



## **Stellungnahme der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft (DWG) zur Publikation der Bertelsmann Stiftung (19.6.2017): „Faktencheck Rücken – Rückenschmerzbedingte Krankenhausaufenthalte und operative Eingriffe“.**

### **Der Inhalt der Veröffentlichung**

Kern der Veröffentlichung ist die Analyse der Häufigkeit von dokumentierten OP-Schlüsseln in den verschiedenen Landkreisen Deutschlands. Festgestellt wird ein erheblicher Unterschied beim Vergleich der Häufigkeit in den Landkreisen. Dabei wurde für einzelne OP-Schlüssel ein mehr als 10facher Häufigkeitsunterschied beobachtet.

Die Autoren kommen zur Schlussfolgerung, dass der Wohnort in Deutschland darüber entscheide, „ob Patienten ins Krankenhaus kommen, konservativ behandelt oder operiert werden.“

### **Der Hintergrund der Datenerhebung**

Wird ein Patient in Deutschland im Krankenhaus behandelt, dann werden die Haupt- und Nebendiagnosen mit einem Code verschlüsselt und dokumentiert. Für die Verschlüsselung von Operationen dient ein Katalog sog. OPS-Codes. Für eine differenzierte Darstellung der verschiedenen Maßnahmen und Teilschritte einer Operation werden daher regelhaft mehrere Schlüssel dokumentiert. Selbst bei einfachen, kleinen Operationen kann das eine Verschlüsselung von 3-5 Codes, in größeren Eingriffen 5-10 Codes und bei besonders aufwändigen Operationen durchaus mehr als 10 Codes bedeuten.

„Die Dokumentiergewohnheiten können sich“ ... „zwischen Ärzten, Fachabteilungen und Krankenhäusern unterscheiden. Einzelne OPS-Codes oder Fallmerkmale können entsprechend regional unter- oder überrepräsentiert sein.“

Die Versorgungslandschaft in Deutschland ist unterschiedlich: Nicht überall bestehen in gleichem Maße Möglichkeiten beispielsweise für eine ambulante (nicht-stationäre) konservative (nichtoperative) Behandlung von akuten Rückenschmerzen. Fehlen diese Möglichkeiten, dann bleibt nur die stationäre Einweisung als Option. Dies führt dann naturgemäß zu einer häufigeren stationären Behandlung bei ähnlichen Diagnosen. Diese Unterschiede in der regionalen ambulanten Versorgungssituation (Bildgebung, Schmerztherapie, Operationen) wurden nicht berücksichtigt oder untersucht.

Es handelt sich um keine Beobachtungsstudie, die die Datenentwicklung prospektiv (vorausschauend und begleitend in die Zukunft) untersucht hat, sondern lediglich rückblickend. Das wissenschaftliche Niveau ist damit in der untersten der drei Qualitätsstufen anzusiedeln. „Die Prozeduren sind nicht auf Fallebene auswertbar“, d.h. eine Mehrfachzählung von Interventionen und „damit eine allgemeine Überschätzung der Interventionshäufigkeit“ ist „wahrscheinlich“. „Mehrfache Krankenhausbehandlungen mit demselben OPS-Code oder anderen als den abgegrenzten OPS-Codes innerhalb eines Jahres bei ein und derselben Person können nicht ausgeschlossen werden“.



Es ist keine direkte Verbindung zwischen den Hauptdiagnosen und den untersuchten OPS-Codes herzustellen.

Die Planung und Durchführung der Studie erfolgte ohne breite Einbindung der Fachexpertise der Fachgesellschaften, in deren Händen die Qualitätsstandards für die konservative und operative Behandlung von Wirbelsäulenleiden festgelegt und bewertet werden.

### **Bewertung der Studie**

Eine abschließende Bewertung ist ohne vollständige Kenntnis der Datenlage und der Methodik nicht möglich. Es liegt jedoch der Verdacht nahe, dass wesentliche Aspekte zu einer deutlichen Verzerrung des Ergebnisses und der Dateninterpretation beigetragen haben.

Die Trennung zwischen Prozeduren und Anzahl von Operationen oder der Anzahl operierter Patienten ist nicht gelungen. Hier besteht ein erhebliches Fehlerrisiko, dass bundesweit lediglich erhebliche Unterschiede im „Codier-Verhalten“ bestehen aber eben nicht in der Häufigkeit einer durchgeführten Operation.

Die Unterschiede in der Verfügbarkeit ambulanter Leistungen können einen erheblichen Einfluss darauf haben, ob und wie häufig Patienten für eine stationäre Behandlung ins Krankenhaus eingewiesen werden – dieser Umstand bleibt in der vorliegenden Studie unberücksichtigt.

Wünschenswert wäre eine Studie zu diesem Thema auf hohem wissenschaftlichem Niveau. Diese sollte Behandlungsdaten und -ergebnisse von Patienten sowie die Fachexpertise der zuständigen Fachgesellschaften einbeziehen.

In der Zusammenschau bleibt aus Sicht der DWG eine Publikation, deren Zielsetzung nicht in solider Information sondern vielmehr in medialer Aufmerksamkeit zu bestehen scheint. An zu vielen Stellen wird ärztliches Fehlverhalten unterstellt, angeblich werden ökonomisch getrieben falsche Entscheidungen getroffen. Die übliche und unkritische Sichtweise ist, dass dort, wo eine Abweichung vom Mittelwert nach oben zu verzeichnen ist, ein „Zuviel“ und eine „Übersorgung“ besteht – woraus ist das zu schließen? Auch in früheren Studien mit Krankenkassendaten wurde fälschlicherweise eine drastische Zunahme an Wirbelsäulenoperationen postuliert – auch dort waren lediglich OPS-Codes untersucht worden und man hatte übersehen, dass sich die Anzahl der verfügbaren und zu benutzenden OPS-Codes im Beobachtungszeitraum vermehrt hatte, nicht aber die Anzahl der Operationen selbst.

„Es braucht dringend mehr Transparenz über die Gesundheitsversorgung vor Ort, um Über- oder Unterversorgung zu vermeiden“, sagt Brigitte Mohn, Vorstand der Bertelsmann Stiftung. Transparenz wird von der DWG sehr begrüßt. Dafür hält die DWG aber oberflächliche Analysen wie die hier vorliegenden für wenig zielführend. Die Feststellung einer „Über- oder Unterversorgung“ ist nicht einseitig oder als schlichte Differenz zu einem gefundenen Mittelwert zu definieren. Wegweisende Untersuchungen zur medizinischen Behandlungsrealität sollten eben nicht nur Daten der Kostenträger sondern vor allem valide Behandlungsdaten und -ergebnisse berücksichtigen, die von behandelnden Ärzten vor Ort prospektiv erhoben werden. Die Einbindung der Fachexpertise ist aus Sicht der DWG bei der Planung und Durchführung einer solchen Untersuchung unerlässlich. Dafür steht die DWG gern zur Verfügung.



Anstrengungen für eine Qualitätssteigerung und -sicherung werden von der DWG unternommen:

1. Mit dem etablierten Weiterbildungscurriculum der DWG können Neurochirurgen, Orthopäden und Unfallchirurgen eine persönliche Zertifizierung erlangen. Etwa 1.100 Zertifikate wurden nach qualifizierter Weiterbildung durch die DWG bereits vergeben.
2. Seit diesem Jahr werden Wirbelsäulenzentren nach einem System der DWG zertifiziert. Spezialisierte Kliniken verpflichten sich auf Qualitätsstandards und Ausstattungsmerkmale. Mittlerweile sind 12 DWG-Wirbelsäulenzentren zertifiziert, die Anzahl wächst.
3. Alle zertifizierten Wirbelsäulenzentren haben sich zur Dokumentation der Wirbelsäuleneingriffe im DWG-Wirbelsäulenregister verpflichtet. Die Ergebnisqualität kann zukünftig anhand der einzigartigen Datenbank überprüft und verbessert werden.
4. Ein neues Weiterbildungssystem der DWG vermittelt seit diesem Jahr den aktuellen Stand der nicht-operativen Behandlung – damit kann ein konservatives Zertifikat erworben werden.

**Stuttgart, 21.6.2017**

**Prof. Dr. Christian Knop**

Präsident der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft  
Ärztlicher Direktor Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie  
Katharinenhospital - Klinikum Stuttgart

---



Experten zu diesem Thema vermittelt:

DWG-Pressesprecherin

Dr. Annette Heller

Mobil: 0173 – 65 22 321

E-Mail: [aamheller@aol.com](mailto:aamheller@aol.com)

#### **DWG im Kurzportrait:**

Bis zum Jahr 2006 gab es in Deutschland zwei Gesellschaften, die sich wissenschaftlich mit den Problemen der Wirbelsäule auseinandersetzten:

1. Deutsche Gesellschaft für Wirbelsäulenchirurgie
2. Gesellschaft für Wirbelsäulenforschung.

Die Deutsche Gesellschaft für Wirbelsäulenchirurgie (DGW) wurde am 4. Juni 1987 in Hamburg gegründet als eine Vereinigung von Chirurgen, Unfallchirurgen, Orthopäden, Neurochirurgen sowie weiteren Personen, die auf dem Gebiet der Wirbelsäule in Klinik und Forschung tätig waren.

Zweck waren die Weiterentwicklung und Vertiefung der klinischen und wissenschaftlichen Forschung auf dem Gebiet der Wirbelsäulenchirurgie. Aufgabe der Mitglieder der Gesellschaft war es, durch den Austausch und die Vermittlung eigener Kenntnisse und Erfahrungen die experimentelle und klinische Forschung auf diesem Gebiete zu fördern.

Die Gesellschaft für Wirbelsäulenforschung wurde schon viel früher, nämlich am 5. Juli 1958, in Frankfurt gegründet, um die interdisziplinäre Auseinandersetzung mit den Problemen der Wirbelsäule zu fördern. Regelmäßige Jahres- und Arbeitstagungen und die Herausgabe der Zeitschrift "Wirbelsäule in Forschung und Praxis" zeigten das Engagement.

Darüber hinaus wurden herausragende wissenschaftliche Arbeiten mit dem Georg-Schmorl-Preis ausgezeichnet. Verdiente Wirbelsäulenforscher wurden durch die Junghanns-Gedächtnis-Vorlesung geehrt.

Thematische und inhaltliche Überschneidungen führten schon ab 1990 zu Bemühungen, eine Vereinigung beider Gesellschaften zu erreichen, um die Kräfte zu bündeln. Zu diesem Zeitpunkt war aber aufgrund von auftretenden Widerständen die richtige Idee noch nicht durchsetzbar.

Im Jahr 2003 schließlich wurde Herr Prof. Carstens zum Präsidenten der Gesellschaft für Wirbelsäulenforschung gewählt. Auf der entscheidenden Mitgliederversammlung wurde ihm das ausdrückliche Mandat zur erneuten Kontaktaufnahme mit der Deutschen Gesellschaft für Wirbelsäulenchirurgie übertragen mit dem Ziel von Gesprächen hinsichtlich einer möglichen Vereinigung beider Gesellschaften.

Die Veränderungen auch auf europäischer Ebene mit der Entstehung von "Spine Societies" in vielen Ländern der Welt und einer "Spine Society of Europe" zeigten die Notwendigkeit der Überprüfung der bisherigen Überlegungen.

Nicht zuletzt waren das persönliche Vertrauensverhältnis der Präsidenten der beiden Fachgesellschaften Herr Prof. Carstens und Herr Prof. Mayer und die hervorragende Zusammenarbeit der Vorstandsmitglieder der beiden Gesellschaften die unabdingbare Grundlage dafür, das Projekt "Deutsche Wirbelsäulengesellschaft" zu realisieren.

In vielen Verhandlungen konnte man sich auf eine gemeinsame Satzung einigen, die von Herr Prof. Carstens und Herr Prof. Wilke, dem damaligen Generalsekretär der DGW, ausgearbeitet wurde. Formal wurde die Vereinigung dadurch ermöglicht, dass sich die Gesellschaft für Wirbelsäulenforschung 2005 auflöste und ihren Mitgliedern empfahl, in die Deutsche Gesellschaft für Wirbelsäulenchirurgie einzutreten.

Diese wiederum beschloss auf der Jahrestagung 2006 in München ihre Umbenennung in "Deutsche Wirbelsäulengesellschaft (DWG)". Herr Prof. H. Michael Mayer aus München, der letzte Präsident der Deutschen Gesellschaft für Wirbelsäulenchirurgie, wurde der erste Präsident der DWG, Herr Prof. Claus Carstens wurde dann 2007 der zweite Präsident.

Die Notwendigkeit des Zusammenschlusses der beiden Gesellschaften und die damit verbundene Freisetzung von offensichtlich vorhandenen Potentialen werden durch die folgenden Zahlen verdeutlicht. Die Jahrestagungen der Gesellschaft für Wirbelsäulenforschung verzeichneten ca. 50, die der Deutschen Gesellschaft für Wirbelsäulenchirurgie ca. 350 Teilnehmer. Der Gründungskongress der DWG 2006 in München zählte dagegen 747 Besucher, 2007 in Mannheim waren es 819, in Ulm 2008 schon 1.025, in München 2009 1.291, in Bremen 2010 1.303, in Hamburg 1.427 Besucher, in Stuttgart 1.491 und 2013 in Frankfurt 1.609 Teilnehmer.

Inzwischen ist die DWG die größte, fachgebundene Wirbelsäulengesellschaft Europas. Sie ist das interdisziplinäre Forum von Grundlagenforschern sowie konservativ und operativ tätigen Kollegen in Deutschland. Die Ende des Jahres 2012 über 1.250 Mitglieder rekrutieren sich mit einer jedes Jahr steigenden Zahl in erster Linie aus Neurochirurgen, Unfallchirurgen und Orthopäden. Die beschriebene Erfolgsgeschichte wird weitergehen und zeigt retrospektiv die Richtigkeit der 2005 - 2006 getroffenen Entscheidungen.