



## Was will, was kann, was soll und was darf die Prävention? Teil II

### 1. Risikostrategie

Prävention kann nach zwei unterschiedlichen Strategien ausgelegt sein: Die erste versucht, eine Risikogruppe für eine bestimmte Krankheit zu identifizieren und das Risiko individuell anzugehen. Dem Zeitgeist entsprechend heisst das heute klar: medikamentöse 'Behandlung' des 'Risikofaktors'. Damit das jahrelange Schlucken von Pillen etwas schmackhafter wird, rechnen uns die Befürworter dieser Strategie die Reduktion des Risikos vor: Statine senken das Cholesterin, das Risiko für einen Herzinfarkt sinkt um 30-40%.

Erstaunlich? Nein, denn angesprochen ist das relative Risiko. Wenn von 100 behandelten Personen nur noch 3 statt bisher 5 einen Infarkt erleiden, sinkt das relative Risiko um satte 40%! Absolut allerdings um sehr bescheidene 2%.

Im letzten Newsletter wurde ausgeführt, dass diese Strategie unzweifelhaft Nutzen bringt, allerdings nur einer kleinen Gruppe. 'Thus, for instance, the total eradication of ,hypercholesterolemia' would do less to reduce fatal heart attacks than even a modest fall in the average cholesterol value of the population' formuliert Geoffrey Rose in 'The Strategy of Preventive Medicine'. Die Gesamtbevölkerung profitiert wenig, bezahlt die Strategie allerdings sehr teuer.

Gefragt ist deshalb eine Präventionsstrategie, welche die Gesamtbevölkerung einbezieht und von der die Allgemeinheit profitiert. Und die ausserdem ein vernünftiges Kosten-Nutzen-Profil aufweist.

### 2. Bevölkerungsweite Präventionsstrategie

Diese Strategie ist, im Gegensatz zur Risikostrategie, eine Erfolgsgeschichte. Zum Beispiel Impfungen: Kinderlähmung oder Tetanus sind heute praktisch verschwunden. Die neue HPV-Impfung gibt zu vorsichtigem Optimismus Anlass, dass der Gebärmutterhals-Krebs in zukünftigen Generationen zur Medizingeschichte gehören könnte. Impfstoffe gegen Malaria und AIDS sind in Erprobung. 1883 identifizierte Robert Koch den Erreger der Cholera. Die epidemiologische Schlussfolgerung John Snow's hatte einen kausalen Beweis gefunden, und der Weg zum risikolosen Genuss von Trinkwasser war geebnet. – Ob wir deswegen täglich einkommafünf Liter davon in uns hineinleeren sollen sei in diesem Zusammenhang dahingestellt.

Zum Beispiel Hygiene: 1849 publizierte John Snow, Allgemeinpraktiker in London, die Hypothese, die seit 1848 immer wieder aufflammende Cholera-Epidemie sei durch das Trinkwasser verursacht. Vom akademischen Establishment wurde er verlacht, und als es im Parlament um die lokale Abwasserentsorgung zur Cholerabekämpfung ging, hiess es: 'Lieber Schmutz und Freiheit als Sauberkeit und Sklaverei'.

Hygiene hat (nicht nur in Bezug auf Trinkwasser) ein wissenschaftliches Fundament. Dasselbe gilt für Impfungen. Selbstverständlich gilt dies auch in Bezug auf das Rauchen. Rauchen, oder besser gesagt das Inhalieren von Zigarettenrauch, ist direkte Ursache von chronischen Lungenkrankheiten und von Lungenkrebs.

Leider gilt dies nicht für die 'modernen Killer' wie Herz-Kreislaufkrankheiten und Krebs. Diese haben nicht nur eine Ursache wie Cholera oder Kinderlähmung. Vielmehr führt erst die Kombination von einem ganzen Bündel von Faktoren zum Herzinfarkt oder zum Krebs. Eine kausale Beziehung konnte bisher für keinen der inzwischen gegen 200 Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen gefunden werden. Nichtsdestotrotz führt das unscheinbare und lebenswichtige Cholesterinmolekül die Hitparade der Risikofaktoren seit einem halben Jahrhundert fast unangefochten an.

Bezüglich der Entstehung von Krebs sieht die Datenlage noch dürrtiger aus. Mit einer Ausnahme: Es scheint heute unbestritten, dass die Krebserkrankung des Gebärmutterhalses durch einen chronischen viralen Infekt verursacht oder getriggert wird. Der Begründer dieser Hypothese, Harald zur Hausen, wurde dieses Jahr mit dem Nobelpreis in Medizin geadelt. Alles scheint ihm recht zu geben, und das Nobel-Komitee war sicher vorsichtig genug, den Fehlentscheid für den medizinischen Nobelpreis im Jahre 1926 nicht zu wiederholen.

Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen sind mehrheitlich Lifestyle-Erkrankungen

Selbst wenn chronische Lungenkrankheiten und Lungenkrebs auch einmal eine andere Ursache haben können als Rauchen, tut sich der Raucher nicht als besonders einsichtig. Aber das ist nur die halbe Wahrheit. Die meisten Raucher würden das Rauchen gerne aufgeben. Doch Rauchen ist eine Gewohnheit und als solche Teil des 'Lifestyle' wie Ess- und Trinkgewohnheiten oder Bewegungsverhalten. Aufgabe oder Änderung der Gewohnheit bedeutet zunächst mal das Herausfallen aus einer etablierten Routine und damit psychische Turbulenz, medizinisch ausgedrückt Störung einer Homöostase, eines Gleichgewichts.

Zwar sind die anfallenden Kosten der Änderung von Gewohnheit meist nur temporär, doch der Gewinn ist in weiter unbestimmter Ferne, und die temporären Kosten nähren Zweifel am fernen Ziel. Bessere Gesundheit in einer fernen Zukunft ist für viele kein genügender Navigator für Lifestyle-Änderungen.

Die Störung der Homöostase ist nur einer der Faktoren für die mangelnde Akzeptanz von wohlgemeinten ärztlichen oder auch behördlichen Vorschlägen zur Änderung im Lifestyle. Ein weiterer Faktor ist die Art der Vorschläge selbst. Solange sich 15 „Ernährungsreligionen“ und ebenso viele Fitness-Schulen meist feindselig gegenüberstehen, ist kritische Distanz angebracht.

Not tate eine Ernährungs- und Fitness-Oekumene, an der man sich auf den kleinsten gemeinsamen Nenner einigen könnte. Denn 'gesundes Körpergewicht' und 'Wir essen zu süß, zu fett und zuviel' sind nichts als platte Glaubensbekenntnisse.

Wie soll eine erfolgreiche Präventionsstrategie für die gesamte Bevölkerung aussehen?

Eine erfolgreiche Präventionsstrategie, welche die gesamte Bevölkerung einbezog, war unzweifelhaft die Karies-Prävention: eine klare Botschaft, Sensibilisierungskampagnen und praktische Unterweisung an allen Schulen. Das Ziel schien erreichbar, der Erfolg lag weit über den Erwartungen.

Was erleben wir heute? „Die Schweiz wird immer breiter“ - eine teure Plakatkampagne, diffuses Ziel, mehr diskriminierend als zu einer Umsetzung motivierend („Werden Sie wieder schmaler?“).

„5 am Tag“, - eine unklare oder sogar verwirrende Botschaft, die zum Konsum von mehr Früchten und Gemüse führen sollte, schwer umsetzbar, teils sogar kontraproduktiv.

„Wir essen zu viel, zu fett und zu süß“, - eine Pauschalverunglimpfung mit einer fragwürdigen Botschaft und einem weder sinnvollen noch umsetzbaren Ziel.

Der Fokus auf das Gewicht ist schlicht falsch, denn Übergewichtige haben das geringste Risiko für Herz-Kreislaufkrankheiten und die längste Lebenserwartung. Sogar Adipöse bis zu einem BMI von 35 haben kein erhöhtes Sterberisiko, auch nicht an Herz-Kreislaufkrankheiten (Lancet 2006;368:666). Die längste gesunde Lebenserwartung haben metabolisch Fitte aller Gewichtskategorien (Aerobic Center Longitudinal Study, Harvard Alumni Study). Metabolische Fitness ist zwar nicht selbsterklärend, doch erklärbar. Metabolische Fitness ist ein klar definierter Zustand und ein klar erreichbares Ziel. Das Konzept steht jenseits von Moden oder Ideologien und vermeidet jede Diskriminierung. Mit dem Witz und der Phantasie der Luzifer-Kampagne liesse sich metabolische Fitness als trendiger Lifestyle mit einer guten Erfolgschance bevölkerungsweit propagieren.

Die komplexen Ursachen der modernen Lifestyle-Erkrankungen verlangen nach innovativen, bevölkerungsweiten Präventionslösungen. Die Fokussierung auf 'Risikofaktoren' ist demgegenüber eine teure Sackgasse.