

Richard W. Eder
Bessere Gesundheit – leicht gemacht

Richard W. Eder

Bessere Gesundheit – leicht gemacht –



© 2016, 2017 by AQ-Verlag & Richard W. Eder
AQ-Verlag
Weinbergweg 16
D-66119 Saarbrücken
www.aq-verlag.de

Printed in Germany
by Kern GmbH, Bexbach

ISBN: 978-3-942501-28-0 (Print)
[ersetzt 978-3-942501-27-3]

ISBN: 978-3-942501-29-7 (eBook)
[ersetzt 978-3-942501-26-6]

Für Gisela

Inhalt

Einführung

Operationen	I – 28
Impfungen	29 – 73
Medikamente – Arzneimittel	74 – 98
Hormone	99 – 131
Zähne	132 – 162
Adipositas – Diäten	163 – 217
Alkohol	218 – 279
Rauchen	280 – 342
Sport	343 – 431
Herz	432 – 492
Krebs – Carcinom	493 – 643
Demenz – Alzheimer	644 – 668
Medizinische Studien	669 – 697

Zu guter Letzt

Index

Einführung

Es gibt Dutzende allgemeinverständliche Bücher über Gesundheit, Altwerden und Krankheitsprophylaxe. Augen, Haut, Brust, Prostata und diverse andere Organe werden darin abgehandelt. Tatsächlich existieren diesbezügliche Werke über nahezu sämtliche Körperteile in großer Zahl.

Warum ein neues Buch?

Weil das Ziel nicht nur gesündere Augen, Haut, Brust oder Prostata sein kann, sondern der ganze Körper soll sich einer besseren Gesundheit erfreuen, denn wem nützt eine gesunde Haut, wenn andere Körperteile darben.

Ich bin der unerschütterlichen Meinung, eine auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basierende umfassende Prophylaxe könnte jedem oder zumindest vielen mehr Lebensqualität schenken und wahrscheinlich dem Tod um Jahre ein Schnippchen schlagen. Mein Traum ist, den ich hoffentlich zu verwirklichen weiß, in jedem der folgenden 13 Abschnitte einen kleinen Hinweis zur Verbesserung Ihrer Gesundheit anzubieten. Was dort aufgeführt ist, sollte man als gesundheitsbewusster Erdenbürger kennen.

Ich wende mich an Personen, die ihr Leben selbst gestalten wollen, und dies nicht anderen überlassen. Die auch persönlich Verantwortung in einer aufgeklärten Gesellschaft übernehmen wollen und nicht nur den Meinungen mehr oder weniger prominenter, aber meist medizinisch Unwissender, hinterherlaufen.

Der Aufbau dieses Buches unterscheidet sich deutlich von anderen.

Es enthält 697 durchnummerierte Absätze. Sie beinhalten Fakten, die Ihnen nützlich sein können, um beispielsweise beim Arztbesuch oder empfohlenen Operationen, Medikamenten, Impfungen usw. mitreden zu können und nicht nur passiv staunend den Worten des Weißkittels zu lauschen.

Bis auf wenige Ausnahmen wird keine Therapie empfohlen. Sie bekommen demnach in diesem Buch **keine** Hinweise, wie diverse Krankheiten optimal zu behandeln wären. Allerdings erhalten Sie reichlich Informationen, an denen Sie leicht erkennen, welche Maßnahmen sinnvoll sind und welche besser nicht zur Anwendung kommen sollten. Sie werden anhand dieser Hinweise selbst eigenverantwortlich entscheiden können, was für Sie persönlich der beste Weg ist, wie Sie Ihr zukünftiges Leben gestalten wollen.

In allen Abschnitten erhalten Sie Anhaltspunkte, wie Sie Krankheiten vermeiden können. Explizit natürlich in den Kapiteln Adipositas, Alkohol, Rauchen und Sport. Das Vermeiden von Krankheiten ist der wichtigste Schritt, bestehende zu heilen ist ungleich schwieriger.

Alles was Sie in dem Buch lesen, ist durch Quellen belegt, die in den zahlreichen Literaturangaben und Hinweisen aufgeführt sind und demnach bei Interesse auch nachgeschlagen werden können.

Der Problematik von Studien ist ein eigenes Kapitel gewidmet, das letzte. Soviel darf schon jetzt angemerkt werden, Studien sind nicht gleich Studien. Es gibt gute, aber mindestens ebenso viele schlechte. Studien sind immer mit einer ausgeprägten Skepsis zu betrachten. Das fällt umso leichter, wenn man weiß, dass beispielsweise bei einer Medikamententestung ein Wissenschaftler das Arzneimittel als gut bewerten kann, ein anderer als ungenügend. Trotz aller Schwächen und Unzulänglichkeiten sind Studien notwendig, und das nicht nur bei Medikamenten, sondern bei Maßnahmen jeglicher Art, auch nichtmedizinischen. Aber wie gesagt, Studien sind mit Vorsicht zu beurteilen und nicht euphorisch als der Weisheit letzter Schluss. Dieser Grundsatz gilt selbstverständlich auch für die in diesem Buch erwähnten Arbeiten.

Noch einmal, dies ist kein Therapiebuch, sondern eine Hilfestellung, die Ihr Leben dadurch verändern kann, weil Sie es nach Kenntnis von Fakten und Zusammenhängen selbst verändern.

Sie könnten jetzt anführen, in unserem Kulturbereich habe die Lebenserwartung der Menschen zugenommen, warum also sollten Sie sich noch zusätzlich durch ein „Gesundheitsbuch“ quälen? Das mit der Steigerung der Lebenserwartung ist zwar richtig, obwohl trotz extrem hoher Gesundheitskosten die Lebenserwartung der Deutschen nur im Mittelfeld liegt. Zudem gehen die gewonnenen Lebensjahre gleichzeitig mit einem Verlust an gesunden Jahren einher, wie die renommierte medizinische Fachzeitschrift „The Lancet“ im Jahr 2012 publizierte. Wir werden älter, erleben aber längere Zeit in Krankheit und Siechtum als in früheren Jahren. Das Sterben ist langsamer geworden, es dauert länger.

Das körperliche Leid kommt in unserem Kulturkreis vor allem durch die sogenannten Zivilisationskrankheiten.

Das sind zum einen die bösartigen Tumore (Krebs), zum anderen die Herz- und Kreislauferkrankungen, die zusammen die meisten Menschen unter die Erde bringen.

Des Weiteren ist noch die Demenz anzuführen. Der geistige Abbau geht bis zur völligen Unselbständigkeit. Alltägliche Verrichtungen können nicht mehr allein ausgeführt werden, nahe Angehörige bleiben unerkannt. Am Schluss steht das Dahinvegetieren in einem Pflegeheim. Nicht wenige Menschen fürchten Demenz-Erkrankungen mehr als den Krebs.

Falls es Ihnen gelingt, diese drei Leiden in Schach zu halten, oder gar zu vermeiden, werden Sie mit großer Wahrscheinlichkeit ein gesegnetes Alter erlangen und das bei guter Gesundheit. Eine extrem belastende Pflege wird Ihren Angehörigen erspart, ebenso das Pflegeheim Ihnen selbst.

Aber, um diese Krankheiten zu verhindern, müssen Sie bereit sein, selbst an sich zu arbeiten, andere können dies nicht für Sie tun. Und dazu möchte ich mit meinen Hinweisen einen bescheidenen Beitrag leisten. Die Hauptarbeit ist von Ihnen selbst zu erbringen, sie kann nicht delegiert werden.

Es ist ein unumstößliches Gesetz, nur wir selbst können unsere Gesundheit bewahren, um den 30.000 bekannten Krankheiten möglichst zu entgehen. Jeder einzelne ist für sein Wohlergehen verantwortlich, niemand anderes. Kein Arzt der Welt kann uns heilen, nur wir selbst. Der Arzt kann unserem Körper durch seine Therapie bescheidene Impulse zur Selbstheilung anbieten, mehr nicht. Die Heilung jedoch geschieht durch uns. Und wenn wir dazu nicht mehr in der Lage sind, sterben wir.

Den Grundsatz, den Sie ständig vor Augen haben sollten, und von dem ich Ihnen empfehle, dass er auch Ihre Lebensmaxime wird, geht auf den Anthropologen Ashley Montagu (1905 bis 1999) zurück:

„Das Ziel im Leben ist, so jung wie möglich zu sterben, und das so spät wie möglich!“

I. Operationen

1

Lassen Sie mich mit den Operationen und dem damit verbundenen Krankenhausaufenthalt beginnen. Gerade beim Krankenhausaufenthalt können sich durch Unkenntnis nicht korrigierbare Fehler einschleichen. Ich will versuchen, Sie davor zu bewahren.

Trotz gesundem Lebensstil und Risikomeidung, chirurgische Eingriffe können nicht immer umgangen werden. Die Menschen werden heutzutage immer älter und die angebotenen Ersatzteile ständig zahlreicher. Auch nach einem Unfall kann man schnell auf dem Operationstisch liegen.

Der umstrittene, 1997 verstorbene Chirurg Professor Julius Hackethal meinte: „Die beste Operation ist die vermiedene, die zweitbeste die verkleinerte große!“

2

Suchen Sie nur dann ein Krankenhaus auf, wenn es wirklich unbedingt erforderlich ist. Ich gebe Ihnen ein paar gute Gründe, warum Sie diese leider sehr notwendige Einrichtung möglichst meiden sollten.

Eine stationäre Behandlung birgt ihre Tücken. Die Gefahr in einem deutschen Krankenhaus zu sterben, ist bei einer Auslastung von mehr als 92 von 100 Betten, was von der Krankenhausverwaltung und vom Bundesgesundheitsminister gern gesehen werden würde, um 14,4 Prozent erhöht. Jeder 7. Todesfall könnte bei geringerer Belegung verhindert werden.¹

Das Krankenhauspersonal ist nach offizieller Angabe für eine Auslastung von 85 bis 90 Betten von 100 möglichen kalkuliert.

Je mehr Patienten vom Pflegepersonal betreut werden müssen, desto höher ist die Todesrate innerhalb der ersten 30 Tage. Muss nur ein einziger Patient zusätzlich gepflegt werden, erhöht sich die Sterblichkeit um 7 Prozent.

Haben die Schwestern einen Bachelorabschluss sinkt die Sterblichkeit. Je besser die Schulbildung des Pflegepersonals, desto weniger Tote auf der Station.²

1 Kuntz L et al. Stress on the Ward: Evidence of Safety Tipping Points in Hospitals. *Management Science*, Volume 61, Issue 4, April 2015, Pages 754-771

2 Aiken LH et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, Volume 385, Issue 9931, pp 1824-1830, 24 May 2014

2012 wurden in den 501.000 deutschen Krankenhausbetten 18,6 Millionen Patienten behandelt. Der Frauenanteil betrug 55 Prozent.

Die durchschnittliche Bettenauslastung lag bei 77,4 Prozent.¹ Werden Samstage und Sonntage ausgeklammert, so sind stets 85 von 100 Krankenhausbetten besetzt. Die Belegung an diesen Tagen ist aus verständlichen Gründen geringer. Zum einen wollen die wenigsten Menschen am Wochenende stationär aufgenommen werden, da nur eine Notbesetzung existiert, und diagnostisch und therapeutisch der Betrieb auf Sparflamme läuft. Sie warten lieber auf den Montag. Zum anderen sind Patienten beurlaubt, um wenigstens am Wochenende dem tristen Krankenhausbetrieb entfliehen zu können.

Erfolgt aber dennoch die stationäre Aufnahme am Wochenende, so steigt das Sterberisiko gegenüber Wochentagen um 10 Prozent. Noch schlechter sieht die Bilanz an Feiertagen aus. Die Sterblichkeit an Feiertagen erhöht sich innerhalb der ersten 7 Tage um 48 Prozent.²

85 Prozent ist die Sollmarke für die Bettenbelegung, die laut Politik unbedingt realisiert werden muss. Bleiben die Wochenenden unberücksichtigt, so ist dieses Ziel bereits erreicht. Das bedeutet, dass unter der Woche die Belegung weit über 90 Prozent sein muss, um sich dieser Quote zu nähern, was – wie oben beschrieben – die Sterblichkeit nachdrücklich erhöhen würde.

Bei einer nächtlichen oder am Wochenende stattfindenden Aufnahme eines Herzinfarktpatienten dauert es heute schon 15 Minuten länger als tagsüber bis der Patient im Herzkatheterlabor behandelt wird. Einer von 29 Todesfällen könnte bei zügigerer Aufnahme verhindert werden, was allerdings nur bei einer entsprechenden personellen Besetzung erreicht werden kann.³

In Großbritannien werden im Gegensatz zu Deutschland am Wochenende geplante Operationen durchgeführt. Bei diesen Eingriffen ist die Sterblichkeit gegenüber Wochentagen um 82 Prozent erhöht.⁴

1 Statistisches Bundesamt 2016

2 Smith S et al. Emergency medical admissions, deaths at weekends and the public holiday effect. Cohort study. *Emergency Medicine Journal*, published online first 23 January 2013

3 Sorita A et al. Off-hour presentation and outcomes in patients with acute myocardial infarction: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal* 2014; 348: f7393

4 Aylin P et al. Day of week of procedure and 30 day mortality for elective surgery: retrospective analysis of hospital episode statistics. *British Medical Journal* 2013; 346: f2424

Ob dies ebenso auf Notfalloperationen am Wochenende zutrifft, die selbstverständlich in Deutschland auch stattfinden, ist die Frage. Unwahrscheinlich ist eine erhöhte Sterblichkeit sicher nicht, da die Bedingungen von geplanten Wochenend-Operationen erst recht auf ungeplante, notfallmäßig ausgeführte, zutreffen.

Wenn alte Menschen die Notfallambulanz, aus welchen Gründen auch immer, aufsuchen, ohne dass sie stationär aufgenommen werden müssen, also nicht im Krankenhaus verbleiben, erhöht sich ihr Risiko, dass sie eine Infektion mit nach Hause nehmen, um den Faktor drei.

Die meisten Erreger werden durch Händeschütteln übertragen. Und das nicht nur im Krankenhaus. Vermeidet man in der Grippezeit Händeschütteln, könnten viele Infekte verhindert werden. Und das sind laut Weltgesundheitsorganisation 80 von 100. Die Weltgesundheitsorganisation (**World Health Organisation = WHO**) ist eine Sonderorganisation der Vereinten Nationen mit Sitz in Genf, die sich weltweit um die Gesundheit der Menschen kümmert.

In Nordrhein-Westfalen haben verschiedene Kliniken das ärztliche Personal per Dienstanweisung verpflichtet, Ringe und Uhren während der Arbeitszeit abzulegen und auf das Händeschütteln zu verzichten.¹

In Krankenhäusern sind gefährliche, zum Teil lebensbedrohliche Mikroben häufig anzutreffen. Sie befinden sich an den Händen der Kranken und des Personals, an Gegenständen wie Betten, Liegen, Nachtkästchen, Toiletten, Wasserhähnen, Lichtschaltern, Türgriffen, einfach überall. Bei Krankenbesuchen ist es ratsam, mit dem Händeschütteln zurückhaltend zu sein, zum Wohl der anderen und zum eigenen.

Unmittelbar nach dem Verlassen des Krankenhauses müssen in eigenem Interesse immer die Hände gereinigt werden. Ist dies nicht mit Wasser und Seife möglich, was die meisten Erreger entfernen würde, so ist der Gebrauch von flüssigen Desinfektionsmitteln oder desinfizierenden Feuchtigkeitstüchern zu empfehlen. Das ist jedenfalls besser als gar nichts zu tun und sich mit seinen „Krankenhäusern“ ans Steuer zu setzen oder ein Cafe aufzusuchen.

In der kalten Jahreszeit sollte jedermann zum Eigenschutz das Händeschütteln unterlassen. Das ist nicht immer leicht und wird

1 Deutsches Ärzteblatt 2014; 11 (21): A-915

unter Umständen als Unhöflichkeit ausgelegt. Trotzdem, zum Selbstschutz ist es erlaubt, nein notwendig, sich neben einer gängigen, aber nicht gerade gesundheitsfördernden Etikette zu bewegen. Wenn Sie sich mit Unhöflichkeit einen Virusinfekt und mehrere Tage Fieber ersparen, dann seien Sie eben unhöflich. Jedenfalls ist dies besser als höflich krank zu werden.

Nebenbei: Ich bin mir selbstverständlich darüber im Klaren, dass Krankenhäuser nicht mit Hotels verglichen werden können.

Lassen Sie mich dennoch ein paar Zahlen zu deren Bettenauslastung erwähnen. 2012 waren im Durchschnitt 66 von 100 Betten der deutschen Hotels belegt.¹ Würde die Auslastung 75 von 100 Betten betragen, der Jubelschrei der Hoteliers wäre nicht zu überhören.

Aber es gibt doch einen realen Berührungspunkt Krankenhaus und Hotel: Es ist nicht unüblich, nach ambulanten Operationen noch reiseunfähige, aber nicht pflegebedürftige Patienten, in nahegelegene Hotels einzuquartieren. Und dies aus gutem Grund, die Tageskosten der Hotels, selbst von Spitzenhäusern, betragen einen Bruchteil der von Krankenhäusern.

Die Nachteile einer hohen Bettenauslastung in Krankenhäusern habe ich beschrieben. Ob bei der angestrebten hohen Belegung Sonderfälle, wie größere Unglücke oder Epidemien ausreichend berücksichtigt sind, darf bezweifelt werden. Hoffentlich wird es zukünftig nicht wieder so sein, dass Patienten in unwürdiger Weise auf den Gängen herumliegen und bei Sanitäreinrichtungen anstehen müssen. Nicht vergessen werden darf, Leidtragende einer hohen Belegung sind nicht die den Rotstift schwingenden Politiker, für die auch in einem überbelegten Haus schnell ein Einzelzimmer freigemacht wird, denn etwas anderes ist ihnen verständlicherweise nicht zuzumuten, sondern der ganz normale Patient, der möglicherweise zu einem Zeitpunkt stirbt, an dem er sonst nicht sterben würde.

Dass die jetzige Personaldecke zu dünn ist, um bei einer Bettenauslastung von 90 Prozent mithalten zu können, ist wahrscheinlich. In anderen Ländern stehen mehr Pflegekräfte zur Verfügung, in einigen sogar die dreifache Anzahl. Bei Katastrophen und Epidemien kann auch das Krankenhauspersonal betroffen sein, das dann fehlt. Vollbelegte Häuser hätten dann spürbar eine personelle Unterbesetzung.

1 Hotelier.de 2014

3

Je mehr Schwestern und Pfleger eine Klinik beschäftigt, desto geringer ist die Patientensterblichkeit, wie bereits beschrieben. Das ist logisch, denn die Pflege trägt zu einem gerüttelt Maß zur Genesung bei. Steht mehr Pflegepersonal zur Verfügung, kann die Betreuung des Einzelnen individueller gestaltet werden.

Nicht nur die ärztliche Behandlung ist entscheidend, sondern die Pflege ebenfalls, was oft in den Hintergrund rückt.

Man muss sich bei einem Krankenhausaufenthalt wenigstens einigermaßen wohlfühlen können. Klar, zuhause in den eigenen vier Wänden wird es angenehmer sein, aber der stationäre Aufenthalt sollte durch das Umfeld zu keiner zusätzlichen Belastung werden. Die physischen und psychischen Strapazen durch die Therapie sind schon groß genug.

Freundliche, nicht durch Personalmangel gehetzte Pflegekräfte, und ein entsprechendes Ambiente im Krankenhaus werden mehr zur Genesung beitragen als sich die meisten Menschen, selbst Ärzte, vorstellen können. Ist genügend Pflegepersonal vorhanden, werden weniger Patienten stürzen, sich wundliegen, Angstgefühle entwickeln, Thrombosen in den Beinen bekommen und vieles mehr.

Fühlt sich der Patient, aus welchem Grund auch immer unwohl, bedeutet dies Stress. Und Stress ist jeder Heilung abträglich, ja erhöht für sich allein sogar die Sterblichkeit.¹

Ernstzunehmende Stimmen behaupten, eine patientenintensive Pflege in einem ansprechenden, freundlichen Krankenzimmer trage bis zu einem Drittel zur Genesung bei. Der Aufenthalt in Räumen, in denen man nur mit Widerwillen bleiben will, ist für sich allein gesundheitsgefährdend, auch bei bester ärztlicher Betreuung. Dieses Manko können auch die kompetentesten Ärzte und besten Medikamente nicht wettmachen.

Nebenbei: Vielleicht wäre es nicht falsch, sich bei einem geplanten Krankenhausaufenthalt nach einem Haus mit sehr guter ärztlicher Versorgung anstatt ausgezeichneter – was immer man darunter versteht – aber optimaler Pflege und Umfeld umzusehen, als sich in nicht mehr zeitgemäßen Zimmern unwohl zu fühlen. Gerade unter Berücksichtigung der enormen Bedeutung des Wohlfühlfaktors für die Genesung, ist dieser Gedanke sicherlich nicht abwegig.

1 Russ TC et al. Association between psychological distress and mortality: individual participant pooled analysis of 10 prospective cohort studies. *British Medical Journal* 2012; 345:e4933

4

Bei Personalmangel und damit gehetzten Schwestern und Pflegern kann die Betreuung nicht bestmöglich gestaltet werden, was letztendlich Leben kostet. Und wie die heutige Personalpolitik in vielen Häusern aussieht, brauche ich nicht weiter zu beschreiben.

Das Personal ist bei 28 von 100 Arbeiten mit pflegefremden Tätigkeiten wie Dokumentation, Administration, Logistik, Statistik, Terminverschiebungen, Beschaffung, Hol- und Bringdienste belastet. Das sind bei jeder Pflegekraft immerhin volle 2 Stunden und 10 Minuten pro Tag, die für die eigentliche Krankenpflege fehlen.¹

Zum Teil irrwitzige Vorschriften mit noch irrwitzigeren Formularen behindern die Patientenbetreuung. Statistiken müssen erstellt werden, die letztendlich keiner sehen will, sondern in irgendeiner Behördenschublade verschwinden.

Nicht noch mehr teure Medikamente müssten an erster Stelle stehen, sondern eine Aufstockung des Personals und der heutigen Zeit entsprechende Räumlichkeiten. Dies könnte die Krankenhaussterblichkeit ohne Nebenwirkungen so senken, wie es therapeutisch schwer erreichbar ist. Durch das Einsparen von Medikamenten könnte sogar manche zusätzliche Stelle geschaffen werden.

Nebenbei: Je kürzer der Krankenhausaufenthalt, desto mehr Arbeit hat das Pflegepersonal, und je älter der Patient, desto größer ist die Gefahr, die Klinik im Sarg zu verlassen.

5

Die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene 2011: „30.000 Patienten sterben im Jahr an Krankenhausinfekten.“ Das sind nahezu 100 Tote pro Tag!

Die Bundesregierung arbeitet mit niedrigeren Zahlen, verwendet jedoch eine veraltete Statistik und klammert Reha-Kliniken und ambulante Operationen aus, um das Ergebnis zu schönen.

Nebenbei: 90 von 100 Deutschen wünschen zuhause zu sterben. Dieser Wunsch wird den meisten Menschen nicht erfüllt, 60 von 100 sterben im Krankenhaus, in Norwegen sind es nur 30 von 100.

6

Nach einer Darm-Operation bekommt jeder 10. Patient eine Wundinfektion. Bei minimal-invasiven, endoskopisch durchgeführten

1 Deutsches Krankenhaus Institut – DKI 2014

Darmoperationen, treten 7,1 Wundinfektionen auf 100 Eingriffe auf. Sie sind damit ein Drittel seltener als bei offenen Operationen.¹

Die Infektionsquelle ist der Chirurg. Je besser und routinierter der Operateur, desto weniger Komplikationen hat er.

Diese Erkenntnis veröffentlichte das Deutsche Ärzteblatt im Jahr 2013. Die Konsequenz kann nur sein, dass jeder, bei dem eine Darmoperation ansteht, sich nach einem Krankenhaus umsieht, bei dem endoskopische Operationen an der Tagesordnung sind und nicht nur hin und wieder ausgeführt werden.

Nach einer Schweizer Studie von 2011 haben Chirurgen zwischen 3,7 und 36 Wundinfektionen pro 100 Operationen. Je besser sie sind, desto weniger Komplikationen braucht der Patient zu befürchten. Chirurgen mit hoher Qualifikation sind viel seltener für Wundinfektionen verantwortlich als solche mit geringer.

Wird blutig operiert, kommt es nach dem Eingriff zur Blutarmut (Anämie). Allein dadurch erhöht sich das Sterberisiko.

Nebenbei: Ist der Patient bereits vor der Operation blutarm (anämisch), wird er länger zur Genesung brauchen und hat ebenfalls ein deutlich höheres Sterberisiko. Bei großen Operationen ist die Sterberate bei anämischen Patienten in den ersten 30 Tagen nach der Operation um 42 Prozent erhöht.²

7

Im Krankenhaus verbringen alte Menschen die meiste Zeit im Bett liegend. Bereits 3 Tage dieser oft unnötigen und gedankenlosen Immobilisation baut die Muskulatur stark ab. Der ältere Patient verliert in diesem Zeitraum bis zu 40 Prozent mehr Muskeln als ein 25-Jähriger.³ Ist der alte Mensch nur 7 Tage im Krankenhaus bettlägerig, so hat er den Muskelschwund auch nach einem Jahr noch nicht ausgeglichen.

Senioren ernähren sich im Krankenhaus noch schlechter als zuhause. Meist gibt es keine Kontrolle, was und wie viel gegessen wurde. Das mehr oder weniger benutzte Geschirr wird von Hilfskräften weggeräumt.

Für einen gesunden alten Menschen ist es wichtig, täglich 1 bis 1,2 Gramm Proteine pro Kilogramm Körpergewicht zu erhalten. Diese

1 aerzteblatt.de 01.11.2013

2 Ärzte Zeitung 18.10.2011

3 Medical Tribune 31.05.2013

Forderung der „Deutschen Gesellschaft für Ernährung“ bezieht sich auf Gesunde, und was für Gesunde gilt, gilt umso mehr für Kranke.

Nebenbei: Ab dem 35. Lebensjahr baut jeder Mensch Muskeln ab. Durch Training kann der Abbau verlangsamt, jedoch nicht vollständig verhindert werden.

Ein alter Mensch hat nur noch 30 bis 40 Prozent der Muskulatur eines 25-Jährigen. Eine wesentliche Rolle beim Muskelabbau spielt neben der Immobilisation eine geringe Eiweißaufnahme.

8

Holen Sie sich vor jeder geplanten Operation eine Zweitmeinung ein. Dies gilt für sämtliche Operationen, auch für kleine. In nahezu allen Fällen haben Sie die Zeit dazu. Lassen Sie sich nicht drängen. Suchen Sie niemals den Rat bei jemandem, mit dem Sie nicht ein Gespräch von Angesicht zu Angesicht führen können.

Eine teure, schriftliche Beurteilung nach einem isolierten Zusehen von Krankenunterlagen ohne persönlichen Kontakt durch sogenannte „Kapazitäten“, sollten Sie niemals in Betracht ziehen, auch wenn dies heute in Mode gekommen ist. Nie vergessen werden darf, diese beurteilenden Ärzte sind meist frühere Chefärzte, die in ihrer aktiven Zeit durch häufige Operationen glänzten, was sie jetzt im Ruhestand differenzierter sehen. Nach ihrer Pensionierung erfolgte blitzschnell die Wandlung vom Saulus zum Paulus.

Konkret, eine Operationsindikation nach Aktenlage stellen zu wollen, ist Nonsens. In ihrem eigenen Interesse sollten Sie sich auf so etwas nicht einlassen, sondern mit einem erfahrenen Fachmann sprechen.

Ebenso unsinnig ist die Behandlung durch sogenannte Online-Ärzte. Auch hier besteht keine persönliche Verbindung. Im Wort Behandeln steckt das Wort Hand. Die Hand des Arztes ist noch immer das wichtigste ärztliche Untersuchungsinstrument, obwohl heutzutage die unpersönliche Apparatedizin der Berührung den Rang abläuft.

Welcher junge Mediziner kann noch eine Leber oder Milz tasten und vor allem sicher beurteilen? Viele sind der Meinung, das würde sich dank Ultraschall-Untersuchung erübrigen!

Allein durch eine „beruhigende, tastende Hand“ kann einem Kranken geholfen werden. Das war seit Bestehen der Menschheit so und hat sich bis heute nicht geändert. Die Berührung kann Schmerzen lindern, Trost spenden und sogar heilen.

Kein Mensch würde allein nach einem telefonischen Kontakt eine teure Reparatur, etwa am Auto, ausführen lassen. Da muss schon der Fachmann zuvor das nicht mehr funktionierende Objekt ansehen. Anders bei der Gesundheit. Hier wird sogar aus fernen Ländern diagnostiziert und therapiert.

Jeder Mensch ist ein Individuum, einmalig auf der Welt. Und er sollte eine individuelle, allein auf ihn zugeschnittene Behandlung erhalten, und so etwas ist nur bei direktem Kontakt und nicht nach Aktenlage möglich.

Zudem ist das Aufsuchen eines zweiten Arztes auch wesentlich billiger als die schriftliche Empfehlung mancher ehemaliger leitender Ärzte, die offensichtlich wirtschaftlich gezwungen sind, ihr ach so „niedriges Ruhesalär“ aufzubessern.

Beispiel: Bei Ihnen steht eine Mandeloperation zur Diskussion. Fragen Sie einen zweiten, niedergelassenen HNO-Arzt, möglichst einen, der selbst **nicht** operativ tätig ist. Das ist wichtig, denn Operateure sind mit Operationen großzügiger als Nichtoperateure.

Dass unnötige Operationen keine Seltenheit sind, ist an den häufigen Gelenk- und Wirbelsäuleneingriffen zu sehen.

Eine finnische Studie sah bei einem Meniskusschaden keinen Unterschied zwischen einer Teilentfernung des Meniskus und einer Scheinoperation.^{1, 2}

Die Deutsche Techniker Krankenkasse hält Wirbelsäulenoperationen in 4 von 5 Fällen für überflüssig. Dieses für die Operateure ernüchternde Ergebnis veröffentlichte sie im Jahr 2011.

Ach ja, der Bandscheibenvorfall. 50 von 100 Menschen über 50 Jahren haben so einen Defekt. Die meisten bemerken ihn nicht einmal, manche allerdings nur solange, bis sie darauf hingewiesen werden.

Nebenbei: Fernbehandlung verstößt in Deutschland gegen die ärztliche Berufsordnung.

9

In Deutschland wird im Vergleich zu anderen EU-Ländern viel zu viel operiert.

¹ aerzteblatt.de 10.09.2013

² Sihvonen R et al. Arthroscopic partial meniscectomy versus sham surgery for a degenerative meniscal tear. The New England Journal of Medicine 2013; 369: 2515-

2012 wurden über 15 Millionen operative Eingriffe durchgeführt, davon mehr als 40 von 100 an Patienten über 65 Jahren.¹

2011 wurden in Deutschland 1,9 Millionen Operationen ambulant ausgeführt.² Das sind Eingriffe, nach denen der Patient entweder sofort oder nach einer gewissen Wartezeit nach Hause gehen kann.

Bei ambulanten Operationen, die heute gerade von Kostenträgern (Krankenkassen) propagiert werden, hat der Operateur hohe Unkosten durch Anmietung entsprechender Räume und Beschäftigung von qualifiziertem Personal. Diese Investition kann nur durch Operationen aufgefangen werden. Also wird operiert.

In Kliniken ist es nicht besser. Sind Abteilungen nicht ausgelastet, so werden sie verkleinert. Die Betten bekommt dann, falls sie nicht gestrichen werden, jener Chefarzt, der sie auch belegen kann. Zudem, eine hohe Operationsfrequenz und das Ansehen der Klinik steigt, ebenso das des Chefs.

Die OP-Frequenz eines Hauses ist nicht unbedingt ein Maßstab für Qualität, sondern vor allem ein Surrogat-, ein Hinweisparameter. Sind Mengenangaben von Operationen gefordert, damit diese überhaupt ausgeführt werden dürfen, können sie durch Beugung der Indikation erlangt werden. Man braucht lediglich die Operationsindikation großzügiger stellen, und schon erreicht man die geforderte Anzahl.

Viele chirurgische Chefärzte haben Bonus-Verträge. Damit ist vertraglich abgesichert, je mehr der Chef bzw. seine Abteilung operiert, desto höher ist das Einkommen des Chefarztes. Seit 1995 haben die Bonusklauseln in Dienstverträgen zugenommen. Heute sind sie in 45 von 100 Verträgen verankert.³

Boni gibt es in der an erster Stelle im US-Ranking stehenden Mayo-Klinik nicht. Die Ärzte werden pauschal bezahlt und nicht anhand der behandelten Patientenzahl.⁴

Nebenbei: Folgende Pressemitteilung des AOK-Bundesverbandes und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) wurde am 21.01.2014 in Berlin veröffentlicht: „Während die GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlungen von 2002 bis 2012 um 35 Prozent auf knapp 62 Milliarden EURO gestiegen sind, sind die Investitionen

1 Statistisches Bundesamt 2013

2 Statistisches Bundesamt 2012

3 Deutsches Ärzteblatt 2012; 109(49) A-2450

4 Ärzte Zeitung 12.02.2014

der Länder für die Krankenhäuser um 19 Prozent auf 2,6 Milliarden EURO gesunken.“

GKV bedeutet Gesetzliche Krankenversicherung.

10

Jede Operation ist ein Eingriff, bei dem man sterben kann. Auch die kleinste invasive Behandlungsmethode hat ihre unberechenbaren Gefahren und kann tödlich enden. Eine Operation soll immer nur als letzte aller Möglichkeiten in Betracht gezogen werden.

Sagt ein Chirurg, man könne den Eingriff jetzt ausführen oder noch zuwarten, dann entscheiden Sie sich bitte für später. Vielleicht ist die Medizin in geraumer Zeit sogar so weit fortgeschritten, dass Ihr Leiden ohne chirurgischen Eingriff beherrscht werden kann.

Früher wurde jede Blinddarmentzündung (Appendicitis) – zum Teil notfallmäßig mitten in der Nacht – operiert. Selbst sehr alte Menschen kamen unters Messer. Heute sieht man das differenzierter und kann durch Gaben von Antibiotika die Operation sogar vermeiden.

11

Eine Blinddarmentfernung ist keine schwierige Operation, weshalb die Operationsindikation großzügig gestellt wird. Unter Aufsicht dürfen chirurgische Assistenten bereits im ersten Jahr ihrer Ausbildung diesen Eingriff ausführen. Die Operation ist einfach, die Diagnose Blinddarmentzündung dagegen nicht.

Nebenbei: Wird vor dem 20. Lebensjahr der Blinddarm entfernt, so steigt das Risiko für einen Herzinfarkt im frühen Erwachsenenalter um ein Drittel.

Erfolgt bis zum 20. Lebensjahr das Entfernen der Mandeln, so erhöht sich das spätere Herzinfarktrisiko um nahezu die Hälfte.¹

12

Zwischen 2005 und 2011 hat die Gesamtzahl der Operationen um mehr als ein Viertel zugenommen.²

Gründe liegen in der Demographie und in verfeinerten Narkose- und Operations-Techniken. Alte Menschen, die früher wegen zu hohem Risiko nicht operiert wurden, können heute bei Risikoreduktion

1 Janszky I et al. Childhood appendectomy, tonsillectomy, and risk for premature acute myocardial infarction – a nationwide population-based cohort study. *European Heart Journal* 2011; 32 (18); 2290-2296

2 Statistisches Bundesamt 23.08.2013

operativ behandelt werden. Die perioperative Sterblichkeit ist deutlich geringer als noch vor Jahren.

13

Eine Krebsgeschwulst muss unbedingt in „No-Touch-Isolation“ entfernt werden. Sie besagt, der Tumor ist wie ein rohes Ei zu behandeln. Er muss im Ganzen und nicht stückchenweise herausgeschält werden. Dabei darf er weder gedrückt, noch gequetscht werden. Geschieht das nicht und wird „grob“ operiert, so sind im Blut vermehrt Tumorzellen nachweisbar, und die Chance des Patienten, seine Krebskrankheit zu besiegen, verringert sich dramatisch.

14

Die „Da Vinci-Operation“ ist eine Operation durch einen Roboter. Neben dem Roboter sind noch zwei Chirurgen anwesend. Einer bedient das Gerät, während der zweite die Tätigkeit des Roboters direkt am Patienten überwacht.

Vorteile der Roboter-Operation sind ein kürzerer stationärer Aufenthalt, ein geringerer Blutverlust und ein insgesamt schonenderer Eingriff gegenüber der konventionellen Operationsmethode.

Nachteile sind die lange Operationsdauer und die hohen Kosten. Zudem ist diese Operation nur in speziellen Zentren möglich, die in Deutschland dünn gesät sind.

Angewendet wird die Da Vinci-Operation vor allem bei Prostataentfernungen sowie bei Nieren- und Blasentumoren.¹

15

Das Operationsteam soll bei der Operation nur sprechen, wenn unbedingt nötig!

Laute Operationssäle sollten der Vergangenheit angehören. Ist der Patient einem solchen unruhigen Operationsaal ausgesetzt, verringern sich seine Chancen, ohne Komplikationen, insbesondere ohne Infektion, das Krankenhaus zu verlassen.

Nebenbei: Die Medizinische Hochschule Hannover untersuchte den Lärmpegel in Operationssälen. Sie maßen 63 Dezibel, was der Lautstärke eines Motorrasenmähers entspricht.²

1 Abaza R et al. Multi-Institutional Experience with Robotic Nephrectomy with Inferior Vena Cava Tumor Thrombectomy. The Journal of Urology 2016; doi: 10.1016/j.juro.2015.09.094

2 Ärzte Zeitung 30.04.2014