



## GELENKPOLITIK

### Wie die NRW-Reform Hüfte und Knie neu verteilt

Ein künstliches Knie oder eine neue Hüfte gelten heute fast schon als Versprechen auf ein zweites bewegliches Leben. Erst schmerzt das Gelenk, dann kommt die Operation, dann der Alltag. Soweit die Theorie. Medizinisch ist es komplizierter, gesundheitspolitisch erst recht. Denn während in Deutschland immer mehr Hüft- und Knieprothesen eingesetzt werden, wird die Versorgung in Nordrhein-

Westfalen in einem Pilotprojekt für die anderen Bundesländer neu sortiert: weniger Krankenhäuser, größere Zentren, mehr Spezialisierung.

Prof. Dr. med. Christoph Schnurr erlebt diesen Umbau aus nächster Nähe. Er ist Chefarzt der Klinik für Orthopädie am St. Vinzenz-

Krankenhaus Düsseldorf und leitet dort das Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung, das die höchsten Anforderungen des Qualitätssystems der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie erfüllt.

#### Was passiert, wenn der Gelenkersatz zum Massenphänomen einer alternden Gesellschaft wird?

Das aktuelle Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) dokumentierte für 2024 insgesamt 410.333 endoprothetische Eingriffe an Hüfte und Knie, darunter Folge- und Wechseloperationen, sogenannte Revisionsoperationen. Besonders auffällig ist der Anstieg beim Knie: Innerhalb von zwei Jahren kamen mehr als 36.000 dokumentierte Knieversorgungen hinzu. Für Schnurr liegt das nicht nur an einer älteren Bevölkerung, sondern auch an einem veränderten Anspruch. „Die Menschen werden älter und möchten im Alter beweglich bleiben. Sie möchten Golf spielen, Fahrrad fahren und wandern, auch noch mit 80 Jahren, und auch die 90-Jährigen möchten nicht nur im Sessel sitzen.“

Parallel hat Nordrhein-Westfalen die Krankenhauslandschaft neu geordnet. Seit dem 1. Januar 2026 ist die Krankenhausplanung vollständig in Kraft getreten. Neue Leistungsgruppen wurden verteilt, nicht jedes

Krankenhaus darf künftig alles anbieten. Besonders stark betroffen ist die planbare Orthopädie. Im Regierungsbezirk Düsseldorf hatten 60 Häuser eine Zuweisung für die Knie-Endoprothetik beantragt, nur 37 haben sie erhalten, bei der Hüfte waren es 35 von 66. Im Stadtgebiet Düsseldorf sank dadurch die Zahl der Kliniken, die Knie und Hüfte operieren dürfen, von acht auf drei Kliniken. Das St. Vinzenz-Krankenhaus gehört zwar zu den Gewinnern der neuen NRW-Krankenhausplanung, aber Schnurr kritisiert, dass die Krankenhausplanung vor allem auf Mengen und Strukturkriterien geschaut habe. Ob ein Haus als Endoprothetikzentrum zertifiziert ist oder wie gut die Ergebnisse sind, spielte bei der Reform keine Rolle.

#### Mit der zweiten geht man wieder besser

In diesem Jahr werden im Krankenhaus in Düsseldorf-Derendorf voraussichtlich 2.300 bis 2.400 künstliche Hüft- und Kniegelenke eingesetzt. Bei Wechseloperationen erwartet der Mediziner rund 350 Eingriffe an Hüfte und Knie. Gerade diese Wechseleingriffe sind der Punkt, an dem sich Spezialisierung besonders zeigt. „Das sind komplizierte Eingriffe“, sagt Prof. Schnurr. Eine Erstimplantation ist anspruchsvoll genug. Aber eine Prothese zu wechseln, ist eine andere Liga. Dann geht es nicht nur darum, ein neues Implantat einzusetzen. Es muss geklärt werden, warum das

alte versagt hat: Lockerung, Infektion, falsche Position, Knochenverlust oder periprotetische Frakturen, also Knochenbrüche rund um eine bestehende Prothese. Bevor überhaupt feststeht, was zu tun ist müssen Blutuntersuchungen, Punktionen, CT, MRT durchgeführt und alte Operationsberichte analysiert werden. Wer 20 oder 25 Jahre gut mit seiner Prothese gelebt hat, kann den Verschleiß meist einordnen. Treten jedoch schon nach wenigen Jahren erneut Schmerzen auf, sind

Enttäuschung und Verunsicherung oft groß. Das St. Vinzenz-Krankenhaus kann die Qualität seiner Behandlungen mit Zahlen aus dem EPRD belegen. Bei Knie-Erstimplantationen liegt die Nachoperationsrate nach zehn Jahren bei 3,1 Prozent, im Vergleich zum Bundesdurchschnitt, der 5,9 Prozent beträgt. Bei zementfreien Hüftprothesen kommt das Haus auf eine Quote von 2,6 Prozent, bundesweit beträgt sie 4,8 Prozent. „Was sich hartnäckig hält, ist die Annahme, dass eine Prothese

im Schnitt fünfzehn bis zwanzig Jahre halte. Internationale Register zeigen, dass nach zwanzig Jahren beim Knie etwa nur zehn Prozent der Patienten nachoperiert worden sind“, verweist Prof. Schnurr auf die Statistik. Bei modernen zementfreien Hüftprothesen hofft der Mediziner inzwischen sogar auf eine lebenslange Versorgung.

Oft fällt in seiner Sprechstunde der Satz: „Sie müssen nicht operiert werden. Man kann das operieren.“ Nicht jeder, der mit einer Arthrose zu ihm kommt, braucht sofort ein künstliches Gelenk. Zwischen 30 und 40 Prozent der Patienten, die mit dem Wunsch nach einer Hüft- oder Knieprothese zu ihm kommen, empfiehlt er zunächst eine konservative Behandlung: Physiotherapie, Muskelaufbau, manuelle Therapie, Osteopathie, Akupunktur, Schmerzmittel bei Bedarf, Hyaluron-, Cortison- oder Eigenblutspritzen, Einlagen, Bandagen. Eine Arthrose verschwindet dadurch nicht, aber Beschwerden lassen sich so manchmal reduzieren, dass eine Operation noch warten kann. Manchmal können Patienten selbst entscheidend zum Behandlungserfolg beitragen. „Patienten, die abnehmen, haben oft danach so wenig Beschwerden, dass man sie gar nicht mehr operieren muss“, betont der Mediziner.

### Zweite Meinung, neue Routinen

Seit Januar 2021 haben gesetzlich Versicherte beim künstlichen Kniegelenk Anspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung, seit Juli 2024 gilt das auch für die Hüfte. Für Schnurr ist das ein wichtiger Beitrag zu einer fundierten Therapieentscheidung.

Während politisch noch sortiert wird, schreitet die technische Entwicklung in der Medizin voran. Am St. Vinzenz wird seit 2020 mit dem robotischen Mako-System operiert, inzwischen wurden rund 3.000 Eingriffe damit durchgeführt. Finanziell rechnet sich das System nicht direkt, sagt Schnurr. Die Anschaffung kostet mehr als eine Million Euro, laufende Kosten kommen hinzu, von den Krankenkassen gibt es keinen Euro dazu.

### Warum also der Aufwand?

Weil das System präzises Arbeiten ermöglicht, auf einen halben Millimeter und ein halbes Grad genau. Für den Chirurgen zählt sich diese Präzision vor allem für die Patienten aus. Der Roboter unterstützt den Operateur bei Planung und Schnittführung, ersetzen kann er ihn nicht. Weichteile beurteilen, das Zusammenspiel von Bändern und Gelenk bewerten, Komplikationen erkennen und Entscheidungen treffen – das ist das Handwerk des Operators.

Prof. Dr. med. Christoph Schnurr bei der Visite

© Franziskus Kliniken Düsseldorf



Bleibt die Frage, was unverzichtbar bleibt, wenn Krankenhausplanung, Registerdaten, Zweitmeinung, Robotik und künstliche Intelligenz immer stärker mitreden. Schnurr glaubt, dass Roboter künftig einzelne OP-Schritte besser erledigen werden als Menschen. Auch KI werde helfen, Daten auszuwerten und Entscheidungen vorzubereiten.

Aber sie wird nicht das Gespräch führen, in dem ein Patient versteht, was eine Operation leisten kann und was nicht. Sie wird nicht spüren, ob jemand Angst hat. Und sie wird nicht verantworten, ob ein Eingriff wirklich der richtige Schritt ist.

*Susan Tuchel*

#### Aus VKKD wird Franziskus Düsseldorf

**Der Verbund Katholischer Kliniken Düsseldorf tritt seit Mai 2026 unter dem neuen Namen Franziskus Düsseldorf beziehungsweise Franziskus Kliniken Düsseldorf auf.**

**Damit wird die Zugehörigkeit zur St. Franziskus-Stiftung Münster sichtbar. Zum Verbund gehören das Marien Hospital, das St. Vinzenz-Krankenhaus, das Augusta-Krankenhaus, das Krankenhaus Elbroich sowie das Westdeutsche Diabetes- und Gesundheitszentrum. Rund 3.000 Mitarbeiter versorgen jährlich etwa 150.000 Patienten ambulant und stationär an fünf Standorten.**

© Franziskus  
Kliniken  
Düsseldorf

„  
Ich sage sehr oft:  
Sie müssen nicht  
operiert werden. Man  
kann das operieren.  
“

**Prof. Dr. med. Christoph Schnurr,  
Chefarzt der Klinik für Orthopädie  
und Leiter des EndoprothetikZentrums  
der Maximalversorgung am St. Vinzenz-  
Krankenhaus Düsseldorf**

