations- und Behandlungsmöglichkeiten haben, z. B. aufgrund ihres sozialen Umfelds, ihrer Bildung oder ihrer Persönlichkeitsstruktur, muss zunächst offen bleiben. Wenn Barrieren bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (weiter-)bestehen sollten, gilt es, sie abzubauen. Sie müssten sowohl von den behandelnden Ärzten als auch von der Gesundheitspolitik wahr- und ernstgenommen werden.

Der Report analysiert regionale Unterschiede und mögliche Einflussfaktoren bei knieendoprothetischen Eingriffen in Deutschland. Die analysierten Unterschiede sind nur als multifaktorielles System zu verstehen. Bei auffälligen Unterschieden sollte in den jeweiligen Regionen geprüft werden, inwieweit die Versorgung dem dortigen Bedarf entspricht. Hinsichtlich der Ursachen und Bewertung einiger Unterschiede besteht weiterer Forschungs- und Klärungsbedarf.

Weiterer Forschungsbedarf

- Von besonderem Interesse wäre ein Vergleich von direkt aneinander grenzenden Gebieten mit besonders hohen und niedrigen Operationsraten, z. B. an der Grenze von Baden-Württemberg zu Bayern. Dadurch könnten systembedingte Faktoren (angebotssensible Nachfrage, Krankenhaus- bzw. Ärztedichte, Belegerstrukturen, ärztliche Honorarsituation etc.) untersucht werden.
- Ebenfalls weiter zu untersuchen ist der Zusammenhang zwischen der Operationsrate und der sozio-ökonomischen Lage einer Region. Hier sind besonders Kreise mit hohen Arthrosraten und niedrigen Operationsraten bzw. umgekehrt von Interesse.

6 Quellen, Datengrundlage und Methodik

Der Faktencheck Knieoperation basiert auf dem Report „Regionale Unterschiede und deren Einflussfaktoren – Schwerpunkt Knieendoprothetik“, den eine Autorengruppe der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (DGOOC) unter Federführung von Prof. Dr. Fritz-Uwe Niethard und Prof. Dr. med. Christian Lüring im Auftrag der Bertelsmann Stiftung erstellt hat. Der ausführliche Report wurde ebenfalls im Oktober 2013 veröffentlicht und ist verfügbar unter www.faktencheck-knieoperation.de/fachinformationen. Detaillierte Informationen zur verwendeten Literatur, den verwendeten Daten und der Methodik der vorgenommenen Untersuchungen sind im ausführlichen Report verfügbar.

Als externe Reviewer haben Prof. Dr. Eva-Maria Bitzer (Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie, ISEG), Cordula Mühr (Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen), Prof. Dr. Jean-François Chenot (Universität Greifswald) und Jürgen Malzahn (AOK Bundesverband) den Report begutachtet.

Informationen zu Datengrundlage und Methodik

- Die Daten für die Knie-Endoprothetik, Revisionsoperationen und ambulanten Arthroskopien wurden vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) gemäß § 301 SGB V zur Verfügung gestellt. Sie repräsentieren pseudonymisierte Routinedaten aller AOK-Versicherten in Deutschland aus den Jahren 2005 bis 2011.
- Die rund 24 Millionen Versicherten der AOK repräsentieren knapp ein Drittel der deutschen Bevölkerung; der AOK-Marktanteil an allen GKV-Versicherten beträgt rund 35 Prozent. Die vorliegenden Daten können somit als geeignet für geographische Analysen und für Aussagen hinsichtlich der Gesamtheit der GKV-Versicherten in Deutschland angesehen werden.
- Die Analysen basieren für die Bundeslandebene auf Daten aus dem Jahr 2011, für die Kreisebene auf den Durchschnittswerten der Jahre 2005 bis 2011, um hier stabilere Werte auch für kleinere Regionen zu erhalten.
- Betrachtet wird der Wohnort des Patienten, nicht der Ort der Operation.
- Unterschiedliche Altersstrukturen in den Kreisen wurden rechnerisch durch direkte Altersstandardisierung ausgeglichen.

Ausführlichere Informationen sind im gesamten Report „Regionale Unterschiede und deren Einflussfaktoren – Schwerpunkt Knieendoprothetik“ auf www.faktencheck-knieoperation.de/fachinformation verfügbar.

7 Vorstellung der Autorinnen und Autoren



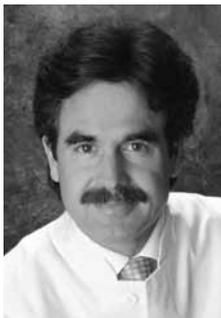
Prof. Dr. med. Christian Lüring

Leitender Oberarzt und Stellvertretender Direktor
der Klinik für Orthopädie am Universitätsklinikum Aachen
Pauwelsstraße 30
52074 Aachen
E-Mail: cluering@ukaachen.de



Prof. Dr. med. Fritz Uwe Niethard

Generalsekretär der DGOOC (Deutsche Gesellschaft
für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V.) und
Stellv. Generalsekretär der DGOU (Deutsche Gesellschaft
für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.DGOU)
Straße des 17. Juni 106 -108
10623 Berlin
E-Mail: info@dgooc.de



Prof. Dr. med. Klaus-Peter Günther

Geschäftsführender Direktor am UniversitätsCentrum
für Orthopädie und Unfallchirurgie am Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus, Dresden
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
E-Mail: klaus-peter.guenther@uniklinikum-dresden.de



Prof. Dr. med. Torsten Schäfer, MPH

Niedergelassener Dermatologe in Immenstadt im Allgäu
Kirchplatz 3
87509 Immenstadt
E-Mail: info@hautarzt-immenstadt.de



Franziska Hannemann, MPH

Wissenschaftliche Mitarbeiterin am UniversitätsCentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie und am UniversitätsCentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
E-Mail: franziska.hannemann@uniklinikum-dresden.de



Dr. rer. nat. Ron Pritzkeleit, Dipl.-Geograph

Wissenschaftlicher Mitarbeiter (Epidemiologie und Geographie) am Institut für Krebs Epidemiologie e.V. an der Universität zu Lübeck
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck
E-Mail: ron.pritzkeleit@krebsregister-sh.de



Werner Maier, MPH, EMPH, Dipl.-Geograph

Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Helmholtz Zentrum München – Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt
Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen
Ingoldstädter Landstraße 1
85764 Neuherberg
E-Mail: werner.maier@helmholtz-muenchen.de



PD Dr. med. Stephan Kirschner, MBA

Leitender Oberarzt am UniversitätsCentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Stellvertretender Direktor des Zentrums für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV)
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
E-Mail: stephan.kirschner@uniklinikum-dresden.de

8 Vorstellung der Gutachterinnen und Gutachter



Cordula Mühr

Ärztin, MPH (z. Zt. nicht berufstätig), Patientenvertreterin
nach § 140 f auf Bundesebene, u. a. im Unterausschuss
Qualitätssicherung des GBA und beim Aqua Institut
Katzlerstraße 13
10829 Berlin
E-Mail: cordulamuehr@yahoo.de



Prof. Dr. med. Jean-François Chenot, MPH

Professur für Allgemeinmedizin und Direktor der Abteilung
Allgemeinmedizin Universitätsmedizin, Greifswald
Ellernholzstr. 1-2
17487 Greifswald
E-Mail: medizin.uni-greifswald.de/allgemeinmedizin



Jürgen Malzahn

Leiter der Abteilung „Stationäre Versorgung, Rehabilitation“
im AOK-Bundesverband, Berlin
AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin
E-Mail: martina.osswald@bv.aok.de



Prof. Dr. Eva-Maria Bitzer

Leiterin Fachrichtung Public Health & Health Education
an der Pädagogischen Hochschule Freiburg
Kunzenweg 21
79117 Freiburg
E-Mail: bitzer@iseg.org
Und Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie
und Gesundheitssystemforschung (ISEG),
Lavesstraße 80,
30159 Hannover

9 Das Projekt „Faktencheck Gesundheit“

Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen sind in Fachkreisen seit Jahren bekannt. Für uns der Beweis dafür, dass es noch immer Qualitäts- und Effizienzreserven im Gesundheitssystem gibt. Nur durch den konsequenten Abbau von strukturell bedingten Versorgungsmängeln lassen sich unnötige Belastungen von Versicherten sowie Gefährdungen von Patienten vermeiden und das Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung erreichen – bevor über Priorisierung und Rationierung nachgedacht werden sollte.

Mit der „Initiative für gute Gesundheitsversorgung“ will die Bertelsmann Stiftung gemeinsam mit Partnern neue Wege gehen, um Veränderungen anzustoßen. Wir wollen fragwürdigen Unterschieden in der Versorgung konkret nachgehen – im „Faktencheck Gesundheit“. Zwei Dinge sind uns dabei besonders wichtig: Eine konsequent bürgerorientierte Herangehensweise und dass sich möglichst viele Akteure und Institutionen im Gesundheitswesen an diesem Projekt beteiligen.

Die „Initiative für gute Gesundheitsversorgung“ will dazu beitragen, dass ...

- Gesundheitsleistungen stärker am tatsächlichen Bedarf der Patienten ausgerichtet und die begrenzten Ressourcen sachgerechter eingesetzt werden,
- sich die Menschen aktiv damit auseinandersetzen, welche Leistungen ihrem Bedarf entsprechen und wie die Versorgung besser gestaltet werden kann,
- die Bürger sich stärker mit der Versorgung in ihrer Region befassen, das Gesundheitssystem sowie notwendige Reformen besser verstehen und ihr Vertrauen in das System steigt.

Die Auswahl der Themen für den „Faktencheck Gesundheit“ erfolgt anhand von festgelegten Kriterien:

Die Themen sollen eine hohe Relevanz für die Bevölkerung haben und bedeutsame Defizite im System, aber auch konkrete Handlungs- und Verbesserungsansätze aufzeigen. Die Bearbeitung der Themen und Interpretation der Ergebnisse erfolgt durch Themenpaten aus der Wissenschaft und ein strukturiertes fachliches Review. Der „Faktencheck Gesundheit“ soll nicht nur die Versorgungsrealität beschreiben, sondern Interpretationen liefern, Ursachenforschung betreiben und nicht zuletzt Empfehlungen abgeben, wie die identifizierten Defizite behoben werden können. Mithilfe von kartographischen Darstellungen können regionale Unterschiede visuell schnell erfasst werden.

Die „Initiative für gute Gesundheitsversorgung“ will mit dem „Faktencheck Gesundheit“ nicht nur Fachkreise ansprechen. Vielmehr soll die allgemeine Öffentlichkeit anhand von alltagsnahen Themen und Beispielen auf strukturelle Defizite im Gesundheitswesen aufmerksam werden. So kann Veränderungsdruck von unten entstehen. Dabei ist es wichtig, Multiplikatoren anzusprechen. Dies können Journalisten und Medienexperten sein, aber auch all diejenigen, die den direkten Kontakt zu den Menschen haben, wie die Verbraucher- und Patientenberatung, Krankenkassen, Ärzte, Selbsthilfegruppen, Sozial- und Seniorenverbände.

In der „Initiative für gute Gesundheitsversorgung“ möchte die Bertelsmann Stiftung mit Partnern und Experten aus dem Gesundheitsbereich zusammenarbeiten, die Idee und Ziele dieses Projekts mittragen. Alle Partner können die Initiative in vielfacher Weise unterstützen und bereichern, zum Beispiel durch konkrete Themenvorschläge, Auswertungen eigener Datenbestände, Einbringen bereits vorhandener Studien oder Kooperation bei Kommunikationsmaßnahmen. Wenn Sie Interesse an einer solchen Zusammenarbeit haben, nehmen Sie bitte Kontakt zu uns auf. Wir freuen uns auf gemeinsame Aktivitäten.

Impressum

© 2013 Bertelsmann Stiftung

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh

www.bertelsmann-stiftung.de
www.faktencheck-gesundheit.de

Verantwortlich

Eckhard Volbracht
Thomas Neldner

Bildrechte der Titelmotive

W. Heiber / Picture Factory / Tatyana Gladskih
Alexander Rath (alle Fotolia)

Druck

Matthiesen Druck

Adresse | Kontakt

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
Telefon +49 5241 81-0
Fax +49 5241 81-81999

Eckhard Volbracht
Project Manager
Programm Versorgung verbessern –
Patienten informieren
eckhard.volbracht@bertelsmann-stiftung.de

Thomas Neldner
Project Manager
Programm Versorgung verbessern –
Patienten informieren
thomas.neldner@bertelsmann-stiftung.de

Telefon +49 5241 81-81226
Fax +49 5241 81-681226

www.bertelsmann-stiftung.de

www.faktencheck-knieoperation.de