

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 entsprechenden 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 häufigen Tumorarten, das ergab eine Auswertung von 164 Studien, sind Patienten über 65 Jahren unterrepräsentiert.

Beispiel Darmkrebs, der mit 70000 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 Prostatatakrebs-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 Prostatatakrebs in einem Zeitraum von zehn Jahren zu verhindern.

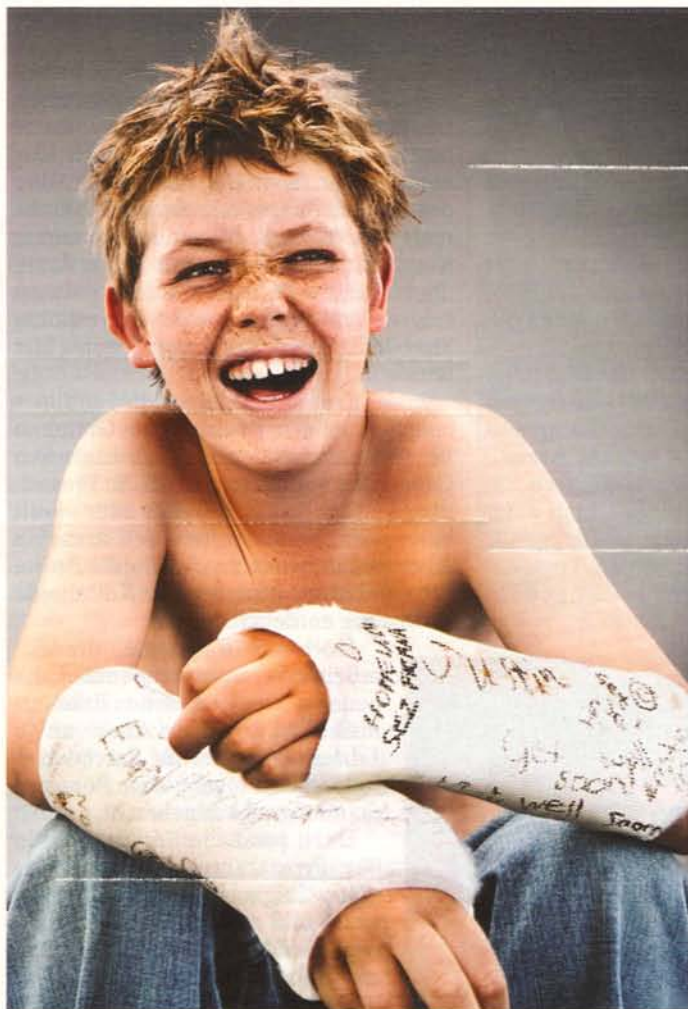
Den anderen 47 Männern würde die Operation also gar keinen Vorteil bringen, aber häufig Nachteile: Erschreckend viele Männer werden durch eine Prostataoperation impotent oder inkontinent.

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

Prostatatakrebs - Testherabsetzung



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 Professor 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 Hattungen 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 Hattungen 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 Ethikkonzilien 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 gesessen, 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 30 000 bis 40 000 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 16 000 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 eingearannt“, 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