

Die quartäre Prävention: primum nil nocere – aktueller denn je!

Bruno Kissling

SGAM
SMG
Schweizerische Gesellschaft
für Allgemeinmedizin

Prävention kann vor Krankheit schützen. Das haben wir alle gelernt und erfahren. Aber: Auch in der Prävention entscheidet die richtige Dosis über Nutzen und Schaden. Dies zeigen neue wissenschaftliche Erkenntnisse. Die Prävention vor unnötiger Prävention – «quartäre Prävention» – beschäftigt die Hausärzte an ihren internationalen Wonca-Kongressen der letzten Jahre. Erweitern Sie mit der Lektüre dieses Artikels und seinen (noch) eher ungewohnten Reflexionen¹ Ihren bisherigen Kenntnisstand zu Prävention – denn sie enthält vieles mehr als «nur» das frühzeitige Verhindern krankmachender Entwicklungen.

Ist Vorbeugen besser als heilen?

Prävention ist ein medizinisches Konzept der modernen Medizin, das Ärzte, Politiker und alle Menschen leicht zu überzeugen vermag: Schutz vor Krankheit – *primäre Prävention*; Erhalten der Gesundheit bei vorliegenden Risikofaktoren – *sekundäre Prävention*; Aufhalten des Fortschreitens einer bereits manifesten Krankheit – *tertiäre Prävention*. Die primär- und sekundärpräventiven Aktivitäten umfassen das Screening von beschwerdefreien Gesunden mit bildgebenden und laboranalytischen Verfahren bis hin zu Genanalysen. Sie sollen den Menschen Sicherheit geben, dass sie gesund sind. Risiken sollen diagnostiziert und in den frühesten Stadien therapiert werden, damit die sich ankündigenden Krankheiten vermieden, aufgehalten oder noch geheilt werden können. Für mehr Sicherheit werden die *Cut-off*-Werte immer tiefer abgesenkt. So tief, dass zuletzt fast 90% der Menschen – im Einflussbereich der modernen Medizin – Träger eines oder mehrerer Risikofaktoren sind. Und 100% haben «*the risk to have a risk*» ... Eine inflationäre Ausweitung des Risikobegriffs und der Präventionsaktivitäten! Ein «Boxenhalt» tut not. – Ein grosses Feld tut sich auf: für Reflexionen über die Prävention vor unnötiger Prävention – *quartäre Prävention*.



Bruno Kissling

Prävention schafft auch Krankheit

Prävention ist nicht ohne Risiko zu haben. Mit zunehmender Zahl präventiver Aktivitäten zeigen sich auch deren schädliche Seiten. Wie überall in der Medizin steht der «*Number needed to treat*» (NNT) die «*Number needed to harm*» (NNH) entgegen. Doch hier, wo wir Ärzte Gesunde vor Krankheit schützen wollen, gebührt dem uralten ärztlichen Grundsatz von «primum nil

nocere» ganz besondere Aufmerksamkeit. Im Folgenden werde ich die Bedeutung der *quartären Prävention* in den verschiedenen Präventionsstufen betrachten.

Quartärpräventive Reflexionen ... zur primären Prävention

Impfen ist eine der ersten Primärpräventionen. Trotz nicht fehlender kritischer Stimmen dürfen wir das Impfen als medizinische Erfolgsgeschichte betrachten. Zur Eindämmung von gefährlichen Infektionskrankheiten ist die Bevölkerung bereit, die Schädigung einzelner Menschen in Kauf zu nehmen. Im Wissen, dass nur bei einer solidarischen Durchimpfungsrate von 85% ein Krankheitserreger gebannt werden kann. Mit Impfungen sollen nun immer mehr Krankheiten – nicht nur Infektionen – verhindert werden. Wie steht es dann mit dem Verhältnis zwischen Nutzen und Schaden? Ein Feld für die *quartäre Prävention*.

Screenings. Der Nutzen von Reihenuntersuchungen an Gesunden auf spezifische Krankheiten grenzt an die wissenschaftliche Evidenz antiker Orakel. Dies gilt ganz besonders für die Mammographie und die Bestimmung des Prostata-spezifischen Antigens (PSA) zur Früherkennung von Karzinomen. Wissenschaftliche Analysen zeigen, dass wir mit diesen Screenings viel mehr *Low-grade*-Tumoren in Brust und Prostata entdecken. Die meisten davon werden nie zu einer Bedrohung der Gesundheit. Nach der Diagnose sind alle positiv Getesteten krebskrank. Meistens folgen intensive Behandlungen mit Operation, Strahlen- und/oder Chemotherapie. Und jahrelange Nachkontrollen ... Die Rückfallfreiheit wird als Heilung erfasst. Die statistischen Heilungsraten nehmen zu. Ein Erfolg? Wie steht es um die Sterblichkeit an diesen beiden Krebskrankheiten? Sie nimmt ab. Dank der Früherfassung durch das Screening und Frühbehandlung? Unklar, denn die Sterblichkeit sinkt identisch bei gescreenten und nicht gescreenten Bevölkerungsgruppen. Es müssen weitere, bisher nicht bekannte Faktoren eine Rolle spielen – ein grosses Gebiet für die *quartäre Prävention*. Wie viele gesunde Menschen dürfen fälschlicherweise krank gemacht werden für die Rettung eines Erkrankten? So lautet die ethische Frage.

Der Autor erklärt, dass er keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag hat.

¹ Die Reflexionen in diesem Artikel basieren auf Vorträgen, Workshops und Diskussionen mit KollegInnen aus aller Welt an verschiedenen Kongressen von Wonca Europe und World, SGAM und KHM, auf der Lektüre von zahlreichen Publikationen, Diskussionen im hausärztlichen Qualitätszirkel Efenau in Bern etc.

Lifestyle. Wir Menschen tun uns schwer mit einem nebenwirkungsfreien und kostengünstigen gesundheitsfördernden Verhalten im Alltag: regelmässiges Bewegen, Gewichtskontrolle durch gesunde Ernährung, vernünftiges Mass an Alkoholkonsum, Unterlassen des Rauchens und weiterer Drogen, Kontrolle des Stresses, sichere Perspektive auf eine berufliche und sozioökonomische Zukunft, Kraft im Umgang mit Veränderung. Trotz vielen kostspieligen primärpräventiven Motivationsbemühungen, ärztlichen Behandlungen und teilweise an Bevormundung grenzenden Gesetzesmassnahmen kommen wir kaum vorwärts. Die Gegenkräfte sind stärker. Viele Menschen sind besorgt und bemüht. Die wenigsten schaffen eine nachhaltige Veränderung. Die epidemiologischen Auguren sagen eine steigende Krankheits- und Kostenlast voraus. Was sollen wir tun? Mehr von der bisherigen Strategie? Oder wären hier neue *quartärpräventive* Überlegungen angesagt?

... zur sekundären Prävention

Die sekundärpräventive Behandlung von erkannten Risiken wie z.B. von erhöhtem Blutdruck, Blutzucker und Cholesterinspiegel nimmt einen sehr hohen Stellenwert in unserer Gesellschaft ein. In einer unermesslichen Flut von Arztkontakten und Laboranalysen werden die Menschen mit diesen einzeln oder kombiniert auftretenden Risikofaktoren erfasst. Bisher bleibt es wissenschaftlich unsicher, wer ab welchem *Cut-off*-Wert der Resultate von einer sekundären Prävention profitieren kann. Es bleibt undefiniert, welcher Zehner- oder Hunderterfaktor der NNT akzeptabel ist, wie viel gesundheitlichen Schaden (NNH) im Schlepptau des Nutzens wir in Kauf nehmen dürfen. Es fehlt wissenschaftlich fundiertes Wissen über die Folgen aus Interaktionen der oft nötigen Polypharmazie. Unbeachtet bleiben die möglichen gesundheitlichen Auswirkungen durch die Antizipation der Folgekrankheiten, welche durch die präventive Therapie vermieden werden sollen. Wir wissen nichts über den möglichen biopsychosozialen Schaden infolge der fast neurotischen Hinwendung zum fest verankerten Präventions-«Glauben». Man hört selten Bedenken über die astronomischen Kosten und die dafür kaum noch aufzubringende ärztliche *Workforce*. Ein grosses Wirkungsfeld für *quartärpräventives* Nachdenken. Wollen und dürfen wir Ärzte diesen Präventions-Tsunami uns und unseren Patienten weiterhin zumuten? Ein Marschhalt zu wissenschaftlichen Analysen ist dringend gefordert.

... zur tertiären Prävention

Bei klinisch manifester chronischer Erkrankung sinkt die tertiärpräventive NNT der Therapien jedes einzelnen der oft kombinierten Risikofaktoren in den ein- bis zweistelligen Zifferbereich. Statistisch gilt dies als erfolgreich. Der individuelle Nutzen für einen Patienten bleibt jedoch weiterhin im Zufallsbereich. Unerforscht sind die Nebenwirkungs- und Interaktionspotentiale der meist polypharmazeutischen Therapien. Nicht bes-

ser steht es um das Wissen um die Risiken infolge der meist hohen Medikamentendosierungen, welche zum Erreichen der strengeren tertiärpräventiven *Cut-off*-Werte der einzelnen Risikofaktoren nötig sind. Dies bei vulnerablen, meist multimorbiden älteren Menschen mit weiteren Krankheiten, die wiederum je eigene therapeutische und tertiärpräventive Interventionen erfordern. Und auch bei diesen Menschen kommen weitere primär- und sekundärpräventive Beratungen und Interventionen dazu. Kennen wir die NNH unseres Tuns im Verhältnis zur NNT? Wissen wir, wann die einzelnen präventiven Therapien nicht mehr sinnvoll sind und wieder abgesetzt werden müssen? Können wir die Patienten evidenzbasiert kritisch beraten?

Für den Hausarzt überwiegt bei der Betreuung dieser chronisch multimorbiden Kranken das zeitintensive Management von tertiärpräventiven Therapien und Nachkontrollen einer Vielzahl von Diagnosen. Die Dosett-Medikamentenbox überläuft. Die meisten Pillen haben die zukünftige Entwicklung der Krankheit im Visier. Nur wenige sind für die Behandlung der aktuellen Symptome nötig. Die Verwaltung dieser Pillen mit ihren unmemorierbaren Namen wird für den Hausarzt und den Patienten zu einem ständigen organisatorischen Abenteuer. Das Fehlerrisiko ist hoch, vor allem bei Dosierungsanpassungen, beim Umstellen auf Generika und ganz besonders nach einem Spitalaustritt. Die persönlichen Bedürfnisse des Patienten drohen hinter diesen präventiven Aktivitäten zu verschwinden. Der Raum für den Patienten, für begleitende Gespräche mit ihm und seinen Angehörigen über seine Befindlichkeit, ihre Betroffenheit, über die – jetzt – alltagsrelevanten Auswirkungen der Krankheit, über die Zukunft und die «letzten Dinge» wird eng. Ist das ethisch vertretbar? Patientenbezogene *quartärpräventive* Reflexionen über die heutige diagnosebezogene Tertiärprävention stehen dringend an.

«The causes behind the causes» – ein Lösungsansatz

Gemeint sind mit diesen «Hinter-Gründen» die gesellschaftlichen, sozioökonomischen und individuellen kontextuellen Lebensbedingungen eines Menschen oder einer Gruppe. Diese entpuppen sich zunehmend als wichtigste Elemente zur Förderung von Gesundheit und als Risikofaktoren für die Entstehung von Krankheit. Die neurobiologische Forschung kann nachweisen, dass z.B. Misshandlung oder Vernachlässigung im Kleinkindesalter zu nachweisbaren biologischen Veränderungen im Gehirn führt, welche künftige Verhaltensweisen sowie damit gekoppelte Krankheitsanfälligkeiten beeinflussen. Und umgekehrt, dass sich gute Lebensbedingungen positiv auswirken. Genetiker stellen eine epigenetische Wirkung dieser *determinants of health* fest. Sie sollen wesentlich mitbestimmen, ob eine genotypische Disposition zum phänotypischen Durchbruch gelangt. Armut und Stress machen krank. Glück fördert die Gesundheit. Das wissen wir schon lange. Nun kann es mehr und mehr wissenschaftlich nachgewiesen werden.

Diese Erkenntnisse könnten erklären, weshalb alle heutigen, allzu eng auf Symptome und etabliertes Verhalten fokussierten Methoden zur Gesundheitsförderung versagen. Warum primärpräventive Verhaltensänderungen von einem risikobelasteten zu einem gesunden Lifestyle oft erfolglos bleiben. Sie weisen darauf hin, dass eine proaktive kluge Sorge zum Glück der Bevölkerung wichtiger sein könnte als alle bisherigen korrigierenden Massnahmen. – *Quartärpräventive* Reflexionen könnten diese Determinanten der Gesundheit mit einbeziehen und neue Wege aufzeigen. Für unsere Gesellschaft könnte es sich lohnen, das präventive Augenmerk von den Krankheiten auf die Menschen zu wenden, vom traditionellen «Schutz vor Krankheit» zur Salutogenese, dem Fördern von gesunden Anteilen und Verhalten. In Public-Health-Kreisen ist das Paradigma der kontextbezogenen Gesundheitsförderung

längst etabliert, in der Individualmedizin – unserem Kerngeschäft – wird es jedoch erst dürftig umgesetzt. Die nötigen Finanzen für den Aufwand, sich mehr um die «Hinter-Gründe» vulnerabler Menschen zu kümmern, könnten durch die riesigen Einsparungen aus unnötiger Prävention generiert werden.

Danksagung

Herzlichen Dank an Dr. Stefan Neuner-Jehle für seine wertvollen Inputs.

Korrespondenz:

Dr. med. Bruno Kissling
Elfenuweg 6
CH-3006 Bern
bruno.kissling@hin.ch

Literatur

Literaturhinweise sind beim Autor erhältlich.