



## Berufsverband für Arthroskopie e.V.

Arthroskopie  
DOI 10.1007/s00142-015-0034-1  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg

## Impressum

Herausgeber und V.i.S.d.P.  
Berufsverband für Arthroskopie e.V.

**Geschäftsstelle**  
Berufsverband für Arthroskopie e.V.  
c./o. OPN, Breite Str. 96, 41460 Neuss  
Tel. 02131-51 257-22, Fax 02131-25412  
[mail@bvask.de](mailto:mail@bvask.de) [www.bvask.de](http://www.bvask.de)

**Geschäftszeiten**  
Dienstag 09.30–11.30 Uhr  
Mittwoch 14.00–16.00 Uhr  
Die Geschäftsstellenleitung hat Frau Agnes Koch.

**Redaktion dieser Ausgabe:**  
PD Dr. Ralf Müller-Rath, Agnes Koch

# Arthroskopie bei Gonarthrose – keine Diskussion mit uns Ärzten

Wie den meisten mittlerweile bekannt sein dürfte, haben die Krankenkassen beim gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) den Antrag gestellt, den Nutzen der Arthroskopie bei Gonarthrose zu überprüfen, mit dem Ziel, diesen Eingriff aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zu streichen.

Zur Nutzenbewertung wurde das IQWiG beauftragt. Das IQWiG kam anhand einer Literaturanalyse zu dem Ergebnis, dass die Arthroskopie bei Gonarthrose keinen Nutzen habe.

Dieser Auffassung ist der GBA (zusammengesetzt aus Vertretern der Kassen, der DKG, der KBV und – beratend – den Patientenvertretern) nunmehr gefolgt und hat einen vorläufigen Beschlussentwurf entwickelt, der sich in den letzten Zügen der Beratung befindet.

Hiermit kommt ein mehrjähriger Prozess zu einem Ende. In diesen Prozess waren wir als Betroffene und Fachexperten zwar formell eingebunden, eine ernsthafte Diskussion über die wissenschaftlichen Grundlagen und die Folgen solcher Beschlüsse für die Versorgungsrealität mit allen an diesem Beschluss beteiligten Institutionen hat es jedoch zu keiner Zeit gegeben. Stattdessen war den Fachgesellschaften von Beginn an eine nachrangige, passive Rol-

le zugedacht. Jeweils mit außerordentlich kurzen Fristen wurde uns die Möglichkeit gegeben, bereits verfasste Meinungen und Beschlüsse zu kommentieren.

Unsere Kernkritikpunkte lauten:

1. Im Beschlussentwurf des GBA werden die OPS-Ziffern genannt, welche zukünftig bei Vorliegen einer Gonarthrose nicht mehr abgerechnet werden können. Eine Zuordnung zu ICD-Codes wurde unterlassen und führt dazu, dass die Folgen dieser Ausschlüsse nicht abzuschätzen sind. Wir können insofern nur spekulieren, dass hiermit alle ICD M17. ff gemeint sind.
2. Der Begriff des Nutzens ist in dem gesamten Verfahren irreführend verwendet. Offenbar wird „Nutzen“ mit „fehlender Überlegenheit“ verwechselt. In sämtlichen vergleichenden Studien zeigen die Patienten in der arthroskopierten Gruppe eine Verbesserung, insofern hatte die Arthroskopie einen Nutzen (für den Patienten). In manchen Studien konnte jedoch keine Überlegenheit der Arthroskopie im Vergleich zu konservativen Verfahren gesehen werden. Dieses spricht der Arthroskopie jedoch nicht den Nutzen ab.

Klingt haarspalterisch. Wenn aber am Ende im Beschluss und den damit verbundenen Pressemeldungen der Arthroskopie der Nutzen abgesprochen wird, so werden die Medien diese Formulierung liebend gerne aufnehmen und das gesamte Verfahren als nutzlos darstellen. Woher soll der Patient denn wissen, dass mit nutzlos eigentlich „nicht überlegen“ gemeint war?

3. Die Beschränkung auf Studien, welche die Arthroskopie mit konservativen Verfahren vergleicht, zeigt die ganze Unkenntnis der Versorgungssituation, in die mit einem solchen Beschluss letztlich massiv eingegriffen wird. Die Arthroskopie bei Gonarthrose war niemals fist-line-treatment sondern wurde schon immer als nachgeschaltetes Verfahren bei Versagen der konservativen Therapie empfohlen. Fällt dieses Verfahren nun aus dem Leistungskatalog hinaus, so bleibt dem Patienten nach erfolgloser konservativer Therapie nur die Wiederholung dieser dann tatsächlich nutzlosen nicht-operativen Behandlung oder das Warten auf die Endoprothese.

Diese Argumente wurden von uns im Verlaufe des Verfahrens mehrfach schriftlich und im Anhörungsverfahren beim IQWiG mündlich vorgebracht. Doch alles, was daraus folgte, war, dass die Stellungnahme und unsere

akkurat protokollierten Wortbeiträge der Anlage zum Verfahren beigefügt wurden.

Rückfragen, Diskussionen oder gar Korrekturen infolge unserer Ausführungen hat es nicht gegeben.

Insofern schien es geboten, den wiederum kurzfristig anberaumten Termin zur mündlichen Stellungnahme beim GBA am 27.09. in Berlin wahrzunehmen in der Hoffnung, hier nun auf Entscheidungsebene den überfälligen Diskussionsprozess zu führen. Zu diesem Termin reisten Dr. Weinhart und ich (nach Verschiebung einer Sprechstunde bzw. eines OP-Tages) als Vertreter für die DGOU und Carsten Schomburg für die zur Stellungnahme berechtigte Firma Smith/Nephew an.

Dieses wurde letztlich für mich persönlich zum traurigsten Tag meiner bisherigen berufspolitischen Tätigkeit. Dr. Weinhart und ich sahen uns einer Gruppe von ca. 35 Personen gegenüber, die Sitzung wurde geleitet durch den Vorsitzenden der Abteilung für Methodenbewertung beim GBA, Dr. jur. Deisler. Nach 10 Minuten war alles vorbei. Keiner der anwesenden Personen hatte eine Frage an uns. Fragen unsererseits zu den o. g. Kritikpunkten, welche einen Diskussionsprozess hätten anstoßen sollen, wurden letztlich mit dem Hinweis des Vorsitzenden: „Das ist hier kein Frage-Antwort-Spiel“ (wird man sicher im Gesprächsprotokoll exakt nachlesen können) kommentiert. Offenbar habe ich mit

Fragen gegen die Verfahrensordnung verstoßen.

Unsere Rolle sollte also nur darin bestehen, unsere vorab eingereichte Stellungnahme nur noch einmal mündlich zu wiederholen – Das war's.

**Zugegeben:** Meine Hoffnung auf eine kontroverse Diskussion, die es erst möglich macht, Argumente zu schärfen und zu pointieren und vor allem die Idee, dass nicht nur wir, sondern auch die anderen am Prozess beteiligten Personen und Institutionen ihre Meinung darstellen und verteidigen müssen, war wohl mehr als naiv.

Wir waren nicht da, weil unsere Argumente von inhaltlichem Interesse sein könnten, sondern weil es die Verfahrensordnung nun mal so vorsieht.

### Was bleibt?

**Persönlich:** die Erkenntnis, als Arzt an diesem Tag dem Berliner

Gesundheitsbetrieb mit all seinen Gremien, Verfahrensordnungen und Ritualen nicht gewachsen gewesen zu sein – ich wäre wohl besser im OP geblieben.

**Versorgungsmedizinisch:** die Erkenntnis, dass das unkritische Loblied auf die evidence based medicine es erst möglich gemacht hat, dass sich eine ganze Reihe Fachfremder offensichtlich sicher ist, am Schreibtisch beurteilen zu können, was gute und was schlechte Medizin und was eine gute und eine schlechte OP-Indikation sind. Man muss ja nur die Literatur lesen und Metaanalysen, systematische Reviews und HTAs anfertigen und schon ist alles klar. Ärztliche Tätigkeit, individuelle Erfahrungen, Patientenkontakte können da nur stören und den Blick auf das wirklich Wesentliche verstellen.

Ihr  
PD Dr. Ralf Müller-Rath

## Einladung zur Mitgliederversammlung des Berufsverbandes für Arthroskopie, BVASK e.V.

im Rahmen der 26. Jahrestagung in Düsseldorf  
Hyatt Regency Hotel,  
Speditionstraße 19

**Samstag, 30.01.2016**  
**16.00 – 17.00 Uhr**

Tagesordnung:  
Bericht des Vorstandes

Bericht des Kassenwartes  
Neuwahlen zum Vorstand  
Sonstiges

Alle Mitglieder sind herzlich eingeladen. Wir hoffen auf rege Teilnahme.

Der Vorstand

### Neumitglieder

**Wir freuen uns, folgende Neumitglieder begrüßen zu können:**

Dr. med. Hunger, Martin, Trier  
Dr. med. Waizy, Hazibullah, Augsburg  
Dr. med. Herresthal, Jens, Frankfurt

**Der Vorstand**

## Was ändert sich im OPS 2016 für die Arthroskopie?

Es wurde eine neue Gruppe eingeführt, um spezifische Hüftgelenkarthroskopien abzubilden:

**5-816 Arthroskopische Operationen am Labrum acetabulare**

**5-816.0 Naht oder sonstige Re-fixation**, Inkl.: Knochenanker

**5-816.1 Glättung und (Teil-)Resektion**, Inkl.: Verwendung von Energiequellen

**5-816.2 Rekonstruktion durch Transplantat**, Hinw.: Die Art des Transplantates ist gesondert zu kodieren (5-930 ff.)

**5-816.x Sonstige**

**5-816.y N. n.bez.**

Außerdem wurde ein neuer Code etabliert, mit dem arthroskopische/endoskopische Teilresektionen vom Knochen codiert werden soll. Auch hierbei wird speziell auf die Hüfte eingegangen:

**5-782.b\*\*Partielle Resektion, endoskopisch**  
[Subklassifikation – 6. Stelle:  
0-h,k-u,z,x]

**Inkl.:** Exzision

**Hinw.:** Die Resektion bei Pinzer-Deformität ist in der 6. Stelle mit d anzugeben.

Die Resektion bei Cam-Deformität ist in der 6. Stelle mit e anzugeben.

Durch diese Änderung wird der bisherige Code 5-814.a zur arthroskopischen Resektion der lateralen Clavicula ersetzt. Nunmehr ist hierfür zu verwenden: 5-782.b0.

Desweiteren wurde ein Code für die arthroskopische Stabilisation des OSG geschaffen: 5-814.9 Bandplastik des lateralen Bandapparates des Sprunggelenkes mit ortsfähigem Gewebe [Broström-Gould]