

Vorsicht, Medizin!

Nutzlose Pillen, unnötige Operationen, riskante Therapien – viele Maßnahmen der modernen Heilkunde schaden mehr, als sie nützen. Nun warnen Ärzte vor den Gefahren der Übertherapie und fordern ein radikales Umdenken: Weniger Medizin sei gesünder.

Wann immer Ernst König zum Doktor ging, bekam er mehr Medizin: Allopurinol, Ezetimib, Molsidomin, Repaglinid – zwölf verschiedene Tabletten musste er zuletzt jeden Tag schlucken.

„Warum mein Arzt mir die Sachen verschrieben hatte, war mir bald gar nicht mehr klar“, sagt König, 88. Sein Haar leuchtet schneeweiß, dunkle Altersflecken übersäen sein Gesicht. Aus der Schublade des Nachttisches kramt er einen Zettel hervor. Fein säuberlich hat er darauf geschrieben, zu welcher Uhrzeit er welche Pille zu nehmen habe.

Doch nun beachtet König die Liste nicht mehr. Als er vor einiger Zeit aus München zur Tochter in die Oberpfalz zog, wechselte er auch den Arzt.

„Ich bin erschrocken, als ich die Latte mit den ganzen Medikamenten gesehen habe“, sagt der neue Doktor, der Allgemeinmediziner Frederik Mader aus Nittendorf. Mader, 40, trägt Polohemd, Turnschuhe und stellt die Arzttasche ab. „Die Hälfte der Medikamente hat dem alten Herrn gar nicht genutzt, sondern ihm eher geschadet.“

Die Pillen gegen Alterszucker, den Blutverdünner, das Mittel gegen Gicht, die Tabletten gegen Arterienverkalkung, den Cholesterinsenker und auch die Spritze gegen Prostatakrebs hat Hausarzt Mader abgesetzt – und damit Übelkeit, Schwindel, Kopfschmerz, Durchfall, Leberschäden, Magengeschwüre und andere drohende Nebenwirkungen ausgeschlossen.

Auch als Evelyn Hluchy aus dem schwäbischen Mössingen zum Orthopäden ging, lautete die Ansage zunächst, sie brauche mehr und mehr Medizin. Um ihre Schmerzen im linken Knie zu kurieren, schob ihr ein Arzt endoskopische Werkzeuge ins Gelenk, raspelte an Knorpeln herum und spülte eine Kochsalzlösung hindurch.

Geholfen habe der Eingriff nicht, berichtet Frau Hluchy, 59. „Meine Schmerzen blieben.“ Da habe der Arzt eine zweite Operation vorgeschlagen: das Knie aufschneiden und eine Prothese einbauen.

Statt sich ein künstliches Gelenk einsetzen zu lassen, ging Hluchy zu einem anderen Arzt.

den, die gegen Übertherapie kämpfen. Keiner von jenen, die sich jetzt zu Wort melden, zieht in Zweifel, dass moderne Medizintechnik und Pharmatherapie dem Menschen ein längeres und gesünderes Leben bescheren können – vorausgesetzt, dass sie nicht im Übermaß praktiziert werden.

Frederik Mader in Nittendorf ist ein in der Wolle gefärbter Schulmediziner und

Arzt in der dritten Generation. „Als ich anfang“, sagt er, „wollte ich der Doktor sein, der den Blutdruck am niedrigsten schraubt und das Cholesterin auf Rekordtiefen treibt.“

Doch je mehr Patienten er in seiner Landarztpraxis sah, desto klarer wurde Mader: Man kann einen Menschen auch so lange kurieren, bis er krank wird.

Hans Pässler in Heidelberg gehört zum Establishment der Orthopädie. Der Professor ist keineswegs gegen das Operieren. Er hat Steffi Graf untersucht, Bastian Schweinsteiger operiert, Millionäre aus Russland behandelt und Kassenpatienten aus ganz Deutschland.

Doch je länger er im Geschäft war, desto häufiger sah er Menschen, die Opfer sinnloser Eingriffe geworden waren. Mal hatten

Chirurgen ihnen den Meniskus herausgeschnitten, obwohl der gar nicht Ursache von Beschwerden war. Oder sie hatten die sogenannten Plicae entfernt – Schleimhautfalten im Knie, die laut Pässler keinen Krankheitswert besitzen.

„Ich kann nicht zusehen, wie da draußen Operationen gemacht werden, die dem Patienten nichts bringen, sondern nur dem Arzt nutzen“, sagt Pässler. Seine Erfahrungen schilderte er Kollegen aus anderen Fachgebieten – und bekam seinerseits schauerliche Storys zu hören. Ob Knie, Schulter, Hand, Hüfte oder Rücken – in jedem Fachgebiet fand Pässler Experten, die ihm verrieten: Überflüssige Eingriffe gibt es zuhauf. „Die Ärzte kann man nicht erziehen“, sagt Pässler – und



Chirurg Pässler (r.), Kollegen: Frühwarnsystem für Patienten

„Es gibt noch ziemlich viel Knorpel, und das Kreuzband ist auch noch intakt“, sagt der neue Doktor, der Chirurg Hans Pässler, 71, aus Heidelberg. Mit konservativen Methoden hat er die Schmerzen im Knie mittlerweile erfolgreich behandelt. Pässler sagt: „Es wäre Unsinn gewesen, die Frau zu operieren.“

Den Geschichten von Evelyn Hluchy und Ernst König lassen sich viele zur Seite stellen. Patienten geraten immer häufiger an Ärzte, die ihnen etwas verschreiben, was es im medizinisch-industriellen Komplex bisher nur selten gab: *weniger* Medizin.

Und genauso erstaunlich ist: Es sind keineswegs Homöopathen, Heilpraktiker oder Anhänger anderer Alternativmetho-

GABY GERSTER / DER SPIEGEL

Operation Reibach

Medizinische Behandlungen und Untersuchungen, die zu häufig durchgeführt werden

Antibiotika-Behandlung bei Entzündung der Nasennebenhöhlen

Kostenbeispiel ▶ bis zu 30 000 €

Ausschälen der Karotis (Halsschlagader)

Ballondilatation, Herzkatheter-Untersuchung
500 bis 3000 €

Chemotherapie bei älteren Krebspatienten in fortgeschrittenem Stadium

Entfernung der Gallenblase
7500 €

Bildgebende Verfahren (Röntgen, MRT) bei länger anhaltenden Rückenschmerzen

Operation an der Wirbelsäule
20 000 €

Bestimmte Tests zur Krebserkennung (z. B. Prostata)
1000 €

Künstliches Hüftgelenk
10 000 €

Rutinemäßige Blut- und Urinuntersuchung ohne Symptome

Gleichzeitige Verabreichung vieler Arzneimittel (Polypharmazie) bei Älteren

Knie-Arthroskopie
1700 €



WOLFGANG MARIA WEBER / DER SPIEGEL

Patient König, Hausarzt Mader: „Ich bin erschrocken, als ich die Latte mit den ganzen Medikamenten gesehen habe“

wendet sich jetzt in einer einzigartigen Kampagne direkt an die Patienten. Mit elf Chefärzten hat er ein neuartiges Frühwarnsystem gegen sinnlose Eingriffe gegründet, das an diesem Montag den Dienst aufnehmen soll: „Vorsicht!Operation“.

Über ein Portal im Netz können Menschen, die eine Empfehlung für eine Operation haben, Zweitmeinungen einholen*. Sie sollen Fragen am Bildschirm beantworten sowie Röntgenbilder, Kernspinaufnahmen, Befunde und andere Informationen in elektronischer Form senden. Pässler und seine Mitstreiter bewerten die Unterlagen und antworten binnen zwei Wochen, ob sie den geplanten Eingriff befürworten – oder davor warnen.

Das Portal für Patienten kommt zur rechten Zeit. „Es wird zu viel und zu rasch operiert“, sagt etwa Hartwig Bauer, 69. Er ist Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, die sich seit einiger Zeit kritisch mit den Auswüchsen des schneidenden Gewerbes auseinandersetzt. Die jüngeren Kollegen sollten nicht immer gleich das Skalpell zücken, sagt Bauer. „Das Ziel der Chirurgen ist nicht nur, Operationen zu verbessern – sondern auch Operationen zu vermeiden.“

Quer durch die gesamte Heilkunde übernehmen Ärzte eine neue Art der

Prävention – die Vorsorge gegen zu viel Medizin.

Die Fachzeitschrift „Archives of Internal Medicine“ hat dazu eine neue Rubrik ins Leben gerufen: „Weniger ist mehr“. Mehr als 20 Artikel sind mittlerweile schon erschienen: über Scans mit dem Computertomografen, die Krebs auslösen könnten; über Magensonden, deren Einsatz alten Menschen gar keinen Nutzen bringt.

In einer Folge der Rubrik gab die Ärztevereinigung National Physicians Alliance ganz handfeste Empfehlungen: Antibiotika gegen Schnupfen, Computertomografie bei Rückenweh, Bluttests an Gesunden – die ärztlichen Mahner beschreiben in drei Hitlisten jeweils fünf überflüssige Maßnahmen, die besonders häufig beim Kinderarzt, beim Internisten und beim Hausarzt drohen.

„Die Reaktion auf die Serie ist begeistert“, berichtet Deborah Grady, die zuständige Redakteurin und selbst Ärztin. „Die meisten Doktoren und viele Patienten sehen ein, dass wir viele Tests und Behandlungen übermäßig verwenden – was häufig Unheil bewirkt.“

Die Ausweitung der Behandlungszone ist etlichen Ärzten zwar seit längerem zuwider. Bisher jedoch hätten sie „mit einem romantischen Rückzug hin zu sogenannten alternativen oder komplementären Medizinern“ reagiert, sagt Thomas Kühlein, 49, ein Hausarzt und Ver-

sorgungsforscher am Universitätsklinikum in Heidelberg.

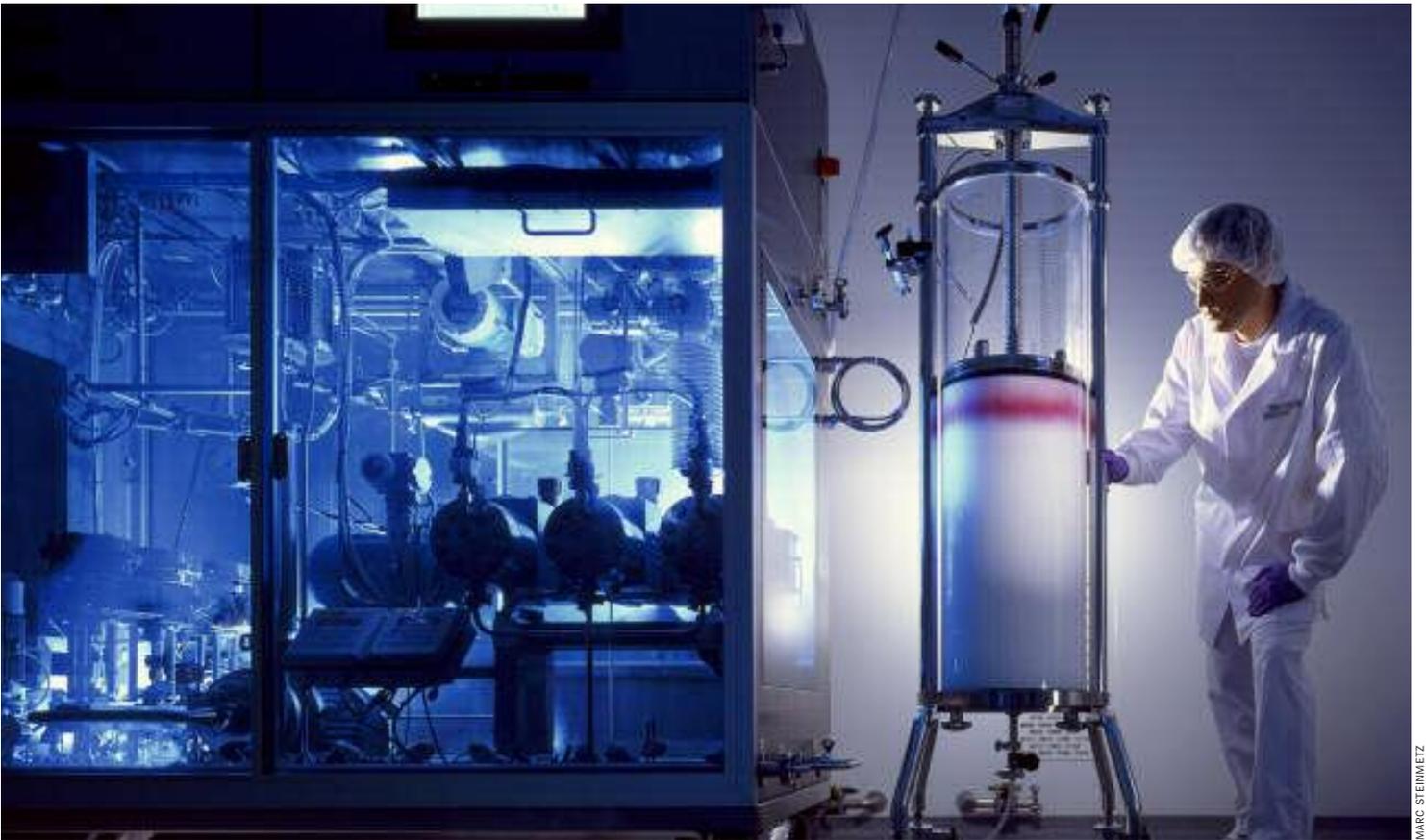
Doch jetzt organisieren Ärzte wie Kühlein eine neue Form des Widerstands. Sie kämpfen gegen Medikalisierung – und lassen sich zugleich nicht aus der Schulmedizin hinausdrängen. In einem programmatischen Aufruf schreiben Kühlein und andere Ärzte: „Wir glauben, dass es keine Alternative zu einer guten Medizin gibt, die sich auf der einen Seite, so weit wie möglich, auf robuste Forschungsergebnisse stützt und die auf der anderen Seite respektvolles Verständnis für die Ängste und Wünsche unserer Patienten aufbringt.“

Vor elf Jahren fanden 29 Idealisten im Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin zusammen, weil sie den Patienten nicht länger mit unbewiesenen Heilmethoden kommen wollten. Jetzt zählt der Zusammenschluss der aufklärerischen Mediziner schon mehr als 830 Mitglieder.

Der Trend sei noch neu, aber nicht mehr zu übersehen, urteilt der Arzt Jürgen Windeler, 54, der das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen in Köln leitet. Er sagt: „Ich habe den Eindruck, es werden mehr und mehr Ärzte, die da sagen: So kann es nicht weitergehen – konzentrieren wir uns doch auf die sinnvollen Dinge!“

Und da, wo die alte Garde nicht umdenken will, entstehen Gegenbewegun-

* www.vorsicht-operation.de



MARC STEINMETZ

Medikamentenherstellung in Ulm: Bis zu 57000 Tote pro Jahr in deutschen Krankenhäusern durch unerwünschte Arzneimittelfolgen

gen. Die Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe etwa betreiben traditionell eine technisierte Medizin: Da werden Gebärmütter ausgeschabt und Hormone verabreicht. Um sich abzugrenzen gegen diese Form der Übertherapie, hat sich der Arbeitskreis Frauengesundheit gegründet. Zu seinem Ziel erklärt es die federführende Frauenärztin Maria Beckermann, „gegen die Medikalisierung von Frauen und weiblichen Lebensphasen zu kämpfen“.

Die Schulmedizin wird sanft – das kommt einem Umsturz gleich. Lange haben Ärzte und Pillenhersteller den Einfluss der Medizin immer nur ausgeweitet. Mitarbeiter pharmazeutischer Firmen erfinden Krankheiten und Risikowerte und verwandeln gesunde Menschen in Konsumenten ihrer Produkte. Der Umsatz mit Pillen und anderen Pharmapräparaten zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung hat sich in 20 Jahren auf mehr als 30 Milliarden Euro verdoppelt.

Die Ärzte in Deutschland sind so eifrig wie niemals zuvor: Die Zahl der stationären „Operationen und Prozeduren“, wie es in der Statistik heißt, ist von 36 Millionen in 2005 auf 45 Millionen in 2009 geklettert. Alles in allem haben die Ausgaben für Gesundheit einen neuen Rekordwert erreicht: Im Jahr 2009 waren es mehr als 278 Milliarden Euro.

Operiere nur, was du selbst auch an dir machen lassen würdest! – diesen Leitsatz des großen Chirurgen Theodor Billroth (1829 bis 1894) kennen viele Ärzte heute nicht mehr. Ob geschnitten wird, darüber entscheidet allzu oft nur der Umstand, ob Klinikmanager und Praxisinhaber die

Unbezahlbar

Kostenexplosion im deutschen Gesundheitswesen

Gesundheitsausgaben
in Milliarden Euro

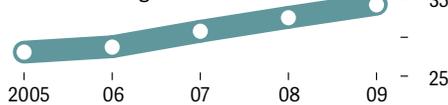


Operationen und Prozeduren
in Krankenhäusern, in Millionen



Quellen: Statistisches Bundesamt, BMG, Arzneiverordnungsreport

Medikamentenverordnungen
in Milliarden Tagesdosen



jeweilige Leistung gewinnbringend abrechnen können. Verträge von Chefärzten enthalten sogenannte Zielvereinbarungen: Die Mediziner haben Umsatzziele zu erfüllen – mit dem Skalpell in der Hand.

„Viel zu häufig wird die Entscheidung über Diagnose- oder Therapieverfahren auf Grundlage der Vergütungszahlen getroffen“, sagt Reiner Gradinger, Unfallchirurg und Ärztlicher Direktor am Klinikum rechts der Isar der TU München. Dank dieser „Mengenausweitung“, wie sie im Jargon der Gesundheitsökonomien heißt, lassen sich die Umsätze beinahe nach Belieben steigern. Die Zahl der Bandscheibenoperationen etwa ist unter AOK-Versicherten in Baden-Württemberg um 28 Prozent emporgeschnellt – innerhalb von nur drei Jahren.

Auch beim Einsetzen künstlicher Hüft- und Kniegelenke stellen hiesige Ärzte immer neue Rekorde auf. Die Zahl der Hüfteingriffe ist im Zeitraum 2003 bis 2009 um 18 Prozent gestiegen, die der Operationen am Knie sogar um 52 Prozent – mit der Alterung der Gesellschaft allein kann man diesen Boom mitnichten erklären.

In medizinischer Hinsicht ist das Sägen und Schneiden an Knochen und Fleisch in vielen Fällen äußerst anfechtbar. Nur 15 Prozent aller Fragen in der Chirurgie sind wissenschaftlich eindeutig beantwortet. Für sechs von sieben Verfahren



Operation an der Bandscheibe: Die Ärzte haben Umsatzziele zu erfüllen – mit dem Skalpell in der Hand

ist also noch gar nicht erwiesen, ob es dem Patienten überhaupt einen Vorteil bringt.

Doch die gute Nachricht lautet: Manche Chirurgen nehmen das nicht länger hin – und holen dubiose Operationsmethoden auf den Prüfstand.

Mit ernüchternden Ergebnissen, wie eine Studie zur Vertebroplastie offenbart. Bei diesem Eingriff spritzen Ärzte Knochenzement in mürbe Wirbelkörper, auf dass die Wirbel aushärten. Das klingt einleuchtend, hilft aber nicht: In zwei unabhängigen Studien haben Ärzte die Vertebroplastie mit einer Scheinoperation verglichen – und keinen Unterschied im Ergebnis feststellen können.

Als sinnlos hat sich auch jener Eingriff erwiesen, den der Arzt Frau Hluchy hat angedeihen lassen: die sogenannte Kniegelenkstoilette. Bei ihr glätten Ärzte mit endoskopischen Instrumenten Knorpel und spülen das Knie durch. Klingt einleuchtend, aber auch hier hat eine Vergleichsstudie offenbart: Diese Grundreinigung wirkt nicht besser als eine Placebo-Behandlung gegen chronische Schmerzen, bei der man den Eingriff bloß vortäuscht.

Ärzte in aller Welt haben diese Erkenntnis beharrlich ignoriert –

bis eine zweite Vergleichsstudie genau zum gleichen Ergebnis kam. Da, endlich, tat sich etwas: Ärzte der American Academy of Orthopedic Surgeons haben ihre Leitlinien überarbeitet – und raten neuerdings von der umstrittenen Grundreinigung des Kniegelenks ab.

In Deutschland sind Eingriffe am Knie zwar ins Gerede gekommen. Aber dessen

ungeachtet führen hiesige Orthopäden jedes Jahr mehr als eine halbe Million Prozeduren durch. Viele davon seien schlichtweg überflüssig, befürchtet der Chirurg Pässler. Weil viele Ärzte wissenschaftliche Evidenz schlichtweg ignorierten, erzählt er, sei ihm die Idee gekommen, sich direkt an jene Menschen zu wenden, die von unnötigen Eingriffen bedroht sind. Für seine Kampagne gegen überflüssige Operationen brauchte er allerdings die Hilfe weiterer Experten.

Nur: Welcher renommierte Arzt würde mitmachen bei dem ketzerischen Projekt?

Jürgen Harms, 66, gehört zu den erfahrensten Rückenexperten der Welt. Drei Jahrzehnte lang hat er das Wirbelsäulenzentrum des Klinikums Karlsbad-Langensteinbach am Rand des Schwarzwalds geleitet. Er war es, der den Rücken des Politikers Heiner Geißler zusammengeflickt hat, nachdem dieser 1992 beim Gleitschirmfliegen verunfallt war. Bei Harms, der im Februar emeritiert wurde, ging es zu wie am Fließband: 1500 Rücken verarzteten er und seine Helfer – pro Jahr.

„Wenn man älter wird, wird man kritischer“, sagt Harms in der Mundart seiner hessischen Heimat.



*„So kann es nicht weitergehen –
konzentrieren wir uns doch auf die
sinnvollen Dinge!“*

JÜRGEN WINDELER, GESUNDHEITSEXPERTE, KÖLN

BERT BOSTELMAN / BILDPODIO



JOCHEN TACK

Krankengymnastik im Wasser: Heilkraft der sanften Medizin

„Ich habe zu viele Eingriffe gesehen, die in grandiosen Fehlschlägen endeten. Und dann sehe ich Leute, denen es nach einem Bandscheibenvorfall wieder gutgeht – ganz ohne Operation.“

Schätzungsweise 160 000 Bandscheiben werden jedes Jahr in Deutschland operiert. „40 bis 45 Prozent von ihnen könnte man konservativ behandeln“, sagt Harms, „doch leider gibt es einen Druck, viele Operationen zu machen.“

Ein großer Eingriff am Rücken bringt Harms zufolge einen Umsatz wie ein Wagen der Kompaktklasse: mehr als 20 000 Euro. Da sei es wichtig für Patienten, ein Korrektiv zu haben, sagt Harms: „Er braucht eine zweite Meinung.“

Wie Harms haben auch andere Chefarzte sofort zugesagt. Neben Experten für Rücken und Knie machen Spezialisten fürs Schultergelenk, für Hand, Ellenbogen, Fuß, Achillessehnen sowie für orthopädische Chirurgie bei Kindern mit beim Portal „Vorsicht!Operation“.

Der bisher letzte Neuzugang ist Hans-Ulrich Steinau, 65, der die Klinik für Plastische Chirurgie und Schwerbrandverletzte am Berufsgenossenschaftlichen Universitätsklinikum Bergmannsheil in Bochum leitet und seit 38 Jahren in der Branche arbeitet. Auch seine Diagnose lautet schlicht und ergreifend: Chirurgen in Deutschland machen zu viele Eingriffe.

Arg trieben es zum Beispiel die Schönheitschirurgen, sie würden Menschen fragwürdige Eingriffe regelrecht aufschwätzen. In anderen Fällen würden Ärzte krebserkrankten Menschen vorschnell Beine oder Arme amputieren, obwohl es Methoden gebe, die Gliedmaßen teilweise oder ganz zu erhalten. Solche Katastrophen zu verhüten sei Aufgabe gerade der erfahrensten Ärzte. Steinau sagt: „Wir haben uns als Gruppe von Seniorchirurgen zusammengetan, von denen Patienten Seriosität und objektive Beurteilung erwarten dürfen.“

Wer über das Portal ein Gutachten bestellt, muss dafür, je nach Aufwand, zwischen 200 und 600 Euro bezahlen. Die Ratsuchenden müssen das Geld womöglich nicht aus der eigenen Tasche bezahlen. Die Deutsche Betriebskrankenkasse und die private Debeka mit zusammen rund drei Millionen Versicherten haben laut Pässler bereits signalisiert, dass sie die Kosten für den Service erstatten werden.

Anderthalb Kilometer von Pässlers Praxis in Heidelberg entfernt, auf der anderen Seite des Neckars, kämpfen andere Ärzte ebenfalls für Vernunft in der Chirurgie. Auf dem Campus der Universitätsklinik hat die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie ein einzigartiges Studienzentrum eingerichtet. Seine 20 Mitarbeiter erforschen, welche Eingriffe den Pa-

tienten eigentlich guttun – und welche nicht.

Auf wie unsicherem Boden sie stünden, sei vielen Kollegen gar nicht bewusst, sagt Christoph Seiler, 41, der das Studienzentrum in Heidelberg leitet. Der Chirurg sagt: „Man muss sehr aufpassen, dass man nicht etwas macht, das dem Patienten gar nicht hilft.“

Es fängt an mit dem häufigsten aller Knochenbrüche, der gebrochenen Speiche, der ein Viertel aller Frakturen ausmacht. Ärzte können den Knochen richten und eingipsen. Sie können ihn aber auch mit Metallplatten schienen und mit Schrauben fixieren.

Es ist das Geld, das entscheidet. „Die Ärzte verdienen nichts am Gips“, erklärt Seiler. „Operationen werden viel besser vergütet. Also machen wir in Deutschland sehr viele davon. Aber es gibt Daten, die zeigen: Möglicherweise reicht es völlig aus, den Bruch mit einem Gips zu behandeln.“

Es geht weiter mit einem der häufigsten Handgriffe der Chirurgen überhaupt: den Bauch eines Menschen nach einer Operation wieder zunähen. Dabei folgen viele Ärzte bisher jenen Varianten, die sie als junge Assistenten gelernt haben, und nicht so sehr den neuen Daten der Wissenschaft. Das führt zu Komplikationen. Bei jedem fünften Patienten reißt die Narbe innerhalb der Bauchdecke wie-

der auf 48 000 Narbenbrüche müssen in Deutschland deshalb nachoperiert werden – pro Jahr.

Mit dem planlosen Flickwerk am Bauch könnte es nun bald ein Ende haben. In einer umfassenden Studie hat Seiler zusammen mit anderen Chirurgen sämtliche Verfahren verglichen und herausgefunden: Am besten ist es, den Bauch mit einer fortlaufenden Naht zu verschließen und dabei einen Faden zu benutzen, der sich allmählich auflöst.

„Es wird wahrscheinlich noch drei, vier Jahre dauern“, sagt Seiler, „aber dann wird das Wissen bei den Chirurgen ankommen.“

Auch in der Pharmakologie gibt es einen Wandel hin zur Aufklärung – der bitter nötig ist: In kaum einem Land schlucken Menschen so munter Pillen wie in Deutschland. An unerwünschten Arzneimittelfolgen sterben jedes Jahr bis zu 57 000 Patienten in deutschen Krankenhäusern – etwa die Hälfte dieser Todesfälle wäre vermeidbar, wenn die Ärzte vorsichtiger wären.

Alte Menschen bekommen besonders viel von den Medikamenten ab. Obwohl sie nur ein Viertel der Bevölkerung ausmachen, schlucken sie zwei Drittel aller verordneten Arzneimittel.

Der Arzt Ulrich Thiem vom Marienhospital in Herne und seine Kollegen halten das für bedenklich. Für eine Studie haben sie mehr als 2100 Menschen im Alter über 70 Jahren befragt: Welche Pillen nehmen Sie denn so?

Das Ergebnis: Beinahe alle Befragten nahmen jeden Tag zumindest ein Medikament. Mehr als 60 Prozent der alten Menschen schluckten jeden Tag fünf oder mehr Mittel. Der Spitzenreiter brachte es auf 26 unterschiedliche Präparate.

Gesund sei das nicht, warnt Thiem. „Die Patienten werden mit abenteuerlichen Mischungen von Wirkstoffen behandelt, die sich einerseits in ihrer Wirkung gegenseitig aufheben und andererseits Wechselwirkungen haben, deren Folgen wir kaum abschätzen können.“

Ärzte können ältere Menschen mit Arzneimitteln regelrecht krank machen. Die Pharmakologin Petra Thürmann vom Helios Klinikum in Wuppertal nennt als Beispiel einen Zustand namens „Verwirrtheit durch Diuretika“.

Diuretika sind harntreibende Mittel. Sie spülen Wasser aus dem Körper – und damit auch wertvolle Elektrolyte wie Kalium, Natrium und Chlorid. Doch bei Elektrolytmangel könnten die Hirnzellen nicht mehr richtig arbeiten, sagt Thürmann. Viele alte Menschen, die Diuretika nehmen, würden aus diesem Grund geistig verwirrt. Wie im Wahn brüllten sie herum – und würden deshalb mit Verdacht auf Demenz ins Krankenhaus eingewiesen.

Kein Wunder, dass die Ärzte der Notaufnahme dann oft Alzheimer vermuten,



WOLFGANG MARIA WEBER / DER SPIEGEL (L.), STECHER / DER SPIEGEL (R.)

Landarzt Blank, Patient: Die Menschen vor zu viel Medizin schützen



REINICKE / LAIF

Foyer des Universitätsklinikums Aachen: Ausweitung der Behandlungszone

sagt Thürmann: „Die geben noch zusätzlich 20 Tropfen Melperon zur Beruhigung – und machen die Sache nur schlimmer.“

Ausschwemmende Medikamente sind nur einige von vielen, die gerade alten Menschen gefährlich werden können. Petra Thürmann und die Apothekerin Stefanie Holt haben für eine Studie die komplette medizinische Literatur nach entsprechendem Hinweisen durchforstet – und sind auf 131 verdächtige Substanzen gestoßen. Im nächsten Schritt haben 25 Mediziner aus unterschiedlichen Fachrichtungen diese Substanzen auf ihr Gefahrenpotential hin bewertet.

Nach dieser Runde sind 83 Substanzen übrig geblieben, die nach einhelliger Expertenmeinung für ältere Menschen „potentiell ungeeignet“ sind.

Doch davon ahnen viele Ärzte nichts, fanden Thürmann und Holt weiter heraus. Im klinischen Alltag verschreiben Mediziner den Senioren routinemäßig genau jene riskanten Mittel, die auf der Schwarzen Liste stehen. Knapp 20 Prozent aller Menschen über 65 Jahren, die in Praxen und Tageskliniken behandelt werden, erhalten demnach eines oder mehrere der inkriminierten Medikamente. In Altenheimen seien es sogar 35 Prozent der Heimbewohner. Thürmann sagt: „Hier verschreiben Ärzte besonders viele Psychopharmaka.“

Nun aber besteht Aussicht, dass dieser Pillen-Wahnsinn nicht mehr weiter um sich greift. Thürmann und Holt haben es geschafft, dass ihre „Priscus“-Liste (nach dem lateinischen „priscus“ für „altherwürdig“) kürzlich im „Deutschen Ärzteblatt“ gedruckt wurde.

Ebenso regt sich der Widerstand gegen sinnlose Chemotherapien in der Krebsmedizin. Viele Onkologen behandeln schwerkranke Patienten bisher noch bis zum, im Wortsinn, bitteren Ende. Auf therapeutische Fehlschläge reagieren sie hart, mit der Zweit-, Dritt-, Viert- und Fünftlinienbehandlung. Das aggressive Regiment rechtfertigen sie mit Studien, denen zufolge Chemotherapien das Leben um Wochen oder Monate verlängern könnten. Pharmafirmen und Apotheken verdienen glänzend daran, manche Medikamente kosten pro Monat viele tausend Euro.

Wer das monierte, wurde bisher von Onkologen und Mitarbeitern von Pharmafirmen angegangen: Schon allein um todkranken Krebspatienten nicht die letzte Hoffnung zu rauben, verbiete sich jede Kritik an der Chemotherapie.

Aber auch hier nehmen sich Ärzte inzwischen zurück und bewerten die Chemotherapie mit neuer Skepsis. Viele Daten zur Wirksamkeit der Chemotherapie

stammen nämlich von Testpersonen, die im Durchschnitt viel jünger sind als die Krebskranken im richtigen Leben. Bei 15 häufigsten Tumorarten, das ergab eine Auswertung von 164 Studien, sind Patienten über 65 Jahren unterrepräsentiert.

Beispiel Darmkrebs, der mit 70 000 Neuerkrankungen pro Jahr in Deutschland die häufigste Tumorerkrankung ist. Rund 74 Prozent der Patienten sind älter als 65 Jahre – doch unter den Teilnehmern an Medikamentenstudien fallen nur 40 Prozent in diese Altersgruppe.

Das hat System: Arzneimittelhersteller schließen ältere Patienten konsequent von Studien aus, weil Chemotherapeutika ihnen kaum helfen. An den Arzneimitteltests sollen verstärkt jüngere Patienten mitmachen, weil die nach einer Krebsdiagnose viel länger überleben als alte Menschen. Durch diesen Trick erscheinen die Substanzen in den Studien wertvoller, als sie im klinischen Alltag



„Man muss als Chirurg sehr aufpassen, dass man nicht etwas macht, das dem Patienten gar nicht hilft.“

CHRISTOPH SEILER, BAUCHCHIRURG, HEIDELBERG

sind. Doch seltsam: Sobald ein so trickreich getestetes Krebsmedikament auf den Markt kommt, fordert sein Hersteller, das Mittel dürfe älteren Patienten selbstverständlich nicht vorenthalten werden.

Viele Ärzte spielen das Spiel noch mit, aber eben nicht mehr alle. Die Daten zum Darmkrebs etwa hat Pharmakologin Thürmann kritisch untersucht. In einem Fachartikel fragt sie ketzerisch, inwiefern ältere Patienten denn konkret von einer Chemotherapie profitierten.

Die Antwort liefert Thürmann gleich mit: so gut wie überhaupt nicht. Schwere Nebenwirkungen treten dafür umso häufiger auf. Besonders die Zahl weißer Blutkörperchen sinkt dramatisch. Das bedeutet unterm Strich: Vielen älteren Darm-

krebs-Patienten schadet eine Chemotherapie mehr, als sie nutzt.

Das wollten viele Onkologen bisher nicht wahrhaben – und verabreichten ihren Patienten, was immer die Apotheke bereithielt. Doch nun gibt es auch hier einen neuen Ton. Die neueste Fassung der klinischen Leitlinie zum Darmkrebs mahnt zur Vorsicht. Mit einer bestimmten Kombinationstherapie etwa sollten Ärzte „bei älteren Patienten zurückhaltend sein, da in aktuellen Studien eine erhöhte Sterblichkeit in dieser Gruppe beobachtet wurde“.

In der Krebsvorsorge sind die Hardliner ebenfalls auf dem Rückzug. Das Gremium für Präventivmedizin des amerikanischen Gesundheitsministeriums (U.S. Preventive Services Task Force) etwa hatte eisern empfohlen, Frauen sollten sich schon im Alter von 40 Jahren regelmäßig die Brüste röntgen lassen, damit etwaige Krebsherde rechtzeitig entdeckt würden.

Doch nun akzeptieren die Mitarbeiter des Gremiums endlich die neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse. Erst ab einem Alter von 50 Jahren, so lautet ihr korrigierter Rat, sei eine regelmäßige Röntgenmammografie angebracht.

Dazu passt die Entwicklung in der Prostatakrebs-Vorsorge. Im „New England Journal of Medicine“ sind zwei Arbeiten erschienen, die am sogenannten PSA-Test zweifeln lassen.

Der einen Studie zufolge hat es überhaupt keinen Einfluss auf die Rate der Todesfälle, ob Männer den Test machen oder nicht. Die andere Studie hat zwar einen kleinen Effekt gezeigt – der allerdings ist teuer erkaufte. Von 1410 untersuchten Männern müsste man 48 an der Vorsteherdrüse operieren, um rein statistisch einen Tod durch Prostatakrebs in einem Zeitraum von zehn Jahren zu verhindern.

Den anderen 47 Männern würde die Operation also gar keinen Vorteil bringen, aber häufig Nachteile: Erschreckend viele Männer werden durch eine Prostataoperation impotent oder inkontinent.

Die zwei Studien haben unter Ärzten ein Raunen ausgelöst. Langjährige Befürworter des PSA-Bluttests rücken ab. Unter den Kritikern warnt ausgerechnet jener Forscher besonders eindrücklich, der das PSA, ein Protein, vor 40 Jahren im Prostatagewebe gefunden und wissenschaftlich beschrieben hat: der US-Immunologe Richard Ablin.

Angesichts der neuen Daten würde Ablin seine Entdeckung wohl am liebsten ungeschehen machen. Der PSA-Bluttest sei „kaum genauer als ein Münzwurf“.

Die Deutsche Gesellschaft für Urologie mag zwar einstweilen vom einträglichen



Gipsträger, mit Schrauben fixierter Oberarmbruch (Röntgenbild): Sägen und Schneiden an Knochen und Fleisch ist oftmals anfechtbar

PSA-Screening noch nicht lassen. Jedoch gibt sie in der überarbeiteten Fassung der betreffenden Leitlinie kleinlaut zu, wie fragwürdig das Ganze ist. Es sei „nicht eindeutig belegbar, dass die Durchführung eines PSA-gestützten Screenings und damit verbundene Risiken diagnostischer und therapeutischer Konsequenzen durch eine Lebensverlängerung aufgewogen werden“.

Ein versteckter Satz in einer Leitlinie, die 658 Seiten dick ist. Und doch steht er für ein ungewohntes Maßhalten, das viele Schulmediziner neuerdings auch in der Öffentlichkeit vorleben.

Am Vivantes Klinikum Am Urban in Berlin-Kreuzberg etwa leitet der Internist Michael de Ridder die Notaufnahme, mit rund hundert Patienten am Tag eine der größten Deutschlands. Natürlich kämpfen er und seine Kollegen für jeden Patienten – aber sie gestatten einem Menschen auch das Sterben, wenn der Zeitpunkt gekommen ist.

„Von einem bestimmten Punkt an bringen Therapieversuche nur noch eine qualvolle Lebensverlängerung“, sagt de Ridder, 64. Der Chefarzt mit den buschigen Augenbrauen und dicker Brille hätte bis vor kurzem noch als Außenseiter gegol-

ten. Doch sein Buch „Wie wollen wir sterben?“, in dem er eine neue Sterbekultur fordert, wird viel beachtet.

Im Evangelischen Krankenhaus Hattingen ist es Ulrich Kampa, 54, der die Grenzen der Medizin vorsichtiger als früher absteckt. Der Anästhesist erzählt, wie er im Alter von 32 Jahren auf der Intensivstation in Hattingen anfing. „Ich kam frisch von der Uni und dachte: ‚Jetzt zeige ich denen mal, was Intensivmedizin leisten kann.‘“

Viele seiner Patienten waren hochbetagt, kamen aus Altenheimen ins Krankenhaus. Kampa: „Ich habe die Qualen ja gesehen und mir irgendwann gesagt: ‚Es kann nicht unsere Aufgabe sein, immer alles auszureizen.‘“ Auf diese Weise sei er mit den Jahren nachdenklicher geworden.

Medizin entschleunigen – dazu hat Kampa an seiner Klinik sogenannte Ethikkonsilien ins Leben gerufen. Ärzte, Pfleger und die Angehörigen des Patienten können solch ein Treffen einberufen und sich fragen: Was machen wir hier eigentlich?

Und Patienten, denen eine große Operation bevorsteht, stellt sich Kampa persönlich vor. Im Gespräch an der Bettkan-

te versucht er herauszufinden, was der Mensch eigentlich will. Was soll werden, wenn der Eingriff in die falsche Richtung läuft und der Patient auf die Intensivstation verlegt werden muss?

Vorige Woche habe er bei einer 89 Jahre alten Frau gegessen, erzählt Kampa, deren Hüftbruch operiert werden sollte. Die Dame habe gesagt: „Ich möchte zwei Narkosen: eine für die Operation und eine zum Sterben. Wenn Sie das organisieren könnten, wäre ich Ihnen dankbar.“ „Das werde ich nicht tun“, antwortete er. „Aber ich weiß jetzt: Falls Ihr Herz stehenbleiben sollte, dann lassen wir es so.“

Kampas Vorträge vor Seniorengruppen sind gut besucht; die Menschen schütteln ihm danach die Hand. Sollten sie einmal in die Situation kommen, sagen viele, wären sie gern bei einem Arzt wie ihm.

„Die meisten Patienten wollen keine Maximaltherapie“ – das sagt auch Wolf-Dieter Ludwig, 59. Der Professor mit dem akkurat geschnittenen Vollbart leitet die Krebsklinik am Helios Klinikum Berlin-Buch. Seine Sätze sind druckreif, aber Zuhören findet er wichtiger.

Auf Visite beherzige er die Regel, dass seine Patienten mehr Redezeit bekom-

men sollten als er selbst. In 30 Jahren als klinischer Arzt habe er gelernt, sagt Ludwig, wie sehr es Menschen schätzten, wenn man ihnen zuhöre und ehrlich mit ihnen rede. „Sie bekommen von den Patienten Dankbarkeit zurück – und das ist für mich ein schöneres Gefühl, als wenn ich den Patienten von der fünften Chemotherapie überzeugen muss.“

Vor allem niedergelassene Onkologen tun genau das – weil es so lukrativ ist. Das sei verrückt, findet Ludwig und sagt: „Die verdienen Geld damit, dass sie eine sinnlose Chemotherapie für 30000 bis 40000 Euro geben, aber sie verdienen kein Geld damit, dass sie sich Zeit nehmen, mit dem Patienten zu sprechen und ihm damit die Chance geben, sich gegen eine Chemotherapie zu entscheiden.“

In seiner Klinik haben Ludwig, die Ärzte, Schwestern und Pfleger eine eigene Philosophie. In unheilbaren Fällen dürfe das Ziel nicht die Lebensverlängerung um jeden Preis sein. Vielmehr gelte es, das zu tun, was die Kranken wünschten. Dazu gehöre vor allem, rechtzeitig mit der Schmerzbehandlung zu beginnen.

Jede Woche reden die Mitglieder der Klinik darüber, ob sie ihren Grundsätzen treu geblieben sind. Wenn ein Patient verstirbt, fragen sie sich, ob er womöglich an den Nebenwirkungen seiner Medikamente gestorben ist.

Wie überbringt man schlechte Nachrichten? Wie macht man Mut, ohne falsche Hoffnungen zu wecken? Um solche Fragen geht es in Seminaren, die alle neuen Kollegen besuchen müssen. Wolf-Dieter Ludwig sagt: „Wir haben eine Verantwortung dafür, dass der Patient die Zeit, die ihm noch bleibt, in einer möglichst angenehmen Umgebung verbringt.“

Viele Medizinprofessoren, in der Onkologie wie in anderen Fächern, beraten pharmazeutische Firmen und nehmen dafür persönliche Honorare an. Ludwig dagegen gehört zu einer kleinen, aber wachsenden Schar von Ärzten, die da nicht mehr mittun wollen – und sich nicht mit der Pharmaindustrie gemeinmachen. Ludwig sagt: „Wir stehen einer gigantischen Werbemaschine gegenüber, die permanent versucht, neue, sehr teure Arzneimittel in den Markt zu drücken und Erwartungen zu erzeugen, die in keiner Weise gerechtfertigt sind.“

Schätzungsweise 16000 Pharmareferenten touren durch Deutschland. Es sind geschulte Manipulatoren: Sie machen niedergelassenen Ärzten Geschenke, laden sie zum Essen ein, reden mit ihnen über das Wetter und die Kinder – alles, um zu

beeinflussen, welche Medikamente die Ärzte verschreiben.

Doch auch bei niedergelassenen Ärzten bekommen die Pharmareferenten immer häufiger Hausverbot. Etwa in Geierthal, einer niederbayerischen Gemeinde mit 2250 Einwohnern. „Die Pharmareferenten haben uns die Bude eingerrannt“, sagt Rainer Stern, der hier mit seiner Frau eine Gemeinschaftspraxis betreibt.

Anfangs habe er noch gedacht, die Pharmaleute machten auch nur ihren Job, sagt Stern. Deshalb habe er sie vorgelassen und ihnen geduldig zugehört, wenn sie die immer neuen Medikamente und Geräte anpriesen. „Doch oft habe ich dann erlebt, wie sich das hochgejubelte Produkt als Flop erwies“, sagt Stern. Zum Beispiel habe es einen neuartigen Inhalator gegeben, der plötzlich vom Markt verschwand – weil herausgekommen war, dass er Lungenkrebs verursachte.



„Von einem bestimmten Punkt an bringen Therapieversuche nur noch eine qualvolle Lebensverlängerung.“

MICHAEL DE RIDDER, NOTFALLMEDIZINER, BERLIN

„Ich habe die ganzen neuen Sachen deshalb auch nicht an meinen Patienten ausprobiert“, sagt Stern. „Viel zu gefährlich!“ Vor drei Jahren hätten er und seine Frau Regine sich dann dazu durchgerungen, Pharmareferenten grundsätzlich nicht mehr zu empfangen. „Das sagen wir auch unseren Patienten“, erzählen sie. „Und die finden das gut.“

Seither informieren sich die Sterns aus unabhängigen Quellen über neue Therapien – und sie tauschen sich aus mit anderen Ärzten, die einen ähnlich kritischen Blick auf die Medizin haben.

An diesem Mittwochabend ist das Ehepaar 40 Minuten durch den Bayerischen Wald gekurvt, um den Kollegen Karl-Heinz Haberer in Spiegelau zu besuchen. Im Kamin knistert Holz, an einem ovalen

Tisch reden zwei Ärztinnen und fünf Ärzte – es tagen die Mitglieder des Qualitätszirkels Naturpark Bayerischer Wald.

Den sieben Hausärzten hinter den Bergen geht es auch um die Frage: Wie schützen wir unsere Patienten vor zu viel Medizin? Gastgeber Haberer erzählt von einer langjährigen Bekannten, die mit grauenhaften Rückenschmerzen zu ihm kam. Sie verlangte nach einer Computertomografie – doch der Hausarzt riet davon ab: „Na, du brauchst net in die Röhre.“

Schon bald seien die Rückenschmerzen verschwunden. Doch als die Frau, wegen einer ganz anderen Sache, ein paar Wochen später zum Orthopäden gegangen sei, habe dieser eine Computertomografie vom Rücken veranlasst. Sie offenbarte, dass die Bandscheiben in der ganzen Lende verschlissen waren – bloß dass der Frau der Rücken längst nicht mehr weh tat.

Heute, erzählt Haberer, sei die Frau heilfroh, dass der Zustand ihrer Bandscheiben nicht schon bekannt war, als sie noch der Hexenschuss plagte – weil man sie dann wohl operiert hätte. Die genesene Frau erzähle ihre Geschichte nun auf den Dörfern herum, berichtet Haberer weiter: „Meine Rückenpatienten wollen seitdem gar nicht mehr in die Röhre.“

Wolfgang Blank, 46, gehört zu den Gründern des Qualitätszirkels. Seine Praxis liegt in Kirchberg im Wald, einem Ort 20 Kilometer vor der Grenze zu Tschechien. Die Übertherapie macht sich auch hier breit, wie Blank an diesem Morgen merkt.

Ins Behandlungszimmer kommt Franziska Fischer, 77. Die Bäuerin zeigt Blank zwei Erklärungen, die sie beim Orthopäden unterschreiben sollte. Mit ihren Unterschriften hätte Frau Fischer einer „modifizierte TLA zur Regulationstherapie“ sowie einer „Medistream Druckstrahlmassage“ zugestimmt. Insgesamt hätte Frau Fischer dafür 169,56 Euro aus eigener Tasche bezahlen müssen – bei einer Rente in Höhe von 912 Euro.

Da zögerte die Waldlerin und ging zu Hausarzt Blank. Der erklärte ihr, dass beide Methoden völlig sinnlos seien und durchaus zu Recht von den Krankenkassen nicht erstattet würden: „Es ist eine Sauerei, Ihnen für viel Geld Sachen anzudrehen, die gar keinen Nutzen bringen.“

Mehr Medizin ist nicht besser – dass Ärzte ihre Patienten getreu dieser Erkenntnis helfen, das ist neu. Für sich selbst nutzen sie die Heilkraft der sanften Schulmedizin jedoch längst, wie Gesundheitsforscher herausgefunden haben.

Ärzte lassen sich im Schnitt seltener operieren als der Rest der Bevölkerung.

JÖRG BLECH