
Prävention: Der gesunde Patient

Manfred Weber

Der Titel des Beitrags ist eigentlich ein Widerspruch in sich. Hier der Gesunde, ein Mensch, der sich gemäß WHO-Definition im Zustand des körperlichen und geistigen Wohlbefindens befindet, und dort der Patient. Dessen Bezeichnung leitet sich ab vom lateinischen „*patientia*“, *das Erleiden, das Erdulden*. Beim Letzteren handelt es sich also offensichtlich um einen Menschen, der im klassischen Sinne krank ist. Es wundert nicht, dass die Masse der Gesunden sich zu guten Zeiten nicht mit der Möglichkeit auseinander setzen will, später selbst krank zu werden. Die Präventionsidee hat somit beim primär Gesunden ein tiefgreifendes Vermittlungsproblem. Was will man durch Prävention erreichen? Will man etwa ihm, dem Gesunden, ein derart schlechtes Gewissen machen z. B. durch Ankündigung von später möglichen Krankheiten, dass er sich bereits im jetzigen Zustand nicht mehr wohl fühlt, also nach der Krankheitsdefinition der WHO kein Gesunder mehr ist? Will man diesen Gesunden vielleicht frühzeitig zum Kranken machen, gemäß dem karikierenden Medizinerwort: „Es gibt keine Gesunden, es gibt nur schlecht Untersuchte!“? Oder will man den Gesunden durch Präventionsprogramme in ein Netzwerk von gutmeinender staatlicher Fürsorge einfangen, seine persönlichen Freiheiten aber hierdurch einschränken und ihm nicht mehr erlauben, „es auch nicht wissen zu wollen“? Die Präventionsidee findet deshalb in großen Teilen der Bevölkerung nur begrenzte Zustimmung.

Wenn man über Prävention nachdenkt, muss man zu-

mindest zwei Formen von Prävention unterscheiden, die sog. Primärprävention und die Sekundärprävention. Die erste Form der Prävention verlangt von den Bürgern einen Lebensstil, der voraussehbar die Risiken für das Auftreten von Krankheiten vermindert. Idealerweise sollte der Patient also nicht rauchen, ein ideales Körpergewicht haben, regelmäßig eine Ausdauersportart betreiben, Alkohol nur in den Mengen eines „badischen Viertels“ genießen und für ausreichend Schlaf sorgen. Er soll also so leben, wie Martin Luther es vom Christen verlangte: „Und Gott will, dass euer Leben eine ständige Buße sei!“ Derartige zwangs-erzieherische Maßnahmen, die in etwa auch dem Präventionsgesetz der letzten Bundesregierung zugrunde lagen, sind von vornherein zum Scheitern verurteilt. Die Menschheit weiß um die Lebensrisiken, sie weiß um die Gefährdung durch Alkohol, Nikotin, Drogen, Übergewicht und – sie genießt es trotzdem. Der Schriftsteller Eugen Roth formulierte treffend: „Gelebt, geliebt, geraucht, gesoffen und alles dann vom Doktor hoffen.“ Man weiß, das dicke Ende wird kommen, will aber die schönen Jahre des Lebens in vollem Umfang genießen. Wie gering erfolgreich derartige präventivmedizinische Ansätze selbst bei bereits eingetretenem Schaden sind, zeigt die Diätberatung bei Diabetikern. Obwohl der Typ-2-Diabetes, der sog. Altersdiabetes, im Wesentlichen durch überkalorische Ernährung, Übergewicht und mangelhafte Bewegung ausgelöst wird und in den Frühphasen durch Korrektur der Auslöser völlig reversibel wäre, gelingt es selbst nach intensiver Beratung nur zwei von 100 Diabetikern, diese Ziele umzusetzen. 98 Prozent schaffen es nicht!

Will man also innerhalb einer Bevölkerung Präventionsprogramme realisieren, wird dies nach meiner Meinung ausschließlich dann gelingen, wenn man sich auf die Sekundärprävention konzentriert. Sekundärprävention wird häufig auch als Frühdiagnostik bezeichnet, auch wenn bei

strenger Definition die beiden Begriffe nicht völlig deckungsgleich sind. Sekundärprävention bedeutet, dass nach einem bereits eingetretenen Krankheitsereignis das nächste Ereignis durch radikale Änderung der Risikostrukturen verhindert werden soll, etwa der zweite Herzinfarkt nach dem stattgehabten ersten. Dieses Krankheitserlebnis ist für viele Patienten Anlass, ihren Lebensstil signifikant zu verändern. Die Frühdiagnostik greift etwas weiter und versucht Krankheiten so früh zu diagnostizieren, dass sie noch keinen Schaden angerichtet haben. Beispiele sind etwa das Präventionsprogramm auf Prostata-Krebs durch urologische Untersuchung und Bestimmung des sog. PSA-Wertes. Auch die kürzlich auf Initiative der Burda-Stiftung etablierte Vorsorge-Coloskopie ab dem 55. Lebensjahr zur Entdeckung von Frühstadien eines Dickdarm-Carcinoms fällt in das Kapitel Frühdiagnostik. Der Ausbau sekundärpräventiver Untersuchungsangebote macht insofern Sinn, als Krankheiten im frühen Stadium kurativ behandelt werden können und somit ein dauerhafter Lebens- und Gesundheitsgewinn verbleibt.

Die Internisten Deutschlands haben sich dem Thema Frühdiagnostik auf dem Internistenkongress 2005 in besonderer Weise gewidmet. Die Ergebnisse der Diskussion sind in einem Sonderheft des *Internisten* vom April dieses Jahres zusammengefasst worden. Sortiert man die unterschiedlichen frühdiagnostischen Angebote nach Wichtigkeit und Kostenträchtigkeit, so sticht eine frühdiagnostische Maßnahme in besonderer Weise hervor, auf die ich im Weiteren näher eingehen will.

Wie Sie wissen, sind kardiovaskuläre Erkrankungen in den westlichen Industrieländern die häufigste Todesursache. Hierunter versteht man im Wesentlichen Herzinfarkt und Schlaganfall, gelegentlich auch das Nierenversagen. Allen diesen Erkrankungen ist gemeinsam, dass die Blutgefäße, die Arterien, verkalkt sind und eine sog. Arterioskle-

rose aufweisen. Die Folgeschäden dieser Erkrankung spielen sich an unterschiedlichen Organen ab. Steht das Gehirn im Vordergrund, wird ein Schlaganfall oder eine vaskuläre Demenz entstehen, steht das Herz im Vordergrund, ein Herzinfarkt, steht die Bauchaschlagader im Vordergrund, ein Bauchaortenaneurysma, bei der Niere entwickelt sich ein dialysepflichtiges Nierenversagen, welches bei 15 Prozent unserer Dialysepatienten vorliegt. Andere Patienten müssen Unterschenkel-amputiert werden, weil die Gefäßversorgung katastrophal war und die Diagnose eines „Raucherbeines“ gestellt wurde.

Die Risikofaktoren für diese Erkrankungen sind uns alle bekannt. Nikotin, Bluthochdruck, hohe Blutfette, die sog. Gefäßkiller. Und trotzdem tritt die Arteriosklerose nicht zwangsläufig bei allen auf – wir alle kennen Ausnahmen. Da war der Großvater, der 85 Jahre wurde, obwohl er sein Leben lang rauchte, der rauchende, übergewichtige Nachbar hat den joggenden, schlanken Nichtraucher auch überlebt und anderes mehr. Ein ideales Präventionsprogramm zur Entdeckung von kardiovaskulären Erkrankungen müsste die bereits geschädigten oder erkrankten von den „gesunden“ Risikoträgern differenzieren können. Es sollte einfach durchzuführen sein und nicht viel Geld kosten. Überraschenderweise steht ein derartiges Verfahren zur Verfügung. Es basiert auf dem Nachweis vom Eiweiß im Urin. Das Eiweiß, um das es sich handelt, heißt Albumin. Weil es im Urin ausgeschieden wird, spricht man von Albumin-Urie. Weil es sich um Spuren handelt, reden manche auch von Mikroalbuminurie, doch man meint dasselbe.

Albumin tritt im Urin nur dann auf, wenn Gefäße bereits geschädigt sind. Gesunde Nierengefäße halten das Eiweiß zurück. Wenn aber Gefäße der Niere geschädigt sind, kann man umgekehrt schließen, dass auch Gefäße in anderen Organen des Körpers Schädigungen aufweisen. So zeigte eine große Studie in Groningen, die PREVEND-Stu-

die, dass 7 Prozent der Allgemeinpopulation eine Albuminurie aufwiesen. An dieser Studie nahmen 50 Prozent der ca. 80.000 Groninger Einwohner teil. Die Daten sind somit belastbar. Man verfolgte nun im Weiteren die Patienten, die eine Albuminurie hatten, und zählte Schlaganfälle, Herzinfarkte und kardiovaskuläre Todesfälle. Hierbei konnte man zeigen, dass der Nachweis einer Albuminausscheidung im Urin ein 4-fach erhöhtes Risiko anzeigte, an einem kardiovaskulären Ereignis zu versterben. Die bekannten Risikofaktoren, wie hohe Blutfette, eine positive Raucheranamnese, Übergewicht oder Zuckerkrankheit, waren wesentlich unempfindlichere Indikatoren und zeigten die Risikosteigerung nur im Bereich von 1–2 an. Weitere Untersuchungen aus anderen Ländern zeigten, dass das Risiko für ein kardiovaskuläres Ereignis mit zunehmender Albuminausscheidung im Urin konsekutiv ansteigt. Auch konnte in einer Studie aus Skandinavien belegt werden, dass die Schlaganfallshäufigkeit signifikant zunahm. Offensichtlich ist die Niere, ein stark vaskularisiertes Organ, somit ein idealer Indikator für einen tatsächlich vorliegenden Gefäßschaden. Zwischenzeitlich liegen auch aus Deutschland Daten vor. Die Hydra-Studie, das Wort stammt von „Hypertension and Diabetes Screening and Awareness Study“, untersuchte knapp 40.000 Patienten aus hausärztlichen Praxen auf Albumin im Urin. Es handelte sich also um eine selektionierte Bevölkerungsgruppe – die Menschen hatten Gründe für die Vorstellung beim Hausarzt. Bei 19 Prozent der Patienten fand sich eine erhöhte Albuminausscheidung. Bei Patienten mit Bluthochdruck waren 21 Prozent, bei Diabetikern mit Hypertonie sogar 38 Prozent positiv.

Wie kann man nun Albumin im Urin nachweisen? Dies ist einfach. Man taucht einen Urinstix in seinen Morgenurin und beobachtet, ob er sich verfärbt. Die Albuminurie-Stix sind sehr empfindlich und kosten etwa 2 € pro Unter-

suchung. Die bisher verfügbaren Urinstix-Untersuchungen sind ungeeignet, die Stix sind zu unempfindlich. Es steht also eine Screening-Methode zur Verfügung, die preiswert ist, unblutig, ein großes Selbst-Screening der Bevölkerung möglich machen würde und zu differenzieren hilft, ob eine Gefäßschädigung vorliegt. Diese Gruppe der Bevölkerung gehört dann tatsächlich in eine engmaschigere ärztliche Betreuung und weitergehende Untersuchungen sind nötig. Diese „Gesunden“ sind somit früh diagnostizierte Gefäßkranke. Warum die Gesundheitspolitik die Chance nicht wahrnimmt und den Test offensiv propagiert, bleibt unverständlich. Da die Kosten dieser Untersuchung so gering sind, sollte sie jeder Bürger selber tragen könnten.

Ich hoffe in der kurzen Ausführung das Problem der Akzeptanz der Präventionsidee in der gesunden Bevölkerung beleuchtet zu haben. Vieles möchte man nicht wissen, man steckt den Kopf in den Sand. Sterben muss man sowieso. Primärpräventionsprogramme setzen eine Motivation bei der Bevölkerung voraus, die erkennbar nur bei einer Minderzahl vorhanden ist. Selbst im Krankenkollektiv der Diabetiker bewegt sich diese motivierte Gruppe lediglich um 2 Prozent.

Mehr Sinn würde es machen, die bisher schon aufgelegten Sekundärpräventionsprogramme zu stützen, die von der Idee einer Früherkennung oder Frühdiagnostik von Erkrankungen ausgehen. Derartige Programme sollten aber unbedingt Tests zur Frühdiagnose kardiovaskulärer Erkrankungen einschließen, da Erkrankungen aus diesem Formenkreis die Mortalitätsstatistiken anführen. Ein preiswertes und einfaches Testsystem steht mit dem Albuminnachweis im Urin zur Verfügung. In diesem eingeschränkten Fall macht es Sinn, den Gesunden zum Patienten zu machen und ihm weitergehende ärztliche Betreuung anzubieten.