

# Ursprünglich ging es mir um die (konservative) Therapie des **Sub-Akromialen Schmerz-Syndroms: SASS**

... nicht-traumatisches,  
zumeist einseitiges  
Schulterproblem mit  
Schmerz um das  
Akromion, oftmals  
verstärkt beim An-  
heben des Armes ...

SAPS is defined as all non-traumatic, usually unilateral, shoulder problems that cause pain, localized around the acromion, often worsening during or subsequent to lifting of the arm.

The different ~~clinical and/or radiological~~ names, such as

- impingement syndrome,
- bursitis,
- supraspinatus tendinopathy,
- biceps tendinitis, or
- tendon cuff degeneration

are all part of SAPS.

Nachdenken

ORTHOmedicum  
Alzey

# Berufspolitische Fehlentwicklungen in O&U

# Nachdenken ...

... über ein Gesundheitssystem, das „vom Gesetzgeber durch Vorgaben vollständig pervertiert ist, in dem das Wohl des Patienten nichts gilt, die Wirtschaftlichkeit des Systems alles ist. Wenn die Verhältnisse so sind, dann ist solchen Verhältnissen auch durch **ärztliche Ethik** nur bedingt entgegenzuwirken...“

G. Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin, 2015

# Konkret: Könnte es nicht sein, dass wir Schultern zu schnell und zu oft operieren?

70% der  
Schulter-OPs  
sind  
überflüssig!  
Zufall ist das  
nicht.

## Darum sind wir OP-Weltmeister

Prof. Pässler im SWR1 Interview



Sie kommen ja aus der Praxis - wie viele Operationen sind beispielsweise bei der Schulter überflüssig?

Bei den Schulteroperationen sieht es ähnlich wie bei der Wirbelsäule aus. Nach unserer Statistik sind 70% überflüssig! Zufall ist das nicht. Bei der Wirbelsäule sind es ca. 80% - die Techniker Krankenkasse hat sogar von 90% berichtet. Beim Knie sind es etwa 50%.

SWR 1  
11.4.2013

# Dabei ...

tion. Diese Operationsverfahren wurden daher besonders ausführlich beschrieben. Die endoskopische subacromiale Dekompression (ESD) hat sich als routinemäßiger und sicher reproduzierbarer Standardeingriff bewährt. Sie führt nach unserer Erfahrung in einem hohen Prozentsatz sowohl subjektiv als auch objektiv zur Verbesserung der Schultergelenksfunktion.

## ESD

# Warum eigentlich endoskopisch?

➔ **SASS mit RM-Beteiligung**

... ob man  
endoskopisch oder  
offen die RM  
rekonstruiert, ist  
klinisch egal ...

**Effectiveness of open and arthroscopic rotator cuff repair: a randomised controlled trial**

In patients aged > 50 years with a degenerative rotator cuff tear there is no difference in clinical effectiveness or cost-effectiveness between open repair and arthroscopic repair at 2 years for the primary outcome (OSS) and all other prespecified secondary outcomes.

The rate of re-tear was not significantly different across the randomised groups (46.4% and 38.6% for arthroscopic and open surgery, respectively).

ca. 40% Re-Rupturen

**ESD  $\hat{=}$  Offene SD**

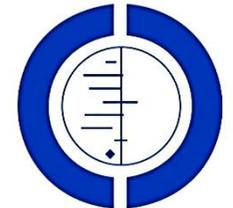
# Warum eigentlich endoskopisch?

➔ **SASS ohne RM-Beteiligung**

... ob man  
endoskopisch oder  
offen subakromial  
dekomprimiert, ist  
klinisch egal.

Die Krankenschreibung  
soll aber nach ESD  
kürzer sein ...

## Surgery for subacromial impingement syndrome



THE COCHRANE  
COLLABORATION®

Six trials that compared arthroscopic with open subacromial decompression reported **no significant differences** in outcome between groups at any time point.

Four of those trials reported a quicker recovery and/or return to work with arthroscopic decompression.

Adverse events, which occurred in three trials and included infection, capsulitis, pain, deltoid atrophy, and reoperation, did not differ between surgical groups.

**ESD ≙ Offene SD**

# Warum eigentlich endoskopisch?

## → SASS ohne RM-Beteiligung

... tatsächlich ist die postoperative Krankschreibung nach ESD erheblich länger, als dies viele Betroffene und Behandler vor der OP eingeschätzt hätten ...

Duration of sick leave after shoulder arthroscopy in Germany: analysis of health care data

The median duration of sick leave was 82 days after subacromial decompression and 157 days after rotator cuff repair.

Preoperative prognosis of the necessary duration of postoperative sick leave may not always be realistic.

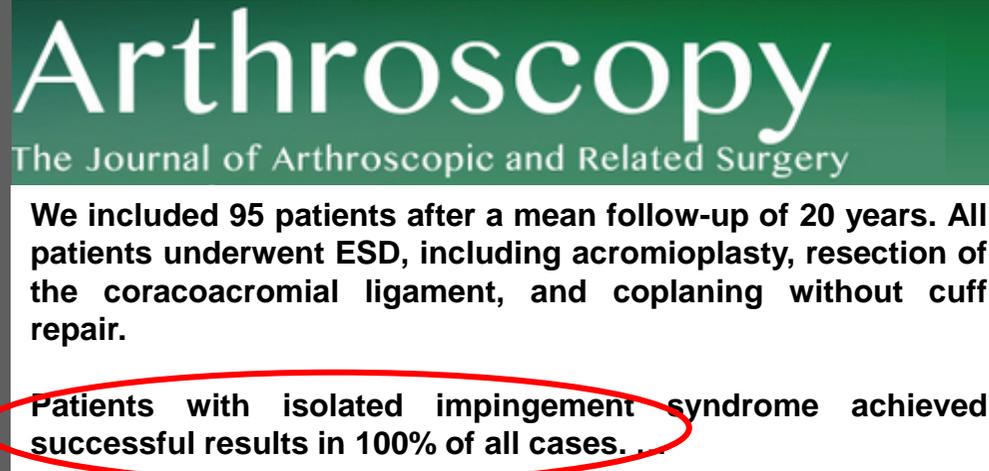
Im Durchschnitt betrug die postoperative AU

# 3 Monate

**Operieren wir beim SASS so oft,  
weil die Operation erfolgreicher ist  
als eine nicht-operative Behandlung?**

# Wem soll man dabei glauben?

... 20 Jahre nach der ESD beim SASS ohne Sehnenschädigung wiesen **alle Patienten** ein erfolgreiches Ergebnis auf ...



**Evidenz-Level IV**

# Wem soll man dabei glauben?



Klasse		Anforderungen an die Studien
I	Ia	Evidenz aufgrund einer systematischen Übersichtsarbeit randomisierter, kontrollierter Studien (ev. mit Metaanalyse)
	Ib	Evidenz aufgrund mindestens einer hoch qualitativen randomisierten, kontrollierten Studie
II	Ila	Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten, kontrollierten Studie ohne Randomisierung
	Ilb	Evidenz aufgrund einer gut angelegten, quasi-experimentellen Studie
III		Evidenz aufgrund gut angelegter, nicht experimenteller deskriptiver Studien
IV		Evidenz aufgrund von Berichten/Meinungen von Expertenkreisen, Konsensuskonferenzen und/oder klinischer Erfahrungen anerkannter Autoritäten

## Evidenz-Level I

# OP erfolgreicher als konservatives Vorgehen?

„Das harte Wort schmerzt immer,  
sei's auch ganz gerecht.“



# OP erfolgreicher als konservatives Vorgehen?

1

→ SASS ohne RM-Beteiligung

... weder nach der endoskopischen noch nach der offenen subakromialen Dekompression wird beim SASS ein besseres Ergebnis erzielt als mit konservativer Therapie alleine ...

## Surgery for subacromial impingement syndrome



THE COCHRANE  
COLLABORATION®

Three trials compared either open or arthroscopic subacromial decompression with active non operative treatment (exercise programme, physiotherapy regimen of exercise and education, or graded physiotherapy strengthening program) for subacromial impingement syndrome.

No differences in outcome between these treatment groups were reported in any of these trials.

There is "Silver" level evidence from three trials that there are no significant differences in outcome between open or arthroscopic subacromial decompression and active non-operative treatment for impingement.

**ESD  $\hat{=}$  Offene SD  $\hat{=}$  Konservative Therapie**

# OP erfolgreicher als konservatives Vorgehen?

2

## SASS ohne RM-Beteiligung

Does arthroscopic acromioplasty provide any additional value in the treatment of shoulder impingement syndrome? A two-year randomised controlled trial.

A total of 140 patients were randomly divided into two treatment groups: supervised exercise programme (n = 70, exercise group) and arthroscopic acromioplasty followed by a similar exercise programme (n = 70, combined treatment group). The main outcome measure was self-reported pain on a visual analogue scale of 0 to 10 at 24 months.

Intention-to-treat analysis disclosed an improvement in both groups but without statistically significant difference in outcome between the. The combined treatment was considerably more costly.

Arthroscopic acromioplasty provides no clinically important effects over a structured and supervised exercise programme alone in terms of subjective outcome or cost-effectiveness when measured at 24 months.

... nach der ESD in Kombination mit der konservativen Therapie wird beim SASS kein besseres Ergebnis erzielt als mit derselben konservativen Therapie alleine ...

**ESD  $\hat{=}$  Konservative Therapie**

# OP erfolgreicher als konservatives Vorgehen?

3

## SASS ohne RM-Beteiligung

... weder nach der endoskopischen noch nach der offenen subakromialen Dekompression wird beim SASS ein besseres Ergebnis erzielt als mit konservativer Therapie alleine ...

Effectiveness of surgical and postsurgical interventions for the subacromial impingement syndrome: a systematic review.

This review shows that there is no evidence that surgical treatment is superior to conservative treatment or that one particular surgical technique is superior to another. Because of possibly lower risks for complications, conservative treatment may be preferred.

**ESD  $\hat{=}$  Offene SD  $\hat{=}$  Konservative Therapie**

# OP erfolgreicher als konservatives Vorgehen?

4

## SASS ohne RM-Beteiligung

... weder nach der endoskopischen noch nach der offenen subakromialen Dekompression wird beim SASS ein besseres Ergebnis erzielt als mit konservativer Therapie alleine ...

Is there evidence in favor of surgical interventions for the subacromial impingement syndrome?

This review shows that there is no evidence in subacromial impingement syndrome that any surgical technique is convincingly better than another or than conservative interventions.

**ESD  $\hat{=}$  Offene SD  $\hat{=}$  Konservative Therapie**

# OP erfolgreicher als konservatives Vorgehen?

5

## SASS ohne RM-Beteiligung

... weder nach der endoskopischen noch nach der offenen subakromialen Dekompression wird beim SASS ein besseres Ergebnis erzielt als mit konservativer Therapie alleine ...

Comparison of open acromioplasty, arthroscopic acromioplasty and physiotherapy in patients with subacromial impingement syndrome: a prospective randomised study.

In this randomised study, the Constant score, other clinical assessments and subjective health-related QoL revealed no significant differences between the 3 groups two to three years after intervention in patients with SAIS. The OS group showed a greater improvement over time.

ESD  $\hat{=}$  Offene SD  $\hat{=}$  Konservative Therapie

# OP erfolgreicher als konservatives Vorgehen?

6

→ SASS mit RM-Beteiligung

Treatment of Nontraumatic Rotator Cuff Tears: A Randomized Controlled Trial with Two Years of Clinical and Imaging Follow-up.

... bei degenerativer RM-Ruptur wird nach der ESD, ob ohne oder mit RM-Rekonstruktion, kein besseres Ergebnis erzielt als mit konservativer Therapie alleine

...

One hundred and eighty shoulders with symptomatic, nontraumatic, supraspinatus tears were randomized into one of three cumulatively designed intervention groups:  
 the physiotherapy-only group (Group 1),  
 the acromioplasty and physiotherapy group (Group 2),  
 the rotator cuff repair, acromioplasty, and physiotherapy group (Group 3).

There was no significant difference in clinical outcome between the three interventions at the two-year follow-up.

**ESD  $\hat{=}$  Konservative Therapie**

# OP erfolgreicher als konservatives Vorgehen?

## 7 → SASS mit RM-Beteiligung

... bei degenerativer RM-Ruptur wird nach der ESD mit RM-Rekonstruktion kein besseres Ergebnis erzielt als mit konservativer Therapie alleine ...

Comparing surgical repair with conservative treatment for degenerative rotator cuff tears: a randomized controlled trial.

There were no differences in functional outcome as measured with the CMS 1 year after treatment in our population of patients with degenerative rotator cuff tears who were randomly treated by surgery or conservative protocol.

**ESD ≙ Konservative Therapie**



**DVSE**

Deutsche Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie e. V.

<http://www.dvse.info/mitteilungsblatt/journal-club.html>

Lambers et al. 2015; JSES 24:1274

Die Operation beim SASS ist  
**NICHT** erfolgreicher  
als eine nicht-operative Behandlung.

... hat seit der Einführung der ESD die Anzahl subakromialer Dekompressions-Operationen um >500% zugenommen ...

## Arthroscopy and the **Dramatic Increase** in Frequency of Anterior Acromioplasty from 1980 to 2005: An Epidemiologic Study

**Purpose**—The purpose of this study is to better understand the utilization of anterior acromioplasty over time – in the absence of rotator cuff repair, to examine the relationship to patient characteristics (age, sex) and types of rotator cuff pathology (inflammation or fibrosis, partial thickness tearing, full thickness tearing undergoing debridement), and to assess the utilization of arthroscopy in this procedure.

**Methods**—Using the resources of the Rochester Epidemiology Project, cataloging medical records of residents in Olmsted County, Minnesota, we identified 246 patients who underwent anterior acromioplasty between 1980 and 2005. It has previously been shown that rarely does a resident of Olmsted County undergo an orthopedic procedure at a facility outside the county.

**Results**—The incidence of anterior acromioplasty increased over time ( $p < 0.001$ ) with the crude rate of 3.3 per 100,000 in 1980 to 1985 to 19.0 per 100,000 in 2000 to 2005. Sex, age, and types of rotator cuff pathology did not significantly change over the twenty-six year period. There was a dramatic shift from use of the open to the arthroscopic approach over this time period ( $p < 0.001$ ) and a decrease in the concomitant performance of distal clavicle resection ( $p < 0.001$ ).

**Conclusions**—The frequency of anterior acromioplasty has dramatically increased over time. Increasing knowledge about this syndrome, including better imaging, has facilitated patient treatment for a stable spectrum of rotator cuff pathology (inflammation or fibrosis, partial thickness tearing, full thickness tearing undergoing debridement), as has the application of endoscopic surgery.

# Aber warum werden dann in Deutschland ...

... in Relation zur Einwohnerzahl **doppelt so viele ESD** durchgeführt wie in den USA ?

## Schulteroperation / Arthroskopie der Schulter - Fakten (2011)

*Operationsname, Definition:* Arthroskopische subacromiale Dekompression (ASAD) /  
*Synonyme:* arthroskopische Acromioplastik, Dekompression Schulter, arthroskopische Schulteroperation bei Impingementsyndrom.

Eine arthroskopische subacromiale Dekompression wird **bei Impingementsyndromen, Schulterengesyndromen, Subacromialsyndromen** durchgeführt. Die Indikation zur Operation ergibt sich, wenn konservative Maßnahmen wie Physikalische Therapie Physiotherapie und Injektionsbehandlungen keinen ausreichenden Erfolg gebracht haben.  
*Facharzt dieser Operation:* Fachärzte für Orthopädie, Orthopädie und Unfallchirurgie und gelegentlich auch Chirurgen mit Erfahrung bei Schulteroperationen.

*Häufigkeit pro Jahr:* In Deutschland werden pro Jahr **über 100.000** arthroskopische Dekompressions-Operationen der Schulter durchgeführt. Die Operationen werden ...

1:700

**Table 1 Estimates of upper extremity ambulatory surgery in the United States, 2006**

Procedure	Number of procedures	95% confidence intervals
Rotator cuff repair	272,148	218,994, 325,302
Shoulder arthroscopy*	257,541	185,268, 329,814
Elbow arthroscopy	3,686	3,554, 3,818
Carpal tunnel release	576,924	459,239, 694,609
Wrist arthroscopy*	25,250	17,304, 33,196

\*Shoulder arthroscopy excludes rotator cuff tears; Wrist arthroscopy excludes carpal tunnel syndrome.

1:1400

Nachdenken

ORTHOmedicum  
Alzey



# Wir operieren so oft, weil sich das Operieren für uns mehr lohnt als das Nicht-Operieren

... die Ausgaben für die ärztlichen Leistungen sind „gedeckt“, weil sie nur im Gleichschritt mit den Einnahmen der Krankenkassen steigen dürfen: **Primat der Beitragssatzstabilität.**

Bestimmte Positionen aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen, die aus **übergeordneten gesundheitspolitischen Erwägungen** gefördert werden sollen, sind gezielt von dieser Deckelung ausgenommen, z.B.

## AMBULANTE OPERATIONEN

# Wir operieren so oft, weil sich das Operieren für uns mehr lohnt als das Nicht-Operieren

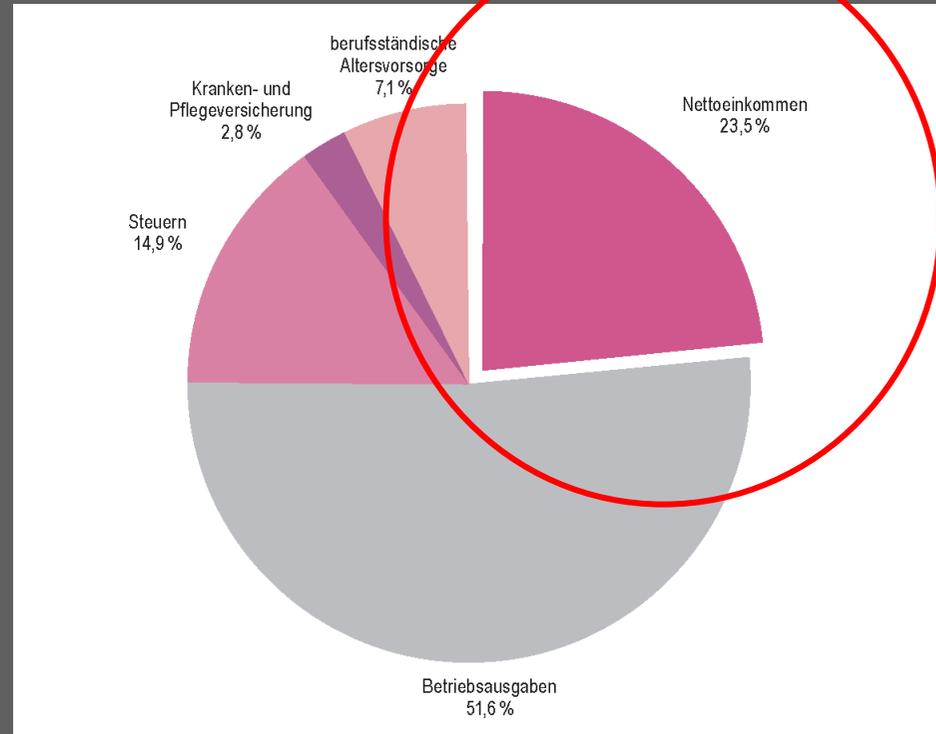
Unter dem **Primat der Beitragssatzstabilität** gesteht die GKV ihren Versicherten ambulant nicht-operativ nur eine absolut minimale, nämlich ausreichende, Versorgung zu, und ...



... Ärzte werden für die ambulante nicht-operative Behandlung mit Almosen entlohnt

ca. **15 Euro** Nettoeinkommen für **3** Arzt-Patienten-Kontakte

Honorar  
4 = Nettoeinkommen



**Primat der Beitragssatzstabilität**

# Für mich ist das keine annähernd adäquate „Pay for Performance“ ...

PAY FOR PERFORMANCE

## Wege zur qualitätsorientierten Vergütung

Um die Qualitätsentwicklung gezielter zu fördern, sollte die Qualität der erbrachten Leistungen als ein Kriterium in die Vergütung medizinischer Leistungen einbezogen werden.



**D**as deutsche Gesundheitssystem schneidet im internationalen Vergleich insgesamt gut ab. Dies belegen Analysen des Commonwealth Fund (1, 2) sowie der OECD (3), beispielsweise zum Thema „Behandlungsfehler“ oder „Zugang zu Gesundheitsleistungen“. In puncto Vertrauen/Qualität

hoher Bedeutung. Weitere Einsatzgebiete, neben der öffentlichen Darstellung von Qualität, sind Rückmelde- und Benchmarkingsysteme, die Einbindung in das praxisinterne Qualitätsmanagement und die qualitätsorientierte Vergütung („Pay for Performance“, kurz: „P4P“). Im Qualitätsmanagement etwa können Indikatoren praxisintern dafür genutzt werden, individuelle Qualitätsziele zu konkretisieren und deren Erfüllungsgrad zu objektivieren. Im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease-Management-Programmen) wurden Qualitätsindikatoren beispielsweise zu Evaluationszwecken implementiert. In Form von Feedbackberichten erhalten die teilnehmenden Ärzte eine Rückmeldung über Teilbereiche ihrer Behandlungsqualität und können sich anhand der Daten der entsprechenden Kassärztlichen Vereinigung vergleichen (Benchmarking) (5). In einigen Re-

ferenzprojekten wurde 2004 in Großbritannien eingeführt. Das erklärte Ziel des britischen P4P-Programms ist es, die hausärztliche Qualität mithilfe finanzieller Anreize zu verbessern. Dafür hat die britische Regierung zusätzliche Gelder in Höhe von 2,5 Milliarden Euro zur Verfügung gestellt. Obwohl die Teilnahme freiwillig ist, sind 99,8 Prozent der britischen Praxen in das Programm eingeschrieben. Seit der Einführung des P4P-Programms erzielen niedergelassene Hausärzte durchschnittlich 25 Prozent ihres Einkommens (rund 27 000 Euro pro Jahr) in Abhängigkeit von der Erfüllung circa 150 festgelegter Qualitätsindikatoren (6). Schwerpunktmäßig handelt es sich um Indikatoren zu chronischen Volkskrankheiten (unter anderem Asthma, koronarer Herzerkrankung, Diabetes, Depression), ergänzt um Indikatoren zu Prävention, Patientenzufrieden-

**Primat der Beitragssatzstabilität**

... sondern Folge einer unheiligen Allianz aus politisch mandatierten Kostenträgern und der KBV, die den Sicherstellungsvertrag auf dem Altar der Beitragssatzstabilität geopfert haben

## § 72 SGB V Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung

- (1) Ärzte und Krankenkassen wirken zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen.
- (2) Die vertragsärztliche Versorgung ist **im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften** und der **Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses** durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass
- eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten
  - unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist
  - **und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden.**

**Primat der Beitragssatzstabilität**

Bedeutet für mich zugespitzt für GKV-Versicherte...

- 5-Euro-Medizin!



# Bedeutet für mich zugespitzt für GKV-Versicherte...

- **5-Euro-Medizin!**

- **Möglichst viele Patienten für die ebenso erfolgreiche, aber 50-100mal lukrativere ambulante OP rekrutieren**

## Schulteroperation / Arthroskopie der Schulter – Fakten (2011)

**Stationär / Ambulant:** In der Regel erfolgt die Operation unter ambulanten Bedingungen. Grundsätzlich ist auch eine stationäre Operation möglich und vorstellbar.

**Kosten der Operation** und Kostenübernahme durch die Krankenkasse: Die Operationskosten variieren deutlich, je nachdem, ob die Operation ambulant oder stationär durchgeführt wird, oder ob der Patient gesetzlich oder privat versichert ist. Die Kosten können **zwischen 1.000 bis 5.000€** betragen.

Die gesetzliche und die private Krankenkasse übernehmen die Kosten dieser Operation..

# Hinzu kommt die Budgetierung

Kaum Physiotherapie-Verordnung wg. der Regressbedrohung

## Richtgrößen ab 1. Januar 2016 KV RLP

### Heilmittel

Fachgruppe <sup>1</sup>	Richtgröße 2016 M/F	Richtgröße 2016 R
Chirurgen / Orthopäden	22,57 Euro	30,25 Euro
HNO-Ärzte	6,47 Euro	2,76 Euro
Internisten, fachärztlich <sup>2</sup>	2,80 Euro	5,06 Euro
Kinderärzte	18,66 Euro	-
Allgemeinärzte, prakt. Ärzte, hausärztliche Internisten	9,82 Euro	27,76 Euro

Entspricht maximal  
1-2  
Einzel-KG-Anwendungen  
im Quartal

**Primat der Beitragssatzstabilität**

# Hinzu kommt die Budgetierung

Sehr sparsame Antiphlogistika-Verordnung wg. der Regressbedrohung

## Richtgrößen ab 1. Januar 2016 KV RLP

### Arznei- und Verbandmittel inklusive Sprechstundenbedarf

Fachgruppe <sup>3</sup>	Richtgröße 2016 M/F	Richtgröße 2016 R
Augenärzte	11,75 Euro	21,99 Euro
Chirurgen / Orthopäden	15,05 Euro	21,43 Euro
Gynäkologen	16,04 Euro	53,04 Euro
HNO-Ärzte	13,93 Euro	5,77 Euro
Hautärzte	28,59 Euro	22,43 Euro
Internisten, fachärztlich <sup>4</sup>	106,67 Euro	107,04 Euro
Kinderärzte	30,73 Euro	-
Nervenärzte, Neurologen, Psychiater	207,57 Euro	220,94 Euro
Urologen	35,32 Euro	83,32 Euro
Allgemeinärzte, praktische Ärzte, hausärztliche Internisten	58,75 Euro	189,57 Euro

Budget für  
verschreibungspflichtige  
Medikamente  
ca. 10-15 Euro / Quartal

= N1 Ibu 600  
oder  
N1 Predni 25 Ampullen

**Primat der Beitragssatzstabilität**

# Was mache ich konkret? 5-Euro-Medizin!

Subakromiales Impingementsyndrom	Funktionelle Ursache
<b>Strukturelle Ursache</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Korakoakromialer Bogen               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Akromionform/Stellung</li> <li>– Akromionsporn</li> <li>– Os acromiale</li> <li>– Korakoidfehlform</li> <li>– Lig. coracoacromiale</li> <li>– (Ossifikation, Hypertrophie)</li> </ul> </li> <li>■ Subakromialer Gleitraum               <ul style="list-style-type: none"> <li>– subakromiale Bursitis</li> </ul> </li> <li>■ ACG               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Instabilität</li> <li>– kaudaler Osteophyt</li> </ul> </li> <li>■ Rotatorenmanschette               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ruptur</li> <li>– Tendinosis calcarea</li> <li>– Ansatz tendinose</li> <li>– postoperative Vernarbungen/Fremdmaterial</li> </ul> </li> <li>■ Proximaler Humerus               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tuberculum-majus-Fehlstellung</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Funktionelle Skapulafehlstellung               <ul style="list-style-type: none"> <li>– muskuläre Dysbalance</li> <li>– Parese N. thoracicus longus</li> <li>– Hyperkyphose BWS</li> </ul> </li> <li>■ Instabilität/Laxität               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Überkopfsportarten</li> <li>– Bankart/SLAP-Läsionen</li> </ul> </li> <li>■ Dorsale Kapselenge               <ul style="list-style-type: none"> <li>– erworbene dorsale Kapselschrumpfung führt zum Höherentreten des Humeruskopfes</li> </ul> </li> <li>■ Neurogen               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Engpass-Syndrome</li> <li>– N. thoracicus longus (Skapulastellung)</li> <li>– zervikal – neurogen</li> </ul> </li> <li>■ Neuromuskuläre Koordinationsstörung               <ul style="list-style-type: none"> <li>– muskuläre Dysbalancen</li> <li>– neuromuskuläre Insuffizienz der Rotatorenmanschette</li> </ul> </li> </ul>

**Keine Zeit für genaue Differentialdiagnostik**

# Was mache ich konkret? 5-Euro-Medizin!

## RED FLAGS

- Trauma
- Infektion
- Tumor
- Thoraxschmerz
- Plötzlicher Kraftverlust
- Systemische Erkrank.

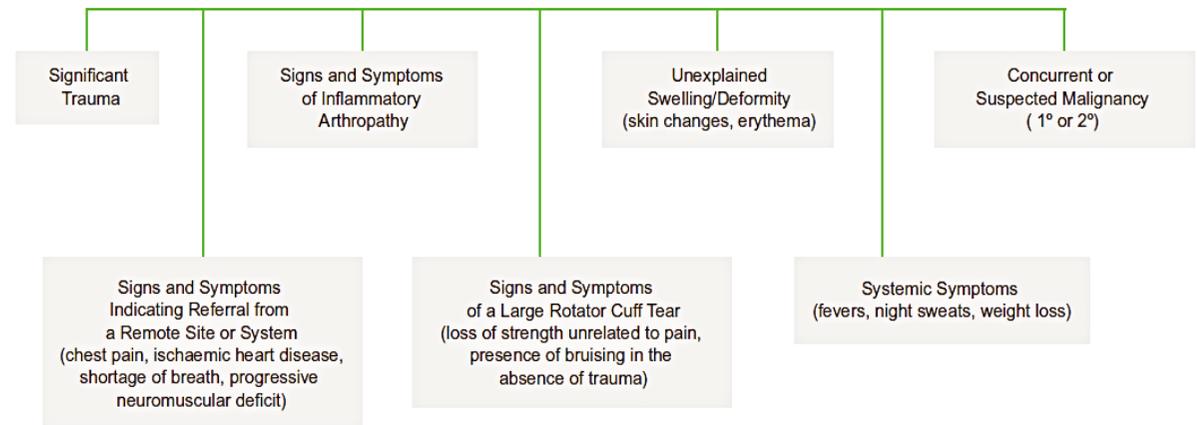
## WICHTIGES NICHT ÜBERSEHEN



**UNSW**  
AUSTRALIA

Clinical Practice Guidelines for the Management of Rotator Cuff Syndrome in the Workplace

### Red Flags for Rotator Cuff Syndrome



**Urgent laboratory Investigations, Imaging as appropriate and onwards referral**

# Was mache ich konkret? 5-Euro-Medizin!

Wenn keine Linderung unter NSAR über 1-2 Wochen:

- Röntgen Schulter ap und Y,
- Subakromiale Injektionen mit Scandicain 1% + Predni 25

... es macht keinen Unterschied, ob man sonographisch gesteuert oder „blind“ subakromial infiltriert ...

## Ultrasound-Guided Versus Blind Subacromial Corticosteroid Injections for Subacromial Impingement Syndrome

A Randomized, Double-Blind Clinical Trial

No significant differences were found in the clinical outcome when comparing ultrasound-guided subacromial injections to blind subacromial injections for subacromial impingement syndrome.

- Wiedervorstellung genau 3x im Quartal, aber nicht öfter

Und wenn es nicht schnell besser wird? Nur keine Hektik ...

8

## SASS ohne RM-Beteiligung

Which patients do not recover from shoulder impingement syndrome, either with operative treatment or with non-operative treatment? A subgroup analysis

... wenn Patienten schon von einer konservativen Therapie nicht profitieren, dann erst recht nicht von einer nachträglichen ESD ...

Patients not profiting from the intervention similarly had a longer duration of symptoms, marital status (single), long periods of sick leave, and low level education.

### YELLOW FLAGS

The unsatisfied patients in the exercise group were later granted operative treatment but did not get better after operation.

- Symptomdauer
- Familienstand
- AU-Dauer
- Bildungsgrad

Und wenn es nicht schnell besser wird? Nur keine Hektik ...

9

## SASS ohne RM-Beteiligung

... es ist falsch zu glauben, dass eine ESD die spätere Entwicklung einer RM-Ruptur öfter verhindern würde als wenn man nicht operiert ...

No difference in long-term development of rotator cuff rupture and muscle volumes in impingement patients with or without decompression

In this study, we found that arthroscopic acromioplasty does not have any long-term benefit based on radiological findings of muscle volumes.

Also, the frequency of later rotator cuff rupture was similar irrespective of whether or not surgery was performed.

Acromioplasty is not justified as a treatment for dynamic shoulder impingement syndrome.

Und wenn es nicht schnell besser wird? Nur keine Hektik ...

➔ **SASS mit RM-Beteiligung**

... selbst wenn man eine akute RM-Ruptur nicht sofort diagnostiziert hat, bleibt Zeit für die eventuell indizierte OP...

The influence of age, delay of repair, and tendon involvement in acute rotator cuff tears

Structural and clinical outcomes after repair of 42 shoulders

**Interpretation** A delay of 3 months to repair had no effect on outcome. The patients with cuff defects at follow-up were older and they had a worse clinical outcome. Multi-tendon injury did not generate worse outcomes than single-tendon tears at follow-up.

An Evidenced-Based Examination of the Epidemiology and Outcomes of Traumatic Rotator Cuff Tears

### Conclusions

Traumatic rotator cuff tears are more likely to occur in relatively young (age 54.7), largely male patients who suffer a fall or trauma to an abducted, externally rotated arm. These tears are typically large and involve the subscapularis, and repair results in acceptable results. However, insufficient data prevent a firm recommendation for early surgical repair.

# Unterstützende Bildgebung



MRT nur bei **RED FLAGS** (<5%),

oder

wenn ich bei Beschwerdepersistenz  
**über Monate hinweg**  
an eine OP denke (95%).

The costs associated with the evaluation of rotator cuff tears before surgical repair

## Results

In total, 92,688 patients were identified in the study period. A total of \$161,993,100 was charged during the preoperative period, for an average of \$1,748 per patient. Diagnostic imaging charges totaled \$104,510,646 (65%); injections, \$5,145,227 (3%); outpatient visits, \$29,723,751 (18%); physical therapy, \$13,844,270 (8.5%); preoperative studies, \$6,792,245 (4.2%); and miscellaneous, \$1,164,688 (<1%).



**2/3 der prä-operativen ambulanten  
Behandlungs-Kosten entfallen auf das MRT**

# Und wenn doch operiert werden „muss“?

Dann rate ich dem Patienten natürlich dazu.

## ABER:

Bei der aktuellen Budgetierung sehe ich mich **NICHT** in der Verantwortung, auch und gerade für fremdoperierte Patienten post-operativ die zweifellos notwendige Nachbetreuung zu rezeptieren.

Dies gilt insbesondere für die Verordnung der Regress-bedrohten Physiotherapie.

# Ab 2017: Besonderer Verordnungsbedarf

Übersicht der Diagnosen			Stand: 1. Januar 2017			
			Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel:			
1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-, Sprech-, Sprach- therapie	Hinweis/ Spezifikation
<b>Zustand nach operativen Eingriffen des Skelettsystems</b>						
M23.5-	Z98.8	Chronische Instabilität des Kniegelenks	EX2/EX3/LY2	SB2		längstens 6 Monate nach Akutereignis
■ M24.41	Z98.8	Habituelle Luxation und Subluxation eines Gelenkes: Schulterregion	EX2/EX3	SB2		Voraussetzung für die Anerkennung als besonderer Verordnungsbedarf ist die Angabe beider ICD-10-Diagnoseschlüssel
Z89.-	Z98.8	Extremitätenverlust	EX2/EX3	SB3		
Z96.60	Z98.8	Vorhandensein einer Schulterprothese	EX2/EX3	SB2		
Z96.64	Z98.8	Vorhandensein einer Hüftgelenkprothese	EX2/EX3	SB2		
Z96.65	Z98.8	Vorhandensein einer Kniegelenkprothese	LY2			



Ein Arzt, der die post-operative physiotherapeutische Betreuung seiner Patienten nicht **EIGENSTÄNDIG** gewährleisten kann, sollte Schultern nicht operieren – weder ambulant noch stationär.

# Zum Schluss

# Die weit gefächerte Indikationsstellung zur subakromialen Schulterchirurgie ist der eine Teil des Problems

... es ist eigentlich wahrscheinlich, dass Patienten bei zwei gleich wirksamen Therapieverfahren **das konservative Vorgehen favorisieren** und sich gegen die Risiken und die Schmerzen entscheiden würden, die mit einer Operation verbunden sind ...

## Is surgery for the subacromial pain syndrome ever indicated?

Several reports have described generally good results after nonoperative or operative treatment of subacromial pain, suggesting that both treatment options are reasonably effective. When considering the poor scientific basis for recommendation of surgery, it is surprising that the numbers of these procedures have increased dramatically since their introduction (Yu et al. 2010). From a patient standpoint, it appears likely that if the 2 treatment options are equally effective, most would avoid the risks and discomfort associated with surgery if given the opportunity to choose. It is, however, somewhat surprising

Die politisch vorgegebene Unterfinanzierung der Konservativen Orthopädie und die Regress-Bedrohung der Physiotherapieverordnung sind die anderen Teile des Problems

... Patienten, die im Anschluss an eine ESD **keine** Physiotherapie erhalten hatten ...

## Schulteroperation: Physiotherapie im Anschluss zu kurz?

Physiotherapie für schnellere Genesung entscheidend



**BVOU 2016**

Berufsverband für  
Orthopädie und Unfallchirurgie

Einen weiteren zentralen Faktor bildete die Physiotherapie. Patienten, die im Anschluss an den Eingriff keine Physiotherapie erhalten hatten, waren durchschnittlich 111 Tage krankgeschrieben – Patienten mit Physiotherapie dagegen nur 89 Tage. Bei denjenigen Patienten, die eine Physiotherapie erhalten hatten, dauerte diese im Schnitt 64 Tage und war damit erheblich kürzer, als die durchschnittliche Zeit der Krankschreibung. Laut den Forschern sollten sich zukünftige Studien deshalb mit der Frage auseinandersetzen, ob eine längere Physiotherapie die Dauer der Arbeitsunfähigkeit möglicherweise verkürzen könnte.

**So weit sind wir schon gesunken !**



## Guideline for diagnosis and treatment of subacromial pain syndrome

A multidisciplinary review by the Dutch Orthopaedic Association

Ron Diercks<sup>1</sup>, Carel Bron<sup>2</sup>, Oscar Dorrestijn<sup>1</sup>, Carel Meskers<sup>4</sup>, René Naber<sup>5</sup>, Tjerk de Ruiter<sup>4</sup>, Jaap Willems<sup>1</sup>, Jan Winters<sup>3</sup>, and Henk Jan van der Woude<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Netherlands Orthopedic Society, <sup>2</sup>Royal Netherlands Association of Physical Therapy, <sup>3</sup>Netherlands Association of General Practitioners, <sup>4</sup>Netherlands Society of Rehabilitation Medicine, <sup>5</sup>Netherlands Association of Occupational Medicine, <sup>6</sup>Netherlands Society of Radiology.  
Correspondence: r.l.diercks@umcg.nl  
Submitted 14-01-23. Accepted 14-03-04

- Es gibt keine überzeugende Evidenz, dass die operative Therapie des SASS effektiver ist als eine konservative Behandlung.
- Das SASS sollte bevorzugt nicht-operativ behandelt werden.

Die Deutschen Orthopädischen Fach-Gesellschaften  
sind zu solch klaren Aussagen offenkundig weder fähig noch willens



# Und dies vor dem Hintergrund, dass ...



... dem Patienten eine zutreffende Entscheidungsgrundlage vermittelt werden soll, bei deren Vorliegen er sich dann für eine konkrete Behandlung entscheiden kann.

Ein aktuelles Urteil des Oberlandesgerichts (OLG) Koblenz (AZ: 5 U 976/13, Datum: 15.10.2014; *VersR 2015, 757*) gibt Anlass darauf hinzuweisen, dass eine dem Patienten geschuldete Aufklärung über Behandlungsalternativen (§ 630e Abs. 1 S. 3 BGB) sehr sorgfältig dokumentiert werden sollte.

...  
Es empfiehlt sich hiernach, den wesentlichen Inhalt eines Aufklärungsgesprächs über den vorgedruckten Text eines Aufklärungsformulars hinaus jeweils auf den Individualfall bezogen zumindest stichwortartig handschriftlich zu dokumentieren, um haftungsrechtliche Nachteile wegen nicht nachweisbarer sachgerechter Risiko- und Eingriffsaufklärung möglichst zu vermeiden.

... **bei unklarer Datenlage** müssen alle möglichen auch nicht-invasiven Behandlungsalternativen mit dem Patienten besprochen werden, selbst wenn diese nicht als gleichwertig anzusehen sind ...

Aber mal ehrlich...



Haben wir hier beim SASS eine  
**„unklare Datenlage“**

# Wie lange noch tun wir so als wäre alles in Ordnung?

- Wir operieren die Schultern gut,
- das gibt uns Selbstbestätigung,
- ist immerhin vergleichbar effektiv –
- und es bringt viel mehr ein



**Aber doch nur solange ...**

...bis der G-BA wieder das Problem für uns „löst“  
und es dann heißt ...

... angesichts der  
möglichen  
Komplikationen einer  
Arthroskopie war daher  
das Ende dieser  
Intervention die einzig  
logische Konsequenz ...

BRIEFE

**ARTHROSKOPIE**

Seitdem die Arthroskopie nicht mehr therapeutisch bei Gonarthrose eingesetzt wird, bleiben Patienten verärgert und ratlos zurück (DÄ 10/2017: „Kniegelenk-Arthroskopie: Ein Jahr nach dem Stopp“ von Dustin Grunert).

**Die Fakten sprechen dagegen**

Die Befürworter der Arthroskopie wiederholen in diesem Beitrag ihre Sichtweise, ohne dass neue Daten präsentiert werden. Wenn der Berufsverband für Arthroskopie (BVASK) glaubt, man könne bei Gonarthrose tatsächlich vor einer Arthroskopie abschätzen, „welche Patienten von der Behandlung profitieren“, dann läge es nahe, genau für diese Patientengruppe eine geeignete Studie zum Nutznachweis zu beginnen. Tatsache ist jedoch, dass bereits elf hochwertige Studien vergeblich versucht haben, Vorteile der Arthroskopie

bei Gonarthrose zu finden. Angesichts der möglichen Komplikationen einer Arthroskopie war daher das Ende dieser Intervention die einzig logische Konsequenz.

Nach Auskunft des Statistischen Bundesamts wurden dennoch 2015 insgesamt 37 920 arthroskopische Eingriffe (OPS-Codes 1-697.7, 5-810 bis 5-813, 5-819 und 8-178.h) aufgrund der ICD-Hauptdiagnose M17 (Gonarthrose) stationär durchgeführt. Es ist daher irreführend, wenn Herr Prof. Froesch von „wenigen einzelnen Patienten“ spricht, die noch arthroskopisch behandelt wurden. Dass diese Patienten sich nun „verärgert und ratlos zurückgelassen“ fühlen, kann vor allem durch eine einseitige Information zur Arthroskopie verursacht sein („Die Kasse zahlt das leider nicht mehr.“). Stattdessen brauchen wir sowohl bei Ärzten als auch Patienten eine realistische Sicht der Fak-

ten: Die Arthroskopie hat bei Gonarthrose allenfalls einen Placebo-Effekt. Dass Herr Dr. Müller-Rath auf die schwierige Abgrenzung zwischen Arthrose und andere Erkrankungen hinweist, ist richtig und wichtig. Der G-BA hat in seiner Entscheidung klargestellt, dass bei Trauma, akuter Gelenkblockade oder meniskusbezogener Indikation eine Arthroskopie weiterhin möglich ist. In der Zukunft wird zu prüfen sein, ob insbesondere die schwierige Trennlinie zwischen Gonarthrose und Meniskusläsion als „Hintertürchen“ genutzt wird, um für eine eigentlich nicht indizierte Arthroskopie doch eine Indikation dokumentieren zu können. Glücklicherweise gibt es viele Orthopäden, die evidenzbasierte Medizin praktizieren und empirische Daten höher gewichten als die persönliche, ach so trügerische Erfahrung.

Priv.-Doz. Dr. Stefan Sauerland, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Köln

# Wenn ich 3 Wünsche frei hätte ...

- **Wir werden wieder von Kassenärzten zu Ärzten mit der Maxime: Salus aegroti suprema lex**
- **Unsere Fachgesellschaften entwickeln freiwillig und zeitnah eine für ihre Mitglieder verbindliche Leitlinie zu Diagnostik und Therapie des SASS**
  - **mit dem Ziel einer deutlichen Reduktion (z.B. um 70%) der Anzahl operativer Interventionen im Bereich des subakromialen Raumes**
  - **und entsprechend einer massiven Priorisierung der konservativen Therapie**
- **Wir opponieren gegen ein Gesundheitssystem, das vom Gesetzgeber aus „übergeordneten gesundheitspolitischen Überlegungen“ pervertiert wird, in dem das Wohl des Patienten wenig gilt, die Beitragssatzstabilität aber alles ist.**