

# Gemeinsam gut entscheiden in der Altersmedizin

Die medizinische Behandlung in Österreich folgt nicht immer den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen. Das betrifft auch alte Menschen in Spitälern und Pflegeeinrichtungen. Die Top-5-Liste von *Gemeinsam gut entscheiden* und der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie soll helfen, das zu ändern.

Jana Meixner, Karl Horvath

Vor etwa acht Jahren machte der Arzt Howard Brody in New York die Beobachtung, dass die medizinische Versorgung in seinem Land stark auf eingebürgerter Routine und der Meinung einzelner Experten und zu wenig auf wissenschaftlichen Fakten beruhte. Da wurde zu wenig diagnostiziert, dort zu viel, und welche Behandlung jemand mit einem bestimmten Problem erhielt, hing maßgeblich mit dessen Wohnort zusammen. Die Folgen waren hohe Ausgaben für wirkungslose Maßnahmen oder unnötiges Leiden seitens der Patientinnen und Patienten. Der New Yorker Arzt sah dringenden Handlungsbedarf. Er rief medizinische Fachgesellschaften in den USA auf, Listen zu erstellen, mit den häufigsten Irrtümern und Fehlern im medizinischen Alltag – und wie man es besser machen könnte. Schnell wurde die Idee aufgegriffen und zwei Jahre später war das Projekt *Choosing Wisely* (engl. für weise entscheiden) geboren. Das Konzept solcher Top-5-Listen breitete sich auch nach Europa aus. Seit 2017 gibt es mit *Gemeinsam gut entscheiden* auch ein österreichisches Projekt, das die medizinische Versorgung nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen in unserem Land zum Ziel hat. Die



Manche medizinische Interventionen schaden mehr, als sie nutzen.

## Hilft's nix, schadet's nix?

Idee dahinter: Gewohntes zu hinterfragen und fundierte Informationen dorthin zu bringen, wo sie gebraucht werden.

Im Jahr 2013 wurden in Niederösterreich etwa 435 Tests und Therapien durchgeführt, deren Anwendung medizinisch wie ökonomisch fragwürdig ist. Ein gutes Beispiel ist der PAP-Abstrich beim Gynäkologen. Eigentlich alle drei Jahre empfohlen, wurde er bei über 80.000

Frauen im Alter zwischen 30 und 65 Jahren einmal jährlich durchgeführt. Zum einen bedeutet dies unnötige Kosten, zum anderen können unklare Ergebnisse Patientinnen verunsichern. Im schlimmsten Fall werden sie unnötig operiert. Aufgrund auffälliger Befunde, die vielleicht nie zu Krankheit geführt hätten.

Stichwort Operation: Ob Blinddarm, Mandeln oder Prostata entfernt werden, hängt maßgeblich davon ab, welches Krankenhaus man im Bedarfsfall aufsucht. Die Eingriffsraten variieren dabei mitunter um das Achtfache. Das ergab eine Untersuchung der Bertelsmann-Stiftung in Deutschland. In Österreich sind ähnliche Verhältnisse anzunehmen. Zu Behandlungen und Eingriffen gibt es Leitlinien, die jedoch manchmal lückenhaft, vage oder auch widersprüchlich sind. Ärztinnen und Ärzte orientieren sich häufig an eingebürgerten, tradierten Verhaltensweisen und am „Hausbrauch“ des jeweiligen Spitals.

Sehr oft hindert auch Angst vor juristischen Konsequenzen Ärztinnen und Ärzte daran, auf Untersuchungen und Behandlungen zu verzichten, die wenig Nutzen versprechen. Oder der Druck seitens der Patientinnen und Patienten ist groß und es fehlt die Zeit für ausreichende Information. Es besteht Aufklärungsbedarf, den zu decken Ärztinnen und Ärzte aufgrund von Zeitmangel oft nicht in der Lage sind. Vielen Bürgerinnen und Bürgern ist nicht bewusst, dass „mehr“ in der Medizin nicht zwangsläufig „besser“ bedeutet. In Österreich herrscht vielerorts die „Hilft's nix, schadet's nix“-Mentalität – ein folgenschwerer Irrglaube. Oft hilft's nix und manchmal schadet's sogar.

### Die Top 5 der Altersmedizin

Vor Kurzem hat die Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG) als erste Fachgesellschaft zusammen mit *Gemeinsam gut entscheiden* eine Top-5-Liste fertiggestellt. Sie beinhaltet fünf gängige Maßnahmen in der medizinischen Versorgung alter Menschen, die mehr Schaden zufügen, als sie nützen und die es zu hinterfragen gilt. Sie betreffen vor allem Menschen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen und bieten wissenschaftlich fundierte Empfehlungen dazu, wie Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte mit Harnwegsinfektionen, Verwirrtheit, Ernährung und Vorsorgeuntersuchungen am besten umgehen können.

Die erste Empfehlung in der Geriatrie betrifft den Einsatz von Harnkathetern. Können alte Menschen den Urin nicht mehr halten, scheint ein Katheter die einfachste Lösung zu sein. Dass dadurch eine genaue Überwachung des Flüssigkeitshaushaltes möglich wird und im Gegensatz zum regelmäßigen Wechseln von Windeln die Pflegepersonen entlastet werden, mögen Vorteile sein. Für die Patientinnen und Patienten überwiegen jedoch klar die Nachteile. Ein Schlauch in der Harnröhre ist nicht nur unangenehm, er ist auch idealer Nährboden für Bakterien. Diese Keime müssen nicht zwangsläufig Harnwegsinfekte verursachen, das Risiko steigt jedoch um das 39-Fache. Unbehandelt können Harnwegsinfektionen in die Nieren aufsteigen und Urosepsis auslösen. Deswegen die dringende Empfehlung: Kein Harnkatheter, wenn es nicht unbedingt sein muss.

Bakterien im Urin sind auch Gegenstand der zweiten Empfehlung, die Ärztinnen und Ärzte dazu aufruft, bei Bakterien im Harn nicht automatisch zum Antibiotikum zu greifen. Bei vielen älteren Menschen und besonders jenen mit Harnkatheter lassen sich Bakterien im Harn nachweisen. Oft werden sie auch bei Routineuntersuchungen durch Zufall entdeckt. Wenn sie keine Beschwerden verursachen, müssen sie aber nicht behandelt werden.

Auch wenn es um Unruhe und Aggressionen im Krankenhaus geht, sind Medikamente keinesfalls die ideale Lösung. Man findet sie besonders häufig auf internistischen und geriatrischen Stationen: alte Menschen mit Demenz, die des nächtens umhergeistern und dabei stürzen, andere Patienten gefährden oder das Pflegepersonal tätlich angreifen. Meist

steht dahinter Orientierungslosigkeit und Angst. Die gängige Behandlung solcher Zustände sind Antipsychotika wie Haloperidol, Quetiapin oder Risperidon. Obwohl diese Mittel bei Demenz nicht indiziert sind, weil sie nachgewiesen die Unruhe und Verwirrtheit nicht beseitigen. Ein paar Minuten aufmerksames und einfühlsames Gespräch reichen dagegen manchmal aus, um die Ursache des auffälligen Verhaltens zu klären. Das kostet zwar Zeit, kann aber Probleme nachhaltiger und für alle Beteiligten zufriedenstellender lösen, als eine Tablette es könnte.

Hörschwierigkeiten und Sehstörungen, Schmerzen oder unerkannte Infekte zum Beispiel können orientierungslos und unruhig machen. Genauso Wechselwirkungen von Medikamenten, Flüssigkeitsmangel oder Störungen im Salzhaushalt. Zuerst sollten die behandelnden Ärztinnen und Ärzte nach der Ursache

## Medikamente sind nicht die Lösung für Unruhe und Aggression.

suchen und erst als letzte Maßnahme, oder wenn die Betroffenen sich selbst oder andere ernsthaft gefährden, zu Psychopharmaka greifen.

### Hunger aufs Leben

Essen ist unbestritten eine der großen Freuden des Lebens. Für demente Menschen, die in einer Pflegeeinrichtung leben, vielleicht sogar eine der wenigen Verbleibenden. Viele können es nicht mehr ohne Hilfe, verschlucken sich oder verweigern die Nahrung. Da Mangelernährung und Lungenentzündung durch Aspiration die Lebenserwartung von alten Menschen verringern, muss die Kalorienzufuhr auf eine möglichst sichere Art gewährleistet werden. Künstliche Ernährung über Magensonden ist aber weder effizienter, noch sicherer. Das zeigen Untersuchungen, bei denen Betroffene genauso häufig Nahrung in die Lungen bekamen wie jene, die ihre Mahlzeiten auf die herkömmliche Art zu sich nahmen. Außerdem hatten sie häufig Schmerzen und Infektionen durch die Magensonden und verletzten sich beim Versuch, die eingeführten Schläuche wieder loszuwerden.

Im Gegensatz dazu hat Essen, sofern es mit geduldiger und respektvoller Unterstützung erfolgt, positive Aspekte, die über die reine Kalorienzufuhr hinausgehen: menschlichen Kontakt und Geschmackserlebnis. Hilfe und Zuwendung bei der Nahrungsaufnahme kann die Lebensqualität alter Menschen verbessern, anregend sein und sozialer Vereinsamung entgegenwirken.

### Möglich. Aber sinnvoll?

Die letzte der Top-5-Empfehlungen in der Geriatrie betrifft die Vorsorgeuntersuchung. Prostatauntersuchung, Darmspiegelung und Mammographie sollen Tumore rechtzeitig erkennen und eine rechtzeitige Behandlung ermöglichen. Manche davon,

wie etwa die Mammographie, sind umstritten. Besonders wenn es um alte, kranke Menschen geht, sollten sich Ärztinnen und Ärzte, aber genauso Patientinnen und Patienten die Frage stellen: Ist das Risiko den potentiellen Nutzen wert? Steht Lebensverlängerung oder die Lebensqualität im Vordergrund? Lebt eine 80-jährige Frau durch die Entdeckung eines Tumors in der Brust besser oder länger und wird sie von einer Operation profitieren?

Von 1000 Männern und Frauen im Alter von 65 Jahren, die eine Darmspiegelung hatten, sterben innerhalb von zehn Jahren zwei bis sechs an Darmkrebs. Ohne Darmspiegelung sind es fünf bis neun. Bei zwei bis drei von 1000 Darmspiegelungen gibt es Komplikationen.

Im Zuge der Teilnahme an einem elf Jahre dauernden Brustkrebs-Früherkennungsprogramm verstarben vier von 1000

### Fortsetzung folgt

Mit der Top-5-Liste für die Altersmedizin haben die Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie und *Gemeinsam gut entscheiden* die erste Liste nach amerikanischem Vorbild zusammengestellt. Weitere sollen bald folgen. In Kürze werden *Gemeinsam gut entscheiden* und die Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin die Top-5-Liste für wissenschaftlich fundierte Behandlung in der Hausarztpraxis veröffentlichen.

Frauen über 50 Jahre an Brustkrebs. Ohne Vorsorgeuntersuchung waren es fünf von 1000. Mammographien zeigen bei 100 von 1000 Frauen über 50 Jahren Auffälligkeiten, wo keine sind. Fünf von 1000 Frauen werden als Folge operiert, obwohl der Tumor nie Beschwerden verursacht hätte. Noch mehr unnötige Eingriffe ziehen Prostatauntersuchungen nach sich: Bei etwa 160 von 1000 Männern liefern Tastuntersuchung und Messung des PSA-Wertes ein auffälliges Ergebnis bei gesunder Prostata, mit nachfolgender Biopsie. 20 Männer mit nicht fortschreitendem Tumor werden operiert oder behandelt, mit allen damit verbundenen Risiken. ::



Literatur bei den Autoren und unter [www.gemeinsam-gut-entscheiden.at](http://www.gemeinsam-gut-entscheiden.at)

Dr.med. Jana Meixner  
Wissenschaftliche Projektmitarbeiterin  
Donau-Universität Krems  
Department für Evidenzbasierte  
Medizin und Klinische Epidemiologie  
[jana.meixner@donau-uni.ac.at](mailto:jana.meixner@donau-uni.ac.at)



Dozent Dr. Karl Horvath  
Institut für Allgemeinmedizin  
und evidenzbasierte  
Versorgungsforschung  
[karl.horvath@medunigraz.at](mailto:karl.horvath@medunigraz.at)

Fröhliche Weihnachten  
und einen guten Rutsch  
ins neue Jahr 2019

CTA  
Cleanroom Technology Austria