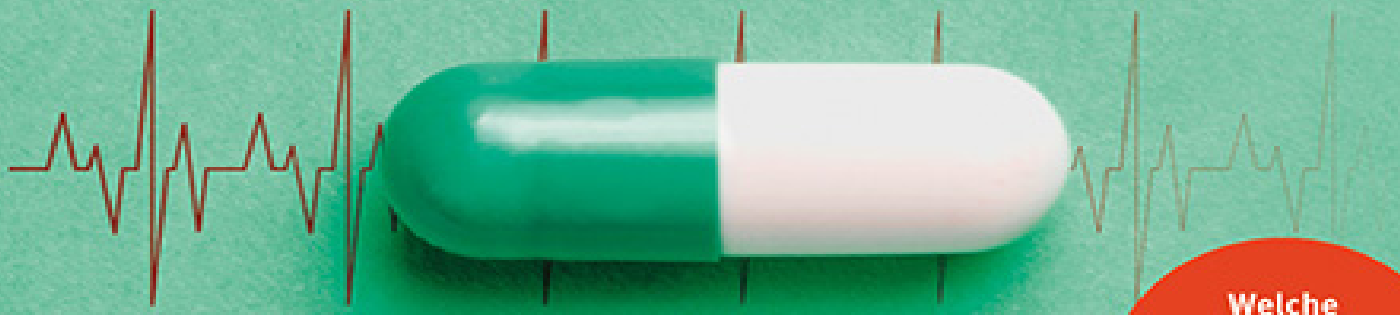


**SPIEGEL
Bestseller-
Autor**

**WERNER
BARTENS**



Welche
Therapiemethoden
wirklich helfen
und worauf wir
verzichten sollten

IST DAS
MEDIZIN
ODER
**KANN DAS
WEG?**

GRÄFE
UND
UNZER

EDITION

Hinweis zur Optimierung

Unsere eBooks werden auf kindle paperwhite, iBooks (iPad) und tolino vision 3 HD optimiert. Auf anderen Lesegeräten bzw. in anderen Lese-Softwares und -Apps kann es zu Verschiebungen in der Darstellung von Textelementen und Tabellen kommen, die leider nicht zu vermeiden sind. Wir bitten um Ihr Verständnis.

Impressum

© eBook: 2021 GRÄFE UND UNZER VERLAG GmbH, Postfach 860366, 81630 München

© Printausgabe: 2021 GRÄFE UND UNZER VERLAG GmbH, Postfach 860366, 81630 München



EDITION

Gräfe und Unzer ist eine eingetragene Marke der GRÄFE UND UNZER VERLAG GmbH, www.gu.de

Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, sowie Verbreitung durch Bild, Funk, Fernsehen und Internet, durch fotomechanische Wiedergabe, Tonträger und Datenverarbeitungssysteme jeder Art nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlages.

Projektleitung: Simone Kohl

Lektorat: Ulrich Wank

Covergestaltung: FAVORITBUERO, München

eBook-Herstellung: Laura Denke

 ISBN 978-3-8338-8163-3

1. Auflage 2021

Bildnachweis

Coverabbildung: Shutterstock (sventlicniy Igor)

Klappe innen: Petra Ender

Syndication: www.seasons.agency

GuU 8-8163 10_2021_01

Unser E-Book enthält Links zu externen Webseiten Dritter, auf deren Inhalte wir keinen Einfluss haben. Deshalb können wir für diese fremden Inhalte auch keine Gewähr übernehmen. Für die Inhalte der verlinkten Seiten ist stets der jeweilige Anbieter oder Betreiber der Seiten verantwortlich. Im Laufe der Zeit können die Adressen vereinzelt ungültig werden und/oder deren Inhalte sich ändern.

Die GU-Homepage finden Sie im Internet unter www.gu.de

 www.facebook.com/gu.verlag

GRÄFE
UND
UNZER

Ein Unternehmen der
GANSKE VERLAGSGRUPPE

Jeder Arzt würde im privaten Gespräch zugeben, dass viele Patienten zu viel Medizin bekommen. Öffentlich sagen das wenige. Dabei ist die ausufernde Anwendung gefährlicher Diagnostik und Therapie eine Bedrohung für Patienten. Längst gibt es dafür die Begriffe Überdiagnostik und Übertherapie. Das heißt: Harmlose Veränderungen im Körper werden erkannt und behandelt, von denen die Menschen nie etwas bemerkt hätten. Man muss sich an den Gedanken gewöhnen, dass viel Medizin viel schaden kann. Warum übereifrige Diagnostik und Therapie gefährlich sind, zeigt der PSA-Test auf Prostatakrebs. Er ist ungenau, zudem wachsen viele Tumore so langsam, dass sie nie gefährlich würden. Daher gilt die Hälfte der Prostatakrebsfälle als überdiagnostiziert. Das hat Folgen: Mehr als 20 Prozent der Männer werden impotent oder inkontinent durch OP oder Bestrahlung – weil sie gegen etwas behandelt wurden, das nie Beschwerden verursacht hätte. Zu viel Medizin hat sie erst krank gemacht. Werner Bartens, Arzt und einer der einflussreichsten Medizinpublizisten in Deutschland, stellt der Heilkunde eine präzise Diagnose, immer geleitet von der Frage, was wirklich notwendig ist: Ist das Medizin, oder kann das weg? Er hinterfragt die hohe Kaiserschnitttrate, Kniespiegelungen, den Umgang mit Rückenschmerzen, Totaloperationen bei Frauen und die vorschnelle Gabe von Antibiotika. Oft zeigt sich, dass weniger (oder gar nichts) die bessere Therapie ist. Bartens bleibt aber nicht bei der Diagnose, sondern zeigt Wege auf, wie Ärzte und Patienten der »Mehr-ist-besser«-Falle in der Medizin entkommen.

DIE ÄRZTE MEINER KINDHEIT

„Ohne Betäubung?“ Mein Großonkel konnte es nicht fassen. Er hatte einige Jahre in russischer Kriegsgefangenschaft zugebracht und wusste, was Menschen aushalten können. „So ein Hund!“ Mit dem Hund war der Arzt gemeint, der schnörkellos vorging, nachdem ich im Alter von 13 Jahren einen Pfosten mit dem Vorschlaghammer in den Boden rammen wollte, was leider schiefging. Dabei war der Plan gut gewesen. Ich hatte vor, im Garten eine Begrenzung für den Kompost zu bauen. Den Pfosten hielt mein Schulfreund Ralf, in der Schule ein Physik-Genie, im Alltag aber nur mäßig praktisch veranlagt.

Ralfs geschultem Auge für Geometrie fiel irgendwann auf, dass der Pfosten schief stand. Leider bemerkte er das erst, als ich schon ausgeholt hatte. Deshalb korrigierte er die Position des schon im Boden steckenden Holzpahls mit einem Tritt. Der Pfosten bewegte sich eine Handbreit in meine Richtung. Prima, der Pfosten stand jetzt gerade, doch meine linke Hand, die ich nahe am Hammerkopf hielt, geriet dadurch zwischen den Pfosten und den nach unten sausen den Hammer – zumindest der linke Zeigefinger, der den Holzstiel an der Unterseite des Schlagwerkzeugs hielt.

Schon bald bildete sich eine Quetschwunde am Zeigefinger, die sich erst rot, dann blau färbte und schließlich nach Kompost aussah. Mein Finger fühlte sich taub an, er blutete, pochte, hämmerte und brannte, alles gleichzeitig. Auch seine Umrisse sahen nicht mehr so aus wie vorher. Ein münzgroßer Hautlappen hing seitlich hinunter.

Meine Mutter, die gerade dabei war, Obst einzukochen, schreckte hoch und fuhr mit mir sofort zu unserem Hausarzt in den Nachbarort. Diesmal musste ich nicht lange warten, bis ich drankam. Im Arztzimmer vereiste der Doktor das Fingerglied mit Kältespray, dann schnitt er kurzerhand den herunterhängenden Hautlappen ab. Ohne Betäubung. Ich schaute der Behandlung interessiert zu, als ob es sich nicht um meinen eigenen Finger handeln würde, der da verarztet

wurde. Die Prozedur dauerte nicht mal zwei Minuten. Und um ehrlich zu sein: Es hat kaum wehgetan. Vermutlich war der Finger von dem Schlag bereits betäubt genug. Die Narbe, die davon zurückblieb, war ein paar Monate später kaum noch zu erkennen.

Die Ärzte meiner Kindheit waren beeindruckend. Manche von massiger Statur, alle aber immer auf einschüchternde Weise kompetent und gelassen. Nie habe ich einen von ihnen hektisch erlebt. Sie schienen inmitten des größten Trubels in sich zu ruhen, vermutlich waren sie das ländliche Vorbild für die Notfallmediziner in „Emergency Room“. Dabei war das Wartezimmer ihrer Dorfarztpraxen eigentlich immer voll, es gab fast nie freie Plätze und manchmal musste man als Kind ein paar Minuten stehen, bis ein Stuhl geräumt wurde. Dort saßen die vielen anderen Patienten, die ich immer argwöhnisch musterte, weil sie gemeinerweise vor mir drankamen.

Jedes Mal, wenn einer der Wartenden aufgerufen wurde, zählte ich nach, wie viele es noch waren. Manchmal schien einer vor uns dranzukommen, obwohl er erst später im Wartezimmer erschienen war. Blasse und Blutende waren unter den Wartenden, auch Bauarbeiter oder Bauern, die in Gummistiefeln von ihrer Arbeit auf dem Feld kamen. Andere hielten sich den Arm oder den Bauch, aber die meisten sahen normal aus, sodass man ihnen ihre Beschwerden nicht ansehen konnte. Ich fragte mich, „was denen wohl fehlt“, wie meine Mutter es ausdrückte. „Was sie hatten“, sagte ich dazu – so kannten wir es vom Fußball, wenn einer „markierte“ und nur so tat, als ob er hart gefoult worden war, und ihm gar nichts weh tat. „Weitermachen, der hat nichts“, hieß es dann.

War man endlich an der Sprechstundenhilfe vorbei ins Arztzimmer vorgedrungen, betrat man eine andere Welt. Hier war keine Unruhe und kein Geraschel der bunten Zeitschriften mehr zu hören. Erst war man alleine ohne Arzt, umgeben von weiß lackierten Schränken mit Glastüren.

Irritierend war das klebrige Kunstleder auf den Hockern und Liegen. Es war dunkelbraun oder dunkelgrün und manchmal bröckelte es am Rand. In den Glasschränken waren Spritzen und Instrumente, von denen ich hoffte, dass sie nicht zum Einsatz kommen würden.

Dann Auftritt: Herr Doktor. Unser Hausarzt war ein beleibter Mann, bei dem der liebe Gott vergessen hatte, einen Hals zwischen Kopf und Oberkörper zu schrauben, und den meine Mutter ehrfürchtig mit „Herr Doktor“ ansprach, immer ohne Nachnamen. „Herr Doktor“ hier, „Herr Doktor“ da. Doch Herr Doktor hatte die Ruhe weg. Egal, wie viele Patienten draußen warteten und wie sehr meine Mutter ihn löcherte.

Wenn sie wortreich darüber klagte, dass ich so oft erkältet sei und dieser „olle Husten“ nicht verschwinden würde, erzählte der Arzt in ernsten Worten eine Geschichte, die meine Mutter zum Verstummen bringen sollte. Der Hausarzt war auch mal klein gewesen. „Wir sind als Kinder bei fünf Grad durch die Oder geschwommen“, sagte er und machte eine Pause. „Auf der Flucht. Die Russen keine fünf Kilometer hinter uns.“

Ich wusste nicht, was die Russen mit meiner Erkältung und dem ollen Husten zu tun hatten, außerdem war ich im Schwimmverein, insofern beeindruckte mich seine Flussdurchquerung nicht besonders. Und wenn die Russen noch fünf Kilometer weg waren, war der Vorsprung so knapp auch wieder nicht. Aber meine Mutter verstand das Signal. Es sollte wohl bedeuten: Nicht so anstellen, es gibt Schlimmeres.

Hatte ich Bauchweh, sagte der Doktor „Geht wieder weg“ und empfahl „Schonkost“. In meiner Erinnerung bestand Schonkost aus Zwieback und Kamillentee am ersten Tag, Kamillentee und Zwieback am zweiten Tag und aus Kartoffelbrei mit Möhren und Spiegelei als Aufbaukost. Es musste breiig und weich sein. Zudem sagte er gerne „Hunger ist der beste Koch“, wenn er keine ausführliche

Antwort geben wollte auf die Frage meiner Mutter, was der Junge mit seinem prekären Magen-Darm-Trakt in den Schonkosttagen „Richtiges“ essen sollte. „Wird schon wieder“, sagte er eigentlich jedes Mal. Und das ist ja nicht das Schlechteste, was ein Arzt sagen kann.

Einen Kinderarzt hatten wir nicht, da ging es uns ähnlich wie den meisten Kindern meiner Umgebung. Das hielten wir für unnötigen Luxus, den sich allenfalls „bessere Leute“ leisten würden. Außerdem: Was sollte ein Kinderarzt schon können, was der normale Arzt nicht konnte? Waren wir anders als die Erwachsenen? Schulfreund Ralf, der Physik-Experte, der meine Verletzung am Finger später mit Achsenberechnungen des Holzpfehls zu kommentieren wusste, konnte die Fähigkeiten seines Kinderarztes auch nicht erklären. Der würde „zusätzliche Untersuchungen“ machen, sagte er, wenn ich fragte; und das deutete schon schwer auf mögliche Überdiagnostik und Übertherapien hin.

Zum Zahnarzt meiner Kindheit ging ich nicht gerne, wer tut das schon? Er arbeitete ohne Handschuhe und Maske, das war damals so üblich. Allerdings muss gesagt werden, dass die Spritzen, mit denen er mein Gesicht halbseitig lähmte, im Vergleich zu heute einen unfassbar großen Durchmesser hatten. Sie taten tatsächlich teuflisch weh, weil sie erst Bruttoregistertonnen an empfindlichem Gewebe zur Seite drängen mussten, damit sich die Hohnadel in meinen Gaumen bohren konnte.

Allerdings hatte der Zahnarzt einen Vorteil. Er hörte auf den Namen „Schreier“ und machte immer den Witz, dass in seiner Praxis ausschließlich der Arzt schreit. Deshalb mussten seine Patienten nicht mehr schreien. Eine Weile glaubte ich das tatsächlich, auch wenn er eigentlich nie schrie, während er mich behandelte, sondern allenfalls streng guckte.

Ebenso vertraute ich auf unseren Zahnarzt, als ich mich im Grundschulalter davor fürchtete, dass abends Einbrecher kommen und unser Haus heimsuchen würden. Meine Mutter

zerstreute meine Sorgen, indem sie erklärte, dass es bei uns nichts zu holen gebe und sich Einbrecher überlegen würden, wen sie ausrauben und welche Beute dort zu erwarten sei. Der Zahnarzt hatte kostbare Teppiche, teure Kunstwerke und wertvolles Besteck, sodass die Einbrecher es eher dort als bei uns versuchen würden, wenn sie nicht blöd waren. Ich war beruhigt, auch wenn mich der Gedanke beschäftigte, wieso Diebe Besteck klauen sollten.

Weshalb ich von den Doktoren berichte, mit denen ich es damals zu tun hatte? Egal wie handfest, stoisch, manchmal wohl auch wenig einfühlsam diese Ärzte gewesen sein mögen – während meiner Kindheit und Jugend wäre ich nie auf den Gedanken gekommen, dass sie etwas tun könnten, was mir hätte schaden können oder auch nur unnütz gewesen wäre. Mein Vertrauen und das unserer Familie in die besten Absichten der Doktoren war unerschütterlich. Was sollten sie auch vorhaben, wenn nicht uns beizustehen und uns zu helfen, wenn es wehtat oder wir in Not waren?

Ärzte sind dazu da, um zu helfen, zu lindern und zu retten. Das ist ihre Aufgabe, und der kommen sie bei allen individuellen Schrullen und Fähigkeiten auch nach. Andere Motive zählen für sie nicht. Daran hatte ich keinerlei Zweifel. Klar, manchmal taten sie einem weh, aber dann musste es eben sein. Dass ihr Tun unnütz oder gar schädlich sein könnte, auf diese Idee kam ich nicht. Und wahrscheinlich geht es den meisten Menschen so, dass sie auf ihre Ärzte zählen und sich vertrauensvoll in ihre Hände begeben. Die Vorstellung, dass Mediziner etwas tun, das nicht im Sinne der Patienten ist, ist gewöhnungsbedürftig. Bei mir war es ein weiter Weg, bis ich diesen Gedanken zuließ.

Das muss betont werden, denn viele Ärzte handelten und handeln aus Idealismus, Nächstenliebe und ziehen tiefe Befriedigung daraus, zu helfen und anderen beizustehen. Sie opfern nicht nur die übliche Arbeitszeit, sondern manchmal auch die Nächte und Wochenenden für ihre Patienten. Viele machen Hausbesuche. Sie wissen, dass sie

nicht nur verletzte Körper heilen, sondern für viele Patienten auch der Arzt für die Seele sind, wichtiger Gesprächspartner und verschwiegener Trostspender. Sie wollen niemandem schaden oder gar Gefährliches tun.

Und die Medizin hat besonders in den letzten Jahrzehnten viel Gutes getan. Wer wie ich 1966 zur Welt kam, hatte zwar nur selten das Vergnügen, dass sein Vater bei der Geburt anwesend war. Das galt als modernes Zeug und kam nur in Ausnahmen vor. Immerhin war die Kindersterblichkeit in Europa bereits stark gesunken, sodass einem gesunden Start in die Welt wenig im Wege stand.

Es gab Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen, Aufbaumahrung für Babys und Schonung für die Mütter. Die 1950er-, 1960er- und 1970er-Jahre waren eine Epoche des rasanten Fortschritts. In diesen Jahren wurde der Herzschrittmacher entwickelt, Kernspin und Computertomografie erlaubten zuvor ungeahnte Einblicke in den Körper, in Südafrika wurde erstmals ein Herz transplantiert. Etliche Arzneimittel wurden entwickelt, die den Menschen das Leben erträglicher und sie gesünder machen würden. Etliche Medikamentenklassen wurden neu entwickelt, allein im Bereich der Blutdrucksenker und Herzmittel kamen komplette Gruppen wie die Betablocker, die Kalziumantagonisten oder die ACE-Hemmer hinzu.

Vermutlich gab es kaum eine Ära in der Medizin, in der es so viele relevante wissenschaftliche Neuerungen und Entdeckungen gab wie in den Jahren zwischen 1950 und 1980. Überdies zeigten sich die rasanten Entwicklungen schon in kurzer Zeit als konkrete Verbesserungen für Patienten und wurden direkt am Krankenbett umgesetzt und zur Routine in der ärztlichen Versorgung. Ein goldenes Zeitalter, geprägt von Techniqueuphorie, Fortschrittsglaube und Zuversicht in die nahezu unendlichen Möglichkeiten der Medizin, war angebrochen. Es dauerte allerdings nicht lange, bis die Neuerungen und Weiterentwicklungen stagnierten oder immer kleinteiliger wurden. Für diesen

Umbruch gibt es kein genaues Datum, etwa ab 1990 verstärkte sich dieser Prozess; ab dem Jahr 2000 war er immer deutlicher zu beobachten.

Auch deshalb kommt es gerade in wohlhabenden Ländern oft zu unnötigen Operationen, fragwürdigen Tests, überflüssigen Untersuchungen, schlicht: zu schlechter Medizin. Es sind Fehler im System, intransparente Strukturen und falsche Anreize, die dazu beitragen, dass Patienten manchmal die falsche Behandlung bekommen, ohne Not operiert werden oder sich fragwürdigen Prozeduren unterziehen müssen.

Vom Bestseller in die Nische

Die Pharmaindustrie hat auf die ausbleibenden Innovationen reagiert. Andrew Witty, Vorstandsvorsitzender des Arzneimittelmultis GlaxoSmithKline, erklärte 2008, dass es die Aktionäre des Unternehmens nicht länger akzeptieren würden, wenn Investitionen keinen Nutzen einbringen. Deshalb änderten etliche Konzerne ihre Strategie: Statt Forschung und Entwicklung auf Blockbuster auszurichten und Mittel zur Behandlung von Volkskrankheiten auf den Markt zu bringen, sollten verstärkt „Nichebuster“ verkauft werden: Teure, neue Medikamente für Menschen mit seltenen Erkrankungen. Da die Zielgruppe begrenzt ist, wurde sie erweitert. Häufige Leiden, darunter zahlreiche Krebserkrankungen, wurden nach dem Prinzip Salami-taktik in immer kleinere Tumorleiden aufgeteilt, bis sie als „selten“ galten. Die Politik sekundierte mit Förderprogrammen für seltene Leiden. Der Nutzenbeweis blieb jedoch auch in der Nische aus: Von 18 Medikamenten mit neuen Wirkstoffen, die 2010 in Deutschland auf den Markt kamen, erhielten nur 5 vom „Arzneiverordnungsreport“ das Etikett „therapeutisch relevant“. In Frankreich galten nur 17 von 104 Innovationen als „womöglich hilfreich“, wie das

pharmazeutische Fachmagazin „Revue Précrire“
ermittelte. Die bisherige Standardtherapie ersetzte keines
der neuen Mittel.

Patienten profitieren immer öfter nicht mehr davon, wenn neue Geräte oder Arzneimittel auf den Markt kommen. Und nach und nach zeigt sich, dass etliche Eingriffe, Operationen und Untersuchungen nicht notwendig sind, sondern aus Gewohnheit und falschen Traditionen angeordnet werden, sodass sich immer öfter die Frage stellt: Ist das Medizin – oder kann das weg?

**MÜLLTRENNUNG IN DER
MEDIZIN:
MANDELOPERATIONEN
ZUM BEISPIEL**

Was nötig ist und was überflüssig, lässt sich in der Medizin nicht immer auf Anhieb unterscheiden. Nur selten ist es so offensichtlich wie im Fall des Privatpatienten, den sein fortgeschrittener Krebs im Rachenraum nicht mehr lange würde leben lassen. Ärzte verschiedener Fachdisziplinen besprachen in der Uniklinik das weitere Vorgehen und wie sie dem Kranken helfen könnten, auch wenn keine Heilung mehr möglich war. Der hinzugezogene Mund-Kiefer-Chirurg schlug dennoch vor, das Gebiss des Patienten zu sanieren. Diese Idee hätte für den Schwerkranken nur zusätzliche Qualen bedeutet und war erkennbar finanziell motiviert. Die anderen Ärzte, die an der Besprechung beteiligt waren, verhinderten, dass der Zahnexperte tätig wurde.

In anderen Fällen ist es komplizierter. Oft gilt: Gut gemeint ist nicht gut gemacht. Die folgenden Beispiele verdeutlichen, dass Medizin viel mit Gewohnheit und falschen Erwartungen zu tun hat – und mit dem vermeintlichen Bedürfnis, unbedingt etwas tun zu müssen. Dieser Drang zur Aktivität ist längst nicht immer zum Nutzen der Patienten.

SCHLUCKEN KÖNNEN

In meiner Erinnerung ging es ganz schnell. Ich war noch nicht in der Schule, sondern vielleicht fünf Jahre alt und ging in den Kindergarten. Aber ich war schon „bei den Großen“, der letzte Jahrgang also. In meiner Erinnerung, die in diesem Alter natürlich trügerisch ist (wie später übrigens auch), war ich nur selten krank. Ab und zu hatte ich eine leichte Erkältung. Wenn ich doch mal länger erkältet war oder heftig husten musste, ging meine Mutter mit mir zum Hausarzt.

Das Wartezimmer war wie immer voll, verstaubte Topfpflanzen mit plastikglatten Blättern standen in der Ecke, meistens dauerte es zwei oder drei Stunden, bis ich

drankam. Ewigkeiten waren das. Manchmal schickte uns der Doktor mit der Empfehlung nach Hause, ich solle heiße Milch mit Honig trinken, über einem Kamillendampfbad inhalieren oder mich vor die Höhensonne setzen.

Das Dampfbad konnte ich nur schwer ertragen, denn es war am Anfang furchtbar heiß und ich musste dafür alte Handtücher über den Kopf ziehen. Anders als die weichen Frotteetücher, in die ich mich nach dem Baden hüllte, wurde zum Inhalieren nur Ausschussware benutzt, die bald als Putzlumpen verwendet werden würde. Es waren raue, schroffe Tücher, und wenn nach wenigen Minuten die Haare von der feuchten Kamillenluft seitlich an der Stirn klebten, scheuerte es auf der Haut. Die nassen Haare und das harte Handtuch: Ich hasste es. Alle 30 Sekunden lugte ich unter dem Tuch hervor und rief im Dampf nach meiner Mutter: „Wie lange noch?“

Wenn der Hausarzt keine Lust hatte, uns an die bewährten Hausmittel zu erinnern, oder meine Mutter aufgeregter war als sonst, verschrieb er mir Antibiotika gegen die Erkältung. Das war (und ist bis heute) ein Klassiker der ärztlichen Fehlbehandlung, denn auch damals war bekannt, dass Antibiotika nur gegen Bakterien helfen, nicht gegen Viren. Fast alle Erkältungsleiden mit Schnupfen, Husten, Heiserkeit werden aber von Viren ausgelöst. Rotz, Schnodder und rauer Hals verschwinden nicht schneller, wenn man Antibiotika einnimmt. Dann bilden sich nur schneller Resistenzen gegen die Medikamente. Das hat dazu geführt, dass etliche Antibiotika nicht mehr wirken, wenn sie gebraucht werden, weil etliche Bakterien resistent dagegen geworden sind.

Die Legende, dass Antibiotika bei viralen Infekten trotzdem sinnvoll sein können, um bakterielle Superinfektionen zu verhindern, stimmt auch nicht. Es ist schlicht unsinnig und gefährlich, bei Erkältung diese Arzneimittel zu geben, auch wenn sie ansonsten in vielen Bereichen der Medizin ihre Berechtigung haben und sinnvoll sind.

Ich bekam also dicke, rot-blau lackierte Tabletten, die ich „einnehmen“ sollte. Das bedeutete: schlucken. Sie glänzten angriffslustig in ihrer Lackhülle und ihr Aussehen erinnerte mich an bunte U-Boote, die bedrohlich aufgereiht neben meinem Teller lagen, weil ich sie zum Essen nehmen sollte. „Mit viel Flüssigkeit zu den Mahlzeiten“, wie es bis heute gerne in den Beipackzetteln heißt.

Antibiotika gegen grippalen Infekt - wie lange noch?

Es ist der Klassiker in der Oberstufe und im Medizinstudium. Wer es dann noch nicht kapiert hat, bekommt es in der Ärztefortbildung zu hören: Antibiotika helfen nur gegen Bakterien, nicht gegen Viren. Da fast alle banalen Atemwegsinfekte von Viren ausgelöst werden, bringt es nichts, Patienten mit Bronchitis oder Erkältung Antibiotika zu geben. Im Gegenteil: Neben akuten Nebenwirkungen wie Übelkeit, Durchfall und Unverträglichkeit drohen Resistenzen. Zudem ist die Umweltbelastung erheblich, da einige der Mittel nur langsam abgebaut werden.

Harvard-Mediziner haben untersucht, wie oft in den USA Antibiotika gegen Halsschmerzen und akute Bronchitis verordnet werden. Sie kommen zu dem ernüchternden Ergebnis, dass von 1996 bis 2010 gleichbleibend oft Antibiotika verschrieben wurden, Tendenz steigend¹.

„Obwohl es klare Beweise dafür gibt, dass sie unwirksam sind, obwohl die Richtlinien davon abraten und obwohl wir seit zwei Jahrzehnten unsere Fortbildung darauf ausrichten, dass die Antibiotika-Verordnung bei akuter Bronchitis null sein sollte, betrug die Häufigkeit in den vergangenen 15 Jahren ungefähr 70 Prozent und stieg in dieser Zeit sogar an“, sagt Michael Barnett, der an der Studie beteiligt war.

In Deutschland ist die Situation ähnlich – außer dass die Datenbasis nicht so gründlich aufgearbeitet wird wie in den USA. Ärzte hierzulande geben in 50 bis 75 Prozent der Fälle Antibiotika gegen banale Erkältungsleiden, obwohl damit Patienten nicht geholfen, sondern geschadet wird. Argumente dagegen kann man überall finden: Die Initiative „Choosing Wisely“, die gegen überflüssige Medizin zu Felde zieht, erklärt, warum Antibiotika gegen akute Bronchitis nichts ausrichten (choosingwisely.org). Und in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin wird dargelegt, dass bei Bronchitis und bis zu acht Wochen dauerndem Husten die Medikamente zu meiden sind. Erst bei einer Lungenentzündung sind Antibiotika wichtig und hilfreich. Nein, auch eine Superinfektion in Folge der Bronchitis wird durch Antibiotika nicht gelindert. Weil die Warnungen seit Jahrzehnten wiederholt werden, ist sogar den nüchternen Leitlinien Unverständnis anzumerken, warum sich am Verschreibungsverhalten nichts ändert. Der „Arzneiverordnungsreport“ vermerkt regelmäßig, dass im Vergleich zum Vorjahr mehr Antibiotika verordnet wurden und im ambulanten Bereich Atemwegsinfektionen Hauptgrund für eine Verschreibung bleiben. Lapidar merken die Autoren an: „Der Hinweis, dass im Unterschied zur Lungenentzündung akute obere Atemwegsinfektionen, vor allem die akute Bronchitis, in mehr als 90 Prozent der Fälle durch Viren ausgelöst werden und daher keine primäre Indikation für Antibiotika darstellen, bleibt wichtig und ist aktuell nochmals bestätigt worden.“

Es war eine Qual. Ich ahnte vermutlich, dass diese Torpedos aus den Laborküchen der abendländischen Pharmazie nichts in meinem Körper zu suchen hatten. Keine Chance. Ich leerte mehrere Becher Kakao, trank literweise Sprudel und Sirup, um die Filmtabletten herunterzuwürgen. Nichts

passierte, die Dinger blieben oben – oder auf dem Grund der Tasse, wo sie rot-blau schimmernd ein Farbarrangement mit den feuchten braun-schwarzen Kakaoklumpen bildeten, die immer zurückbleiben, wenn Kinder Kakao in der Tasse anrühren.

Nach etlichen vergeblichen Versuchen war der Lack ab, die Tabletten wurden grau. Sie erinnerten mich mit ihrer derangierten Hülle vorwurfsvoll daran, dass sie immer noch nicht den Weg in meinen Verdauungstrakt gefunden hatten.

Meine Mutter versuchte, die widerspenstigen Teile in Kartoffelbrei, Erdbeeren oder anderes Essen einzuschmuggeln. Früchte, Gemüse oder das Innere von Brötchen lutschte ich ab, in denen meine Mutter die Tablette versteckt hatte. Doch die Pille selbst blieb wie ein bewachter Gefangener in meiner Mundhöhle liegen, bis ich sie irgendwann ausspuckte. Ich wollte und konnte die Tabletten nicht schlucken.

Meine Mutter buchstabierte sich durch den Beipackzettel, wo mit bedrohlichem Unterton befohlen wurde, dass die Pillen „unzerkaut“ zu sich genommen werden mussten. Über Stunden zog sich diese Prozedur hin, doch ich schaffte es einfach nicht und entwickelte eine Vielfalt an Würgereizen, Globusgefühlen und beängstigenden Halszuschnür-Attacken, um den Medikamenten den Zugang zu meinem Innersten zu verwehren. Vielleicht habe ich damals intuitiv eine Skepsis gegenüber den Segnungen der Pharmaindustrie entwickelt.

Als wir das nächste Mal beim Arzt waren, weil ich zum wiederholten Male erkältet war und meine Mutter dringend eine dauerhafte Lösung für meinen empfindlichen Hals wollte, fragte der Doktor scheinbar nebenbei: „Kann er denn gut schlucken?“ Meine Mutter schüttelte vehement den Kopf. Sie hatte das Drama in endlosen Akten vor Augen, wenn ich zu Hause Kapseln, Pillen oder Tabletten einnehmen sollte.

Ich fühlte mich übergangen, bekam es aber auch nicht hin, gleich und erfolgreich zu protestieren. Eigentlich hatte

ich sagen wollen, dass meine Schluckbeschwerden nur für Tabletten gelten würden und ich sonst sehr gut beachtliche Bissen zu mir nehmen konnte und in großen Schlucken trinken. Aber es war zu spät. Mit der lebhaften Schilderung meiner Mutter war die Diagnose für den Arzt klar. Keine Chance: „Dann müssen dem Jungen die Mandeln rausgenommen werden.“

Schon bald darauf wurde ich ins Städtische Krankenhaus gebracht und teilte mir ein Sechsbettzimmer mit anderen Kindern, von denen ein gleichaltriges Mädchen nicht schlafen konnte und sich nicht trösten ließ. Die ganze Zeit weinte es und stieß mit einer Schaukelbewegung im Vierfüßlerstand den Kopf vor und zurück auf das Kissen. Die Besuchszeit war streng geregelt und betrug auch für uns Kinder im Vorschulalter eine Stunde zwischen 15 und 16 Uhr, was aus heutiger Sicht ein Wahnsinn ist, aber das ist eine andere Geschichte.

Wir wurden damit getröstet, dass es nach der Operation regelmäßig Eis geben würde, doch das Mädchen weinte und schaukelte weiter. So bekam ich früh eine Ahnung davon, wie sich Hospitalismus äußern kann – auch jenseits von Kinderheimen in rumänischen Diktaturen. Und ich verlor im zarten Alter von fünf Jahren meine Mandeln, was aus medizinischer Sicht vermutlich völlig unnötig war.

DER RASCHE GRIFF ZUM SKALPELL

Es ist nicht leicht, gesundheitlich unversehrt erwachsen zu werden, wie das Beispiel meiner frühzeitigen Operation an den Mandeln zeigt. Auf dem Weg dahin drohen schließlich nicht nur Unfälle und diverse Krankheiten, sondern man kann als Kind auch ruckzuck seine Mandeln verlieren, sobald man über Halsschmerzen klagt und besorgte Eltern,

hyperaktive Ärzte oder beides hat. Kann schließlich nicht schaden, wenn sie weg sind, so die verbreitete Meinung. Man braucht sie nicht unbedingt und sie machen nur Ärger, so die zumeist negative Einschätzung zu den Ausstülpungen im Mund- und Rachenraum. Inzwischen ist bekannt, dass die mit Immunzellen angereicherten Organe einen ersten Abwehrriegel am Eingang des Rachens bilden, bevor Luft oder Nahrungsmittel weiter in das Körperinnere gelangen.

Lange Zeit wurden Mandeln schnell entfernt, doch mittlerweile sind die Nachteile des Eingriffs gut belegt. Trotzdem wird die Operation deutschlandweit immer noch unterschiedlich häufig ausgeführt. Medizinische Gründe kann es dafür kaum geben.

Analysiert wurden die gesundheitlichen Langzeitfolgen einer Tonsillektomie, wie die operative Entfernung der Gaumenmandeln im Fachjargon heißt, bisher eher selten. 2018 zeigte eine große Untersuchung, dass sich der mancherorts zur Gewohnheit gewordene Eingriff sehr wohl negativ auf das Befinden auswirken kann². Die Wahrscheinlichkeit für Erkrankungen der Atemwege, Infektionen und allergisches Asthma steigt an, wenn die Mandeln entfernt worden sind. Ärzte der Universitäten Kopenhagen, Melbourne und Yale hatten Daten von mehr als 1,1 Millionen Kindern ausgewertet, die zwischen 1979 und 1999 in Dänemark geboren wurden. Fast 12. 000 davon wurden die Gaumenmandeln entfernt, mehr als 31.000 Kinder verloren sowohl Gaumen- als auch Rachenmandeln („Polypen“), 17.000 nur die Rachenmandeln.

Über mindestens zehn und bis zu 30 Jahre wurde weiterverfolgt, welche Krankheiten anschließend auftraten und ob ärztliche Behandlung nötig war, was aufgrund landesweiter Registerdaten in Dänemark und anderen skandinavischen Ländern einfacher möglich ist als anderswo. „Wer die Gaumenmandeln entfernt bekommen hat, leidet später öfter an Atemwegsinfektionen als

Gleichaltrige ohne den Eingriff“, sagt Jacobus Boomsma, der an der Studie beteiligt war. „Auf fünf Operationen kommt eine zusätzliche Erkrankung.“ Die Frage, wie viele Eingriffe nötig sind, damit Patienten einen Nutzen haben oder bis Schaden eintritt, wird in der Medizinstatistik als „Number needed to treat“ bezeichnet. Ein Wert von fünf zu eins als „Number needed to harm“ gilt als vergleichsweise hoch.

Natürlich kann es Gründe geben, Mandeln oder Polypen zu entfernen, etwa wenn Schluckbeschwerden und eitrige Entzündungen immer wieder auftreten. Der Eingriff wurde und wird aber oft vorschnell und insgesamt zu oft ausgeführt. „Unsere Beobachtungen legen nahe, dass die Operation mit erhöhten Langzeitrisiken einhergeht“, sagt Sean Byars, Hauptautor der dänischen Untersuchung. „Das spricht dafür, den Eingriff – wenn möglich – hinauszuzögern, weil sich dann das Immunsystem noch weiterentwickeln kann und die Wahrscheinlichkeit für Erkrankungen im späteren Leben verringert wird.“ Rachen- wie Gaumenmandeln bestehen zu großen Teilen aus lymphatisch hochaktivem Gewebe. Wissenschaftler erkennen zunehmend, welche wichtige Rolle diese Strukturen im Aufbau des Abwehr- und Immunsystems spielen.

„Beim Thema Mandeloperation ist viel Irrationalität im Spiel“, sagt Reinhard Berner, Direktor der Unikinderklinik in Dresden. „In manchen Regionen in Deutschland gibt es komplett tonsillenfreie Schulen, kein Kind hat mehr seine Mandeln.“ Infektionsexperte Berner hat zusammen mit HNO-Ärzten und anderen Experten eine ärztliche Leitlinie zu Mandelentzündungen erstellt. Die kritische Bestandsaufnahme wurde keineswegs von allen HNO-Ärzten begeistert aufgenommen. Allerdings haben sich einige Kinderärzte um Berner dazu veranlasst gefühlt, nachdem der Gesundheitsmonitor der Bertelsmann-Stiftung im Jahr 2014 groteske Unterschiede in der Häufigkeit der Mandeloperationen offengelegt hatte, die sich seitdem immer wieder bestätigt haben.

In manchen Landkreisen Deutschlands wie Delmenhorst, anderen Gebieten in Niedersachsen, aber auch in Hessen, im Harz, in der Eifel und im Bayerischen Wald lag der Anteil der Kinder, die unters Messer kamen, mehr als zehnmal so hoch wie anderswo. Hielt sich die Verbreitung von Halsentzündungen an Kreisgrenzen? Fehlanreize, ökonomische Motive in kleinen Kliniken, in denen die Mandeloperation oft der häufigste Eingriff überhaupt war, und überkommene ärztliche Rituale bieten eine plausiblere Erklärung.

„Das war schon extrem auffällig“, erinnert sich Hartwig Bauer, ehemals Chefarzt in Altötting und einige Jahre Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. „Wir haben gelästert, dass es wohl an der rauen Seeluft liegen muss, wenn rund um Bremen zigmal so oft operiert wurde wie beispielsweise hier im Chiemgau.“ Bauer hat sich zwar selbst mit Anfang 20 die Mandeln herausnehmen lassen und davon seiner Ansicht nach ebenso profitiert wie seine Tochter, die sich auch operieren ließ. Im Rückblick auf seine jahrzehntelange Erfahrung in der Chirurgie sagt er aber auch: „Früher hat man nicht lange gefackelt, da wurde die Indikation viel zu breit gestellt und schnell operiert.“

Manchmal wurde der Eingriff lediglich in Lokalanästhesie vorgenommen, „das konnte furchtbar werden, regelrecht barbarisch“, so Bauer, der sich erinnert, wie das gut durchblutete Gewebe im Rachenraum manchmal in Mitleidenschaft gezogen wurde. Lief es gut und ohne Komplikationen, erinnern sich die Kinder vor allem daran, dass sie – auf medizinische Empfehlung – anschließend viel Eis essen sollten.

Mandeln raus oder nicht?

Heute gilt, dass es für die Entfernung der Rachenmandeln entscheidend ist, wie sehr die Mundatmung beeinträchtigt ist, ob es gar zu Atemaussetzern im Schlaf kommt oder ständig Mittelohrentzündungen drohen. Eine Operation der

Gaumenmandeln sollte hingegen erst in Frage kommen, wenn mehr als sechsmal im Jahr Halsentzündungen auftreten, die von Bakterien wie Streptokokken ausgelöst werden und tatsächlich mit Antibiotika behandelt werden müssen.

Aber auch das ist nicht bei jedem Streptokokkenbefund nötig. Dass es sich um die kettenförmig angeordneten Bakterien handelt, dafür sprechen eitrige Belege, Fieber und ausbleibender Husten. „Hier hat ein Umdenken stattgefunden“, sagt Reinhard Berner, Chef der Unikinderklinik Dresden. „Zwar muss im Einzelfall geprüft werden, was medizinisch angezeigt ist, aber insgesamt kann man mit dem Thema Halsschmerzen heutzutage viel entspannter umgehen. Häufig sind die Sorgen der Eltern unbegründet und die meisten Kinder brauchen keine Behandlung.“ Also weder Antibiotika – und erst recht keine Operation.

Lange Zeit galt das Dogma, dass Streptokokken schnell mithilfe von Penicillin und Co. medizinisch unschädlich gemacht werden müssen, weil sonst gefährliche Entzündungen der Herzinnenhaut und der Herzklappen drohen, die angegriffen werden und ihre Funktion aufgeben. Auf Darstellungen in medizinischen Lehrbüchern sind die Klappen regelrecht zerfranst, so als ob Mäuse davon abgebissen hätten.

Wer will sich schon ein Herzleiden im Erwachsenenalter einhandeln, nur weil in der Kindheit die Halsschmerzen nicht richtig auskuriert wurden? „Inzwischen wissen wir: Nicht alle Halsschmerzen beruhen auf Entzündungen, nicht alle Entzündungen werden von Streptokokken verursacht und nicht alle Herzklappenfehler gehen auf eine Infektion mit Streptokokken zurück“, sagt Kinderarzt Berner.

Der Mythos vom Penicillin (und anderen Antibiotika) als unverzichtbarer Waffe gegen Herzentzündungen ist durch Fallberichte aus den 1950er-Jahren begründet worden, als in

einer Kaserne in den USA etliche Soldaten daran erkrankten und schon bald Herzklappenfehler drohten. „In Deutschland wurde das Phänomen aber viel seltener beobachtet und die Beweislage, dass diese Komplikation mit Penicillin verhindert werden kann, ist dünn“, sagt Berner. Deshalb hat der Kinderarzt für besorgte Eltern eine entlastende Empfehlung: „Zwar können Kinder wieder etwas früher in den Kindergarten oder in die Schule, wenn ein nachgewiesener Streptokokkeninfekt mit Antibiotika behandelt wird, aber man verpasst nichts, wenn ein Kind mit Halsschmerzen keine Antibiotika bekommt.“

Einen anderen Rat bietet hingegen Richard Rosenfeld, erfahrener HNO-Arzt im New Yorker Stadtteil Brooklyn. Früher, als zum Übergang vom Kind zum Erwachsenen offenbar die rituelle Entfernung der Mandeln gehörte, hätten sich mit der Devise, „junge Ärzte meiden“ und auf die Erfahrung Älterer zu vertrauen, meist ärgste Komplikationen bei der Operation verhindern lassen. Heute ist es vielleicht umgekehrt und deshalb ratsamer, sich auf jüngere Doktoren zu verlassen, so Rosenfeld – zumindest aber auf jene, die den aktuellen Forschungsstand kennen und eine Mandeloperation nur zurückhaltend empfehlen. Jedenfalls nicht gleich dann, wenn ein Kind ab und zu über Halsschmerzen klagt und nicht gut schlucken kann – oder will.

GESUNDHEIT HÄNGT VOM WOHNORT AB

John Wennberg kam beim Abendessen mit der Familie eine Idee. Er wunderte sich über die Unterschiede in der medizinischen Behandlung. Warum wurden so vielen Kindern in seinem Freundes- und Bekanntenkreis die Mandeln entfernt, während in der Schule seiner Tochter

kaum ein Kind deswegen unters Messer kam? Wennberg ging dem Phänomen nach, das er sich medizinisch nicht erklären konnte. Das Ergebnis war verblüffend, denn der einzige Unterschied, den der Arzt entdecken konnte, war der Wohnort. Während im Schulbezirk seiner Tochter gerade mal 20 Prozent der Kinder bis zum 15. Lebensjahr die Gaumenmandeln entfernt bekamen, wurden im benachbarten Bezirk fast 70 Prozent der Kinder operiert, also mehr als dreimal so viele.

Der Epidemiologe konnte es zunächst nicht glauben, dass die Operationshäufigkeit rund um seinen Wohnort in Neuengland so stark voneinander abwich, abhängig vom jeweiligen Bezirk. Deshalb erhob er systematisch Daten – und kam zu erstaunlichen Unterschieden: In Wennbergs Heimat, dem US-Bundesstaat Vermont, hatten in manchen Regionen 13 von 10.000 Einwohnern keine Mandeln mehr. Jenseits der Ortsgrenze, im anderen Bezirk mit einer vergleichbaren Bevölkerungsstruktur, waren hingegen 151 von 10.000 Menschen die Tonsillen entfernt worden, also fast zwölfmal so vielen. 1973 veröffentlichte der Mediziner seine Daten im angesehenen Fachblatt „Science“³.

Die Erkenntnisse sind fast 50 Jahre alt, doch leider immer noch kein Fall für die Medizingeschichte. Solche grotesk anmutenden Unterschiede in der Häufigkeit von Operationen und anderen Behandlungen gehören keineswegs der Vergangenheit an. Und es gibt sie auch in Deutschland, wie diverse Auswertungen des Bertelsmann-Monitors und andere Erhebungen zeigen. Medizinisch kann nicht erklärt werden, warum in Bad Kreuznach 107 von 10.000 Kindern die Mandeln entfernt werden, in Coburg und im Unterallgäu hingegen nur 15 von 10.000 Kindern.

Diese Zahlen stammen nicht aus den 1970er-Jahren, sondern aus dem Jahr 2015 und beziehen sich auf die Landkreise und den Wohnort der Patienten, nicht auf den Standort des Krankenhauses. Das hätte Unterschiede in der

Häufigkeit erklären können, weil möglicherweise in dem einen Krankenhaus traditionell mehr operiert wird. Engagierte Ärzte, die einer solchen Übertherapie und Überdiagnostik den Kampf angesagt haben, betonen immer wieder, dass sie die riskante Überversorgung nicht länger hinnehmen wollen. Aber hat sich in der Medizin tatsächlich so viel verändert, seit John Wennberg die Häufung von Mandeloperationen bei Schülern in seinem Umfeld seltsam vorkam?

„Zu selten gibt es in unseren Leitlinien Hinweise, welche Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden Ärzte unterlassen sollten“, beklagt Gerd Hasenfuß, lange Jahre Vorsitzender der „Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin“. Weil vonseiten der Ärzteverbände zu selten betont wird, was schädlich und überflüssig für Patienten ist, drohen unnötige Therapien. Besonders die jungen und unerfahrenen Ärzte würden laut Hasenfuß dazu neigen – allerdings nicht aus Bössartigkeit, sondern aus Unwissen und um ja nichts zu versäumen: „Wie wir alle wollen auch sie Patienten helfen und führen bestimmte Untersuchungen sicherheitshalber durch, oft in Unkenntnis, dass die Maßnahme keinen Vorteil oder sogar einen Nachteil für den Patienten bedeutet.“

Es sind jedoch keineswegs ausschließlich junge Ärzte, die ein Zuviel an Medizin herbeiführen. Finanzielle Anreize und eingeschliffene Rituale mögen auch bei erfahrenen Ärzten eine Rolle spielen, wie etliche Beispiele aus Deutschland und anderen Ländern zeigen. Ältere Ärzte überschätzen manchmal zu sehr das, was sie schon immer gemacht haben, und zeigen sich wenig offen für Kritik und neue Erkenntnisse, die ihr bisheriges Vorgehen infrage stellen.

John Wennberg hat in den 1970er-Jahren übrigens erfolgreich zu Verbesserungen für Kinder und Jugendliche mit Halsentzündungen beigetragen, nachdem er seine Erkenntnisse publik gemacht hatte. Er überzeugte lokale Behörden und Ärztekammern davon, dass sich die