

ILLUSTRATION: HEDI XANDT / DER SPIEGEL

### Schultergelenk\*

»Ob Operation oder Scheinoperation – den Patienten geht es danach gleich gut«

# Auf die Knochen

**Medizin** Schulter, Rücken, Knie – irgendwann verschleißern die Gelenke, am Ende steht oft eine Operation. Doch ausgerechnet die häufigsten Eingriffe in der Orthopädie helfen vielen Menschen nicht. Jetzt zeigen Ärzte, dass es auch anders geht: indem sie mehr mit den Patienten sprechen.

**A**m Ende war der Schmerz in der rechten Schulter so schlimm, dass Karl-Heinz den Arm nicht mehr heben konnte. »I hald des Malär nemme aus«, sagte der Mann aus Deizisau am Neckar und flehte den Arzt an: »Oberrieret Sie mi!«

Doch der Orthopäde Burkhard Lembeck, 52, dessen Praxis im ersten Stock eines Zweckbaus in Ostfildern-Nellingen liegt, hatte einen besseren Vorschlag. Nach eingehender Untersuchung und ausführlichem Gespräch gab er seinem schwäbischen Patienten, einem pensionierten Gärtnermeister, eine Spritze gegen die Schmerzen und verschrieb ihm Krankengymnastik.

Ein 54-jähriger Elektromeister aus Köngen kam mit Rückenschmerzen in Lembecks Sprechstunde und zeigte den Brief eines Chirurgen, den er zuvor konsultiert hatte. Dieser schrieb, er würde »zu einer ausgiebigen Dekompression L5/S1 mit bilateraler Foraminotomie raten. Eine solche Operation müsste dann mit einer Fusion kombiniert werden«. Mit anderen Worten: Er wollte Bandscheibenmaterial entfernen, beidseitig Nervenaustrittskanäle erweitern und Wirbel miteinander verschrauben.

Aber auch hier hatte Lembeck einen anderen Plan. Nach ausgiebiger Anamnese verordnete er dem Elektromeister Physiotherapie und empfahl ihm, sich regelmäßig zu bewegen.

»In der Orthopädie kann man oft operieren, aber nur ganz selten muss man es tun«, sagt Burkhard Lembeck, ein Mann mit der Gelassenheit seiner westfälischen Heimat, den es ins Schwabenland verschlagen hat. Als junger Oberarzt am Uniklinikum Tübingen hat er selbst Eingriff auf Eingriff vorgenommen; aber als er sich vor Jahren in einer Gemeinschaftspraxis niederließ, reichte es ihm. »Das Honorarsystem diktiert, wie man Medizin macht. Da habe ich gesagt: Das kann nicht sein.«

Seinen Worten hat Lembeck Taten folgen lassen. Mit der AOK Baden-Württemberg hat er einen bundesweit einzigartigen Vertrag entwickelt: Die teilnehmenden Orthopäden werden verstärkt

fürs Zuhören und Sprechen entlohnt und können sich deshalb für einen Patienten ungefähr doppelt so viel Zeit nehmen wie üblich. An diesem »Facharztprogramm Orthopädie« nehmen in Baden-Württemberg 530 Praxen und 600 000 Patienten teil – mit erstaunlichen Ergebnissen. Lembeck zeigt ein Blatt mit den neuesten Zahlen zum Rückenschmerz und sagt: »Mehr Sprechen – das führt zu weniger Operationen und weniger Pillen.«

## Engpasssyndrom in der Schulter

Bei Schulterschmerzen entfernen Operateure Knochenmaterial aus dem Schulterdach.



Ein Orthopäde, der ebenfalls lieber redet als schneidet, ist der Engländer Andrew Carr, 60. Seine Distanz zum traditionellen Medizinbetrieb lässt sich schon an seinem Institut in Oxford erkennen: Während auf einem Campus im Osten der Stadt das hochmoderne Nuffield Orthopaedic Centre thront, das größte Klinikum seiner Art in Europa, leitet Carr rund 150 Meter entfernt ein eher unscheinbares Haus, das Botnar Research Centre. Abseits der klinischen Hektik sind rund 300 Mediziner, Naturwissenschaftler und andere Mitarbeiter damit befasst, den Nutzen der Orthopädie auszuloten: Wie werden Patienten behandelt – und was haben sie davon?

»Früher haben Chirurgen nur operiert, um lebensbedrohliche Erkrankungen abzuwenden«, sagt Carr, ein Gentleman, der bei Wind und Wetter mit dem Fahrrad zur Arbeit fährt. Doch in den vergangenen 50 Jahren seien die Indikationen für Operationen immer weicher geworden. »Heute geht es in der Orthopädie bei einer riesigen Zahl von Eingriffen darum, Schmerz zu lindern«, meint Carr. »Wenn der Endpunkt aber ein so subjektiver ist wie Schmerz, dann muss man besonders sorgfältig überprüfen: Bringt eine Operation wirklich das, was man sich von ihr verspricht?«

Als Beispiel nennt Carr eine Standardoperation bei einem bestimmten Schulterschmerz, dem Engpasssyndrom (auch Impingement-Syndrom genannt). Das ist genau jene Erkrankung, die auch Karl-Heinz, dem Gärtner aus Deizisau, den Ruhestand vermiest. Wenn der Patient den seitlich ausgestreckten Arm anhebt, dann meint er, von einer bestimmten Höhe an einen glühenden Dolch in der Schulter zu spüren.

Etliche Orthopäden sagen, der Schmerz entstehe, weil unter dem vorderen großen Knochenfortsatz des Schulterblatts der Schleimbeutel und die Sehnen im Gelenk gequetscht werden. Sie empfehlen deshalb, von diesem Knochenvorsprung ein Stück chirurgisch zu entfernen.

Dieser Eingriff, die »subakromiale Dekompression«, kann per Schlüssellochtechnik und damit ohne große äußerliche Wunden in einer halben Stunde durchgeführt werden. Es ist die populärste Operation an der Schulter überhaupt. Bei den Versicherten der Techniker Krankenkasse sind die Fallzahlen in der Zeit von 2014 bis 2017 um 40 Prozent gestiegen. In Deutschland machen Ärzte rund 92 000 Eingriffe – pro Jahr.

Carr hat die Operation auch schon oft durchgeführt – allerdings mit einer Besonderheit. Carr bat seine Patienten jeweils, sich ein paar Monate nach dem Eingriff noch einmal vorzustellen. Nun untersuchte er die Schulter ein weiteres Mal und erfasste mit einem standardisierten Fragebogen, ob die Menschen noch Schmerzen hatten.

»Den Auswertungen zufolge ging es 80 bis 90 Prozent der Patienten nach der Operation besser als vorher. Das war ermutigend«, sagt Carr. »Aber wir fanden noch

\* Alle Gelenkdarstellungen beruhen auf einem 3-D-Modell des Skeletts; bei den gezeigten Manipulationen handelt es sich um – von echten Operationen inspirierte – künstlerische Fantasie.

etwas: Es spielte keine Rolle, wie viel Knochensubstanz wir entfernt hatten.«

Das machte ihn stutzig: Ist es egal, ob man die Schulter operiert oder nicht?

Nur für 20 Prozent aller Eingriffe der Orthopädie haben Gesundheitsforscher bisher gut belegen können, dass sie dem Patienten tatsächlich besser helfen als eine konservative Behandlung. Eine ordentlich eingesetzte künstliche Hüfte ist ohne Frage ein Segen. Aber für überraschend viele Therapieveruche ist nicht wissenschaftlich erwiesen, ob sie den Schmerz nennenswert lindern können.

Ein Patient aus Heidelberg hat das am eigenen Leib erfahren. »Was haben mir die klassischen Mediziner nicht alles für Behandlungen gegen meine Rückenschmerzen empfohlen«, erzählt Gerd Nieschalk, 74, früher Vorstand einer Volksbank, »unter anderem Reizstrom, Rüttelliegen, Streckbank.« Deren einzige Wirkung habe darin bestanden, »dank beachtlicher Preise das Einkommen des Arztes zu erhöhen – gelohnen hat keine einzige«.

Zwar vermag ein Chirurg ein steifes Gelenk am großen Zeh (»Hallux rigidus«) wieder schön beweglich zu machen. Es kann aber passieren, dass der behandelte Mensch danach vor Schmerzen kaum noch laufen kann. Operation gelungen – Patient verzweifelt.

Niedergelassene Orthopäden planen etwa zehn Minuten pro Patient in ihrer Sprechstunde; da kommt es vor, dass sie vorschnell tippen, was die Malaise verursacht hat. Mal kommt die verspannte Schulter dann vom Stress, mal von einem blockierten Halswirbel, mal vom Schwimmen, mal vom Laufen. Patienten merken das, wenn sie den Arzt wechseln. Sie bekommen Erklärungen zu hören, die sich häufig widersprechen.

Im Medizinischen Versorgungszentrum am Brüderhaus Koblenz fand sich im Mai eine 66-Jährige aus dem Hunsrück ein, die ihr Leid klagte. Nach einem Sturz von der Leiter war sie mit Schmerzen im rechten Knie zum niedergelassenen Orthopäden gegangen. »Zuerst wurden eine Kernspintomografie und das Übliche gemacht«, erzählt die Frau, »dann wurde ich mehr oder weniger vor die Entscheidung gestellt: ein Eingriff mit dem Arthroskop oder eine Knieendoprothese.« Sie habe sich daraufhin in der nächsten Stadt, zwölf Kilometer weiter, einem anderen Orthopäden vorgestellt. Dieser Arzt hielt Operationen für vollkommen falsch und verordnete Akupunktur.

»Man ist auch hilflos als Patient«, sagt Helga Schnabel, 75, aus Vallendar und berichtet, was ihr beim niedergelassenen Orthopäden passiert sei. »Der hat gleich von zwölf Spritzen in die Hüfte gesprochen – dabei war ich wegen der Füße da.« Der nächste Arzt wiederum riet von solchen Injektionen ab.

Wem Muskeln oder Knochen schmerzen, der ist akut vom sogenannten Odysseus-Syndrom bedroht. So wie der Held aus der griechischen Sagenwelt erst nach einer dramatischen und zermürbenden Irrfahrt nach Hause fand, muss der orthopädische Patient auf der Suche nach der richtigen Medizin mancherlei Abenteuer überstehen. Ihn lehren nicht Stürme das Fürchten oder Riesen – wohl aber Eingriffe, die nur dem Doktor helfen.

Beispiel Wirbelsäule: Für einen Patienten, an dem die Ärzte zunächst die Bandscheibe operieren und später die Wirbel versteifen, zahlen Krankenkassen der Klinik mehr als 18 000 Euro. Die Zahl solcher Eingriffe ist in Deutschland zwischen 2007 und 2015 um 71 Prozent gestiegen: auf knapp 800 000.

### Schmerzen im Lendenbereich

Häufig entfernen Operateure zunächst Bandscheibengewebe, in einem Folgeeingriff stabilisieren sie oftmals verschiedene Wirbel mit Schrauben und Stäben aus Titan.



Man vertraue hier, im internationalen Vergleich, besonders auf Operationen der Wirbelsäule, aber auch der Gelenke, meint Marcus Schiltenswolf, Professor an der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie des Universitätsklinikums Heidelberg. Es werde versucht, den Schmerz »technisch zu lösen«, schreibt er in seinem Buch\*. Oftmals werde drauflosoperiert, obwohl es gar nicht funktionieren könne. Und so kommt es laut Schiltenswolf zu »Fehl- und Überbehandlungen«, sprich: zu medizinisch unnötigen Maßnahmen.

Knapp 3000 Menschen, die bereits eine Empfehlung für eine orthopädische Operation in einem deutschen Krankenhaus hatten, ließen sich erneut untersuchen,

\* Marcus Schiltenswolf und Peter Henningsen (Hg.): »Muskuloskeletale Schmerzen«. Schattauer; 456 Seiten; 69,99 Euro.

\*\* Philip F. Stahel: »Blood, Sweat & Tears. Becoming a Better Surgeon«. TFM Publishing; 296 Seiten.

diesmal von Ärzten, die selbst kein Geld mit chirurgischen Eingriffen verdienen: Beim Knie wurde in 80 Prozent der Fälle von der Operation abgeraten, bei der Wirbelsäule in 90 Prozent und bei der Schulter in 92 Prozent der Fälle.

Philip F. Stahel, 52, hat seinen Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie an der Berliner Charité gemacht. Er sagt: »Die Öffentlichkeit wäre geschockt, wenn sie wüsste, wie häufig überflüssige Operationen in der Orthopädie sind.« Stahel ist dem deutschen Medizinbetrieb entflohen und fand in Denver (USA) eine Stelle als orthopädischer Chirurg, wo er ein fixes Gehalt bekommt und nicht nach Produktivität bezahlt wird. Auch er hat ein kritisches Buch geschrieben, in dem er mit seiner Zunft abrechnet\*\*. Er warnt: »Millionen Menschen bekommen orthopädische Eingriffe, die ihnen gar nicht helfen werden, aber schaden könnten.«

Fragwürdige Eingriffe sind bei Erkrankungen der Knochen und Gelenke so häufig, weil das Reservoir an – vermeintlich – krankhaften Anomalien unerschöpflich ist. Im Alter von 50 Jahren haben vier von fünf beschwerdefreien Personen abgenutzte Bandscheiben; bei mehr als einem Drittel der Vertreter dieser Altersgruppe sind diese vorgewölbt. Diese Zahlen ergeben sich aus Studien, für die Mediziner 3110 Menschen mit Kernspin- oder Computertomografie untersucht haben. Verschleiß und Schmerz hängen also gar nicht unbedingt zusammen. In einer anderen Forschungsarbeit ließen beschwerdefreie Erwachsene ihre Menisken im Kernspin untersuchen – etwa 40 Prozent von ihnen hatten eingerissene oder zermürbte Menisken.

»Im Laufe der Jahre werden die Haare grau, das Gesicht wird faltig und, ja, auch das Skelett verändert sich«, sagt Andrew Carr in seinem Eckbüro in Oxford. »Bei Leuten, die älter als 40 sind, wird man sehr wahrscheinlich irgendeine Anomalie an Gelenken oder Knochen finden. Nur ist das nicht zwingend etwas Krankhaftes.«

Chirurg Stahel in Denver drückt es so aus: »Das Spektrum der Indikationen ist so weit, dass man alles rechtfertigen kann und den Patienten so berät, dass er eine bestimmte Operation haben will.«

Es geht in der Orthopädie oft nicht um Leben oder Tod, sondern um elektive Operationen, um Eingriffe also, die man planen und auf einen bestimmten Tag legen kann. Den Nutzen von drei besonders häufigen elektiven Eingriffen haben Forscher inzwischen gründlich untersucht – mit aufschlussreichen Ergebnissen.

### Kratzen in der Schulter

Wie findet man eigentlich heraus, dass eine Operation gar nicht besser ist als ein Eingriff, den man bloß vortäuscht? Oxford-

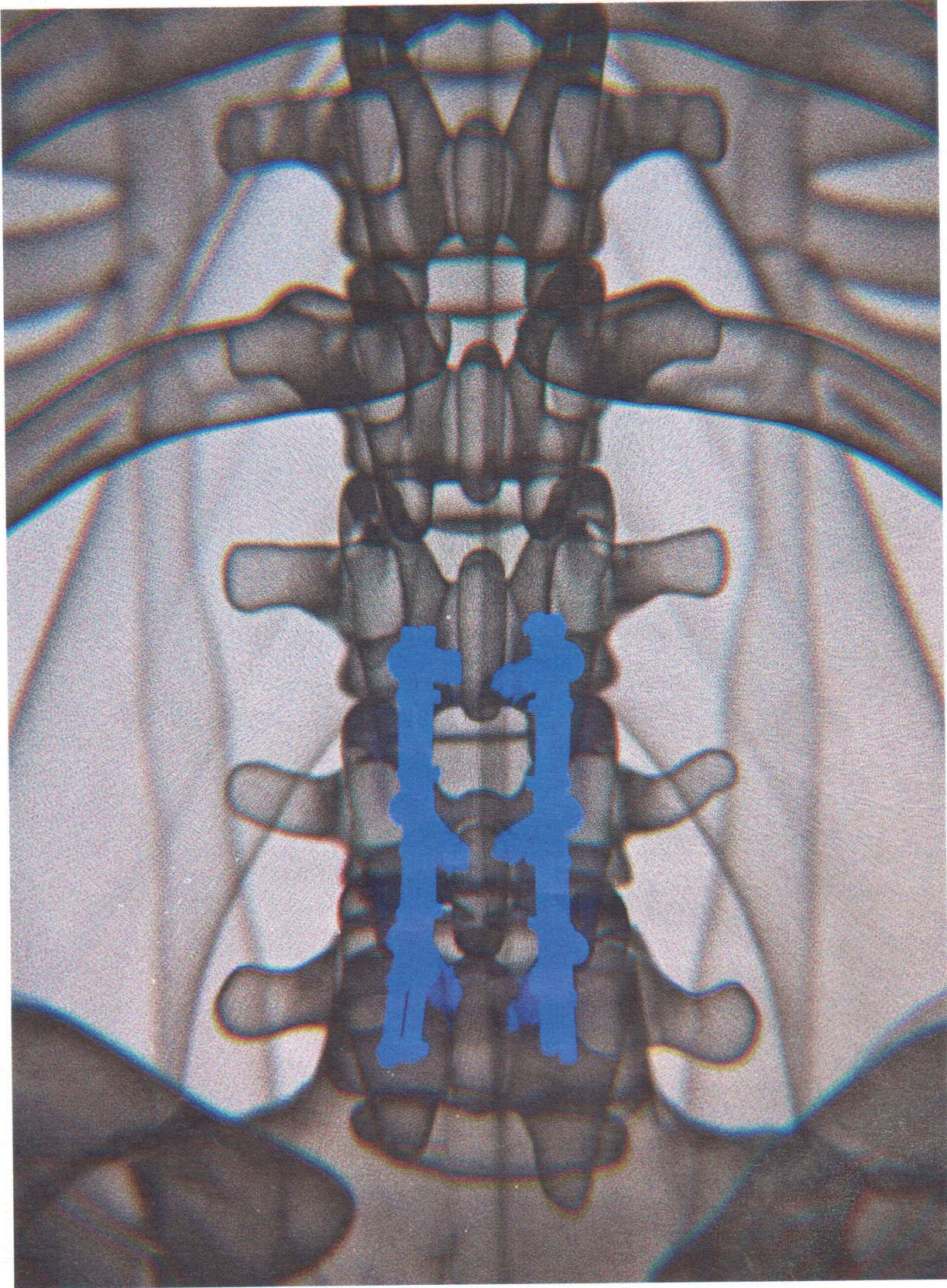


ILLUSTRATION: HEDI XANDT / DER SPIEGEL

**Wirbelsäule**

»Bei Leuten, die älter als 40 sind, wird man sehr wahrscheinlich eine Anomalie finden«

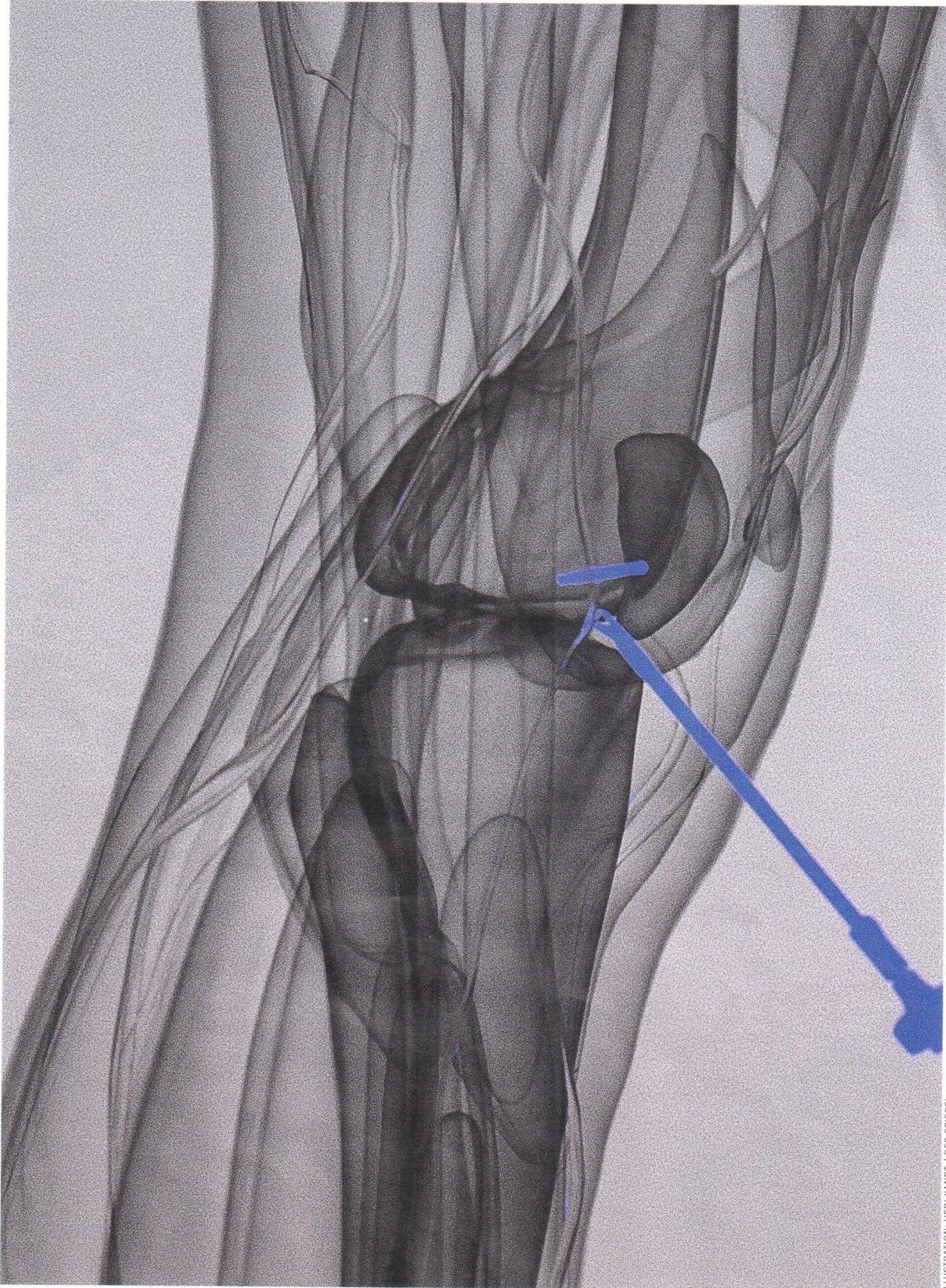


ILLUSTRATION: HEDI XANDT / DER SPIEGEL

### Kniegelenk

«Wer konservativ behandelt, ist kein Orthopäde zweiter Klasse»

Professor Carr hat – gemeinsam mit Hausärzten, Chirurgen, Physiotherapeuten, Ethikern und Menschen mit Schulterschmerzen – zwei Jahre lang beraten, wie man das am Beispiel des Engpasssyndroms feststellen könnte. Im Gespräch mit professionellen Schauspielern übten die Studienärzte, wie sie Schulterpatienten für die Untersuchung gewinnen könnten. Sie sagten: »Sie haben Glück. Sie sind an einem der wenigen Orte der Welt, wo man Ihr Problem aktiv erforscht. Aber um ehrlich zu sein, besteht da noch eine Unsicherheit, was am besten zu tun ist. Könnten Sie sich vorstellen, uns zu helfen?« Hunderte Patienten waren dazu bereit.

Es gab drei Gruppen, deren Mitglieder per Los ausgesucht wurden. Die Studienärzte schoben bei einigen Patienten nun ein starres Endoskop (ein röhrenförmiges Gerät mit Objektiv, Videochip und Lämpchen) in die Schulter und entfernten tatsächlich Sporne aus dem Schulterdach – das war die herkömmliche »subakromiale Dekompression«. Anderen Patienten täuschten sie den Eingriff nur vor: Sie schoben zwar ein Endoskop in die Schulter, aber keine weiteren OP-Instrumente und ließen die Knochenvorsprünge des Schulterblatts vollkommen unberührt. Die Patienten der dritten Gruppe schließlich untersuchten die Ärzte nur äußerlich und verfolgten den natürlichen Verlauf der Schulterschmerzen.

In einer Praxis oder in einem Krankenhaus ist es oftmals der Operateur selbst, der entscheidet, ob der von ihm durchgeführte Eingriff erfolgreich war. In der Studie von Andrew Carr dagegen blieb das Urteil jenen überlassen, um die es geht: den Patienten. Auf einem Fragebogen (dem »Oxford Shoulder Score«) gaben sie sechs Monate und ein Jahr nach dem Eingriff oder nach der äußerlichen Untersuchung an, wie es ihnen ergangen ist.

Die Auswertung der Bögen war eine Überraschung. »Es gibt überhaupt keinen Unterschied zwischen der Operation und der Scheinoperation. Den Patienten geht es gleich gut«, sagt Andrew Carr. »Und die Operation und die Scheinoperation sind, klinisch gesehen, nicht wirklich nützlicher, als den Patienten nicht zu operieren und abzuwarten.«

Deshalb solle man das Hantieren mit dem Endoskop lieber sein lassen, findet Carr. Schließlich könne es bei jeder Schulteroperation zu einer potenziell lebensbedrohlichen Komplikation kommen, zu einer Embolie oder einer Infektion. Viel sicherer und nahezu genauso wirksam sei es, Schmerzen an der Schulter mit Physiotherapie und einem Bewegungsprogramm zu behandeln.

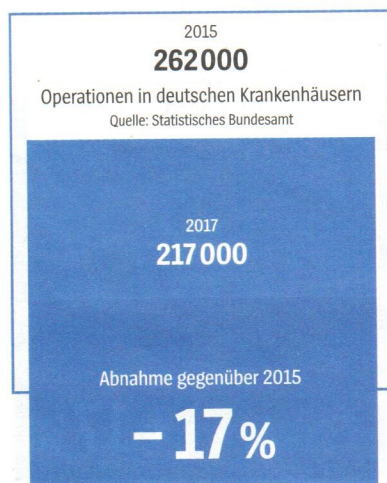
Das Ergebnis haben Carr und seine Kollegen im Fachmagazin »The Lancet« veröffentlicht, einer der bekanntesten Medizinzeitschriften der Welt. Bei den deut-

lichen Kollegen kam das nicht gut an: In einer »Stellungnahme« versuchten Mitglieder von sieben Fach- und Berufsverbänden aus Orthopädie und Unfallchirurgie sowie der Chirurgie in Deutschland, das Ergebnis kleinzureden. Das bloße Einführen des Endoskops habe »sehr wohl« einen »Vorteil« gegenüber der Gruppe der Nichtoperierten gezeigt, behaupten sie – und interpretieren die Lancet-Studie an diesem Punkt anders als deren Urheber.

»Für das deutsche Gesundheitssystem ergeben sich keine Konsequenzen« aus der Schulterstudie, folgerten die Ärzte, und es klingt beinahe flehentlich. Sie können für jede Schulteroperation mehrere Tausend Euro einstreichen – wer wollte sich dieses Geschäft vermiesen lassen?

### Kniebeschwerden

Bei der Arthroskopie entfernen Ärzte Knorpelmaterial aus dem Kniegelenk und spülen es mit einer speziellen Lösung.



### Putzen im Knie

Patienten, oft im Alter zwischen 35 und 65, werden vom Orthopäden gern zur »Kniegelenkstoilette« gebeten. Der Begriff hat mit »faire la toilette« zu tun, französisch für: etwas säubern oder putzen. Die ärztlichen Reinigungskräfte schieben dazu ein Endoskop ins Knie, entfernen verschlissenes Knorpelmaterial, glätten raue Oberflächen und spülen literweise Flüssigkeit hindurch. Das alles soll gegen Schmerzen helfen.

Diese Endoskopie des Kniegelenks, auch Arthroskopie genannt, wurde größtenteils in den Siebzigerjahren entwickelt und zählt heute zu den häufigsten Operationen überhaupt. Allein in Deutschland werden jedes Jahr rund 217.000 Gelenkknorpel und Menisken in Krankenhäusern auf diese Weise traktiert. Orthopäden machen Millionen damit – aber hilft es dem Patienten?

Die Methode war in Europa und den USA bereits seit 20 Jahren Routine, als der amerikanische Orthopäde Bruce Moseley auf die Idee kam, den Nutzen der Kniegelenkstoilette in einer Vergleichsstudie aufzuzeigen. Im Losverfahren wurden 180 Frauen und Männer mit mittelschwerer Kniearthrose unterschiedlichen Gruppen zugeteilt. Alle Patienten wurden vor dem Eingriff mit Narkose- oder Beruhigungsmitteln behandelt, damit sie nicht mitbekamen, was mit ihnen geschah.

Aus versiegelten Briefen erfuhr der Arzt erst kurz vor dem Eingriff, wie er mit einem bestimmten Patienten verfahren sollte. Mal lautete die Anweisung, er solle das Knie spülen und die Gelenkflächen glätten, mal sollte er nur spülen. Wieder andere Patienten waren in der Placebogruppe. Ihnen ritzte Moseley zwar in die Haut am Knie, jedoch schob er das Endoskop gar nicht hinein. Obwohl die Patienten schliefen, bewegte Moseley das Bein wie bei einer richtigen Operation und ließ einen Assistenten die Spülgeräusche nachmachen – die Inszenierung sollte perfekt sein.

Zwei Jahre später wurden die Patienten untersucht. Das Ergebnis: Sie hatten im Durchschnitt weniger Schmerzen als früher, allerdings spielte es für ihre Besserung überhaupt keine Rolle, ob sie operiert worden waren oder nicht. Hatte allein die Kraft der Suggestion geholfen?

Den Placeboeffekt (lateinisch für: »Ich werde gefallen«) haben Hirnforscher als wichtiges Wirkprinzip erkannt, weil er nachweislich körpereigene Schmerzhemmer freisetzen kann. Aus diesem Grund kann es sinnvoll sein, einem Patienten die Behandlung nur vorzugaukeln.

Das jedoch kratzt am Ego vieler Operateure. »Wenn randomisierte Studien belegen, dass manche ärztliche Maßnahme nicht besser ist als eine Scheinmaßnahme, kommt es meist zu einem Aufschrei der Empörung der ärztlichen Fachkreise. Denn was wäre ein Arzt, der durch den Schein agiert?«, schrieben der Orthopäde Schiltenswolf und der Arzt und Psychotherapeut Martin Sack vor einiger Zeit im »Deutschen Ärzteblatt«. Und weiter: »Der Aufschrei der Empörung gilt der Abwehr der Angst, dass der Arzt nicht durch Wissen und technische Fertigkeit wirksam wird.«

Nachdem Moseley und seine Kollegen ihr Ergebnis im »New England Journal of Medicine« vorgestellt hatten, versuchten viele Orthopäden, einfach weiterzuarthroskopieren – als wäre nichts geschehen.

Dumm nur: Zu diesem Zeitpunkt hatten kanadische Forscher bereits eine ähnliche Studie zur Kniearthrose begonnen. Die einen Patienten bekamen eine Arthroskopie und danach eine Physiotherapie;

die anderen erhielten Physiotherapie und medizinische Betreuung. Nach zwei Jahren wurden 168 Patienten nachuntersucht: Im Durchschnitt ging es ihnen besser – aber es war egal, ob sie operiert worden waren oder nicht.

Sechs Jahre nach Moseley zogen die kanadischen Forscher das gleiche Fazit: Die Arthroskopie bringe Patienten mit einer Kniearthrose über eine gute Physiotherapie hinaus keinen »zusätzlichen Nutzen«.

Daraufhin reagierte man in Deutschland. Im November 2015 hatten Mitarbeiter des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) diese Daten ausgewertet und erklärt: Es konnte für die untersuchten arthroskopischen Verfahren bei Kniegelenk-arthrose »im Vergleich zu Scheinoperationen oder einer Nichtbehandlung kein Nutzenbeleg gefunden werden«. Diese Verfahren könnten deshalb »zukünftig nicht mehr zulasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden«.

Eigentlich hätte die Zahl der Arthroskopien nun deutlich sinken müssen. Ist sie aber nicht, was daran liegen könnte, dass findige Orthopäden nun einfach anders abrechnen. Als Grund für die Arthroskopie geben sie nicht mehr den vom GBA-Verbot betroffenen Knorpelverschleiß am Kniegelenk an, sondern präsentieren eine andere Indikation: verschlissene Menisken. Mit ihren Instrumenten zupfen und glätten sie dann vielleicht nicht mehr nur am Knorpel des Oberschenkelknochens oder des Schienbeins, sondern auch, ein paar Millimeter weiter, am Knorpel einer Meniskusscheibe.

Letztere Indikation ist doppelt praktisch: Von einem gewissen Alter an haben die meisten Menschen Risse am Meniskus. Und die gesetzlichen Krankenkassen müssen für diese Arthroskopievariante zahlen, nach wie vor.

»Man kann einen Eingriff immer so begründen, dass die Vorgaben des GBA umgangen werden. Die Schlupflöcher sind riesengroß«, sagt ein erfahrener Orthopäde, der einst an der Universitätsklinik Tübingen Professor war und anonym bleiben will. Von niedergelassenen Kollegen wisse er, dass Arthroskopien seit dem GBA-Beschluss massenhaft anders abgerechnet würden.

Zwar ist die Zahl der Arthroskopien in Krankenhäusern seither um etwa 20 Prozent gesunken, aber niedergelassene Ärzte führen den Eingriff unverdrossen an ihren Patienten durch. Viele mit der Begründung, der Meniskus sei ramponiert – und bei dieser Indikation würde die Arthroskopie wirklich helfen.

Doch stimmt das? Finnische Ärzte sind der Sache nachgegangen. Sie suchten nach erwachsenen Studienteilnehmern, die einen verschleißbedingten Riss am Meniskus hat-

ten. Dann entschied das Los, wie die Chirurgen weiter vorgehen. Einigen Patienten entfernten sie ein Stück des Meniskus; anderen gaukelten sie diesen Eingriff nur vor. Das Ergebnis nach einem Jahr: Es gab keinen Unterschied zwischen den Gruppen.

Die Auswertung von insgesamt neun Untersuchungen zur Arthroskopie des Knies kommt zum gleichen Befund: Mehr als sechs Monate nach dem Eingriff gibt es keinen Vorteil für die operierten Menschen. Allerdings drohen ihnen Komplikationen wie Infektionen oder Thrombosen. In seltenen Fällen enden die sogar tödlich.

Das alles könnte bedeuten: Die Arthroskopie des Kniegelenks kann zwar jungen Menschen, etwa nach einer Sportverletzung, gut helfen. Jedoch wird sie in den

### Entwicklung der Krankheitskosten

bei diagnostizierten Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, in Deutschland



allermeisten Fällen an Menschen, die 35 bis 65 Jahre alt sind, vorgenommen – und genau diese Patienten mit ihren altersbedingten Meniskusveränderungen haben so gut wie nichts davon.

Gesundheitsforscher fordern im Fachblatt »Acta Orthopaedica«, mittelalte und alte Patienten nicht mehr mit der Arthroskopie zu behelligen: Die »verfügbaren Beweise« sprächen dafür, diese häufige medizinische Methode aufzugeben: »Es ist an der Zeit, von Bord zu gehen.«

### Wunden an der Wirbelsäule

Schmerzen und Schäden nach Rückenoperationen sind so häufig, dass Mediziner dafür einen eigenen Begriff erfinden mussten. Das »Failed Back Surgery Syndrome« haben 20 bis 30 Prozent der Menschen, wenn sie nach einem Eingriff an der Wirbelsäule aus der Narkose aufwachen.

Vielen von ihnen tut die Lende weh, andere haben einen bis in die Beine ausstrahlenden Schmerz. Experten zufolge sind ungefähr 30 Prozent der Patienten nach einer Rückenoperation mit dem Ergebnis nicht zufrieden.

Ärzte entfernen häufig zuerst ein Stückchen der Bandscheibe und verbinden später verschiedene Wirbel mit Metallstäben und Schrauben (Wirbelversteifung oder Spondylodese) miteinander. Die erste Operation kann jedoch zu einer Instabilität führen – und schafft auf diese Weise den Grund für die zweite Operation.

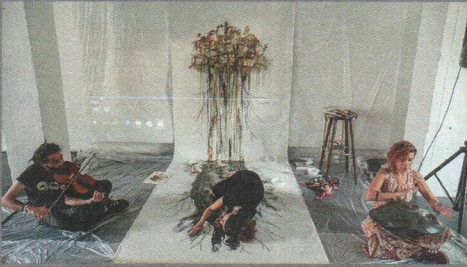
Wenn Ärzte zwischen diesen beiden Eingriffen eine Frist von 30 Tagen verstreichen lassen, dann können sie jeden gesondert abrechnen: Die Bandscheibenoperation bringt gut 4000 Euro ein; die nach der Kunstpause folgende Spondylodese erlöst weitere 8300 Euro (ein bis zwei Wirbel versteift) oder sogar 14200 Euro (drei bis fünf Wirbel versteift).

Viele Orthopäden wenden diesen Abrechnungstrick offenbar an, das legen jedenfalls Zahlen der Krankenkasse Barmer nahe: Die Zahl dieser Zweiteingriffe war in sechs Jahren um 115 Prozent gestiegen.

Selbst wenn diese Operationen technisch perfekt laufen, machen sie viele Patienten nicht gesund. Denn die Bandscheiben sind zwar bei vielen Menschen verschlissen, in vielen Fällen jedoch nicht für den Schmerz verantwortlich. Auslöser der Pein können verkümmerte Muskeln, Verspannungen und Überbelastung sein. Und dagegen kann das Skalpell nichts ausrichten.

»In orthopädischen Spezialgebieten stellen Operateure die Indikationen für elektive Eingriffe viel zu großzügig«, sagt Philip F. Stahel. Das gilt auch für Deutschland: Einer Studie der Bertelsmann-Stiftung zufolge werden bestimmte Eingriffe am Rücken in einigen Regionen wesentlich häufiger durchgeführt als in anderen, etwa die lukrative Versteifungsoperation. »Bei Patienten im hessischen Landkreis Fulda etwa werden 13-mal so viele Eingriffe vorgenommen wie im brandenburgischen Frankfurt/Oder«, heißt es in der Studie. Und Bandscheibenmaterial kam Menschen in Fulda sechsmal so häufig abhanden wie Menschen in Frankfurt an der Oder.

Patienten, die eine unbegründete Operation vermeiden wollen, sind gut beraten, sich eine Zweitmeinung einzuholen. Die Techniker Krankenkasse bietet Mitgliedern, die bereits eine Empfehlung für eine Rückenoperation haben, einen kostenlosen Service: Sie können sich in ein Schmerzzentrum begeben und nochmals untersuchen lassen, und zwar von einem Arzt, einem Physiotherapeuten und einem Psychotherapeuten. Von 2010 bis 2016 nutzten 2400 Menschen diesen Service. Und siehe da: 90 Prozent der Patienten bekamen den Rat, sich lieber nicht untersuchen zu lassen.



WEITWINKEL

## Die Farben des Krieges

Razan bringt Bilder von Krieg und Gewalt in ihrem Kopf auf Papier, malt sie auf Leinwände, transformiert sie in Installationen. Sie hat sich damit aus ihrer Betäubung befreit: »Wenn du in einem Land die Sprache nicht verstehst, dann fühlst du dich, als wärst du auch taub«, sagt sie über die Zeit nach ihrer Flucht. Sieben Jahre ist es her, seit die Haustür in Damaskus hinter ihr ins Schloss fiel. Sie ist eine von 800 000 Personen, die diese Reise angetreten haben, von Syrien nach Deutschland. Eine Geschichte vom Ankommen.

Sehen Sie die Visual Story im digitalen SPIEGEL, oder scannen Sie den QR-Code.



JETZT DIGITAL LESEN

Messer zu legen. Ein Jahr danach hatten annähernd 80 Prozent dieser Menschen sich noch nicht operieren lassen – offenbar waren ihre Schmerzen besser geworden, und ein chirurgischer Eingriff war tatsächlich nicht erforderlich.

Ärzte müssen Strafe fürchten, wenn sie Patienten zu unnützen Operationen drängen. Das zeigt ein Gerichtsverfahren in Hamm: Ein Belegarzt riet einem 59-Jährigen mit Rückenschmerzen zu einem Eingriff an der Lendenwirbelsäule und führte diese keine zwei Wochen später selbst durch.

Es war ein Fiasko. Nach der Operation konnte der Mann das gestreckte Bein kaum noch regen, die Füße nicht mehr heben und senken sowie seine Blase nicht mehr entleeren. Zwei weitere Operationen konnten nichts mehr ausrichten: Der Mann ist seither impotent und kommt auf Krücken nur noch 400 Meter weit; danach braucht er einen Rollstuhl oder Rollator. Und der Rücken schmerzt weiterhin.

Vorigen Dezember hat das Oberlandesgericht Hamm das Urteil gesprochen. Der Belegarzt muss seinem Rückenpatienten Schmerzensgeld und Schadensersatz in Höhe von insgesamt mehr als 110 000 Euro zahlen. Darüber hinaus hat er für künftige Schäden zu haften. Die Begründung: Einerseits habe der Operateur nicht hinreichend gesagt, wie riskant ein Eingriff an der Wirbelsäule sein kann. Zum anderen habe er dem Patienten verschwiegen, dass es sehr wohl Alternativen zur Operation gegeben hätte – eine längere Schmerztherapie oder Nichtstun und Abwarten unter ärztlicher Begleitung.

Der verurteilte Belegarzt hätte es besser wissen können; es ist bekannt, dass es vielen Menschen nach akuten Beschwerden meist von allein wieder besser geht, erst recht, wenn sie körperlich aktiv werden. Von Natur aus haben Rückenschmerzen einen gutartigen Verlauf.

### Warten und bewegen

Den Selbstheilungskräften ihrer Patienten geben viele Orthopäden selten eine Chance. Das liegt auch an der Ausbildung: »Wir operieren, weil wir das so beigebracht bekommen haben und weil wir es schon immer so gemacht haben oder es einfach nicht besser wissen«, sagt der Chirurg Stahel.

Viele Orthopäden in Deutschland sehen das genauso. »Wer nur operieren lernt, wird auch nur operieren«, heißt es im »Weißbuch Konservative Orthopädie und Unfallchirurgie«, das Burkhard Lembeck mit 71 Kollegen verfasst hat (im Netz frei verfügbar: [www.degruyter.com/view/product/485172](http://www.degruyter.com/view/product/485172)). »Wir können und wollen nicht hinnehmen, dass immer mehr junge Kolleginnen und Kollegen nicht mehr in der Lage sind, einen Patienten richtig zu untersuchen, Frakturen konservativ zu be-

handeln oder die Orthopädietechnik optimal zu nutzen«, heißt es darin. Und: »Wer konservativ behandelt, ist kein Orthopäde oder Unfallchirurg zweiter Klasse.«

So braucht sich Lembeck auch nicht zu fühlen. Ganz im Gegenteil, eine Auswertung hat soeben nachgewiesen, dass er mit seiner Vision der sprechenden Medizin auf dem richtigen Weg ist.

Die Patienten, die sich freiwillig in das Programm der AOK Baden-Württemberg eingeschrieben haben, verpflichten sich, bei Problemen zunächst ihren Hausarzt aufzusuchen. Dafür sind sie von Zuzahlungen für Medikamente befreit und bekommen zügig einen Termin, wenn doch eine Untersuchung beim Orthopäden erforderlich ist.

Dieser bekommt auch längere Gespräche honoriert und ist damit nicht in Versuchung, den Patienten abzuwimmeln oder nur deshalb zu operieren, um auf seine Kosten zu kommen. Auch kann der Orthopäde gezielt Bewegungsprogramme in Sportstudios verschreiben und Psychotherapeuten, Sozialarbeiter und Sportwissenschaftler hinzuziehen.

Nun haben unabhängige Forscher im Auftrag der AOK anhand der Gesundheitsdaten untersucht, wie es den im Programm eingeschriebenen Rückenpatienten im Unterschied zu Patienten in der Regelversorgung ergangen ist. Demnach haben sie deutlich weniger Kontakte zu verschiedenen Ärzten – das Doktor-Hopping blieb aus. Darüber hinaus wurden sie viel seltener an den Bandscheiben operiert – die Übertherapie war eingedämmt. Schließlich verbrauchten sie weniger Schmerzmittel und fehlten seltener krankheitsbedingt auf der Arbeit – sie hatten den Rückenschmerz offenbar besser überwunden.

»Wir haben es geschafft, eine andere Medizin zu machen«, freut sich Burkhard Lembeck. Mehr Zeit zum Sprechen, von diesem Motto profitieren in seiner Praxis nicht nur die AOK-Versicherten, sondern alle Patienten.

Der Elektrotechniker aus Köngen hat Lembecks Rat beherzigt und fährt jetzt an drei Abenden in der Woche mit dem Fahrrad. Seither ist er den Rückenschmerz los. Karl-Heinz, der Gärtnermeister, hat Krankengymnastik gemacht und zu Hause geübt. Den rechten Arm bewegt er in die Höhe. »Dr Dokdor hedd gsagd, dess ned, gloi oberiert wird«, sagt er. »Und da bin i ihm heud sehr dankbar drüber.« Jörg Blech

Mail: [joerg.blech@spiegel.de](mailto:joerg.blech@spiegel.de)

Video  
**Welche OP ist wirklich nötig, Dr. Lembeck?**

[spiegel.de/sp472018orthopaedie](http://spiegel.de/sp472018orthopaedie)  
oder in der App DER SPIEGEL

