

# Kardiologische Prävention erfordert neue Formen der Partnerschaft

Max-Joseph Halhuber, Bad Berleburg

Kardiologische Prävention ist heute nicht nur unter Ärzten ein sogenanntes Kontroversthemata, oft sogar ein Reizwort. Wenn in einer Diskussion dieser Begriff auftaucht, dann ist mit sehr unterschiedlichen Reaktionen zu rechnen, die zwischen den folgenden zwei Extrempositionen zu orten sind: Einerseits der Meinung, dass die Medizin der Zukunft vornehmlich Präventivmedizin sein würde, und andererseits der Vermutung, dass die derzeitige Zunahme der Diskussion um dieses Thema nur eine vorübergehende, von manchen Gesundheitspolitikern geförderte Modeerscheinung wäre. Die Wahrheit dürfte – wie meist – in der Mitte liegen.

Im folgenden soll nun die These begründet werden, dass erfolgreiche kardiologische Präventionsmassnahmen neue Formen der Partnerschaft erfordern. Dazu versuche ich, meine persönliche Meinung darzustellen, welche Ziele und Strukturen anzustreben sind, warum kardiologische Prävention heute nicht nur für Ärzte kein «faszinierendes» Thema ist, und schliesslich zu erörtern, welche Partnerschaftsformen sich heute in der kardiologischen Prävention anbieten.

## 1. Welche Ziele und Strukturen der kardiologischen Prävention sind vorrangig anzustreben?

Unabhängig davon, ob man als Präventivkardiologe ein um die psychosozialen Einflüsse erweitertes Risikofaktorenkonzept anerkennt oder sich nur auf die drei Standardrisikofaktoren (Zigarettenrauchen, Hypercholesterinämie und Hochdruck) beschränkt, es scheint die These berechtigt, dass Einzelmassnahmen gegen einzelne Risikofaktoren (krankmachende Lebensbedingungen) auf Bevölkerungsebene weniger ergiebig sind als die Förderung eines massgeschneiderten Gesamtlebensstils nach dem Life-Style-Konzept der WHO, der nicht nur «gesund» ist, sondern eben auch Freude macht. Zum Einüben eines solchen neuen Lebensstils bietet sich heute besonders die Freizeitgestaltung an. Deshalb ist Freizeitpädagogik ein Bereich der Erziehungswissenschaft, der auch den Präventivkardiologen mehr interessieren sollte. Ich glaube, dass deshalb auch ein umfassendes Präventionskonzept von einem Gesundheitsbegriff ausgehen muss, wie ihn z. B. Gerhard Schaefer entwickelt hat (Ein Biosystem ist gesund, wenn es imstande ist, Störungen zu kompensieren.) [1]. Es ist auch für die Präventionspraxis nicht gleichgültig, ob wir von einem positiv besetzten Gesundheitsbegriff oder von einem passiven Gesundheitsbegriff, der nur die Abwesenheit von Krankheit umfasst, ausgehen. Ausserdem erscheint es mir drin-

gend, dass die Praktiker der Prävention selbstkritisch aus ihren bisherigen Misserfolgen lernen. Wir wissen heute zur Genüge, dass Angstmachen, z. B. mit einem amputierten Raucherbein, in der Gesundheitserziehung einen negativen Bumerang-Effekt hat, aber wird dieser von Gesundheitsaposteln konsequent vermieden? Bei manchen Ernährungslehrern enttäuscht mich ihre fanatische Einseitigkeit und Ideologie, die gerade im Hinblick auf die häufige Hypercholesterinämie uns Präventivkardiologen im wahrsten Sinn des Wortes auf die Nerven geht. Müssen wir uns nicht häufiger auch selbstkritisch fragen, wo die Grenzen zwischen noch erlaubtem «Gruppendruck» und unerträglicher Manipulation bei Nichtraucher-Kampagnen liegen? Freilich ärgert mich auch die Unglaubwürdigkeit selbst rauchender «Interventoren», sei es in Krankenhäusern oder auch im Rahmen von Interventionsstudien.

Wenn heute vor allem im Hinblick auf die Hyperlipidämie das Konzept einer Hochrisikostrategie im Gegensatz zu bevölkerungsbezogenen Strategien zur Primärprävention der koronaren Herzkrankheit diskutiert wird, so scheint mir das ein Scheinproblem zu sein: Beide Strategien haben nebeneinander Platz.

## 2. Warum ist kardiologische Prävention heute (nicht nur für Ärzte) kein «faszinierendes» Thema?

Die Antwort auf diese zentrale Frage der praktischen Präventionskardiologie ist nicht einfach. Ich kann hier nur Stichworte nennen, um auf die vielschichtigen kognitiven, emotionalen, wissenschaftlichen, wirtschaftlichen und politischen Gründe hinzuweisen.

Im Vordergrund stehen sicher Mängel in der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzte und Heilberufe, was die Primärprävention bei noch augenscheinlich Gesunden, aber auch die Sekundär- und Tertiärprävention bei chronisch Herzkranken angeht. Dazu kommen: Das Fehlen eigener positiver Erfahrungen in diesem Bereich, weiters häufige semantische Missverständnisse und die meist unbewusste Abwehrhaltung vieler Ärzte gegen eine Aufgabe, die neue Kenntnisse, Einstellungen und Arbeitsmethoden, vor allem aber ein neues Selbst- und Rollenverständnis als Arzt und ungewohnte Formen der Partnerschaft verlangt. Wenn eine Expertenkommission des National Heart Lung and Blood Institute (NHLBI) in Bethesda im Oktober 1987 festgestellt haben soll, dass 50 bis 75 % der amerikanischen Ärzte es unterlassen, Patienten mit gefährlich erhöhtem Cholesterinspiegel diätetisch oder medikamentös zu behandeln, dann darf angenommen werden, dass diese Beobachtung auch für Mitteleuropa

gilt. Ich jedenfalls verfüge diesbezüglich über deprimierende eigene Erfahrungen. Lipidforscher werden einer «Mafia» zugeordnet und Empfehlungen der Consensus-Konferenz 1987 als unethisch und nicht praktikabel abgelehnt. Deshalb sind die einschlägigen Beiträge dieses Bad Nauheimer Forums heute hochaktuell.

Bei älteren Ärzten mag auch ein latenter edukatorisch-therapeutischer Nihilismus mit im Spiel sein. Um die letzte Jahrhundertwende gab es in Wien den makabren Scherz: «Man lässt sich vom Internisten Skoda die Diagnose stellen und vom Pathologen Rokitansky bestätigen.» Heute lässt man sich die Präventionsbedürfnisse von Epidemiologen diagnostizieren und von den Sozialmedizinern bestätigen, dass die Erfolge der Präventionsmedizin unbefriedigend seien. Bei vielen jungen Ärzten scheint mir weniger dieser edukatorische Nihilismus als die Furcht vor Manipulation ihrer Patienten vorzuherrschen.

Dazu kommt, dass viele Problemstellungen der Präventivkardiologie methodisch wissenschaftlich nur interdisziplinär zu bearbeiten sind und deshalb relativ viele Untersuchungsergebnisse, die vorliegen, unzulänglich scheinen. Das Forschungsdefizit in diesem Bereich ist erheblich, gerade was Interventionsstudien angeht, die allerdings auch besonders kostspielig und schwierig sind. Werden unter diesen Umständen die Gesundheitspolitiker alle jene Informationen bekommen, die sie für ihre Entscheidungen brauchen? Es besteht doch auch ein Mangel an ergiebigen Diskussionsforen zwischen allen interessierten Gremien über die künftige Gesundheitspolitik, z. B. auch im Hinblick auf Leitbilder.

Am Schluss dieser Aufzählung von Gründen, warum Prävention für alle, die sie angeht, nicht gerade «faszinierend» ist, sei erst das in meinen Augen wichtigste wirtschaftliche Argument genannt: Präventionsbemühungen werden weder finanziell noch ideell überzeugend «honoriert», und zwar weder beim Arzt noch bei anderen, auch den Betroffenen, die sich präventiv engagieren. Wie kann z. B. heute ein Gruppengespräch zur Gesundheitserziehung durch den niedergelassenen Arzt verrechnet werden? Welche wirtschaftlichen Vorteile hat ein Versicherter, wenn er sich sein Normalgewicht erhält? Gerade diese letztgenannten Praxisfragen verdienen, in eigenen interdisziplinären Symposien auch mit Gesundheitsökonomien diskutiert zu werden.

### **3. Welche Partnerschaftsformen bieten sich heute in der kardiologischen Prävention an?**

In Zukunft wird und kann Prävention erfolgreich sein, wenn die im Teil 2 meiner Erörterungen genannten Hindernisse planmässig und interdisziplinär, d. h. in Partnerschaft aller Verantwortung Tragenden und Betroffenen behoben werden. Dabei sind folgende, nach Zielgruppen und Struktur unterschiedliche Ebenen, Bereiche und Aspekte zu berücksichtigen.

#### *3.1 Nach Zielgruppen*

Es ist eine banale Feststellung, dass Prävention (Gesundheitsvorsorge) von der Wiege bis zur Bahre angezeigt wäre. Aber wie ist es um die konsequente Realisierung solcher Forderungen bestellt? Werden schon im Kindergarten bei Verdacht auf familiäre Hypercholesterinämie Untersuchungen durchgeführt? Studienergebnisse an der Kinderklinik Düsseldorf legen solche doch unbedingt nahe [2].

Ist Gesundheitserziehung in allen Fächern aller Schultypen so integriert, wie sie es verdient? Ernest Wynder hat in einer Studie in New York gezeigt, da sich die Schulung der Grundschullehrer in dieser Hinsicht lohnt [3].

Ist Prävention vor allem im Hinblick auf den Lebensstil ein Teil der Freizeitpädagogik geworden, z. B. im Rahmen von Schulungskursen für Jungarbeiter? Der deutsche Gewerkschaftsbund hat sich doch das Ziel einer Humanisierung der Arbeitswelt gesteckt, aus der die Freizeitwelt heute nicht ausgeklammert werden kann. Der Kneipp-Bund (Landesverband Nordrhein-Westfalen) berichtet über erfolgreiche «Schnupperkuren» für Berufstätige, wo sie das ABC der Gesundheitsvorsorge am Arbeitsplatz lernen können. Kurorte wären überhaupt gut beraten, wenn sie sich als ideale Zentren für Gesundheitsbildungs-Seminare identifizieren könnten. Mit der zunehmenden Änderung der Altersverteilung in der Bevölkerung – in den USA nimmt derzeit die Altersgruppe der 85jährigen am raschesten zu! – wird die Sekundär- und Tertiärprävention bei den «Senioren» immer mehr aktuell. Geschieht tatsächlich aber genug, um die Pflegebedürftigkeit zu verringern? Es erstaunt mich, in Gesprächen mit Kollegen festzustellen, wie misstrauisch diese die zunehmenden präventiven Aktivitäten der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung für ihre Mitglieder betrachten, Aktivitäten, die sie leider selber versäumen. Und damit sind wir nach der Frage, welche Zielgruppen für Präventivmassnahmen in Frage kommen, bei der nächsten Frage, nämlich

#### *3.2 Nach geeigneten Strukturen*

Die Einzel- und Gruppenberatung durch Ärzte und Mitarbeiter in Praxisräumen ist ein weites Feld, das noch keineswegs genügend bearbeitet worden ist. In Sonntagsreden wird zwar viel von den präventiven Aufgaben der Arztpraxis geredet, werden aber auch genug praktikierbare Ratschläge erteilt und Programme angeboten? Könnten da die Präventivkardiologen nicht von der immer besser werdenden Diabetiker-Beratung manches lernen? Wo gibt es Seminare für Ärzte, Arzthelferinnen (und Arztfrauen!) über Gruppengesprächsführung? Wie werden solche Gruppengespräche des Kassenarztes von der «Gesundheitskasse» honoriert?

Der kommunal-präventive Struktur-Ansatz, etwa nach dem Modell Wiesloch, wird an anderer Stelle dargestellt und diskutiert. Wie viele Nachfolger hat dieses Modell, das doch sehr einleuchtet, bis 1989 gefunden?

Der kurativ-präventive Strukturansatz in sogenannten Präventivgruppen als einer Folgeentwicklung der heute bestehenden 2000 ambulanten Herzgruppen scheint mir auch eine erfolversprechende neue Form der Partnerschaft. Diesbezüglich kann ich hier nur auf die Publikationen und Erfahrungen des niedergelassenen Internisten Dr. von Frankenberg in Karlsruhe hinweisen.

An dieser Stelle muss aber auch auf ein stationäres Präventionsmodell hingewiesen werden, über das B. Grünewald im Rahmen des Bad Nauheimer Forums berichtet hat.

Mit folgenden neuen Modellen kardiologischer Prävention habe ich eigene positive Erfahrungen:

- a) Bei den nun über 70 Arzt-Patienten-Seminaren der Deutschen Herzstiftung und den «Herztagen» des Österreichischen Herzverbandes geht es sowohl um Sekundärprävention der Betroffenen als auch um die Primärprävention der Familienangehörigen. Die erstaunlich hohen Teilnehmerzahlen sind m. E. eine Abstimmung mit den Füßen, dass hier eine Lücke auszufüllen ist.
- b) Zu Management-Seminaren der Wirtschaft werde ich relativ häufig eingeladen, um – meist zum Abschluss – eine Diskussion über Risiken der Führungskräfte zu ermöglichen, was also augenscheinlich einem Bedürfnis entspricht.
- c) Der therapeutische oder Gesundheits-Tourismus hat sich seit einigen Jahren als neue Form der Partnerschaft zur Sekundärprävention und Gesundheitsbildung gut eingeführt. Sowohl für Skifreizeiten ambulanter Herzgruppen als auch für Kreuzfahrten im Mittelmeer, sozusagen als schwimmende Patientenseminare, hat sich das Prinzip: *Learning by doing*, d. h. Prävention durch Einüben eines gesundheitsfördernden Lebensstils unter ärztlicher Mitwirkung, wie in «geschützten Werkstätten» oder «der Arzt als Animateur» gut bewährt. [4]
- d) Schliesslich sei auch das Angebot von Risikofaktorentestungen in Apotheken, in mobilen Einheiten und bei Freizeitmessen wie der «Aktiv 87/88» erwähnt. Information ist ein Teil der Motivation.

- e) Verbesserungen der präventiv-medizinischen Information in den Medien, in der Tagespresse, in Büchern, Broschüren, auf Tonband- und Videokassetten, im Hörfunk und im Fernsehen wären ein aktuelles Thema, das aber den Rahmen des Forums hier sprengen würde.

#### Summary

##### Cardiologic Prevention Requires New Forms of Partnership

Today, cardiologic prevention is subject of controversial discussion, not only among physicians. Reactions to that term range between the following two extremes: on the one hand, the opinion that medicine of the future will primarily be of preventive nature, and on the other hand, the suspicion that the present increase in discussion of that topic is only a transient fashion supported by certain health politicians. In this article, the proposition is being substantiated that successful cardiologic preventive measures call for new forms of partnership. It is being outlined which objectives and structures have to be pursued, why cardiologic prevention presents – not only for physicians – a «non- fascinating» topic, and finally, which forms of partnerships are offering themselves in cardiologic prevention.

#### Literaturverzeichnis

- [1] *Schaefer G*: «Leben» und «Gesundheit» – begriffliche Dimensionen einer positiven Gesundheitserziehung. Bericht von der 3. interdisziplinären Arbeitstagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für kardiologische Prävention und Rehabilitation. Bad Nauheim. 1987.
- [2] *Kupke J*: Über die Früherkennung eines Arteriosklerosisrisikos im frühen Kindesalter. Ein neues Untersuchungsmodell. Studien in Düsseldorfer Kindergärten. In: Halhuber C. Traenckner K. Hrsg. Die koronare Herzkrankheit – eine Herausforderung an Gesellschaft und Politik. Erlangen: Perimed. 1986.
- [3] *Walter HJ, Hofmann A, Vaughan RD et al*: Modification of risk factors for coronary heart disease. *N Engl J Med* 1988; 318: 1093
- [4] *Halhuber MJ*: Skiwandern und alpines Skifahren mit Herzkranken. *Herz. Sport und Gesundheit* 1988; 5: 8.

#### Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Max-Joseph Halhuber  
An der Gontardslust 17  
D-5920 Bad Berleburg