

VERSORGUNGSREPORT

Knieschmerzen | Gonarthrose
Wie eine bessere Versorgung Gelenkersatz vermeiden kann



Band 40 | Beiträge zur Gesundheitsökonomie
und Versorgungsforschung

Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 40)
Andreas Storm (Herausgeber)

Versorgungsreport Knieschmerzen/Gonarthrose

Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 40)

Versorgungsreport Knieschmerzen/Gonarthrose

Wie eine bessere Versorgung Gelenkersatz vermeiden kann

Herausgeber:

Andreas Storm, Vorsitzender des Vorstands der DAK-Gesundheit
DAK-Gesundheit
Nagelsweg 27-31, D-20097 Hamburg

Autoren:

Thorsten Tisch, Dr. Bernd Deckenbach, Hans-Dieter Nolting
IGES Institut GmbH
Friedrichstr. 180, D-10117 Berlin

Unter Mitwirkung von

Dr. Ariane Hörer, Manuela Peters

Hamburg
Oktober 2022

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2022 medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg
www.medhochzwei-verlag.de



ISBN 978-3-86216-954-2

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Titelbild: © shutterstock/wavebreakmedia
Titelbildgestaltung: Natalia Degenhardt
Satz: Strassner ComputerSatz, Heidelberg
Printed in Germany

Vorwort

Knieschmerzen sind in der Bevölkerung Deutschlands weit verbreitet. Manchmal entstehen Knieschmerzen plötzlich und unerwartet, in anderen Fällen ist es ein schleichender Prozess. Manchmal lässt sich die Ursache der Knieschmerzen eindeutig zuordnen, etwa durch eine Überlastungssituation oder bei einer Verletzung, in anderen Fällen scheinen die Schmerzen aus dem Nichts zu kommen. Knieschmerzen können verschwinden, so, wie sie gekommen sind. Sie können aber auch anhalten oder wiederkehren.

Die häufigste Ursache für wiederkehrende oder anhaltende Knieschmerzen ist eine Erkrankung an Gonarthrose. Als chronische Verschleißerkrankung verschlechtert sich die Kniearthrose im Zeitverlauf meist kontinuierlich. Der Fortschritt der Erkrankung ist mit zunehmenden Bewegungseinschränkungen, Mobilitätseinbußen, Einschränkungen im Alltag und wiederkehrenden oder anhaltenden Schmerzen verbunden. Dies führt für die Betroffenen im Zeitverlauf zu einem erheblichen Verlust an Lebensqualität. Nicht selten steht am Ende des Erkrankungsverlaufs die Implantation eines künstlichen Kniegelenks.

Trotz einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung gibt es in Deutschland kein strukturiertes, evidenzbasiertes Versorgungskonzept bei Kniearthrose. Dabei zeigen die Erfahrungen aus dem ESCAPE-Pain Programm des britischen National Health Service, welches in breitem Maßstab seit einigen Jahren in Großbritannien umgesetzt wird, dass sich mit einem auf medizinische Leitlinien gestützten und gut evaluierten Versorgungskonzept bei Gonarthrose bestehende Funktionseinschränkungen verringern und Schmerzen lindern lassen. Zudem kann dadurch nachweislich die Lebensqualität der betroffenen Patientinnen und Patienten verbessert werden.

Aus diesem Grund widmet sich die DAK-Gesundheit in ihrem fünften Versorgungsreport den Fragen: Wie gestaltet sich derzeit die gesundheitliche Versorgung der Gonarthrose in Deutschland, in welchem Stadium des Erkrankungsverlaufs ist eine die gegenwärtige Versorgung ergänzende Intervention sinnvoll und wie müsste diese aussehen, um bei möglichst vielen Menschen eine Verbesserung vorhandener Beschwerden zu erreichen und eine Verschlimmerung der Erkrankung abzumildern?

In enger Zusammenarbeit mit Experten des IGES, Prof. Dr. Henning Windhagen, Direktor der Orthopädischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover, und Prof. Dr. Uwe Tegtbur, Direktor des Instituts für Sportmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover, haben wir zudem untersucht, wann und wie ein ergänzendes Behandlungsangebot implementiert werden könnte sowie welche Effekte sich daraus für die von Gonarthrose Betroffenen ergäben.

Der vorliegende Versorgungsreport zeigt detailliert auf, welchen gesundheitlichen Nutzen eine strukturierte und evidenzbasierte Intervention bei Kniearthrose für die Betroffenen bringen kann.



Andreas Storm

Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit

Hamburg, Oktober 2022

Danksagung

Bei der Konzeption dieses DAK-Versorgungsreports haben uns Prof. Dr. med. Uwe Tegtbur, Direktor des Instituts für Sportmedizin, Medizinische Hochschule Hannover und Prof. Dr. med. Henning Windhagen, Direktor der Orthopädischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover beraten, denen wir herzlich danken möchten.

Zu besonderem Dank sind wir ferner unseren fachlichen Ansprechpartnerinnen bei der DAK-Gesundheit, Gabriela Kostka und Petra Wiedenhöfft, verpflichtet, die uns während der Arbeit an dem Versorgungsreport durch ihre Begleitung und kritisches Feedback nachhaltig unterstützt haben.

Inhalt

Vorwort	V
Danksagung	VI
Abbildungen	IX
Tabellen	XIII
Abkürzungsverzeichnis	XV
Zusammenfassung	XVII
1. Einleitung	1
1.1 Schmerzen und Verschleiß im Kniegelenk sind verbreitete Gesundheitsprobleme	1
1.2 Ziele und Vorgehen des DAK-Versorgungsreports „Knieschmerzen und Gonarthrose“	2
1.3 Aufbau des Versorgungsreports	3
2. Medizinische Grundlagen: Knieschmerz und Gonarthrose	5
2.1 Definition	5
2.2 Diagnostik	6
2.3 Frühintervention und Behandlung	7
3. Verbreitung und aktuelle Versorgung der Gonarthrose	11
3.1 Datengrundlage	11
3.2 Auswahl und Abgrenzung der Untersuchungsgruppen in den Routinedaten der DAK-Gesundheit	12
3.3 Operationalisierung von Auswertungsgrößen in den DAK-Routinedaten	18
3.4 Häufigkeit und Verbreitung der Gonarthrose	23
3.5 Ambulante ärztliche Versorgung	30
3.5.1 Behandlungsdiagnosen	30
3.5.2 Begleiterkrankungen	31
3.5.3 Behandlungen durch Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie	36
3.5.4 Bildgebende diagnostische Maßnahmen	40
3.5.5 Ärztlich durchgeführte invasiv-diagnostische sowie operative und therapeutische Verfahren	45
3.6 Heilmittelverordnungen (Physiotherapie)	50
3.7 Hilfsmittelverordnungen	56
3.8 Schmerzmittelverordnungen	62
3.9 Arbeitsunfähigkeit	69
3.10 Revisions- und Folgeoperationen nach KEP	74
3.11 Zusammenfassung, Bewertung und Schlussfolgerungen in Bezug auf die Versorgung bei Gonarthrose	77

4. Versorgungskonzept „Frühintervention bei Knieschmerz/Gonarthrose“	84
4.1 Evidenz für die Wirksamkeit von konservativen, nicht-medikamentösen Interventionen bei Gonarthrose	84
4.1.1 Ergebnisse von Reviews und Metaanalysen	84
4.1.2 Ergebnisse exemplarischer Einzelstudien	86
4.2 Kernelemente von wirksamen konservativen, nicht-medikamentösen Maßnahmen bei Gonarthrose.	88
4.2.1 Modularer Aufbau	88
4.2.2 Organisatorisches und technisch-kommunikatives Setting	89
4.2.3 Interventionsdauer und Interventionsfrequenz	90
4.2.4 Inhaltliche Ausgestaltung der Interventionsprogramme	91
4.2.5 Qualifikationsanforderungen an das Behandlungsteam.	94
4.2.6 Exkurs: Gesundheits-Apps zur Gonarthroseprävention und -therapie.	95
4.3 Ablauf und Maßnahmen des Versorgungsprogramms „Knieschmerz/Gonarthrose“	101
4.3.1 Inhalte der Gonarthrose-Programme	103
4.3.2 Umsetzung der Gonarthrose-Programme	106
5. Modellierung des Effekts der Umsetzung des Versorgungskonzepts „Knieschmerz/Gonarthrose“ auf die Häufigkeit eines Kniegelenkersatzes	107
5.1 Methodisches Konzept	107
5.2 Datengrundlage der Modellierung	111
5.3 Details der Modellierung.	113
5.3.1 Populationsgrößen der Modellierung	113
5.3.2 Gesundheitszustände des Markov-Modells	115
5.3.3 Bestimmung der Übergangswahrscheinlichkeiten	117
5.3.4 Inanspruchnahme des Interventionsprogramms	119
5.3.5 Effektivität der Maßnahmen des Interventionsprogramms.	122
5.3.6 Analyse der Wirtschaftlichkeit	122
5.4 Ergebnisse der Modellierung	125
6. Diskussion	143
6.1 Relevanz des Problems „Gonarthrose“.	143
6.2 Die Versorgung von Versicherten mit Gonarthrose	145
6.3 Versorgungskonzept „Knieschmerzen und Gonarthrose“	147
6.4 Zu erwartende Auswirkungen der Nutzung des Versorgungsprogramms auf die Häufigkeit von KEP-Implantationen	148
6.5 Limitationen der Modellierung	149
6.6 Wirtschaftlichkeit des Versorgungsprogramms.	152
6.7 Schlussfolgerungen und Empfehlungen	153
Literaturverzeichnis	155

Abbildungen

Abbildung 1:	Analysekonzept im Überblick	14
Abbildung 2:	Zusammensetzung der Untersuchungsgruppe	24
Abbildung 3:	Anteil der Untersuchungsgruppen an allen DAK-Versicherten des analysierten Altersbereiches (Geburtsjahr 1977 oder früher).	25
Abbildung 4:	Altersverteilungen der Untersuchungsgruppen.	28
Abbildung 5:	Häufigkeit von Begleiterkrankungen innerhalb von zwei Jahren bei Neuerkrankung an Gonarthrose (Untersuchungsgruppe Neu-GA) nach Altersgruppe	34
Abbildung 6:	Häufigkeit von Begleiterkrankungen innerhalb von fünf Jahren bei chronischer Gonarthrose (Untersuchungsgruppe GA) nach Altersgruppe	35
Abbildung 7:	Häufigkeit von Begleiterkrankungen innerhalb von fünf Jahren vor KEP bei chronischer Gonarthrose (Untersuchungsgruppe GA-KEP) nach Altersgruppe	36
Abbildung 8:	Verteilung der Häufigkeit von ambulanten Behandlungsfällen bei niedergelassenen FÄ für Orthopädie und Unfallchirurgie innerhalb von zwei Jahren	37
Abbildung 9:	Häufigkeit von ambulanten Behandlungsfällen bei niedergelassenen FÄ für Orthopädie und Unfallchirurgie innerhalb von zwei Jahren nach erstmaliger Diagnose Gonarthrose (Untersuchungsgruppe Neu-GA)	38
Abbildung 10:	Häufigkeit von ambulanten Behandlungsfällen bei FÄ für Orthopädie und Unfallchirurgie innerhalb von fünf Jahren bei chronischer Gonarthrose (Untersuchungsgruppe GA).	39
Abbildung 11:	Häufigkeit von ambulanten Behandlungsfällen beim niedergelassenen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie innerhalb von fünf Jahren vor Knieendoprothese bei chronischer Gonarthrose (Untersuchungsgruppe GA-KEP)	40
Abbildung 12:	Häufigkeit der Anwendung von bildgebenden diagnostischen Verfahren innerhalb von zwei Jahren nach erstmaliger Diagnose Gonarthrose (Untersuchungsgruppe Neu-GA) je 1.000 Personen.	42
Abbildung 13:	Häufigkeit der Anwendung von bildgebenden diagnostischen Verfahren innerhalb von fünf Jahren bei chronischer Gonarthrose (Untersuchungsgruppe GA) je 1.000 Personen	43

Abbildung 14:	Häufigkeit der Anwendung von bildgebenden diagnostischen Verfahren innerhalb von fünf Jahren vor Knieendoprothese bei chronischer Gonarthrose (Untersuchungsgruppe GA-KEP) je 1.000 Personen. .45
Abbildung 15:	Häufigkeit von invasiv-diagnostischen, operativen und therapeutischen Verfahren innerhalb von zwei Jahren bei Neuerkrankung an Gonarthrose (Untersuchungsgruppe Neu-GA) nach Altersgruppe48
Abbildung 16:	Häufigkeit von invasiv-diagnostischen, operativen und therapeutischen Verfahren innerhalb von fünf Jahren bei chronischer Gonarthrose (Untersuchungsgruppe GA) nach Altersgruppe49
Abbildung 17:	Häufigkeit von invasiven diagnostischen, operativen und therapeutischen Verfahren innerhalb von fünf Jahren vor Knieendoprothese bei chronischer Gonarthrose (Untersuchungsgruppe GA-KEP) nach Altersgruppe50
Abbildung 18:	Anteil Personen mit Verordnung von Physiotherapie innerhalb von zwei Jahren.51
Abbildung 19:	Anteil Personen mit Verordnung von Physiotherapie innerhalb von zwei Jahren nach erstmaliger Diagnose Gonarthrose (Untersuchungsgruppe Neu-GA)52
Abbildung 20:	Anteil Personen mit Verordnung von Physiotherapie innerhalb von fünf Jahren bei chronischer Gonarthrose (Untersuchungsgruppe GA). . .53
Abbildung 21:	Anteil Personen mit Verordnung von Physiotherapie innerhalb von fünf Jahren vor Knieendoprothese bei chronischer Gonarthrose (Untersuchungsgruppe GA-KEP)54
Abbildung 22:	Anteil Personen mit Hilfsmittelverordnung innerhalb von zwei Jahren . .57
Abbildung 23:	Anteil Personen mit Hilfsmittelverordnung innerhalb von zwei Jahren nach erstmaliger Diagnose Gonarthrose (Untersuchungsgruppe Neu-GA)58
Abbildung 24:	Verteilung der Hilfsmittelart innerhalb von zwei Jahren nach erstmaliger Diagnose Gonarthrose (Untersuchungsgruppe Neu-GA).59
Abbildung 25:	Anteil Personen mit Hilfsmittelverordnung innerhalb von fünf Jahren bei chronischer Gonarthrose (Untersuchungsgruppe GA)60
Abbildung 26:	Anteil Personen mit Hilfsmittelverordnung innerhalb von fünf Jahren vor Knieendoprothese bei chronischer Gonarthrose (Untersuchungsgruppe GA-KEP).61
Abbildung 27:	Verteilung der Hilfsmittelart innerhalb von fünf Jahren vor Knieendoprothese bei chronischer Gonarthrose (Untersuchungsgruppe GA-KEP).62

Abbildung 28:	Anteil von Versicherten mit einer Schmerzmittelverordnung innerhalb von zwei Jahren bei Neuerkrankung an Gonarthrose (Untersuchungsgruppe Neu-GA)	64
Abbildung 29:	Anteil von Versicherten mit einer Schmerzmittelverordnung innerhalb von zwei Jahren bei chronischer Gonarthrose (Untersuchungsgruppe GA)	65
Abbildung 30:	Anteil von Versicherten mit einer Schmerzmittelverordnung innerhalb von zwei Jahren bei chronischer Gonarthrose mit Implantation eines Kniegelenkersatzes (Untersuchungsgruppe GA-KEP)	66
Abbildung 31:	Anteil von Versicherten mit einer Schmerzmittelverordnung innerhalb von zwei Jahren bei Neuerkrankung an Gonarthrose (Untersuchungsgruppe Neu-GA) im Zeitverlauf	67
Abbildung 32:	Anteil von Versicherten mit einer Schmerzmittelverordnung innerhalb von fünf Jahren bei chronischer Gonarthrose (Untersuchungsgruppe GA) im Zeitverlauf	68
Abbildung 33:	Anteil von Versicherten mit einer Schmerzmittelverordnung innerhalb von fünf Jahren bei chronischer Gonarthrose und Implantation eines Kniegelenkersatzes (Untersuchungsgruppe GA-KEP) im Zeitverlauf	69
Abbildung 34:	Anteil der erwerbstätigen Personen mit Arbeitsunfähigkeit wegen Gonarthrose innerhalb von zwei Jahren	70
Abbildung 35:	Krankenstand der erwerbstätigen Personen wegen Gonarthrose innerhalb von zwei Jahren	71
Abbildung 36:	Krankenstand der erwerbstätigen Personen wegen Gonarthrose innerhalb von zwei Jahren nach erstmaliger Diagnose Gonarthrose (Untersuchungsgruppe Neu-GA)	72
Abbildung 37:	Krankenstand der erwerbstätigen Personen wegen Gonarthrose innerhalb von fünf Jahren bei chronischer Gonarthrose (Untersuchungsgruppe GA)	73
Abbildung 38:	Krankenstand der erwerbstätigen Personen wegen Gonarthrose innerhalb von fünf Jahren vor Knieendoprothese bei chronischer Gonarthrose (Untersuchungsgruppe GA-KEP)	74
Abbildung 39:	Krankenstand der erwerbstätigen Personen wegen Gonarthrose innerhalb von vier Jahren vor und nach Knieendoprothese bei chronischer Gonarthrose (Untersuchungsgruppe GA-KEP)	76
Abbildung 40:	Programme und Zielgruppen des Versorgungskonzeptes „Knie-schmerz/Gonarthrose“	103
Abbildung 41:	Ablauf des Programms „GA-Intensiv“	106

Abbildungen

Abbildung 42:	Gesundheitszustände des Markov-Modells	109
Abbildung 43:	Entwicklung der Populationsgrundlage der Simulationsstudie.	114
Abbildung 44:	Entwicklung der Prävalenz von Gonarthrose im Lebensverlauf im Status-Quo-Szenario	126
Abbildung 45:	Anzahl Personen der Zielgruppe für die Teilnahme am Interventionsprogramm sowie Anzahl der teilnehmenden Personen im Lebensverlauf	127
Abbildung 46:	Anzahl Personen mit Erstimplantation einer Knieendoprothese im Lebensverlauf	131
Abbildung 47:	Kumulierte Anzahl von Personen mit Implantation einer Knieendoprothese (KEP) im Lebensverlauf und Differenz der kumulierten Anzahl von Personen mit Implantation einer KEP unter einer optimierten Versorgung der GA im Vergleich zum Status-Quo.	132
Abbildung 48:	Veränderung der Anzahl von Personen mit Gonarthrose unter einer optimierten Versorgung im Vergleich zum Status-Quo-Szenario im Lebensverlauf	135

Tabellen

Tabelle 1:	Übersicht: Leitlinienempfehlungen zu konservativen, nicht-medikamentösen Maßnahmen bei Gonarthrose	10
Tabelle 2:	Operationalisierung der analysierten invasiven diagnostischen, operativen und therapeutischen Verfahren	20
Tabelle 3:	Standardisierte Prävalenz der Untersuchungsgruppen je 1.000 Versicherte nach Bundesland	26
Tabelle 4:	Anteil der Versicherten mit chronischer Gonarthrose (Untersuchungsgruppe GA und GA-KEP) an allen DAK-Versicherten nach Alter und Geschlecht	29
Tabelle 5:	Anteil Versicherte mit Knieendoprothese innerhalb von fünf Jahren (Untersuchungsgruppe GA-KEP) an allen Versicherten mit chronischer Gonarthrose (Untersuchungsgruppen GA und GA-KEP) nach Alter und Geschlecht	29
Tabelle 6:	Verteilung der Behandlungsdiagnosen	31
Tabelle 7:	Häufigkeit von Begleiterkrankungen aus Behandlungsfällen innerhalb von zwei Jahren	33
Tabelle 8:	Häufigkeit der Anwendung von bildgebenden diagnostischen Verfahren innerhalb von zwei Jahren (je 1.000 Personen)	41
Tabelle 9:	Häufigkeit der Anwendung von ärztlich durchgeführten invasiv-diagnostischen, operativen und therapeutischen Verfahren innerhalb von zwei Jahren (je 1.000 Personen)	47
Tabelle 10:	Verteilung der Therapieindikation von Physiotherapieverordnungen innerhalb von zwei Jahren	55
Tabelle 11:	Verteilung der Heilmittelart von Physiotherapieverordnungen innerhalb von zwei Jahren	56
Tabelle 12:	Anteil Personen mit Schmerzmittelverordnung innerhalb von zwei Jahren	63
Tabelle 13:	Anteil der Untersuchungsgruppe GA-KEP mit einem Revisionseingriff innerhalb von vier Jahren nach Erstimplantation einer KEP	75
Tabelle 14:	Anteil der Untersuchungsgruppe GA-KEP mit einer weiteren Erstimplantation eines Kniegelenkersatzes innerhalb von vier Jahren nach Erstimplantation einer KEP	76
Tabelle 15:	App-Inhalt, Funktionen und Zielgruppen	96
Tabelle 16:	Themen der Patientenedukation	104

Tabelle 17:	Schwerpunkte des körperlichen Trainings	105
Tabelle 18:	Populationsgrundlage der Modellierung in Personenjahren	115
Tabelle 19:	Umfang der Zielgruppe für die Teilnahme am Interventionsprogramm in Personenjahren und Anteil der Zielgruppe an allen Personen mit GA	128
Tabelle 20:	Umfang der Teilnahme am Interventionsprogramm und Anteil der Interventionsteilnehmer an allen Personen mit GA.	129
Tabelle 21:	Anzahl Erstimplantationen eines Kniegelenkersatzes nach Altersgruppe	133
Tabelle 22:	Anzahl der Personen mit zeitlicher Verschiebung der Erstimplantation einer KEP und durchschnittliche zeitliche Verschiebung (in Jahren)	134
Tabelle 23:	Anzahl Personenjahre mit Gonarthrose von Personen ohne Kniegelenkersatz	137
Tabelle 24:	Gesamtkosten des Versorgungsprogramms bei Knieschmerz/Gonarthrose	138
Tabelle 25:	Verringerung der Versorgungskosten durch vermiedene Erstimplantationen von Knieendoprothesen unter einer optimierten Versorgung der Gonarthrose	139
Tabelle 26:	Kostensparnis der KEP-Versorgung unter einer optimierten Versorgung der Gonarthrose	140
Tabelle 27:	Wirtschaftlichkeit einer optimierten Versorgung der Gonarthrose	142

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
ATC	Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Einordnung von Wirkstoffen und Arzneimitteln
AU	Arbeitsunfähigkeit
BMI	Body Mass Index
CI	Konfidenzintervall
CT	Computertomographie
DDD	Defined Daily Dose (definierte Tagesdosis)
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DEGS1	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland – Welle 1
DGOOC	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie
DMP	Disease-Management-Programm
EB	Erährungsberatung
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
ES	Effektstärke
ESCAPE	Enabling Selfmanagement and Coping with Arthritic Knee Pain through Exercise
EULAR	European Alliance of Associations for Rheumatology
FA bzw. FÄ	Facharzt bzw. Fachärzte
GA	Gonarthrose
GKV	Gesetzlichen Krankenversicherung
GOP	Gebührenordnungsposition gem. EBM
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (German Modification)
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KEP	Knieendoprothese
KOOS	Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score
MRT	Magnetresonanztomographie
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NMES	Neuromuskuläre elektrische Stimulation
NSAR	Nichtsteroidalen Antirheumatika
OA	Osteoarthritis (Arthrose)

Abkürzungsverzeichnis

OARSI	Osteoarthritis Research Society International
OP	Operation
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
OR	Odds Ratio
OU	Orthopädie und Unfallchirurgie
PZN	Pharmazentralnummer
RCT	Randomized Controlled Trial (Fallkontrollstudie)
RKI	Robert Koch-Institut
SD	Standardabweichung
TENS	Transkutane elektrische Nervenstimulation
WHO	World Health Organization, Weltgesundheitsorganisation
WOMAC	Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index
ZI	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland

Ausschließlich zum Zweck der besseren Lesbarkeit wird auf die geschlechtsspezifische Schreibweise verzichtet. Alle personenbezogenen Bezeichnungen sind geschlechtsneutral und beziehen sich auf Angehörige aller Geschlechter.

Zusammenfassung

Der fünfte Versorgungsreport der DAK greift das Thema Knieschmerzen bzw. das Krankheitsbild der Gonarthrose (GA) auf. Neben einer umfassenden Analyse der aktuellen Versorgung von DAK-Versicherten mit GA steht vor allem die Frage im Zentrum, inwieweit – gemessen an den aktuellen medizinischen Leitlinien – Versorgungsdefizite bestehen und wie das Behandlungsangebot sinnvoll erweitert bzw. verbessert werden kann.

Basierend auf einer Analyse und Zusammenfassung der vorliegenden Evidenz zu wirksamen Behandlungs- und Präventionsmaßnahmen wird ein zweistufiges „Versorgungskonzept Knieschmerzen und Gonarthrose“ entwickelt. Mit Hilfe einer gesundheitsökonomischen Modellierung wird untersucht, wie sich die breite Einführung dieses Versorgungskonzepts auf Bevölkerungsebene auswirken würde. Im Mittelpunkt steht die Frage, inwieweit das Versorgungsprogramm dazu beitragen könnte, den Bedarf an Knieendoprothesen zu reduzieren bzw. die Notwendigkeit einer solchen Versorgung zeitlich zu verzögern. Die mit dem Programm assoziierten Zusatzkosten werden zu den aus der erwarteten Abnahme der Operationen resultierenden Einsparungen in Beziehung gesetzt, um beurteilen zu können, inwieweit ein „Versorgungsprogramm Knieschmerzen und Gonarthrose“ auch unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten sinnvoll wäre.

Knieschmerzen sind ein weit verbreitetes Gesundheitsproblem. Die epidemiologischen Bevölkerungsstudien des Robert Koch-Instituts zeigen eine Punktprävalenz von 15 bis 17 % in der Bevölkerung zwischen 18 und 79 Jahren. Für diesen Versorgungsreport wurde ein mit Leistungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen abgrenzbarer Teil dieses Komplexes untersucht, nämlich die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung diagnostizierten Erkrankungen an Gonarthrose (verschleißbedingte Erkrankungen des Kniegelenkes, ICD-Code M17.-).

Mit dieser deutlich engeren Definition werden Betroffene erfasst, deren Beschwerden so ausgeprägt sind, dass sie deshalb ärztliche Hilfe suchen. Die Analysen zeigen, dass es sich hier um ein zahlenmäßig bedeutsames Gesundheitsproblem handelt: Im Altersbereich ab 40 Jahren leiden 5,7 % der Versicherten der DAK-Gesundheit dauerhaft unter einer Gonarthrose (GA). Frauen (6,6 %) sind dabei deutlich häufiger von einer GA betroffen als Männer (4,1 %). Jedes Jahr suchen fast ein Prozent der DAK-Versicherten erstmals (oder nach längerer beschwerdefreier Zeit erneut) deshalb einen Arzt auf. Die Versicherten mit einer chronischen GA (5,7 %) teilen sich in diejenigen, die bezogen auf einen Zeithorizont von fünf Jahren keinen Kniegelenkersatz (KEP) erhalten (5,2 %) und solche, bei denen innerhalb dieses Zeitraums ein künstliches Kniegelenk implantiert wird. Die letztere, besonders schwer betroffene, Gruppe macht 0,5 % der DAK-Versicherten ab 40 Jahren aus. Von der Gesamtgruppe der Versicherten mit chronischer GA erhalten innerhalb von fünf Jahren fast 9,5 % einen Kniegelenkersatz.

Verschleißerkrankungen der Gelenke werden vor allem im höheren Lebensalter zu einem gravierenden Problem. Die Analysen des Versorgungsreports zeigen jedoch, dass auch die Altersgruppe der 40- bis 59-Jährigen bereits nennenswert betroffen ist: Unter den Neuerkrankungen an GA stellen sie fast 30 %. Von den dauerhaft an GA Leidenden ohne KEP innerhalb von