

Editorial

Wenn vor lauter Kreuzbändern der Mensch nicht mehr gesehen wird ...

Dem Thema «Ruptur des vorderen Kreuzbandes: operative oder konservative Behandlung?» hat sich 2009 im Auftrag der Gesundheitsdirektion Zürich eine «Experten»-Gruppe bestehend aus einem klinischen Pharmakologen, einem Betriebswirtschaftler, einer Juristin und einer Ethikerin angenommen und einen 37-seitigen Bericht erstellt. Trotz fundamentaler Einsprachen aller beteiligten Fachgesellschaften wurde der Bericht 2011 wortwörtlich vom aus dem Zürcher Medical Board hervorgegangenen Swiss Medical Board übernommen und erneut publiziert. Wiederum haben sich die medizinischen Fachgesellschaften (SGOT, SGSM, GOTS) dezidiert dagegen geäußert und verschiedene Mängel des Berichts nachgewiesen. Ohne auf diese Kritik einzugehen wurde 2012 auf der Basis dieses Berichts auch ein Patientenmerkblatt zusammengestellt.

Dieser Bericht zeigt zwei wunde Punkte auf, die in der Medizin weit verbreitet sind: die Frage nach der Evidenz und die Frage nach der Wirtschaftlichkeit. Bei beiden Punkten sind wir angreifbar, denn die Grundlagen für diese Fragen sind nicht Kern der medizinischen Ausbildung. Dadurch ist es einfach, dass Interessengruppen den spezialisierten Fachpersonen ihre Meinung aufdrücken können. Das vordere Kreuzband wurde zum Vorzeigemodell.

Die Frage nach der Evidenz ist die Frage nach der methodischen Qualität der Studie. Denn das ist das Einzige, was der Evidenzlevel besagt. Ob die Studie auch relevant ist, wird mit dem Evidenzlevel nicht gesagt. Daraus zu schliessen, dass eine Therapie, deren Effektivität nicht in einer Level-I-Studie belegt wurde, nicht relevant ist, ist der Türöffner in Teufels Küche. Unzählige, langjährig etablierte Therapien in der Medizin sind nicht Level-I-basiert. Sie wirken trotzdem.

Dass es für fachfremde Experten wie das Komitee des Swiss Medical Board (SMB) schwierig ist, in mehr als 10 000 Publikationen (zwischen Level I und Level V) den Überblick zu behalten, ist unbestritten. Doch damit können sie höchstens mildernde Umstände geltend machen angesichts des Trauerspiels dieses Berichts. Umso mehr fragt man sich, warum die Expertengruppe nicht die Spezialisten zu Rate gezogen haben, die über Kreuzbänder publizieren, die sich in Fachgruppen intensiv mit dem Thema beschäftigen und die an den Universitäten die Lehre zur Therapie der Kreuzbänder prägen. Denn davon gibt es in der Schweiz mehr als genug.

So wäre ein wunderbarer Irrläufer der Medizin zu vermeiden gewesen. Im Bericht des SMB werden Meniskus und Knorpel als avitales Gewebe ohne Heilungspotenzial eingestuft und können angeblich einfach negiert und weggeschnitten werden. Dabei haben keine Gewebe mehr Einfluss auf die Arthroseentstehung bei Kreuzbandrupturen als Meniskus und

Knorpel. Dabei ist die autologe Knorpelzellzüchtung und -transplantation eines der wenigen Verfahren, die sich vom Tissue Engineering im Labor bis in den klinischen Alltag etabliert haben. Dabei gibt es so wunderbare Studien, die einzelne Knorpelzellen in vivo live filmen können, wie sie mit der extrazellulären Matrix verlinkt sind und interagieren.

Die Frage nach der Wirtschaftlichkeit vergleicht die Kosten beider Therapien. Primär ist die operative Therapie teurer. Selbstverständlich kann man argumentieren, dass unnötige Patienten operiert werden, wenn alle Patienten operiert werden. Doch davon spricht niemand. Kein Orthopäde käme heutzutage auf die Idee zu behaupten, dass jede Kreuzbandruptur operiert werden muss. Aber ein jeder Patient sollte heute das Anrecht darauf haben, dass er die für ihn individuell beste Therapie erhalten kann. Es gibt genügend Guidelines, die Faktoren aufzeigen, die für eine primär operative oder primär konservative Therapie sprechen.

In der statistischen Analyse geht der Einzelfall verloren. Wenn man alle Patienten primär konservativ behandeln würde (wie vom SMB gefordert), müssten 50 % (nämlich die 50 %, die später doch noch operiert werden müssen) eine doppelte Rehabilitation durchlaufen. Dadurch vergrößert sich der Arbeitsausfall um mehr als Faktor zwei. Und ob ein Sportler nach mehr als einem Jahr (denn so lange dauert der Gesamtausfall bei einer operativen Therapie gefolgt auf eine konservative erfolglose Therapie mindestens) je wieder sein Sportniveau vor Verletzung jerreichen wird, ist mehr als fraglich. Diese Faktoren kommen in den Wirtschaftlichkeitsrechnungen nicht zum Tragen, da sie kaum erfassbar sind. Und wenn wir schon beim Einzelfall sind, so kommt uns ein junger, sehr sportlicher Patient in den Sinn, der aufgrund eines persistierend instabilen Kniegelenks suizidal wurde und zwei Jahre komplett arbeitsunfähig blieb. Nur zehn Wochen nach korrekter VKB-Rekonstruktion nahm er seine alte Arbeit auf dem Bau wieder auf. Vielleicht kann die Expertengruppe diesem Patienten ja erklären, warum sie beim Bund ein Umstrittenheitsverfahren für die operative VKB-Rekonstruktion erwirken wollte.

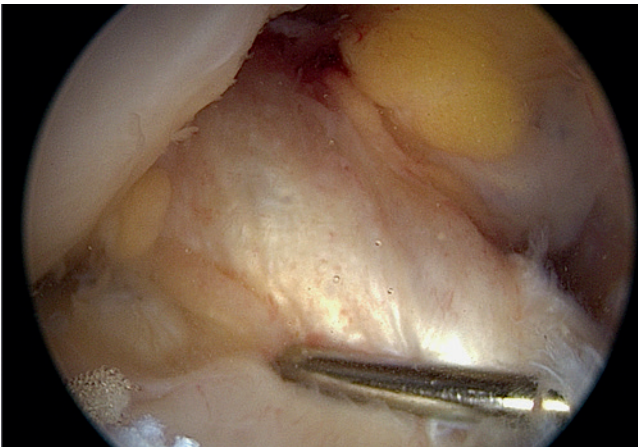
Für uns ist dieses Thema so wichtig, dass wir uns entschlossen haben, Sie, geschätzte Leserinnen und Lesern in dieser Ausgabe damit zu konfrontieren. Dabei haben wir versucht, verschiedene Aspekte aufzuzeigen. Es werden Details zur Anatomie und Biomechanik des vorderen Kreuzbandes erläutert. Zentral ist die Erkenntnis, dass das VKB nicht nur in sagittaler Richtung stabilisiert, sondern auch in der Rotation; und dass nicht alle Fasern des VKB gleichzeitig angespannt sind. Es wird darauf eingegangen, welche Schlüsse aus Tierversuchen für die Arthroseentstehung gezogen werden

können. Interessant ist, dass jede Kreuzbandresektion beim Tier unausweichlich zu einer Arthrose führt. Kreuzbandoperation ist nicht gleich Kreuzbandoperation. Mit den verschiedenen technischen Möglichkeiten wird ein Blick in die Zukunft gewagt. Wird sich die alte, neu aufgemachte Therapie der Ligamentnaht bewähren? Im Journal Club wird die grosse dänische Registerarbeit zu VKB-Operationstechniken präsentiert. Dass die Rückkehr an die Spitze im Wettkampfsport nicht nur von der Operationsqualität abhängt, sondern vor allem von der Rehabilitation, welche multimodal und differenziert gesteuert werden kann, wird in einem weiteren Artikel auf-

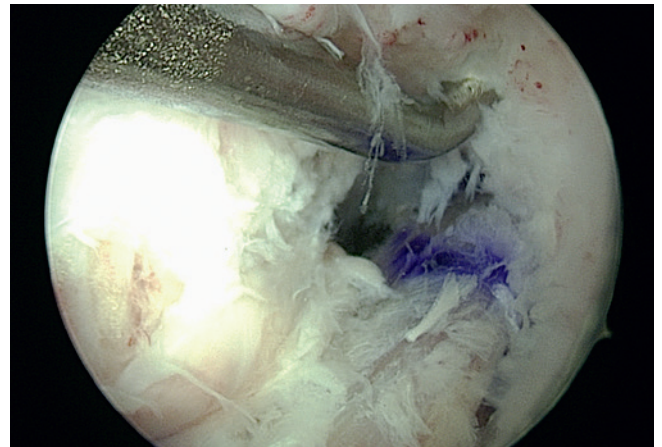
gezeigt. Wie Sie mit der Ernährung in der postoperativen Phase und der Rehabilitation Einfluss nehmen können, lesen Sie in einem Artikel über orthomolekulare Medizin. Und last but not least versucht eine Übersichtsarbeit einen Leidfaden aufzuzeigen, mit dem Sie als behandelnder Arzt mit dem Patienten die Therapiewahl individuell und differenziert diskutieren können.

Wir wünschen erhellende Lektüre und einen verletzungs-freien Sommer!

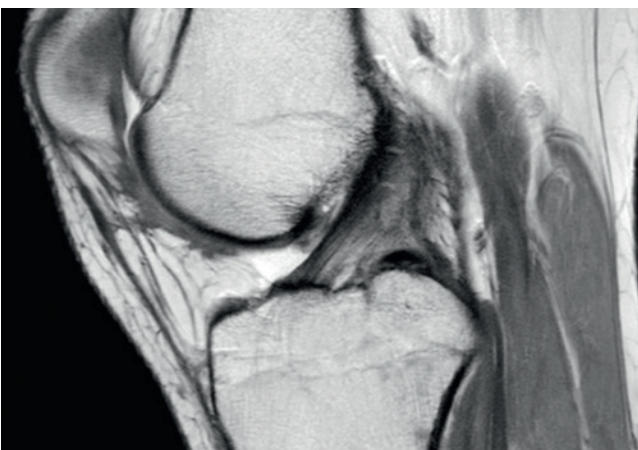
André Leumann, Victor Valderrabano



Intaktes vorderes Kreuzband



VKB-Rekonstruktion



Intaktes vorderes Kreuzband im MRI



Kniegelenksarthroskopie mit Meniskus