

Trau dich zu wissen

L. Dubs

R. P. Meyer et al. (Hrsg.), *Extremitätenchirurgie im Wandel*,
DOI 10.1007/978-3-662-44461-0_2, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

„Sapere aude“ steht gelegentlich in goldenen Lettern über der Tür zu akademischen Hörsälen, was so viel bedeutet wie: Wage, weise zu sein. Etwas anspruchsvoller formuliert: Trau dich zu wissen. Ursprünglich stammt dieses lateinische Zitat aus den Episteln von Horaz. Immanuel Kant hat es zur Zeit der Aufklärung auf seine Weise übersetzt: Habe den Mut, dich deines eigenen Verstandes zu bedienen. Offenbar braucht es Mut dazu! Vielleicht auch Mut gegen eine Angst vor allenfalls unliebsamen Wahrheiten. In der Medizin gibt es keine Wahrheit. Wir können nur stets versuchen, der Wahrheit möglichst nahe zu kommen oder unser Wissen in Weisheit umzusetzen. Um dieses Ziel zu erreichen, brauchen wir eine Denkschule.

Zu den zentralen Aufgaben einer ärztlichen Tätigkeit gehört unbestrittenermaßen eine glaubwürdige Kommunikation des Krankheits- und Therapierisikos, der Heilungsaussichten mit den patientengerechten Endpunktvariablen. Die auf naturwissenschaftlichem (Zerteilungs-)Denken kartesianischer Prägung basierende Medizin verwendet traditionsgemäß gerne interessante Hypothesen, um ihre Interventionen zu rechtfertigen. Diese müssen jedoch obligat in der Patientenrealität auf ihre Gültigkeit überprüft werden. Hypothesen haben am meisten Überzeugungskraft, wenn es gelingt, die Ursache-Wirkung-Beziehung als eine zwingende Kausalität darzustellen. An der nicht belebten Materie gelingt dies leicht, bei der belebten Materie hingegen lehrt die klinische Tätigkeit, dass solche Gesetzmäßigkeiten nicht ohne Weiteres anwendbar sind.

In teilweise erschreckendem Ausmaß hat in den letzten Jahrzehnten die wissenschaftliche Disziplin der klinischen Epidemiologie, mittlerweile bekannt und auch gefürchtet unter dem Namen „evidenzbasierte Medizin“ (EbM), systematische Denkfehler (Biases) in der Literatur sowie in Kongressmitteilungen aufgedeckt und unliebsam häufig auf vorgetäuschten Patientennutzen hinweisen müssen.

Auch die Orthopädie, die sich in ihren Entscheidungen vertrauensvoll auf viele biomechanisch durchaus einleuchtende Wirkungstheorien stützt und sich im einfach Messbaren wohl stets wohlfühlt hat, ist von diesem Erkenntnisprojekt der EbM nicht verschont geblieben. Einige vermeintlich auf Stein gebaute Kartenhäuser sind bereits eingestürzt, weitere wackeln und sind bedroht.

■ Kritisches Hinterfragen ist unbequem

Die EbM ist weder eine Religion, noch ein Gericht und fällt keine Entscheidungen nach dem Motto: schuldig oder unschuldig. Sie ist ein wertvolles wissenschaftliches Hilfsmittel, um den eigentlichen Patientennutzen zu beschreiben, zu berechnen und zu bewerten, sowohl in der Diagnostik als auch in der Beurteilung unserer Interventionen. Leider wird die EbM gerne noch als Statistikorgie und Metaanalysenakrobatik verstanden und sei somit speziell für die Orthopädie völlig ungeeignet. Bei genauerer Betrachtung dürften eher andere

Gründe mitspielen, die Anlass geben, unbequemes Denken möglichst weit von sich zu halten:

Die medizinische Welt begnügt sich in ihren Klassifikationen mit der „International Classification of Diseases“ (ICD), die einer Beschreibung von Organschädigungen gleichkommt („impairment“ bzw. Organometrie mit sog. Surrogatparametern). Damit werden Organschädigungen als Krankheiten klassifiziert. Für den Patienten entscheidend sind aber die Folgemanifestationen einer Organschädigung zur Beschreibung des Krankseins im Sinne von Fähigkeitsstörungen („disabilities“) und daraus folgenden Benachteiligungen in der Gesellschaft („handicap“). Diese patientenrelevante Nomenklatur und Klassifikation der ICIDH (bzw. später die ICF) ist durch die WHO bereits 1980 ausführlich beschrieben worden, findet im medizinischen Alltag und in der klinischen Forschung im Sinne der Klinimetrie kaum oder immer noch sehr zögerlich Eingang.

Orthopädische Interventionen, speziell operativer Art, imponieren biomechanisch derart überzeugend, dass es vielen ausreichend erscheint, Erfahrungsberichte oder Fallseriestudien ohne Kontrollgruppe zu liefern. Definitionsgemäß lassen Fallseriestudien aber keine Schlüsse auf die Kausalität zu, d. h., der Erfolg könnte sich nicht wegen, sondern trotz der Intervention eingestellt haben. Unvergessliches Beispiel bleibt die sofortige Bandnaht am Sprunggelenk nach Distorsionstrauma. 3 Fallseriestudien haben genügt, um die Operation einzuführen, letztlich hat es mindestens 10 (!) randomisierte Vergleichsstudien gebraucht, um den Eingriff wieder zu eliminieren. Da nützen die vielen glücklichen Patientengesichter bei der Visite am Tag nach der nächtlichen Operation nicht als Argument für einen Eingriff.

■ **Achtung, Bias!**

Systematische Denkfehler oder Biases sind auch in der Orthopädie virulent. Das kann schon bei der Auswahl der Patienten für eine Studie beginnen (Selection-Bias) und mit einem Gefälligkeitsbias enden, wenn der Patient seinem Operateur über sein „gutes“ Resultat zu berichten hat.

Die Orthopädie bedient sich gerne der Scores zur Beurteilung von Resultaten. Erst die Beschreibung des Scorebias hat etwas Unruhe in die heile Welt der vermeintlich guten Resultate gebracht. Dies hängt mit der hohen Wertschätzung von Surrogatparametern zusammen, die in der Resultatdefinition derart stark gewichtet werden, dass die geringer gewichteten Veränderungen der Scorepunkte für einen Fähigkeitsverlust, der letztlich für den Patienten einzig relevant ist, untergehen können. Besonders deutlich kommt dies bei der Beurteilung der Behandlungsergebnisse nach vorderem Kreuzbandersatz zutage. Schaut man sich in den jeweiligen Studien die Werte des Tegner-Scores (reines patientenorientiertes Fähigkeitsassessment) vor dem Unfall und dann 2 Jahre später mit oder ohne Operation bezüglich der Veränderungen genau an, entdeckt man quere keine Unterschiede zwischen Operierten und Nichtoperierten. Der Lysholm-Score als gemischter Score mit dominierenden Surrogatendpunktwerten hingegen muss zwangsläufig höhere Werte bei den Operierten zeigen, denn schließlich hat man das Knie ja auch stabilisiert, was Punkte liefert. Nur sind dem Patienten die gemessenen Millimeter im Lachmann- oder Schubladentest egal ...

■ **Linguistischer Determinismus**

Dass die Sprache für das Handeln ausschlaggebend ist, ist als linguistischer Determinismus beschrieben: So wie ich denke, so spreche ich – so wie ich spreche, so handle ich. Zahlreiche orthopädische Operationen sind unter dem Beinamen

einer „Rekonstruktion“ geläufig. Dieser Begriff verheißt Reparatur, d. h. Wiederherstellung des Vorzustands. Das Rad der Zeit soll zurückgedreht, der Weg von Ursache und Wirkung soll zurückgegangen werden, ähnlich der Behebung eines gerissenen Keilriemens des Automotors durch Ersatz. Der Mensch ist nun aber eine belebte Materie, die den Gesetzen der fortschreitenden Zeit gehorcht. Es gibt nie einen Weg zurück. Jeder operative Eingriff gilt somit zunächst einmal als zusätzliche Körperschädigung. Unter diesem Titel lässt sich hingegen kein Patient für einen operativen Eingriff motivieren. Also neigt der Operateur dazu, ermutigende Worte zu gebrauchen, um sich in Handlungsposition zu bringen. Eigentlich müsste man bei jedem Eingriff zunächst von einer zusätzlichen Körperschädigung sprechen, bis das Gegenteil eines überwiegenden Nutzens plausibel nachgewiesen ist.

Die Palette solchermaßen diskutabler Kriterien ist auch in der orthopädischen Literatur von erheblicher Bandbreite, was an dieser Stelle aus Platzgründen nicht in extenso abgehandelt werden kann. Es ist nicht zuletzt eine Frage der Ethik, ob wir Orthopäden bereit sind, uns einer kritischen Auseinandersetzung mit unserem Denken und Handeln zu stellen, um unsere Patientinnen und Patienten vor unnötigen Maßnahmen bzw. vor vorgetäuschem Nutzen zu schützen. Dies würde auch bedeuten, dass wir bereit sein müssten, auf etwas zu verzichten, falls uns der Nutznachweis nicht gelingt. Bisher musste der Operateur nie einen konsistenten Nutznachweis bringen, vielmehr musste eher der Patient nachweisen, dass eine bestimmte Maßnahme nichts genützt habe. Dabei soll niemandem Böswilligkeit im täglichen Handeln unterstellt werden, solange die Bereitschaft erkennbar ist, sich selbstkritisch auf sachbezogene, methodisch konsistente Diskussionen einzulassen.

■ Anreize zum Interventionismus

Da in der Gesamtbilanz die Erkenntnisse eines fehlenden Nutznachweises überwiegen, wird die EbM durch gewinnorientierte, meist monothematische Interessensvereinigungen eher bekämpft als gefördert. Auch die Orthopäden arbeiten letztlich mehrheitlich in einem Umfeld, in dem nur bezahlt, was gemessen und getan wird. Was nicht gemessen und nicht getan wird, wird auch nicht bezahlt. Somit liegen alle Anreize beim Interventionismus, der nicht zu knapp auch davon profitiert, dass sich die Gesellschaft nicht groß darum kümmert, ob ein gutes Behandlungsergebnis eher trotz und nicht wegen der Intervention zustande gekommen ist.

Die Vertreter einer kritischen Geisteshaltung und Anwender von EbM sehen sich aufgrund ihrer gemachten Erfahrungen verständlicherweise häufig einem rauen Wind ausgesetzt und riskieren, Freunde zu verlieren. Es gilt dabei, in Erinnerung zu rufen, dass unangenehme Botschaften nicht verhindert werden können, indem man die überbringenden Boten eliminiert.

■ Die Indikationsqualität

Als erste Fachgesellschaft hat die Orthopädie den Begriff der Indikationsqualität geprägt. Das Resultat (neudeutsch: Outcome) wird großmehrheitlich im Sprechzimmer vorbestimmt, wo die Indikation zu einem Eingriff (Was tue ich? Das Richtige oder das Falsche?) mit dem Patienten besprochen wird. Wenn die Indikation schlecht ist, kann man dies im Operationssaal (Struktur- und Prozessqualität mit der Frage: Wie tue ich es? Gut oder schlecht?) kaum mehr korrigieren.

Offen ist die Frage, ob wir heute zu viel oder zu wenig Orthopäden haben. Solange Hinweise vorliegen, dass die Indikation häufig nicht überzeugt, haben wir zu viel Orthopäden. Das Ziel sollte sein, sich nur gute Indikationen

zu leisten. Die Qualität der Indikationsstellung ist die Hauptstoßrichtung der EbM. Trotz großer Anstrengungen hat die Ausbildung bzw. die Weiterbildung in den Grundlagen der klinischen Epidemiologie noch nicht die notwendige und erwünschte Verbreitung gefunden. Die theoretische Basis mit dem doch ansehnlich großen neuen Vokabular kann wohl in Lehrbüchern und elektronischen Lernprogrammen eingetrichtert werden, die praktische Umsetzung an den verschiedenen praktischen Beispielen verlangt aber nach einem Coaching über längere Zeit, bis jemand und jeder einigermaßen das Stadium der Parkett-sicherheit erlangt hat. Die Kompetenz in EbM ist unabhängig vom Fachwissen der medizinischen Spezialität. Es kann durchaus vorkommen, dass ein Psychiater zu Recht eine Arbeit aus der Orthopädie auf Denkfehler überprüft und allenfalls sich danach zur Kritikäußerung berechtigt sieht. Er weiß, dass er sich dabei stets auf die Methodik verlassen kann.

■ An der Schwelle zur Fremdbestimmung

Die Institutionen, die unser Handeln überprüfen, stehen vor der Tür. Sowohl die Vertreter aus dem Swiss Health Technology Assessment (SHTA) als auch diejenigen aus dem Swiss Medical Board (SMB) sind tatkräftig daran, brisante Themen aus Fachgebieten verschiedenster Provenienz unter die Lupe zu nehmen und dann Aussagen zu erarbeiten, inwieweit die untersuchten Interventionen künftig noch empfohlen werden können. Die ersten Reaktionen auf Stellungnahmen des Swiss Medical Board haben eindrücklich gezeigt, dass selbst innerhalb der angesprochenen Fachgesellschaften das ganze Spektrum von völliger Zustimmung bis zu völliger Ablehnung zu vernehmen ist. Auch die Orthopädie blieb davon nicht verschont. Dies ist ein deutliches Indiz, dass weiterhin ein Meinungspluralismus vorherrscht, der auf einer immer noch virulenten babylonischen Sprachverwirrung innerhalb einer Fachgesellschaft beruht. Die EbM als Denkschule hat das große Potenzial, wegweisend zur besseren Verständigung beizutragen, aber eben ... *sapere aude!*

Extremitätenchirurgie im Wandel

28 Fachärzte äußern sich

Meyer, R.-P.; Moro, F.; Schwyzer, H.-K.; Simmen, B.; Flury,
M. (Hrsg.)

2015, XIV, 183 S. 16 Abb., 5 Abb. in Farbe. Mit
Lesebändchen!., Hardcover

ISBN: 978-3-662-44460-3