

# Das Richtige und das Falsche bei Kardiovaskulärer Prävention –

Überlegungen zur Serie „Kardiovaskuläre Prävention“ der ZFA

H.-H. Abholz

## *The Right and the Wrong in Cardiovascular Prevention – Reflections on a Series “Cardiovascular Prevention”*

Wir haben in der ZFA seit dem Heft 2/04 immer wieder Texte zur kardiovaskulären Prävention als Fortbildungsserie publiziert – und es werden weitere Texte im Laufe des Jahres noch folgen. Die Artikel zeichnen sich alle durch ein hohes Niveau und durch eine von hochwertigen Studien gestützte Darstellung aus; dies im Sinne evidence basierter Medizin. Der Leser, der die einzelnen Artikel der Serie gelesen hat und haben wird, hat damit einen hervorragenden Überblick über dieses Feld medizinischen Wissens. Das „Richtige“ zum Thema ist hier dargestellt – zumindest das Richtige aus Sicht der Medizin.

Aber ist das Richtige aus Sicht der Medizin auch das Richtige aus Sicht der für diesen Bereich relevanten Hintergrundforschung, nämlich der Risiko-Epidemiologie? Und ist das Richtige der Medizin auch das Richtige für Behandlungsentscheidungen des Hausarztes? Gerade die letzte Frage stellen wir uns ja recht häufig, wenn wir medizinisch richtige Konzepte in unserer Praxis umsetzen sollen und wollen. Bezüglich der ersten Frage, der nach dem Richtigen aus epidemiologischer Sicht, geht Borgers in einem folgendem Heft nach. Der zweiten Frage möchte ich mich zuwenden.

### Das Richtige in der Medizin

Die Mehrzahl der Artikel stellt dar, in welchem hohem Ausmaß bei breiter Behandlung „der Bevölkerung“ wir kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität zurückdrängen können – zumindest nach Extrapolation aufgrund der Datenlage. Dies kann man in Prozentsatz des Rückganges – relative Risikoreduktion – als auch in absolute Risiko-Reduktion ausdrücken. Die ganz überwiegende Mehrzahl der Artikel in dem ganz überwiegenden Anteil der hier infrage kommenden Textstellen konzentriert sich auf die

Darstellung des relativen Rückganges, das heißt um wie viel Prozent geht Herzinfarkt, Schlaganfall oder tödlicher Herzinfarkt etc. unter einer Behandlung zurück. Für Aussagen, die die so genannte Krankheitslast für die Bevölkerung (burden of disease) im Auge hat, ist eine solche Angabe gut handhabbar, sinnvoll, denn man kann etwas damit anfangen, wenn man lernt, ein Drittel der Herzinfarkte oder ein Viertel der Schlaganfallsterblichkeit etc. würde durch konsequente Therapie von z.B. 30, 50 oder 70 Prozent der Bevölkerung zu erreichen sein.

Nur ist dies unsere Frage als Allgemeinärzte, sehen wir uns als Doktor einer Bevölkerung, einer Gesellschaft, einer Versicherten-gemeinschaft an? Mit Sicherheit muss man dies verneinen – wenn wir auch sinnhafterweise immer wieder die Dimension der Bevölkerung und des Nutzens für eine Bevölkerung ebenfalls im Auge haben. An dieser Stelle wird sehr deutlich, dass der Hintergrund der gesamten Risikofaktoren-Medizin ein epidemiologischer, einer auf Bevölkerungsgruppen bezogener ist. Die Autoren vollziehen dies, in dem sie mit relativer Risiko-Reduktion – also Prozentsätzen der Verminderung von Morbidität und Mortalität – argumentieren.

Dies hat aber Probleme bei der Umsetzung von Behandlungskonzepten, nämlich der Beeinflussung von Risikofaktoren mittels Lifestyle-Änderung oder Medikation. Wir können nicht einfach den einzelnen Patienten nur als Teil einer gedachten Population ansehen und unsere Legitimation zur Behandlung hierher nehmen. Bei einem Teil der Infektionskrankheiten ist dies noch leichter möglich, gefährdet doch der Einzelne andere Menschen durch Ansteckung. Wir könnten – so mag man einwenden – aber auch sagen, dass es Parallelen gibt: Obwohl Krankheit zum Teil verhinderbar gewesen wäre, hat sich ein Patient nicht entsprechend verhalten und damit der Gesellschaft Schaden zugefügt;

#### Institutsangaben

Abteilung für Allgemeinmedizin, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf

#### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. H.-H. Abholz · Facharzt für Allgemeinmedizin · Abt. Allgemeinmedizin · Heinrich-Heine-Universität · Moorenstraße 5 · 40225 Düsseldorf

#### Bibliografie

Z Allg Med 2004; 80: 210–212 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

DOI 10.1055/s-2004-822648

ISSN 0014-336251

denn, Krankheit kostet Geld. Diese Sicht einer Sozialhygiene haben wir aber in der Regel nicht mehr, obwohl sie – gewissermaßen hinter unserem Rücken, unbemerkt – schon manchmal unser Handeln prägt. Und dies könnte – nehmen wir diese Position einmal an – im Bereich der Risikofaktoren-Medizin, der kardiovaskulären Prävention auch so sein. Nur sollten wir es dann explizit so darstellen!

Sitzen wir vor unserem Patienten, einem 58-jährigen Mann, der eine knappe Schachtel Zigaretten pro Tag raucht, einen Blutdruck im Schnitt von 160/95 hat und ein Gesamtcholesterin von 230 mg%, dann stellt sich uns als Hausärzten erst einmal die Frage, hat dieser Patient etwas von der Beeinflussung seiner Risikofaktoren. Dies ist eindeutig mit „ja“ zu beantworten. Aber es folgt die in der Hausarztpraxis notwendige zweite Frage danach: In welcher Größenordnung ist sein potenzieller Nutzen, wenn er seine Risikofaktoren beeinflusst bzw. behandeln lässt. Wollen wir diese Fragen beantworten, dann müssen wir die Daten des Patienten in eine so genannte Risikotabelle eingeben. Benutzen wir diese, so kommt für den vorgestellten Herrn ohne weitere als die genannten Risikofaktoren Folgendes heraus: Das zu erwartende Risiko, in den nächsten zehn Jahren an einer kardiovaskulären Erkrankung zu erkranken bzw. zu sterben beträgt 20%. Durch eine Behandlung des leicht erhöhten Blutdruckes und durch ein Aufhören mit dem Rauchen als auch einer Beeinflussung des Cholesterins lässt sich dieses Risiko um 20%, also auf 16% in zehn Jahren reduzieren. Der so genannte absolute Nutzen, also die Differenz der beiden Risiken mit und ohne Behandlung beträgt damit 4%. Dies heißt, von hundert Menschen in gleicher Situation wie mein 58-jähriger Patient, haben vier einen Gewinn oder 96 werden umsonst behandelt, weil auch trotz der Behandlung ein solches Ereignis auf sie zukommt oder weil auch ohne Behandlung kein solches für sie anstehen würde. Die relative Risikoreduktion von 20% war noch beeindruckend, die absolute Risikoreduktion von 4 pro Hundert über 10 Jahre Behandelte mag für viele – Ärzte und Patienten – ernüchternd wenig sein.

Den einzelnen Patienten aber interessiert die absolute Risikoreduktion; hier kann er sich etwas für sich vorstellen, auf das er sich einlässt, oder was er als nicht relevant für sich einstuft. Die Mehrzahl unserer Patienten sind in einem so genannten Niedrig-Risiko-Bereich, so dass auch 20% Risikosenkung eher wenig bedeutet, wenn man den absoluten Nutzen, den sie von einer Behandlung haben, sieht. Die Minderzahl ist in einem so genannten Hoch-Risiko-Bereich: hier sind 20% Reduktion sehr viel: in einem Hoch-Risiko-Bereich bekommen zum Beispiel 60% der Patienten in den nächsten zehn Jahren ein kardiovaskuläres Ereignis, 20% Reduktion bedeutet hier 12% absolute Risiko-Reduktion (nämlich 20% von 60%). Das heißt, hier profitieren schon 12 von 100 Behandelten.

### Das Falsche für den Patienten

Der einzelne Patient will wissen, was er von der Behandlung hat. Für ihn sind die absoluten Risiko-Reduktionen, nicht die relativen, von Relevanz. Legt man diesen Maßstab an die Artikelserie an, so muss die durch die Artikel durchschimmernde Begeisterung für eine breite Behandlung der Bevölkerung etwas schwinden. Wenn wir nicht primär die Bevölkerung behandeln wollen,

sondern einzelne Menschen, dann mag es sein, dass diese einzelnen Menschen, klärt man sie über das, was möglich ist, in Angaben und Erklärung zu absoluter Risiko-Reduktion auf, den Aufwand, den man ihnen abverlangt, nicht als wert ansehen.

Das, was für Bevölkerungen sicherlich richtig und in der Artikelserie durchgehend auch richtig dargestellt ist, mag in diesem Sinne falsch für den Einzelnen sein, weil er es als falsch für sich ansieht. Und viele Hausärzte sehen dies auch als falsch für ihre Patienten, insbesondere für die an, die keine ausgeprägten Risiken haben.

Und dann gibt es noch etwas, was in dieser Artikelserie auffällt: viele Patienten möchten nicht auf ihre Süchte, ihre Genüsse, ihren Lebensstil verzichten. Bisher haben dies Allgemeinmediziner auch zu respektieren gewusst. Einzige Devise war, der Patient muss wissen, auf was er sich einlässt als Risiko: Auch hier ist wiederum das absolute, nicht das relative Risiko von Bedeutung. Es ist eine Betrügerei am Patienten, wenn wir ihm sagen, er hat ein doppelt so hohes Risiko wenn er weiter raucht. Wir müssen ihm es in absolutem Risiko ausdrücken und wenn das absolute Risiko bedeutet, in zehn Jahren in 12 Fällen betroffen zu sein und nicht in 6, dann ist dies etwas anderes – obwohl es die Hälfte in relativer Risiko-Reduktion ist. Viele Patienten werden dann nicht auf ihre Genüsse oder Süchte verzichten wollen. Und wir müssen damit zurecht kommen – es sei denn wir übernehmen die Funktion der Gesundheits-Polizei [2].

Und schließlich gibt es noch etwas, was ganz zu Anfang, als in den 70er-Jahren die Risikofaktorenmedizin zu existieren begann, immer wieder eingewendet wurde [1]: Menschen wollen sich nicht krank machen lassen, „nur“ weil sie asymptomatische Risiken in sich tragen, die sie in ihrem Leben sonst – zumindest mehrheitlich – nicht behelligen würden. Und als Hausärzte erleben wir – in unterschiedlichem Ausmaß von Patient zu Patient –, was es heißt ein Risiko-Träger zu sein: Manche vergessen es – andere sind seitdem krank. Letzteres lässt sich übrigens auch in Studien nachweisen: Mit der Diagnose eines Risikofaktors werden die Menschen – als Gruppe gesehen – in ihrem Wesen verändert (Schilderung der Partner) und sie sind häufiger krankgeschrieben, suchen den Arzt regelmäßiger auf etc. Manche wollen es nicht dahin kommen lassen: Für den „Wert“ der Unbeschwertheit gehen sie dann auch das kleine Risiko ein, früher zu erkranken oder zu versterben. Es ist so wie mit dem Ski-Fahren: Man kann es sich im Fernsehen ansehen und hat kein Risiko, einen Knochen sich zu brechen. Man kann es aber selbst genießen wollen und geht das Risiko des Knochenbruches ein.

Mit der Behandlung breiter Teile der Bevölkerung werden auch breite Teile der Bevölkerung zu Kranken gemacht, das heißt in ihrer Identität verändert. Hier wäre es – der Psychoanalytiker würde sagen – eine weise Entscheidung, dies abzuwenden.

### Das Richtige und das Falsche

Die schon publizierte und in den nächsten Heften noch erscheinende Serie über kardiovaskuläre Risikofaktoren gibt ein hervorragendes Bild über den Stand der Medizinischen Wissenschaft im Bereich der Risiko-Faktoren. Sie trifft hier das Richtige. Ob

dies aber für die Allgemeinmedizin in ungebrochener Weise anwendbar ist, sollte durch diese Gedanken infrage gestellt werden. Das Richtige hier, kann das Falsche dort sein. Hier wiederum einmal unterscheidet sich die Allgemeinmedizin von der Medizin des Spezialisten: Wir müssen das Richtige wissen, dann aber in die verdauliche Form vor Ort bringen. Dann kann manchmal auch – auf einzelne Patienten bezogen – das Richtige falsch sein. Und es kann sogar die Überbetonung der nur einen richtigen Sicht für unser Fach ebenfalls falsch sein.

## Literatur

- <sup>1</sup> Abholz H-H, Borgers D, Karmaus W, Korporal J. Risikofaktorenmedizin. DeGruyter, Berlin, New York 1982
- <sup>2</sup> Fitzpatrick M. The tyranny of health. Routledge, London, New York 2001

## Zur Person



Prof. Dr. med. H.-H. Abholz;  
 Facharzt für Allgemeinmedizin und Facharzt für Innere Medizin, langjährig in Klinik und in Allgemeinpraxis tätig. Seit 1998 zudem Leiter der Abteilung für Allgemeinmedizin der Universität Düsseldorf.  
 Verheiratet, keine Kinder, Jugendstil/Artdeco-Vasensammler.

## 13. Jahreskongress der Sächsischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM )

in der DEGAM

11. bis 12 Juni 2004 im Best Western Hotel Lichtenwalde bei Chemnitz

**Themen:** Palliativmedizin – Fehler in der Hausarztpraxis – Gutachten – Diabetes mellitus

Teilnahme-Gebühren: Mitglieder 50,- EUR / Nichtmitglieder 60,- EUR / AIP-Studenten 25,- EUR  
 Tageskarten 35,-/40,-/20,- EUR

Informationen u. Detailprogramm: Fr. Dr. Frauke Höhn, 09112 Chemnitz, Weststr. 34  
 Tel.: 03 71/30 23 41, Fax: 03 71/35 00 04