

Andreas Wiedemann

Geriatrische Urologie

für die Praxis

 Springer

Geriatrische Urologie

Andreas Wiedemann

Geriatrische Urologie

für die Praxis

 Springer

Andreas Wiedemann
Urologische Klinik
Ev. Krankenhaus Witten gGmbH
Witten, Nordrhein-Westfalen, Deutschland

ISBN 978-3-662-61493-8 ISBN 978-3-662-61494-5 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-61494-5>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2020

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Planung/Lektorat: Susanne Sobich

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

*Dieses Buch ist Prof. Dr. Ingo Füsgen
gewidmet, der mich zunächst als Förderer und
wissenschaftlicher Mentor und schließlich als
väterlicher Freund begleitet hat.*

Geleitwort

Urogeriatrie – noch eine neue Entität in der Versorgungslandschaft?

Ist doch die Geriatrie in Deutschland an sich noch ein junges medizinisches Fach in der Wahrnehmung, sowohl im Fächerkanon als auch in der Bevölkerung, gewinnt sie zunehmend an Bedeutung in der Patientenversorgung. Die demographische Chance macht es möglich, geriatrische Expertise in andere medizinische Fächer zu bringen. Die Urologie bietet sich hierfür selbstverständlich an, denn die Gemeinsamkeiten in der Versorgung der älteren Patienten sind groß.

Die demographische Entwicklung, sowie der Anstieg chronischer Erkrankungen und der Fortschritt in der Medizin bewirken, dass der Anteil alter und hochbetagter Patienten in allen Versorgungsstufen stetig ansteigt. Dies stellt besondere Herausforderungen an die medizinische Versorgung und das Management von geriatrischen Patienten im ambulanten wie auch im stationären Bereich in Bezug auf Organalterung, Multimorbidität und Funktionseinschränkungen. Aspekte der Lebensqualität und Patientenautonomie stellen zusätzlich eine relevante Herausforderung in der Behandlung älterer und multimorbider Patienten dar. Hierbei müssen die speziellen Bedürfnisse älterer Patienten berücksichtigt werden. Diese Zunahme älterer Patienten betrifft viele Bereiche des Gesundheitssystems, dem medizinischen Bereich kommt hierbei eine besondere Rolle zu. Kontinenz und Inkontinenz, eines der großen und bedeutsamen Syndrome in der Geriatrie, rückt immer mehr in den Vordergrund und wird zunehmend aus der Tabuzone geholt.

Daher müssen in der Versorgung die Risikopatienten identifiziert werden, Strukturen und Voraussetzungen geschaffen werden um die älteren Patienten nach deren Bedürfnissen optimal zu behandeln. Hierbei spielen Kontinenz und Inkontinenz eine sehr bedeutende Rolle und die Inkontinenz ist eines der führenden Leiden im höheren Lebensalter. Um dieser Konstellation gerecht zu werden bedarf es zielgerichteter Diagnostik und Therapie, sowie Evidenz für geriatrische Behandlungs- und Präventionsmodelle. Die Urogeriatrie bewegt sich dabei im Grenzbereich von Urologie und Geriatrie und kümmert sich im Hinblick auf die demographische Entwicklung auf urologischem Sektor um eine fachübergreifende Herangehensweise. Sie importiert geriatrische Methoden in die Urologie und exportiert urologischen Know-how bei Erkrankungen des

Harntraktes in die Geriatrie. Gemeinsam ist beiden Fächern die Behandlung von alten Menschen. Rund 40 % der stationär behandelten Patienten einer urologischen Hauptabteilung sind 70 Jahre und älter; häufig liegen eine Multimorbidität und Multimedikation vor. Damit ergeben sich besondere Anforderungen für die Behandlung dieser Patientengruppe. Dies bedeutet auch eine Neuausrichtung der Urologie mit der Beschäftigung mit relevanten, demographisch wichtigen Themen, wie auch die Adaptation fachspezifischer Methoden an die besonderen Anforderungen des geriatrischen Patienten.

Daher ist eine weitere Entwicklung des Faches unumgänglich. Dazu gehört auch, alterstypische Beschwerden richtig einzuschätzen, die Krankheiten korrekt zu diagnostizieren, aber auch in der (operativen) Urologie den geriatrischen Patienten ganzheitlich zu betrachten und zu behandeln. Aufgrund des hohen Anteils der geriatrischen Patienten mit urologischen Behandlungsbedarf und umgekehrt, war es dringend erforderlich, dass die beiden Fächer aufeinander zuzugehen. So können wir gemeinsam unseren Behandlungs- und Diagnosehorizont erweitern und dieses Buch als ersten Impuls für die zukünftige und noch engere Zusammenarbeit sehen.

Mit Schaffung der eingeordneten Professur für Urogeriatrie am Lehrstuhl für Geriatrie hat die Universität Witten/Herdecke ein bisher einmaliges Zeichen in der deutschen medizinischen Versorgungslandschaft und der akademischen Geriatrie gesetzt. Dem Autor, Prof. Dr. Andreas Wiedemann, ist sehr daran gelegen, deutlich zu machen, dass die Geriatrie ein medizinisches Fachgebiet ist, dass hohe personelle und inhaltliche fachliche Anforderungen an die Patientenversorgung stellt und dieses in die Urologie transferiert werden muss. Ihm ist es gelungen, die Fokuspunkte aus beiden Fachbereichen zu thematisieren und den Grundstein für eine weitere interdisziplinäre Versorgung unserer geriatrischen Patienten zu legen. Dieses Lehrbuch, in neuem Ansatz und Format, gibt den interessierten Leser die Möglichkeit, sich der Geriatrie in der Urologie von einer ganz neuen Seite zu nähern.

Gut lesbar geschrieben, am klinisch-praktischen Alltag orientiert ist die „Urogeriatrie“ ein kompakter Wegbegleiter, sowohl für die Ausbildung, den interessierten Geriater als auch den erfahrenen Urologen. Daher danke ich dem Autor, diesen wichtigen Beitrag zum Verständnis der Geriatrie in der Urologie zu leisten.

Allen Lesern wünsche ich, dass dieses Buch praktische Unterstützung und Hilfestellung leistet und dazu beiträgt, die Versorgung geriatrischer Patienten qualitativ noch besser zu machen.

Chefarzt Geriatrie Klinik und Tagesklinik am HELIOS Klinikum Schwelm
Lehrstuhl für Geriatrie an der Universität Witten/Herdecke
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e. V.
Dr.-Moeller-Straße 15
58332 Schwelm

Vorwort

Mit der Errichtung einer Professur für geriatrische Urologie am Lehrstuhl für Geriatrie der Universität Witten/Herdecke 2017 wurde erstmals in Deutschland ein ebenso neuer wie wichtiger Schwerpunkt in der Urologie mit einer festen Struktur versehen und mit als Forschungsschwerpunkt verortet. Dass die Urologie die ältesten Patienten neben der Geriatrie behandelt, ist hinlänglich bekannt, es bedeutet aber auch, dass ein spezielles Know-how über die Besonderheiten dieser häufig geriatrischen Patienten erworben werden muss, damit diese sicher, nachhaltig und erfolgreich behandelt werden können.

Das vorliegende erste Lehrbuch für Urogeriatrie möchte hier einerseits Wissen vermitteln, andererseits auch den Blick für den geriatrischen Patienten in der Urologie erweitern und sämtliche relevanten Erkrankungen mit ihren diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen aus dem Blickwinkel auf den vulnerablen und von Chronifizierung und Autonomieverlust bedrohten, in der Regel über 75 Jahre alten Patienten betrachten.

Besondere Berücksichtigung finden geriatrische Syndrome, die mit ihren Folgen in die Urologie und die hier etablierten Therapien hereinreichen. Als Beispiel mag das geriatrische Syndrom „Sturz“ gelten, das nicht nur durch eine Harninkontinenz oder ein Prostatakarzinom selbst, sondern auch durch ZNS-gängige Anticholinergika, durch eine Sarkopenie unter Androgenentzug oder eine Polyneuropathie unter einer Antikörper- oder Chemotherapie urologische Relevanz erhält.

So soll das vorliegende Lehrbuch Nichturologen über dieses neue Segment der Urologie informieren, den Horizont des Urologen erweitern helfen und damit auch berufspolitisch gesehen einer sachlichen Notwendigkeit im Zuge des demographischen Wandels Rechnung tragen.

Witten
im Februar 2020

Prof. Dr. med. Andreas Wiedemann

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Demographie und Berufspolitik	3
2.1	Situation stationär	5
2.2	Situation ambulant	6
2.3	Die Fachdisziplin Urologie hat es nicht leicht	9
2.4	Komorbiditäten haben großen Einfluss auf Therapieerfolg	10
	Literatur	12
3	Besonderheiten des geriatrischen Patienten	15
3.1	Definition des geriatrischen Patienten	15
3.2	Multimorbidität und Multimedikation	18
3.3	Die geriatrischen I's	21
	Literatur	24
4	Assessments für den Urologen	27
4.1	Assessments allgemein	27
4.2	Geriatrische Assessments	29
4.2.1	Geriatrisches Eingangsscreening (Stufe 1 des geriatrischen Assessments nach AGAST)	29
4.2.2	Geriatrische Basisassessments (Stufe 2 des geriatrischen Screenings nach AGAST)	33
	Literatur	55
5	Urogeriatrisches Syndrom: Harninkontinenz	57
5.1	Einleitung	57
5.1.1	Multimorbidität, Multimedikation und Inkontinenz	58
5.1.2	Ultrastrukturelle Altersveränderungen der Harnblase	59
5.1.3	Alterserkrankungen mit Einfluss auf die Harnblase	60
5.2	Diagnostik	60

5.3	Therapie	61
5.3.1	Therapie der Belastungsinkontinenz	63
5.3.2	Therapie der überaktiven Blase bei älteren Patienten	64
5.3.3	Therapie der Überlaufinkontinenz	70
5.4	Besondere Formen	70
5.4.1	Neurogene Harninkontinenz	70
5.4.2	Extraurethrale Inkontinenz	71
	Literatur	72
6	Urogeriatrisches Syndrom: Blasenentleerungsstörung	77
6.1	Subvesikale Obstruktion	80
6.1.1	Benignes Prostatasyndrom	80
6.1.2	Prostatakarzinom	86
6.1.3	Harnröhrenenge, Meatusenge	86
6.1.4	Blasenhalsenge	88
6.1.5	Deszensus genitalis/Prolaps	88
6.1.6	Obstipation/Skybala	89
6.1.7	Funktionelle subvesikale Obstruktion durch eine fehlende Sphinkterrelaxation (z. B. Detrusor-Sphinkter- Dysfunktion bei Multipler Sklerose)	89
6.2	Detrusoratonie	90
	Literatur	92
7	Katheterableitung beim geriatrischen Patienten	95
7.1	Katheterableitung bei Blasenentleerungsstörung	95
7.2	Katheterableitung bei Inkontinenz	98
7.3	Komplikationen der Harnblasenlangzeitdrainage	98
7.4	Suprapubisch oder transurethral	102
7.5	Vor- und Nachteile der Katheterarten	103
	Literatur	106
8	Urogeriatrisches Syndrom: Makrohämaturie	107
8.1	Strukturiertes Vorgehen bei Makrohämaturie	111
	Literatur	113
9	Urogeriatrisches Syndrom: Sturz	115
9.1	Ursachen	116
9.2	Harninkontinenz und Sturzneigung	117
9.2.1	Inkontinenzart und Stürze	117
9.2.2	Schweregrad einer Harninkontinenz und Stürze	118
9.3	Anticholinergika und Stürze	118
9.4	Antidementiva, überaktive Blase und Stürze	119
9.5	Anticholinergika und Kognition	120
	Literatur	121

10 Urothelkarzinom der Harnblase beim geriatrischen Patienten	125
10.1 Das oberflächliche Harnblasenkarzinom (NMIBC).....	125
10.2 Das muskelinvasive Harnblasenkarzinom (MIBC)	130
10.3 Therapie des fortgeschrittenen oder metastasierten Urothelkarzinoms der Harnblase	136
Literatur.....	139
11 Prostatakarzinom beim geriatrischen Patienten	141
11.1 Natürlicher Verlauf, Screening, Behandlungsindikationen	145
11.2 Behandlungsstrategien	148
11.2.1 Active Surveillance	148
11.2.2 Watchful Waiting	149
11.2.3 Kurative Therapie.....	149
11.2.4 Therapie des PSA-Rezidivs nach kurativ intendierter Therapie	150
11.2.5 Palliative Therapie	151
Literatur.....	166
12 Erkrankungen des äußeren Genitales	173
12.1 Mann mit	173
12.1.1 Phimose	173
12.1.2 Paraphimose.....	174
12.1.3 Balanitis	175
12.1.4 Hydrozele.....	176
12.1.5 Epididymitis.....	177
12.1.6 Atherome	179
12.1.7 Peniskarzinom	180
12.1.8 Meatusstenose	181
12.1.9 Mykosen.....	182
12.2 Frau mit	184
12.2.1 Kraurosis vulvae.....	184
12.2.2 Meatusstenose	184
12.2.3 Harnröhrenkarunkel.....	185
13 Harnwegsinfekte beim geriatrischen Patienten	187
13.1 Unkomplizierte Harnwegsinfektionen.....	190
13.2 Xanthogranulomatöse Pyelonephritis	191
13.3 Obstruktive Pyelonephritis.....	191
13.4 Akute Prostatitis.....	193
13.5 Akute Epididymitis	195
Literatur.....	196
14 Delir und urologische Operationen	199
Literatur.....	203

15 Nierenzellkarzinom beim geriatrischen Patienten	205
15.1 Epidemiologie, Risikofaktoren, Stadieneinteilung, Scores	205
15.2 Chirurgische Therapie	209
15.3 Systemtherapie des metastasierten Nierenzellkarzinoms	212
15.3.1 Tyrosinkinase-Inhibitoren	212
15.3.2 Kombinationstherapien/Checkpoint-Inhibitoren	214
15.3.3 VEGF-Inhibitoren	215
15.3.4 mTOR-Inhibitoren	216
Literatur	217
16 Nächtliches Polyuriesyndrom	219
Literatur	222
17 Testosteronmangel	223
Literatur	226
18 Perioperatives Management, Entlassung, Rehabilitation	227
18.1 Perioperatives Management	227
18.2 Entlassung	229
18.3 Rehabilitation	231
Literatur	231
Stichwortverzeichnis	233

Über den Autor



Prof. Dr. med. Andreas Wiedemann studierte an der Universität in Essen Medizin und promovierte über Enteritiden, die durch *Campylobacter jejuni* hervorgerufen werden. Bereits seit 2006, als Chefarzt der Urologie in Witten, engagiert sich Prof. Dr. med. Wiedemann für den geriatrischen Bereich. Neben vielen Zusatzspezifikationen (spezielle urologische Chirurgie, Andrologie, Medikamentöse Tumorthherapie etc.) hat Herr Prof. Dr. med. Wiedemann zahlreiche Auszeichnungen erhalten. Seit 2017 ist Prof. Wiedemann als Professor der Uro-Geriatrie in Witten/Herdecke tätig und Herausgeber (*Geriatric Urology*) sowie Mit-Herausgeber (*Geriatrics-Report*) zahlreicher Paper.

Grenzgebiete sind spannend – über diese allgemeingültige Aussage hinaus setzt sich seit etwa 2 Jahren in der Urologie die Erkenntnis durch, dass die demografische Entwicklung nicht nur allgemeine Anpassungen des Faches Urologie erfordert, sondern auch eine radikale Neuausrichtung. Immer häufiger beschleicht Urologen das unguete Gefühl, dass die bisherige Schwerpunktsetzung in ihrem Fach nicht immer ganz richtig und häufig auch Industrie-getriggert war. So ist – wenn man die Themenwahl der Jahrestagung der Dt. Gesellschaft für Urologie als Gradmesser akzeptiert – eine besondere Fokussierung auf das Prostatakarzinom zu beobachten. 2018 beschäftigten sich nicht weniger als 23 Sitzungen (ungefähr so viele wie der Rest der Sitzungsthemen zusammen) mit diesem häufigsten Karzinom des Mannes – besonders mit dem metastasierten Prostatakarzinom und robotischen Operationen. Hier muss die Frage erlaubt sein, ob diese Themenkonzentration wirklich ein wissenschaftliches Interesse widerspiegelt oder auch an den neuen Antiandrogenen und Antikörpern liegt. Wo solche Industrieinteressen vorliegen, gibt es natürlich auch Studien, Studiengelder, Studienergebnisse, Prüfärzte, Symposien... Eine ähnliche Entwicklung scheint nach Auffassung des Autors beim metastasierten Urothel-Karzinom vorzuliegen: Es kommt gerade jetzt wieder in die Schlagzeilen, wo hochpreisige Antikörper für metastasierte Stadien verfügbar sind, deren Jahrestherapiekosten bei 120.000 EUR liegen. Und – provokant formuliert – bei der Vielzahl an solchen Antikörpern, Tyrosin-Kinase-Inhibitoren und Checkpoint-Inhibitoren für das metastasierte Nierenzellkarzinom munkelt man bereits, dass alle Patienten in Deutschland in solchen zulassungsgerechten Stadien mittlerweile in Studien eingeschlossen und gar nicht mehr für eine „freie“ Therapie verfügbar sind.

Auf der anderen Seite wird die demografische Entwicklung gerade uns Urologen zwingen, unsere Behandlungskonzepte zu erweitern bzw. anzupassen. Den „geriatrischen Patienten“ als vulnerabel zu begreifen, die Nebenwirkungen der urologischen Standardtherapieschemata mit diesem Fokus zu berücksichtigen

und Funktionszustände bzw. -defizite genauso zu messen und in die urologische Kommunikation einzubinden, wird die Herausforderung der Zukunft sein. So müssten nach der festen Überzeugung des Autors viele Tumorkonferenzempfehlungen, Beckenbodenkonferenzbeschlüsse und -protokolle umgeschrieben werden. Nicht nur das TNM-Stadium des Tumors und die glomeruläre Filtrationsrate sind zu berücksichtigen, der PSA-Wert und seine Anstiegsgeschwindigkeit, sondern auch die Funktionalität des Patienten. Hier wären die Anwendung und Kommunikation von geriatrischen Assessments auch in der Urologie ein „Muss“. Vielfach finden sich bei Therapieempfehlungen in Tumor- oder Beckenbodenkonferenzen auch die Besonderheiten der Polypharmazie des geriatrischen Patienten und das spezifische Nebenwirkungsprofil der vorgesehenen Therapien nur ungenügend berücksichtigt. Stichworte sind hier die Förderung einer Sturzneigung etwa durch ZNS-gängige Anticholinergika, durch eine Anämie, kognitive Verschlechterung und Sarkopenie verursachenden Androgenentzug oder die Mobilitäts-reduzierende Therapie mit Antikörpern, die eine Polyneuropathie verursachen.

Mittlerweile scheint das Thema „Uro-Geriatrie“ auch in den Köpfen von Mandatsträgern angekommen zu sein. Als Beispiele hierfür sei der Auftrag des Präsidiums der DGU an den Autor genannt, einen „Arbeitskreis geriatrische Urologie“ aus der Taufe zu heben. Das rege Interesse von Kollegen aus Klinik und Praxis belegt einerseits an dieser Stelle das Ringen um eine hochqualifizierte Betreuung des geriatrischen Patienten bzw. um einen Wissenstransfer zwischen Geriatrie und Urologie. Auch die Förderung einer neuen Leitlinie zu einem klassischen uro-geriatrischen Thema, der Hilfsmittelversorgung, beweist den Willen der Fachgesellschaft, hier ein Umdenken einzuleiten.

All diese und andere Themen will das vorliegende Lehrbuch aufgreifen, ohne dabei den Anspruch auf Vollständigkeit zu stellen. Es will dem behandelnden Urologen, Geriater, Internisten und Allgemeinmediziner, schlicht allen an der Betreuung geriatrischer Patienten mit Erkrankungen auf urologischem Fachgebiet Beteiligten eine Handreichung bieten und vor allem auch zu einem Umdenken zugunsten dieser vulnerablen Patienten animieren. Die Idee zu diesem Buch entstand in Kooperation mit dem Springer-Verlag, der diesen Schwerpunkt mit der „uro-geriatrischen Arbeitsgruppe“ an der Universität/Witten Herdecke auch in der wissenschaftlichen Buchlandschaft sichtbar machen wollte. Für die bei der Entstehung des Buches gewährte Unterstützung sei an dieser Stelle gedankt.

Inhaltsverzeichnis

2.1 Situation stationär	5
2.2 Situation ambulant	6
2.3 Die Fachdisziplin Urologie hat es nicht leicht	9
2.4 Komorbiditäten haben großen Einfluss auf Therapieerfolg	10
Literatur	12

Das 20. und 21. Jahrhundert sind von einer bisher nie dagewesenen Umwälzung und Entwicklung der Demographie gekennzeichnet. Der Trend ist weltweit – in verschiedenen Geschwindigkeiten – gleich und gleichermaßen besorgniserregend. Während 1950 der Anteil der über 67-jährigen in der Bevölkerung 8 % betrug, lag er nur 50 Jahre später im Jahr 2000 schon bei 14 %, 2018 bei 19 % und wird 2050 27 % betragen. Spiegelbildlich sinkt der Anteil der unter 20-jährigen von 30 % (1950) über 21 % (2000) auf und 18 % (2018) auf 17 % (2050). Schon optisch leicht zu erkennen verändert sich die „Alterspyramide“ (Abb. 2.1) – die breite Basis der Jüngeren verändert sich hin zu einer „Alterssäule“:

Während sich allgemein der „demographische Wandel“ durch Naturkatastrophen, Kriege, Veränderungen der Geburtenrate und eine verbesserte Gesundheitsvorsorge erklären lässt, scheinen die Veränderungen in den letzten 100 Jahren in Westeuropa vor allem in einer verbesserten Hygiene (Zugang zu sauberem Trinkwasser, Reduktion von Umweltgiften, Verbesserungen bei Lebensmittel- und persönlicher Hygiene), einer reduzierten Arbeitsbelastung sowohl in der Tages- als auch Lebensarbeitszeit, einem weitgehenden Verzicht auf körperliche, gefahrenträchtige Arbeit und den Einsatz von Maschinen sowie Fortschritten auf medizinischem Sektor (Perinatal-Medizin, Impfungen, Anästhesie, Chirurgie) begründet zu sein. Ergänzend fördern persönliche

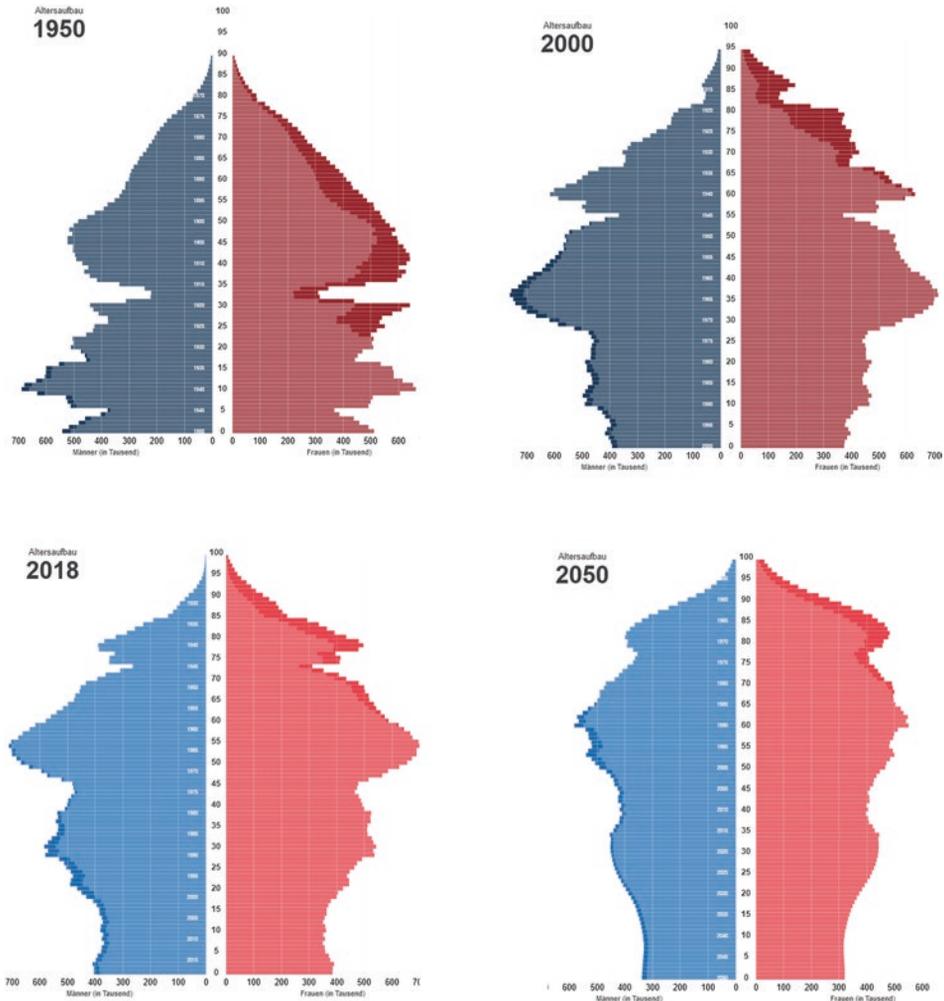


Abb. 2.1 Alterspyramide für Deutschland – Veränderungen von 1950 bis 2050. (Aus <https://service.destatis.de/bevoelkerungspyramide/#!y=2001&v=2>, Zugriff 10. 8. 2019)

Faktoren wie ein optimiertes Gesundheitsverhalten sowie eine verbesserte soziale und emotionale Intelligenz diese Entwicklung. Der Effekt der älter werdenden Bevölkerung ist in den hochentwickelten Industriestaaten am weitesten fortgeschritten, er läuft jedoch in den „Entwicklungsländern“ um einige Jahrzehnte zeitversetzt mit der gleichen Rasanzen ab. Welche Dynamik diese Entwicklung genommen hat, ist auch an einer personalisierten Betrachtung festzumachen: In der Lebensspanne eines heute 60-jährigen hat sich die Weltbevölkerung mehr als verdoppelt. Oder anders formuliert: Heute leben mehr Menschen auf der Welt, als jemals insgesamt gestorben sind.

Wichtig

Heute leben mehr Menschen auf der Welt, als jemals insgesamt gestorben sind.

Die Folge sind tiefgreifende Veränderungen und Probleme. So wird der Anteil der allein Lebenden und Pflegebedürftigen in den nächsten Jahrzehnten dramatisch steigen – bei einem sinkenden Anteil an Erwerbstätigen, die die Versorgung bzw. Pflege und deren Finanzierung übernehmen könnten. Zusätzlich zu bedenken ist der Zerfall der klassischen Familie und damit auch die Bereitschaft von Angehörigen, ehrenamtlich, unbezahlt und selbstlos Pflege zu übernehmen. Das Szenario wird von einem Heer von alleinlebenden, überwiegend weiblichen Pflegebedürftigen beherrscht werden, die von professionellen Betreuern vermutlich eher nicht persönlich und empathisch „versorgt“ werden. Die daraus resultierenden ökonomischen und politischen Verwerfungen finden häufig in einer die Hilflosigkeit anzeigenden sprachlichen Diskriminierung Ausdruck. So ist von „Altenplage“, „silver tsunami“, „Rentnerschwemme“, „sozialverträglichem Frühableben“, der „demographischen Katastrophe“, einem „Krieg der Generationen“, einer „Alterschwemme“ oder „heaven’s waiting room“ die Rede. Und in dieser Gemengelage sind die „grauen Panther“ nur der schwache Versuch, politischen Einfluss zu nehmen. Die genannte Entwicklung wird mit Sicherheit zu gesellschaftlichen Verwerfungen und Konflikten führen – der von Jüngeren entvölkerte Osten gegen den Westen Deutschlands, die mit immer höheren Abgaben belasteten Jüngeren gegen die Älteren, unterfinanzierte Krankenhäuser gegen die Politik, unterfinanzierte Niedergelassene gegen Krankenhäuser, Entwicklungsländer gegen Industrieländer...

In der Medizin sind die durch den demographischen Wandel entstehenden ökonomischen Belastungen schon heute spürbar (Abb. 2.2).

2.1 Situation stationär

Die Anzahl der über 65-jährigen an Krankenhausfällen wird steigen, ihre Verweildauer aber nur begrenzt im Vergleich mit der von jüngeren Patienten sinken. Dies ist jedoch die einzige Stellschraube, die es Krankenhäusern ermöglicht, in einem pauschalierten System die Kosten pro Fall zu senken, denn andere Einsparquellen etwa durch ein outsourcing der Apotheke, des Röntgens oder das Zusammenlegen der Küche und Medizintechnik mit dem Nachbarkrankenhaus sind längst schon „ausgelutscht“. Daten aus der Urologie liegen bisher nur punktuell vor: Schon jetzt beträgt der Anteil der Älteren an denen der stationären Patienten nahezu die Hälfte aller stationär Behandelten (Abb. 2.3).

Dabei liegt die Verweildauer (Abb. 2.4) aller über 75-jährigen Patienten rund 2 Tage über der der Gesamtheit aller urologischen Patienten in der gleichen Abteilung; die Verweildauer der über 75-jährigen, die laut einer gesetzlichen Vorgabe seit 2015 mit einem geriatrischen Eingangsscreening (ISAR-Screening, Identification of Seniors At Risk [1, 2]) als solche „mit geriatrischem Handlungsbedarf“ diskriminiert wurden, liegt rund einen Tag über dem der Gleichaltrigen „ohne geriatrischen Handlungsbedarf“ [3].

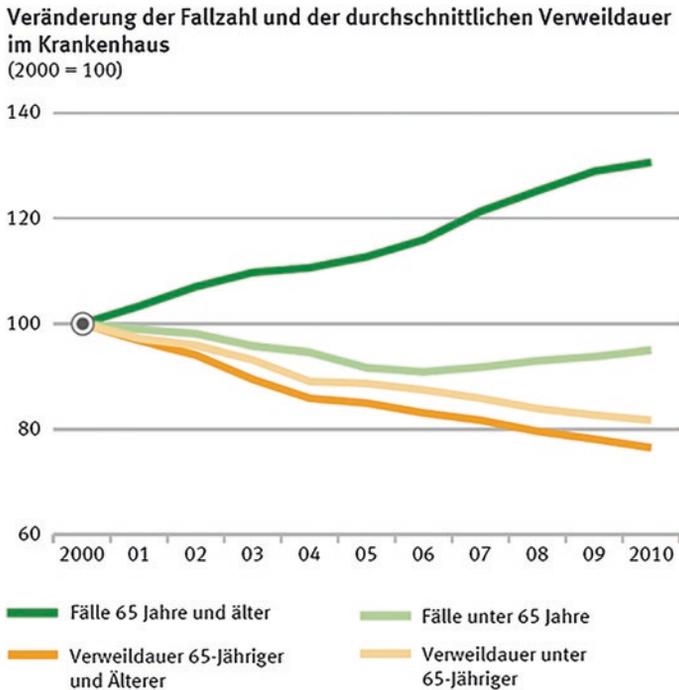


Abb. 2.2 Krankenhausverweildauer und Alter. (Aus https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitszustand-Relevantes-Verhalten/Publikationen/Downloads-Gesundheitszustand/gesundheits-im-alter-0120006109004.pdf?__blob=publicationFile&v=3, Zugriff 10. 8. 2018)

2.2 Situation ambulant

Im ambulanten Sektor wird die Bedeutung für das Fach Urologie besonders deutlich. Nach dem Chefstatistiker des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung, Dr. Dominik Graf von Stilfried, hat die Urologie den größten Anteil an über 65-jährigen Patienten in der Praxis – dieser Anteil wird in den nächsten Jahren um einen zwei-stelligen Betrag steigen (Abb. 2.5).

Fazit

Die genannten Faktoren bedingen die Notwendigkeit zur Hinwendung zum älteren Patienten – und hier insbesondere zum geriatrischen Patienten, seinen Besonderheiten und Herausforderungen. Dies kann aber nicht nur mit der Eröffnung von Pflegeheimen,

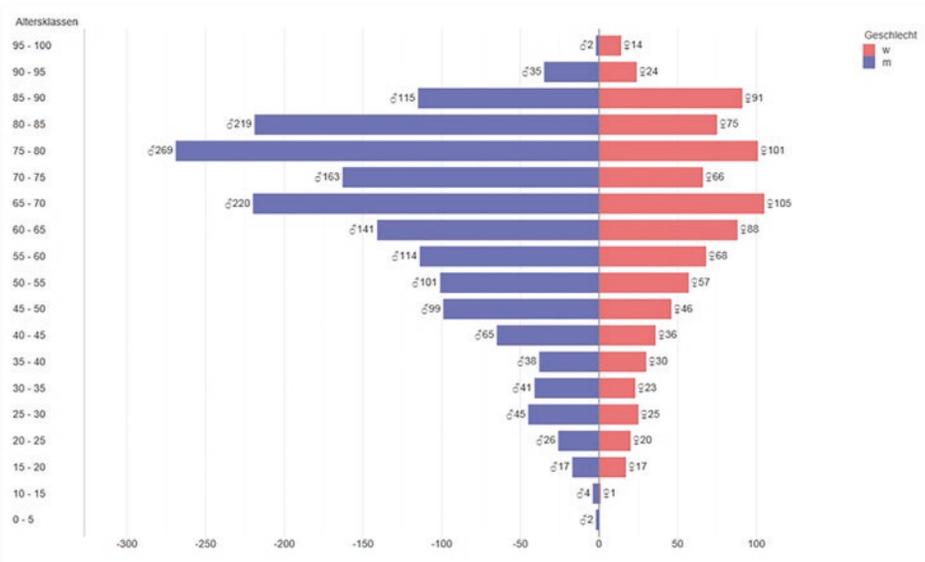


Abb. 2.3 Altersverteilung der stationären Patienten in der Urologie des Ev. Krankenhauses Witten gGmbH im Jahr 2018. (© Wiedemann 2020, All Rights Reserved)

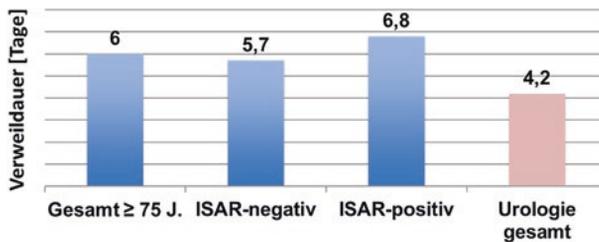


Abb. 2.4 Verweildauer in Tagen in der urologischen Klinik des Ev. Krankenhauses Witten gGmbH; Gesamtheit aller Patienten 4,2 Tage, aller über 75-jährigen 6 Tage, „ISAR-positive“ Patienten 6,8 Tage (s. Text) [3]. (© Wiedemann 2020, All Rights Reserved)

ambulanten Pflegediensten und der Erweiterung bestehender und Etablierung neuer geriatrischer Abteilungen erfolgen.

Auch das ist zwar eine der Folgen des demographischen Wandels, dennoch wird der geriatrische Patient auch

- wegen seiner Harnverhaltung, Makrohämaturie oder Harninkontinenz in der Urologie,
- wegen seines Katarakts in der Augenheilkunde oder
- wegen seiner Schenkelhalsfraktur in der Chirurgie behandelt werden müssen.

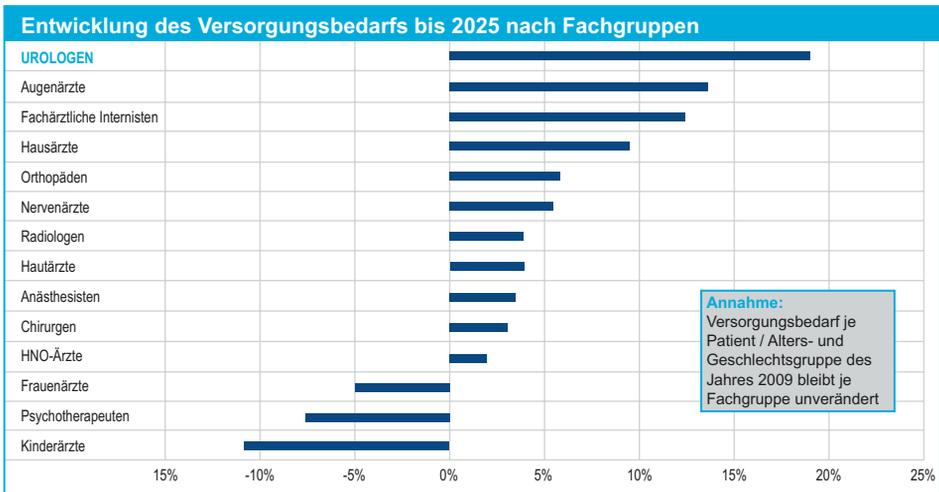
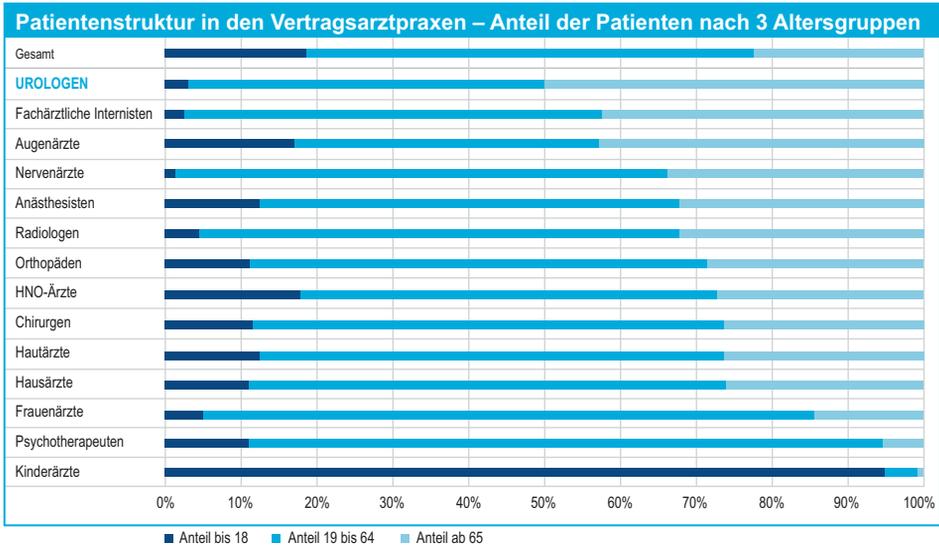


Abb. 2.5 Anteil der über 65-jährigen Patienten in der urologischen Praxis (1. Zeile) und deren Entwicklung. (Modifiziert nach D. Stülfried, aus https://www.zi.de/fileadmin/images/content/PDFs_alle/Fallzahlentwicklung-Urologie_2012_09_29.pdf)

Hier ist die „geriatrische Mitbetreuung“ sicher nur das Feigenblatt für die primär Behandelnden; sie ist schon aus personellen Ressourcen der vorhandenen geriatrischen Abteilungen auch gar nicht gewünscht bzw. leistbar. Die politischen Bemühungen mit dem Auftrag, „Geriatric-Verbände“ zu gründen, zielt hier zwar in die richtige Richtung, erspart den primär behandelnden Urologen, Ophthalmologen, Unfallchirurgen oder anderen aber nicht den Erwerb eines spezifischen Know-hows über die Besonderheiten

ihrer geriatrischen Patienten und die Ausrichtung seiner fachspezifischen Therapieformen an die Besonderheiten.

Wichtig:

Geschieht hier zeitnah kein Umdenken, wird sich die medizinische Versorgung dieser Patienten nicht nur in der Urologie verschlechtern.

Hier sollten Cochrane-Daten aus der Unfallchirurgie zum Nachdenken anregen, die für eine geriatrische Mitbetreuung nach Schenkelhalsfraktur einen positiven Effekt auf Mortalität, die postoperative Funktionalität, die Notwendigkeit einer späteren Heimversorgung und die Dauer des Krankenhausaufenthaltes belegen [4]. Ob und in wie weit eine „geriatrische“ Weiterbildung der primären Interventionalisten hier zu Effekten führt, ist unbekannt.

2.3 Die Fachdisziplin Urologie hat es nicht leicht

Die Hinwendung zum geriatrischen Patienten mit einer hochqualifizierten Betreuung wird aber nicht nur aus medizinischen und sozio-ökonomischen Gründen eine Notwendigkeit für die Urologie der nahen Zukunft darstellen – sie wird auch den Stellenwert und die Standfestigkeit der Urologie im Wettstreit der verschiedenen Fachdisziplinen sichern. Die Urologie ist traditionell ein Fach, dessen Hauptthemen häufig von Kollegen anderer Fachdisziplinen „mitbehandelt“ werden. Als Beispiele hierfür sind die Harnwegsinfekte, das benigne Prostatasyndrom und viele onkologische Entitäten zu nennen. Was historisch aus einer regionalen Unterversorgung von Gebieten mit Fachärzten für Urologie entstanden sein mag, ist heute im pekuniären Wettstreit der Disziplinen häufig ein Verlustgeschäft für die Urologie geworden:

- Wegen der nicht mehr gegebenen finanziellen Refinanzierung des urologischen Röntgens wird flächendeckend nicht mehr fachspezifisch geröntgt mit der Folge, dass über kurz oder lang auch die urologische Weiterbildungsbefugnis auf diesem Sektor nicht mehr aufrecht zu halten sein wird.
- Die urologische Mikrobiologie in der Praxis ist wegen der veränderten Ausbildungsvoraussetzungen für jüngere Kollegen häufig nicht mehr erreichbar.
- Die Kinderurologie wird flächendeckend von Kinderchirurgen abgedeckt.
- Ein „ambulantes Operieren“ ist durch unerfüllbare bauliche und instrumentelle Hygiene-Voraussetzungen kaum noch in der Praxis darstellbar und in der Klinik häufig ein Verlustgeschäft.
- Die urologische ambulante (flexible) Zystoskopie steht im Moment wegen der nicht kostendeckenden Bezahlung zur Debatte.
- Das benigne Prostatasyndrom und die gesetzliche Vorsorge wird durch Hausärzte häufig ohne ein PSA-gestütztes Screening „abgedeckt“.
- „Uro-Gynäkologen“ beanspruchen die Harninkontinenz der Frau für sich.

- Onkologen vereinnahmen die konservative Behandlung der urologischen Karzinome...

Hier ist diese Entwicklung einer „entblättern Kernurologie“ noch nicht zu Ende: So könnte ein Szenario, in dem Radiologen die MRT-gestützte Prostatastanzbiopsie durchführen, vielleicht schon bald Realität werden. Wie weit diese Entwicklung gediehen ist, mag die Einsicht in die Homepage eines Röntgeninstituts zeigen, die ein „Prostatazentrum“ mit einer „ärztlichen Direktorin für Diagnostik“ bewirbt: der Urologe als (noch) notwendiger verlängerter Arm des Radiologen... (<https://www.groenemeyerinstitut.de/standorte/bochum/leistungen/diagnostisches-prostata-zentrum/>).

Betrachtet man parallel dazu die Entwicklung, dass der PSA-Wert nicht mehr automatisch zu einem Prostata-Karzinom-Screening gehört und an seinen Einsatz auch in den Leitlinien der Dt. Gesellschaft für Urologie Bedingungen geknüpft ist, werden diese Faktoren zu einer sinkenden Anzahl an urologischen Prostatabiopsien, vom Urologen gestellten Prostata-Karzinom-Diagnosen und -Therapien führen. Dies ist schon jetzt abzulesen an der Entwicklung der Prostatastanzbiopsien in Ländern, in denen der PSA-Wert nicht mehr generell im Prostata-Karzinom-Screening empfohlen wird. Die Anzahl der Stanzbiopsien sinkt in 5 Jahren um die Hälfte, der Anteil der signifikanten Prostata-Karzinome mit einem Gleason-Score von ≥ 8 steigt von 18 % auf 32 % (Abb. 2.6). Sollte sich hier etwa der Vorwurf an die urologische Gemeinde beweisen, dass das bisherige Prostata-Karzinom-Screening nur insignifikante, nicht lebensbedrohliche Karzinome zu Tage fördert, die dann mit einer Übertherapie, die zu Komplikationen und irreparablen Folgeerscheinungen führt, überzogen werden?

Dass dabei diese Hinweise von Kritikern des PSA-gestützten Screenings des Prostatakarzinoms in Zukunft nicht so leicht wegzuwischen sein werden, machen Cochrane-Analysen wie die von Dragan Ilic deutlich, die allenfalls einen schmalen Benefit des PSA-Screenings für das krebspezifische Überleben, aber nicht für das Gesamtüberleben auf Kosten einer nicht unerheblichen Morbidität der Diagnostik und Therapie (Sepsis, Inkontinenz und Impotenz) attestieren [6]. Dies führt zu Publikationen wie der von Niklas Keller im Ärzteblatt, in der vom Schaden des PSA-Screenings die Rede ist (<https://www.aerzteblatt.de/archiv/197100/PSA-Screening-Moeglicher-Nutzen-und-Schaden>). Wie immer fällt die Aufmerksamkeit für den Artikel weit größer aus als für den Antwortbrief der Deutschen Gesellschaft für Urologie.

2.4 Komorbiditäten haben großen Einfluss auf Therapieerfolg

Dass unabhängig von berufspolitischen Aspekten in dieser Diskussion nicht so sehr das urologische Denken in TNM-, PSA- und „Anteil-an-positiven-Stanzen“-Denken entscheidend ist, sondern viel mehr die Komorbiditäten und damit die Besonderheiten des geriatrischen Patienten, lehren uns dabei Untersuchungen wie die von Peter Albertsen, der durch die Subgruppenbildung von Männern nach dem Charlson-Komorbiditäten-Index sehr plastisch verdeutlichte, dass das gesamte

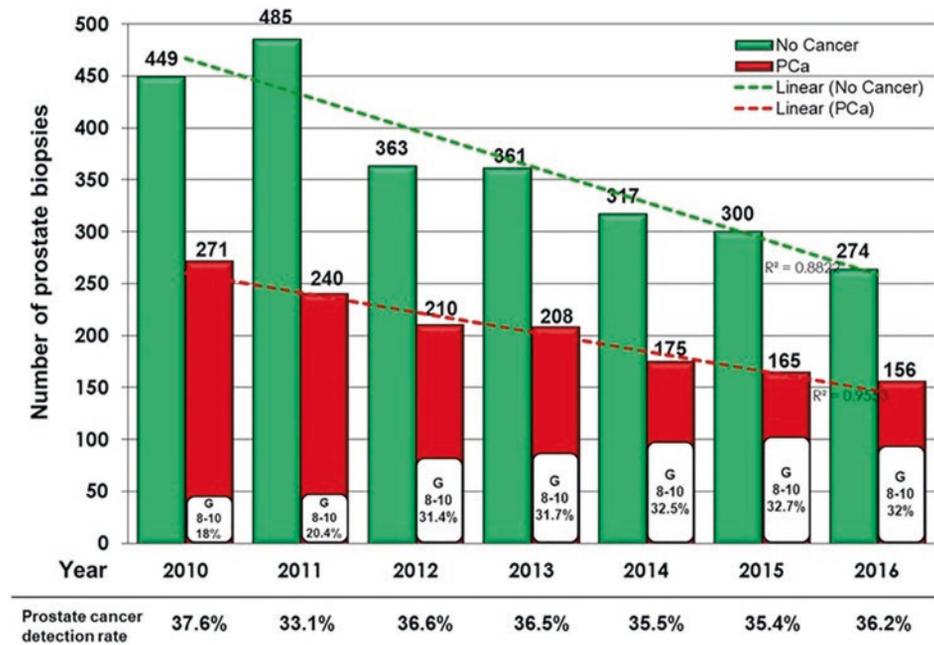


Abb. 2.6 Anzahl der Prostatastanzbiopsien und Anteil der Gleason 8–10-Karzinome nach Wegfall der PSA-Empfehlung für das Prostata-Karzinom-Screening in Kanada, Region Montreal (Modifiziert nach Zakaria 2018 [5])

und krebspezifische Überleben viel mehr durch diese Komorbiditäten als durch Tumorcharakteristika bestimmt wird [7]. Dies macht die Beschäftigung mit den besonderen Eigenschaften des geriatrischen Patienten unumgänglich.

Wichtig:

Bei geriatrischen Patienten sind neben den Tumorcharakteristika viel mehr die Komorbiditäten entscheidend für die Prognose, als die Entscheidung zu einer Diagnostik und die Auswahl einer Therapie.

In anderen Fachbereichen ist die berufspolitische Entwicklung – so scheint es – schon weiter gediehen. Der Fachbereich der „Alterstraumatologie“ reflektiert die steigende Anzahl von Älteren in der Bevölkerung, die hohe Anzahl an sturzbedingten Frakturen auch durch ein verändertes, ebenfalls im hohen Alter „sportliches“ Freizeitverhalten vor dem Hintergrund der besonderen Anforderungen an eine Implantat-Chirurgie bei der hier oft vorhandenen Osteopenie. Alterstraumatologen berichten über Verletzungsmuster bei über 80-jährigen E-Bike-Fahrern, die sonst ausschließlich bei 30-jährigen Motorradfahrern vorkamen. Es hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass neben einer hochqualitativen fachspezifischen Versorgung auch die Berücksichtigung der „geriatrischen“ Aspekte des vulnerablen Hochbetagten geboten ist. Nicht die Beweglichkeit eines

Gelenkes in 3 Ebenen, sondern der Erhalt der Selbstständigkeit wird als Ziel ausgelobt. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Traumatologen und Geriatern führt hier zu messbaren Verbesserungen: der Anteil an Patienten über 75 mit Frakturen, die im Verlauf intensivmedizinisch betreut werden mussten, lag vor der Gründung eines alterstraumatologischen Zentrums bei 20,7 %, danach bei 13,4 %; der Prozentsatz von Patienten, die während des primären Aufenthaltes starben, sank von 9,5 auf 6,5 % [8].

Es bleibt zu hoffen, dass sich parallel zu dieser Entwicklung diese Erkenntnisse auch für die in der Urologie betreuten geriatrischen Patienten durchsetzen. Entscheidend wird eine Wichtung der Erkrankungen, die Betrachtung der Auswirkungen auf Selbsthilfefähigkeit und Autonomie schon in der Frage, ob und welche Diagnostik notwendig ist und erst recht bei der Auswahl eines Therapieverfahrens sein. Diese Denkweise wird heute leider nicht in der Refinanzierung im stationären oder ambulanten Sektor berücksichtigt – im Gegenteil bleibt zu befürchten, dass die finanziellen Zwänge in einem pauschalierten System eher dazu führen, dass bestimmte Operationen oder Prozeduren trotz und unter Missachtung dieses Gedankens immer häufiger vorgenommen werden. Das Heraufsetzen der „Altersgrenze“ eines Patienten zur radikalen Prostatektomie mag hier als Beispiel gelten, die manche operativ tätigen Urologen zu der Aussage hinreißen lässt, dass es eine solche Altersgrenze wegen der ausgefeilten OP-Technik überhaupt nicht mehr gäbe.

Fazit

In diesem Spannungsfeld ist eine ausgewogene Betrachtung mit speziellem Know-how gefragt – sowohl, was die Besonderheiten des geriatrischen Patienten, als auch die Auswirkungen diverser Therapieformen betrifft.

Literatur

1. McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Trepanier S, Verdon J, Ardman O (1999) Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit: the ISAR screening tool. *J Am Geriatr Soc* 47:1229–37
2. Warburton RN, Parke B, Church W, McCusker J (2004) Identification of seniors at risk: process evaluation of a screening and referral program for patients aged ≥ 75 in a community hospital emergency department. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 17:339–48
3. Wiedemann A, Puttmann J, Heppner H (2019) The ISAR-positive patient in urology. *Aktuelle Urol* 50:100–5
4. Lin SN, Su SF, Yeh WT. 2019. Meta-analysis: effectiveness of Comprehensive Geriatric Care for Elderly Following Hip Fracture Surgery. *West J Nurs Res*:193945919858715
5. Zakaria AS, Dragomir A, Brimo F, Kassouf W, Tanguay S, Aprikian A (2018) Changes in the outcome of prostate biopsies after preventive task force recommendation against prostate-specific antigen screening. *BMC Urol* 18:69