

Nötige und unnötige Operationen in der Orthopädie und Traumatologie

Impressionen vom Swiss-Orthopaedics-Jahreskongress

Die Mitglieder von Swiss Orthopaedics haben am diesjährigen Kongress in Baden die Frage nach nötigen und unnötigen Operationen in der Orthopädie und Traumatologie zum Hauptthema erkoren und an zwei Halbtagen intensiv diskutiert. Sie haben sich offen dieser Herausforderung gestellt, um zu dokumentieren, dass sich die Fachgesellschaft um ihre Indikationen auch selbstkritisch kümmert.

Luzi Dubs



Dr. med. Luzi Dubs

Die Frage von Überdiagnostik und Übertherapie betrifft grundsätzlich alle medizinischen Fachgebiete, jedoch die Orthopädie wegen ihrer hohen Fallzahlen und der volkswirtschaftlichen Bedeutung im Besonderen. Neben zwei Grundsatzreferaten wurde der Fokus auf die Subspezialitäten der oberen und unteren Extremitäten sowie der Wirbelsäule gelegt, wobei jeweils Fallvorstellungen angefügt waren, bei denen das teilnehmende Publikum, mit einem Abstimmungsgerät armiert, die eigene Meinung zu spezifischen Fragestellungen

kundtun konnte. Von speziellem Interesse waren natürlich jeweils die Fragen, ob in einem bestimmten Fall konservativ oder operativ vorgegangen werden soll.

Vorgehen mithilfe des neu entwickelten Ampelkonzepts

Der Autor dieser Zeilen hat Gelegenheit bekommen, das neu entwickelte Ampelkonzept vorzustellen. Dabei geht es um eine Entscheidungsfindung, welche die kritische Beurteilung der entsprechenden Literatur miteinbezieht.

- ▲ **Grünes Licht** betrifft die Eingriffe, ohne dass man Vergleichsstudien bezieht, durchgeführt werden dürfen und bezahlt werden müssen. Beispiele dafür sind die Osteosynthese oder das Kunstgelenk bei dislozierten Schenkelhalsfrakturen, die Naht einer Quadrizeps- oder Patellarsehnenruptur oder die Rekonstruktion einer akut abgerutschten grossen Rotatorenmanschettenruptur.
- ▲ **Die Ampel steht auf Rot**, wenn wegen klar fehlender Evidenz kein gesicherter Nutzen vorliegt. Beispiele dafür sind operative Behandlungen von Rupturen des oberen Sprunggelenks oder Knieinnenbandrupturen, begleitende Synovektomien anlässlich einer arthroskopischen Teilmeniskusentfernung oder die Refixation einer proximalen Bizepssehnenruptur.
- ▲ **Die Ampel muss auf Orange** gestellt werden, wenn ein Eingriff in der Literatur, speziell in randomisierten Studien, kontrovers beurteilt wird und die Indikation diskutabel ist.

Diese Kategorie betrifft die meisten Wahleingriffe, aber auch Traumasituationen. Vor allem der UVG-Versicherer kann die Übernahme begründet ablehnen, ohne dafür verurteilt zu werden, da er gemäss dem Naturalleistungsprinzip die Verantwortung für die Behandlung und deren Folgen trägt. Eine Operationsindikation kann bei Wahleingriffen durchaus reifen. Der Leistungserbringer muss die Indikation zur Operation in der orangenen Kategorie plausibel begründen. Es können Situationen vorliegen, deren Handlungsempfehlung vom Nutzen der «vorgeschalteten», weniger invasiven und weniger teuren Therapiealternative (z.B. Physiotherapie versus Operation) abhängig ist. Die Nutzenschwelle (ausgedrückt in der absoluten Risikoreduktion bzw. «number needed to treat») wird dabei sehr stark durch die Kostendifferenz der verglichenen Therapie bestimmt. Ist eine weniger invasive Massnahme, wie beispielsweise eine Physiotherapie, viermal günstiger als die invasivere Arthroskopie, muss ihr Nutzen einer absoluten Risikoreduktion von mehr als 25 Prozent entsprechen. Die «number needed to treat» beträgt 4, das heisst, es muss viermal die Physiotherapie eingesetzt werden, um einen unnötigen Eingriff zu verhindern, immer unter der Voraussetzung, dass die Zeitverzögerung eines allenfalls notwendigen operativen Eingriffs einerseits dem Patienten keinen Nachteil bringt und dass andererseits die Folgen des Arbeitsausfalls nicht negativ ins Gewicht fallen.

Orange-Kategorie scheint nützlich

Dass es sinnvoll sein dürfte, das Ampelkonzept mit der orangenen Kategorie umzusetzen, haben dann die jeweiligen Abstimmungen am Kongress deutlich vor Augen geführt. Nicht ein einziges Mal waren sich die anonym entscheidenden Teilnehmer einig, ob konservativ oder operativ vorgegangen werden soll. Oft hat ein erstaunlich hoher Anteil ein konservatives Vorgehen unterstützt, was vor einigen Jahren undenkbar gewesen wäre. Selbst die chirurgisch tätigen Referenten räumten wiederholt ein, dass sie hinsichtlich gewisser Situationen einen Sinneswandel vollzogen hätten und entsprechend nicht mehr operieren würden.

Beispiele für Eingriffe verschiedener Kategorien



Rotes Licht für Eingriffe, für die wegen klar fehlender Evidenz kein gesicherter Nutzen vorliegt.

Zum Beispiel: operative Behandlungen von Rupturen des oberen Sprunggelenks, Knieinnenbandrupturen, begleitende Synovektomien anlässlich einer arthroskopischen Teilmeniskusentfernung, Refixation einer proximalen Bizepssehnenruptur



Oranges Licht für Eingriffe mit diskutabler Indikation, die in der Literatur, speziell in randomisierten Studien, kontrovers beurteilt werden. Diese Kategorie betrifft die meisten Wahleingriffe, aber auch Traumasituationen



Grünes Licht für Eingriffe, die ohne Vergleichsstudien beizuziehen durchgeführt werden dürfen und bezahlt werden müssen. Zum Beispiel: Osteosynthesen, Kunstgelenk bei dislozierten Schenkelhalsfrakturen, Naht einer Quadriceps- oder Patellarsehnenruptur oder Rekonstruktion einer akut abgerutschten grossen Rotatorenmanschettenruptur.

Bedeutung der richtigen Indikationsstellung

Es herrscht also weiterhin ein relevanter Meinungspluralismus, der Auswirkungen auf die Szene der Zweitmeinungen und Gutachten hat und mit dem man sich im Moment noch abfinden muss. Die Gründe liegen weitgehend in einer unterschiedlichen Expertise bei der Interpretation der Literatur. Die einen verlassen sich vornehmlich auf Surrogatendpunkte, derweil andere, die vorsichtiger werten, die patientenrelevanten, klinimetrischen Endpunkte als prioritär betrachten. Diese grundsätzliche Einstellung mag auch bestimmen, bei wem eine Zweitmeinung oder eine Begutachtung eingeholt werden soll. Wenn nun unterschiedliche Meinungen aufeinanderprallen, wird es für den Juristen im Streitfall (z.B. bei Haftpflichtfällen) schwierig, eine gerechte Entschei-

dung zu treffen. Unterlassene Operationen kommen dabei kaum zur Diskussion. In der Regel handelt es sich um Operationsfolgen, bei denen die Frage eines Indikationsfehlers zu beantworten wäre. Bis heute wird die Indikation aber immer noch ausgeblendet, und die Hauptfragen werden auf die Gründe fehlerhafter Eingriffstechnik fokussiert, die zum ungünstigen Resultat geführt haben sollen.

Wann liegt ein Indikationsfehler vor?

Was braucht es denn, um einen Indikationsfehler plausibel zu machen? Prospektiv eine anonyme Abstimmung bei einer Fallvorstellung mit einer mehr als 50-Prozent-Entscheidung zum konservativen Vorgehen? Retrospektiv den gegenüber der Nutzenschwelle nachgewiesenen höheren Nutzen der «vorgeschalteten» konservativen Behandlung? Oder bei Haftpflichtfällen den Nachweis, dass der Operateur in der präoperativen Aufklärung die Therapiealternativen unter obgenannten Prinzipien nicht korrekt kommuniziert und dokumentiert hat?

Die Ampelkategorie Orange wird uns Orthopäden in hoffentlich weiterhin sachlicher Diskussionskultur zunehmend beschäftigen. Die Erfahrungen am Kongress stimmen zuversichtlich auch im Wissen, dass das Unterlassen einer bisher beliebten Operation für den Leistungserbringer weitaus schwerer zu ertragen ist als die Einführung einer neuen Operationsmethode. Die Bewältigung dieses anspruchsvollen Hauptthemas am diesjährigen Orthopädenkongress könnte als Meilenstein in die Geschichte der Fachgesellschaft eingehen und dazu beitragen, dem in den Medien geäusserten Misstrauen gegenüber unnötigen Operationen am Bewegungsapparat zu begegnen. ▲

Dr. med. Luzi Dubs

Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Winterthur

Quelle: Jahreskongress Swiss Orthopaedics, 26.–28. Juni 2019 in Baden