



Mehr Schaden als Nutzen

Altersmedizin. In Spitälern und Pflegeheimen werden immer wieder Untersuchungen und Therapien veranlasst, die den Patienten mehr schaden als nutzen. Die österreichische Ärzte-Initiative „gemeinsam gut entscheiden“ (gge) hat sich das Ziel gesetzt, entbehrliche medizinische Interventionen zu verhindern.

Durch Früherkennungsuntersuchungen, auch Screening-Untersuchungen genannt, sollen Tumore möglichst früh, in einem heilbaren Stadium, erkannt und so die Lebenserwartung erhöht werden. Die Mammographie, die Darmspiegelung oder die Prostatauntersuchung gehören dazu. Gerade langsam entstehende Tumoren wie Dickdarmkrebs können so rechtzeitig entdeckt werden.

Derartige Untersuchungen sind allerdings auch mit Risiken verbunden. Der Körper wird durch Strahlung oder

Narkosemitteln belastet, und wenn die Untersuchungen falsche Ergebnisse liefern, führt dies zu Verunsicherung. Gar nicht so selten folgen auf sogenannte „falsch positive“ Ergebnisse auch unnötige Biopsien und Operationen.

Im Zuge der Krebs-Früherkennungsuntersuchungen werden auch Tumore entdeckt und behandelt, die nie zu Beschwerden geführt hätten. Eine Therapie kann die Lebensqualität erheblich einschränken, deshalb sollten Vor- und Nachteile einer Früherkennungsuntersuchung in jedem einzelnen Fall sorgfältig abgewogen werden.



Illustrationen: Wolfgang Glechner

Früherkennungsuntersuchungen

Prostatakrebsfrüherkennung. Eine wissenschaftliche Studie über 13 Jahre hinweg hat gezeigt, dass mit Früherkennungsuntersuchung pro Jahr 4 von 10.000 Männern am Prostatakrebs selbst starben, ohne Früherkennungsuntersuchung waren es 5 von 10.000. Insgesamt verstarben pro Jahr aber gleich viele Männer (19 pro 10.000), egal, ob sie untersucht wurden oder nicht. Es gab also etwas weniger Todesfälle durch Krebs, möglicherweise führten aber Komplikationen durch Biopsien und Operationen schlussendlich zur gleichen Zahl von Todesfällen. In der Gruppe der Männer über 70 starben trotz Früherkennungsuntersuchung etwa gleich viele an Prostatakrebs wie ohne Untersuchung.

Andere Studien zeigen, dass bei etwa 160 von 1.000 Männern die Tastuntersuchung der Prostata und eine Messung des PSA-Wertes ein

auffälliges Ergebnis lieferte, obwohl die Prostata gesund war. Die nachfolgende Biopsie war unnötig. 20 Männer wurden einer Krebsbehandlung unterzogen, obwohl sie nicht an einem fortschreitenden Tumor litten.

Brustkrebsfrüherkennung. Bei Teilnahme an einem Brustkrebsfrüherkennungsprogramm versterben während elf Jahren 4 von 1.000 Frauen über 50 an Brustkrebs, ohne Untersuchung sind es 5 von 1.000. Mammographien zeigen bei 100 von 1.000 Frauen über 50 Jahren Auffälligkeiten, wo gar keine sind. 5 von 1.000 Frauen werden aufgrund eines Tumors operiert, der keine Beschwerden verursacht hätte.

Darmkrebsfrüherkennung. Von 1.000 Frauen im Alter von 65 Jahren, die eine Darmspiegelung hatten, versterben innerhalb von zehn Jahren 2 bis 4 Frauen an Darmkrebs. Ohne Untersuchung sind es 5 von 1.000 Frauen. Bei Männern versterben mit Darmspiegelung 3 bis 6 von 1.000 Untersuchten innerhalb von zehn Jahren, ohne Darmspiegelung sind es 9 von 1.000 Männern. Bei 2 bis 3 von 1.000 Darmspiegelungen treten Komplikationen auf.

Ein Harnkatheter sollte nicht ohne triftigen Grund gesetzt werden. Ist er nicht mehr notwendig, sollte er umgehend entfernt werden. Ein Harnkatheter ist alles andere als angenehm. Das ist aber nicht der einzige Grund, warum der Katheter nur sehr zurückhaltend und nach sorgfältiger Abwägung von Nutzen und Risiken eingesetzt werden sollte. Der urinaire Plastikschlauch, der über die Harnröhre in die Blase eingeführt wird, ist selbst bei größtmöglicher Hygiene ein Einfallstor für Bakterien. Die Folge sind schmerzhafte Harnwegsinfektionen, im schlimmsten Fall Nierenbeckenentzündungen oder sogar Blutvergiftungen. Die Wahrscheinlichkeit derartiger Komplikationen steigt mit der Dauer der Katheterverwendung.

Wissenschaftlichen Untersuchungen zufolge wird der Harnkatheter weit häufiger als notwendig eingesetzt, meistens bei Inkontinenz. In der Regel besteht jedoch kein Grund dafür. Bei

Inkontinenz können und sollten in erster Linie Inkontinenzvorlagen verwendet werden. Falls zur Flüssigkeitsbilanzierung die ausgeschiedene Harnmenge überwacht werden muss, sollte wenn möglich statt des Katheters eine Harnflasche oder Waage Verwendung finden.

In bestimmten Fällen ist das Setzen eines Harnkatheters jedoch unvermeidlich, etwa nach Operationen am Urogenitaltrakt, wenn der Harn nicht von alleine abfließt (Harnverhalt), wenn Inkontinenzvorlagen keine Option sind oder wenn es darum geht, das Wohlbefinden von sterbenden Menschen zu verbessern. Dann gilt der Grundsatz: Sobald als möglich wieder weg damit. Je kürzer der Katheter liegt, desto weniger Chancen haben krankmachende Bakterien.



Harnkatheter

Nach einer Woche mit liegendem Harnkatheter finden sich bei 21 bis 42 von 100 Menschen Bakterien im Harn, nach einem Monat lassen sich sogar bei allen Personen Keime nachweisen. Dies muss nicht zwangsläufig zu Be-

schwerden führen, begünstigt jedoch die Entstehung von Infektionen. Ein Harnkatheter erhöht das Risiko, einen Harnwegsinfekt zu bekommen, um das ca. 39fache.

Werden Bakterien im Harn nachgewiesen, erfordert dies nicht zwangsläufig eine Behandlung mit Antibiotika. Die Einnahme von Antibiotika ist nur nötig, wenn Beschwerden auftreten.

Brennen beim Wasserlassen, Schmerzen im Unterbauch, häufiger Harndrang und manchmal sogar Fieber – das alles sind Symptome eines Harnwegsinfekts. Dieser wird durch Bakterien in der Harnröhre und der Blase verursacht. Therapeutikum der Wahl ist ein Antibiotikum. Damit können die Keime meist schnell und verlässlich abgetötet werden. Doch auch im Harn von Menschen, die völlig beschwerdefrei sind, können sich Bakterien befinden. Diese werden oft zufällig entdeckt, etwa im Zuge von Routineuntersuchungen. Im Gegensatz zum oben geschilderten Harnwegsinfekt ist es in diesem Fall jedoch nicht notwendig, mit Antibiotika zu behandeln.

Untersuchungen haben gezeigt, dass Menschen mit Bakterien im Harn, aber ohne Beschwerden im Allgemeinen nicht von einer Therapie mit

Antibiotika profitieren. Im Gegenteil, insgesamt überwiegen die Nebenwirkungen der Medikamente, wie Durchfall oder Übelkeit. Ein weiteres inzwischen weit verbreitetes Problem ist, dass Bakterien gegen Antibiotika resistent werden können. Der Einsatz von Antibiotika sollte deshalb immer sorgfältig abgewogen werden und nie ungerechtfertigt erfolgen. Solange Bakterien keine Probleme verursachen, können Betroffene versuchen, die Keime dadurch loszuwerden, dass sie viel Flüssigkeit zu sich nehmen. Durch häufiges Entleeren der Blase können die Bakterien nämlich auf natürlichem Weg aus dem Harntrakt gespült werden. Eine Ausnahme bilden geplante Operationen am Urogenitaltrakt. In diesem Fall ist es erforderlich, dass Bakterien zuvor mit Antibiotika aus dem Darm entfernt werden.



Antibiotika bei Bakterien im Harn

Bei 25 bis 50 von 100 älteren Frauen und 15 bis 40 von 100 älteren Männern in Langzeitpflegeeinrichtungen lassen sich Bakterien im Harn

nachweisen. Das bedeutet aber nicht, dass sie auch an einem Harnwegsinfekt leiden oder dass sie eine Therapie benötigen.

Bei Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz wird das Essen und Trinken fast immer zum Problem. Dies kann gravierende Auswirkungen auf Gesundheit und Konstitution der Betroffenen haben. Häufig resultiert eine Lungenentzündung durch Verschlucken, weil Nahrung in die Luftröhre gelangt. Zudem kommt es zu Gewichtsverlust und körperlicher Schwäche. Aufgrund des Eiweißmangels heilen Wunden sehr schlecht. Weil es in Spitälern und Pflegeheimen am Personal und damit an Zeit fehlt, um Demenzerkrankten beim Essen zu helfen, wird häufig eine Magensonde gelegt. Dabei wird entweder ein dünner Plastikschlauch über die Nase bis in den Magen geschoben oder eine sogenannte PEG-Sonde (perkutane endoskopische Gastrostomie) eingesetzt, bei der der Schlauch über ein Loch in der

Bauchdecke direkt in den Magen geführt wird. Wissenschaftlich erwiesen ist, dass die Magensonde kein sicherer Weg ist, um eine ausreichende Kalorienzufuhr zu gewährleisten. Sie hilft weder beim Zunehmen noch verbessert sie die Lebensqualität beziehungsweise verlängert das Leben der Betroffenen. Eine Magensonde ist eher mit negativen Folgen für die Betroffenen verbunden. So kommt es immer wieder zu Wundinfektionen, Bauchschmerzen, Hautgeschwüren und Verletzungen, wenn sich Demenzerkrankte von der störenden Sonde zu befreien versuchen. Außerdem bedeutet sie einen erheblichen Verlust an Lebensqualität. Das Ritual des Essens, das Geschmackserlebnis, die menschliche Zuwendung und der soziale Kontakt gehen verloren. Aus diesen Gründen sollte eine Magensonde so weit wie möglich vermieden werden.



Wissenschaftlichen Untersuchungen zufolge entwickeln 58 von 100 Menschen mit Magensonde eine Lungenentzündung, weil Nahrung in die Luftröhre gelangt. Bei unterstützter oraler Nahrungsaufnahme sind es nur 17 von 100 Personen.

Künstliche Ernährung

Auch Dekubitus, also Hautdefekte durch zu langes Liegen, tritt bei künstlicher Ernährung via Magensonde häufiger auf. 21 von 100 Personen sind davon betroffen. Bei Menschen, die normal essen, entwickeln nur 14 von 100 einen Dekubitus.

MEHR ZUM THEMA

In einer Broschüre, die sich an Laien richtet, haben die Fachleute von gge gemeinsam mit der Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie die fünf Behandlungen und Untersuchungen aufgelistet und erläutert, die besonders kritisch zu hinterfragen sind. Die Broschüre kann auf <https://www.gemeinsam-gut-entscheiden.at/> heruntergeladen werden.

Menschen, die an Demenz leiden, sind häufig verwirrt, ängstlich oder aggressiv. Nächtliches Herumwandern, Halluzinationen und Wahnideen, auch als Delir bezeichnet, können für die Betroffenen selbst, aber auch für andere Patienten im Spital oder das Pflegepersonal zur Gefahr werden. Oft werden Demenzerkrankten zur Beruhigung antipsychotische Wirkstoffe wie Risperidon, Quetiapin, Olanzapin und Haloperidol verabreicht. Wissenschaftliche Erkenntnisse haben allerdings gezeigt, dass diese Medikamente bei Menschen mit Demenz nicht die gewünschte Wirkung zeigen und für Besserung sorgen. Im Gegenteil. Die Medikamenteneinnahme ist mit zahlreichen unerwünschten Wirkungen verbunden.

Neben Benommenheit und Sturzgefahr kommt es auch zu Einschränkungen der sozialen Kontakte und der Verschlechterung von Gedächtnis und Denkleistung. Die Gabe von Psychopharmaka ist in vielen Fällen un-

nötig, da das störende oder gefährliche Verhalten häufig ganz konkrete Ursachen hat. Diese sollten eruiert und beseitigt werden. Manchmal reichen Zuwendung und Gespräche aus, um ängstlichen oder verwirrten Personen wieder Sicherheit und Orientierung zu geben. Wenn alte Menschen vergesslich sind, schlecht hören oder sehen, kann das verunsichern und zu Missverständnissen führen. Hier ist Kommunikation die erste und wichtigste Maßnahme. Genauso können Schmerzen, Störungen im Elektrolythaushalt, unentdeckte Infekte und Wechselwirkungen von Medikamenten verwirrt, aggressiv und orientierungslos machen. Eine Analyse des Medikamentenplans und die Streichung der Präparate, die nicht unbedingt notwendig sind, können Probleme bereits lösen. Nächtliche Unruhe lässt sich unter Umständen verhindern, wenn die Betroffenen tagsüber aktiver sind und zu mehr körperlicher Betätigung motiviert werden. Erst wenn alle anderen möglichen Ursachen ausgeschlossen wurden oder die Sicherheit der Betroffenen oder ihres Umfelds bedroht ist, kann eine Therapie mit Antipsychotika erwogen werden.



Illustrationen: Wolfgang Glechner

Psychopharmaka bei Verwirrtheit

Bei Verwirrtheit (Delir) zuerst an die möglichen Ursachen denken und diese beseitigen. Ursachen können sein: Infekte, Schmerzen, unerwünschte

Wirkungen von Medikamenten, Flüssigkeitsmangel, Elektrolytstörung, Sehstörung, Schwerhörigkeit, Verdauungsstörungen.



Foto: Furgler

Konsument: Herr Dr. Schippinger, die Initiative „gemeinsam gut entscheiden“ hat medizinische Empfehlungen für Geriatrie-Patienten herausgegeben, die sich an Laien richten. Was ist der Hintergrund?

Dr. Walter Schippinger: Ziel der Initiative „gemeinsam gut entscheiden“ ist die Erstellung medizinischer Empfehlungen zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in der Medizin, welche häufig angewandt werden, obwohl sie nur einen geringen oder gar keinen Nutzen für die Patienten haben. Die Empfehlungen sollen also einer Fehlversorgung durch entbehrliche medizinische Interventionen gegensteuern.

In der Broschüre werden fünf problematische Behandlungen bzw. Untersuchungen genannt. Auf welcher Grundlage kam es zu dieser Auswahl?

Basis für die Auswahl der Empfehlungen für die Geriatrie war die Wichtigkeit und Relevanz für die Optimierung der altersmedizinischen Versorgung in Österreich. Es wurden die medizinischen Maßnahmen aufgenommen, die in Österreich besonders häufig zur Anwendung kommen, obwohl sie nur geringen bis keinen Nutzen haben und in hohem Maße mit Nebenwirkungen und Einschränkungen der Lebensqualität der Betroffenen einhergehen. Die Liste ist das Ergebnis eines wissenschaftlichen Kooperationsprojekts der Medizinischen Universität Graz, der Donau-Universität Krems und der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG).

Wie häufig kommt es zu derart unnötigen Behandlungen und Untersuchungen?

Leider geschieht dies bei älteren Menschen häufig. Wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass zum Beispiel Harnblasenkatheter viel öfter eingesetzt werden, als es medizinisch notwendig wäre. Eine Harn-Inkontinenz ist zum Beispiel kein Grund für einen Harnblasenkatheter. In dieser Situation sollten besser Inkontinenzvorlagen verwendet werden. Auch zur Bilanzierung der Flüssigkeitsausscheidung muss meist

Interview mit Prim. Priv.-Doz. Dr. med. univ. **Walter Schippinger MBA**
Ärztlicher Leiter der Albert Schweitzer Klinik, Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz

Das Gespräch kommt viel zu kurz

kein Harnblasenkatheter eingesetzt werden. Hier sollte wenn möglich statt des Harnblasenkatheters eine Harnflasche oder Waage verwendet werden.

Warum werden Behandlungen und Untersuchungen, die offenbar mehr schaden als nützen, so häufig vorgenommen, obwohl die wissenschaftlichen Fakten doch allen Ärzten bekannt sein müssten?

Das berufliche Selbstbild der meisten Ärzte ist sehr stark verbunden mit dem vor allem selbst auferlegten Druck, immer aktiv handeln zu müssen, immer eine Maßnahme, eine Intervention, ein Medikament anbieten zu müssen. Es fällt Ärzten meist schwerer, Patienten zu erklären, dass man bestimmte Untersuchungen oder Behandlungen nicht durchführen sollte, als diese zu veranlassen.

Spielt dabei auch die Erwartungshaltung der Patienten eine Rolle?

Viele Patienten erwarten, dass ein Arzt als Vertreter der modernen High-Tech-Medizin zur Abklärung von Beschwerden möglichst apparative Untersuchungen einsetzt und zur Behandlung zumindest ein Medikament verordnet. Ein Gespräch allein, in dem der Arzt seinen Patienten aufklärt, dass es besser ist, im konkreten Fall vielleicht weder eine weiter gehende Untersuchung noch ein Medikament zu verordnen, entspricht oft nicht der Erwartungshaltung der Patienten. Und dann ist es auch weniger zeitaufwendig, eine Untersuchung zu veranlassen oder ein Medikament zu verschreiben, als ein eingehendes Gespräch mit dem Patienten zu führen.

Spielen Zeitmangel und Zeitdruck auch eine Rolle?

Ich denke, dass der zunehmende Zeitdruck und Zeitmangel in den Ordinationen und in Spitälern wesentliche Faktoren sind, die häufig zu Untersuchungen und Behandlungen führen, die eigentlich kaum einen Nutzen haben. Der Zeitmangel zwingt den Arzt zu raschem Handeln und erschwert oder verunmöglicht oft sogar ein vertrauensvolles längeres Gespräch mit dem Patienten.

Der Druck auf den Arzt, rasch agieren zu müssen, führt zur meist zeitsparendsten Handlungsoption – nämlich zu einer apparativen Untersuchung und einer Medikamenten-Verordnung.

Was müsste geschehen, um die Situation zu verbessern?

Zur Verbesserung der individuellen Patienten-Betreuung, aber auch aus gesundheitsökonomischen Gründen wäre es enorm wichtig, dem Gespräch zwischen Arzt und Patient in den Ambulanz- und Ordinationsabläufen mehr Zeit einzuräumen und so Arzt-Patienten-Kommunikation und vertrauensvolle Beziehung zu ermöglichen. Aber natürlich ist auch die kontinuierliche ärztliche Fortbildung während des gesamten Berufslebens ein zentraler Faktor für jeden Arzt, um gute und sichere medizinische Versorgung gewährleisten zu können.

Wie kann und sollte ich als Betroffener bzw. Angehöriger reagieren, wenn ich das Gefühl habe, dass eine Behandlung überflüssig ist oder gar Schaden anrichtet?

Sprechen Sie den behandelnden Arzt unbedingt darauf an. Jede Untersuchung, jede medizinische Behandlung muss durch das Einverständnis des Patienten legitimiert werden. Der Patient entscheidet über die Durchführung einer medizinischen Intervention und kann eine solche natürlich auch ablehnen. Unsere Empfehlungen sollen der Kommunikation zwischen Patienten und Arzt dienen. Wenn Sie das Gefühl haben, dass eine Untersuchung oder Therapie überflüssig oder sogar schädlich ist, können Sie sich auch auf die wissenschaftlich-evidenzbasierten Inhalte der „Gemeinsam gut entscheiden“-Broschüren berufen.

Was kann ich tun, wenn ich kein Gehör finde?

Sie können dann auch einen geriatrisch ausgebildeten Arzt um eine Zweitmeinung ersuchen. In Österreich sind dies vor allem Ärzte mit der Additivfacharzt-Ausbildung in Geriatrie, Ärzte mit dem ÖÄK-Diplom Geriatrie und künftig Ärzte mit abgeschlossener Spezialisierung in Geriatrie.