

Die Fortschritte der Inneren Medizin und der Pharmakologie sowie die Entwicklung neuer chirurgischer Techniken sind in den letzten Jahren beachtlich gewesen. Trotzdem bekommen die chronischen Leiden und Erkrankungen im Hinblick auf die Morbidität und die Mortalität der Bevölkerung ein immer größeres Gewicht. Diese werden auf lange Sicht hauptsächlich in der Praxis niedergelassener Ärzte behandelt. Erst ihre Spätkomplikationen können zu akut lebensbedrohenden Ereignissen und Veränderungen führen, die eventuell stationär versorgt werden müssen. Damit ist die Qualität von Diagnose und Therapie in der Praxis von gesundheits- und sozialpolitischer Bedeutung.

Früherkennung von krankhaften Anlagen und Entwicklungen sowie rechtzeitige therapeutische Interventionen sind der Inhalt ambulanter Präventivmedizin. Neben die klassische dreistufige medizinische Prävention ist der Begriff der psychosozialen Prävention getreten, die in die zwei Bereiche Verhaltensprävention und Verhältnisprävention eingeteilt werden kann: Erstere beschreibt den Versuch, das Verhalten des einzelnen Individuums zu beeinflussen. Besonderes Augenmerk wird den Risikofaktoren Nikotinabusus, Eß- und Trinkgewohnheiten, körperliche Aktivität, Streßverarbeitung und Arbeits- und Erholungsrythmus gewidmet. Die Verhältnisprävention versucht das psychosoziale Umfeld des Patienten zu beeinflussen. Es geht um Familienstrukturen, Abhängigkeit von Gruppenverhalten, Arbeitsplatzbeschaffenheit (zum Beispiel bei Schichtarbeit) und Freizeitgestaltung, aber auch um die Einbindung in Therapie- und Sportgruppen. Medizinische und psychosoziale Prävention dürfen nicht länger getrennt voneinander betrachtet werden. Arzt und Patient müssen gemeinsam erkennen, daß Auslöser und Ursache chronischer Erkrankungen häufig im Individuum selber und seinem Verhalten begründet liegen; wenn dieses nicht ebenso wirkungsvoll geändert wird wie die äußeren Rahmenbedingungen, dann können medizinisch-therapeutische

Prävention in der ärztlichen Praxis: Risikoprofile komplett erfassen!

Interventionen auf Dauer nicht greifen.

Drei große Bereiche

Die Aufgaben der Arztpraxis lassen sich in drei große Teilbereiche gliedern:

① Bei der *Prävention* geht es vornehmlich um die Aufnahme des individuellen Risikoprofils des Patienten. Dieses wird aus der Familien- und Eigenanamnese, den Verhaltens- und Verhältnisstrukturen und den klinischen und technischen

Ohne gezielte Prävention ist die Medizin der Zukunft nicht mehr vorstellbar. Risikoprofile der Patienten müssen erkannt und verkleinert werden. Bei den niedergelassenen Ärzten sind Engagement und zielgerichtetes Praxismanagement gefordert. Jede Investition in die Präventivmedizin sichert die medizinische Versorgung der Zukunft. Ein Grundsatzbeitrag vor dem Hintergrund der neuen Bestimmungen des § 25 Sozialgesetzbuch V („Gesundheitsuntersuchungen“).

Untersuchungsdaten des Patienten erstellt. Ziel der Prävention ist einerseits die Abwendung von erkennbaren Gefahren für die Gesundheit des Patienten, andererseits die Unterbrechung von absehbaren oder bereits einsetzenden Pathomechanismen.

② Die *Statusbewahrung* dient dem Anhalten von krankhaften progredienten Veränderungen körperlicher und geistiger Funktionen.

③ Bei der *Heilung* geht es um die Besserung eingetretener krankhafter Veränderungen und die Wie-

derherstellung verlorener Leistungsfunktionen. Die Zielgrößen aller Aufgaben der ärztlichen Praxis sind dabei stets die Verlängerung des Lebens und die Verbesserung der Lebensqualität. Dabei wird der Bereich der Prävention in Zukunft deshalb immer wichtiger werden, weil bereits die Statusbewahrung bei eingetretenen chronischen Erkrankungen oft nur schwer möglich ist. Um Heilung zu erzielen, fehlen häufig noch die technischen und wissenschaftlichen Voraussetzungen. Immer wird der Versuch der Heilung jedoch für Patient und Gesellschaft mit außerordentlichen Kosten verbunden sein.

● Die gezielte Prävention ist im Bereich chronischer Erkrankungen nicht nur erfolgversprechend, sondern insgesamt auch wesentlich wirtschaftlicher.

Jeder Patient besitzt ein individuelles Risikoprofil, das aus einem oder mehreren Risikofaktoren besteht. Herz-Kreislaufkrankungen stellen in der Bundesrepublik Deutschland über die Hälfte aller Todesursachen dar, da ihre wichtigsten Risikofaktoren besonders häufig vertreten sind: Jeder Zweite raucht und hat zu wenig Bewegung, jeder Dritte hat Übergewicht, jeder Siebente leidet unter einer Fettstoffwechselstörung, jeder Zehnte unter einer arteriellen Hypertonie, jeder 20. – soweit er männlich ist – leidet unter einer Hyperurikämie, jeder 30. unter einem Diabetes Mellitus.

Dabei kann man die Risikofaktoren in der Praxis in drei Gruppen einteilen. Zur ersten Gruppe gehören Risikofaktoren, die weder von Arzt noch von Patient zu beeinflussen oder auszuschalten sind: Veranlagungen wie die familiäre Hypercholesterinämie, Anomalien des Organismus oder bereits eingetretene Ereignisse wie ein Myokardinfarkt. In die zweite Gruppe gehören die Risikofaktoren, die direkt vom Patienten beeinflußt oder abgestellt werden können: Rauchen, Übergewicht, mangelnde körperliche Betäti-

gung und falsche Streßverarbeitung. Hier ist die aktive Mitarbeit des Patienten gefordert. Die dritte Gruppe der Risikofaktoren kann durch den Arzt behandelt werden. Gleichzeitig ist in vielen Fällen eine Änderung der Lebensgewohnheiten, des Verhaltens und der Verhältnisse des Patienten erforderlich, um eine medikamentöse Therapie sinnvoll zu machen (Hypertonie, Fettstoffwechselstörung, Hyperurikämie, Diabetes Mellitus, Asthma bronchiale, rheumatische Erkrankungen).

Risikogruppen und Praxismanagement

Zur Bewältigung präventiver und therapeutischer Aufgaben in Zusammenarbeit mit dem Patienten bietet die Praxis eine Vielzahl von Chancen und Möglichkeiten, wenn das Praxismanagement auf Risikogruppen zugeschnitten ist.

Damit den Patienten bewußt wird, daß ihre alltäglichen Sünden und Nachlässigkeiten einen großen Stellenwert besitzen, können eigene „Risikosperechnungen“ eingerichtet werden, in denen das persönliche Risikoprofil dargestellt und in seiner Wertigkeit quantifiziert wird. (Wissenschaftliche Grundlage hierzu stellen Studien wie beispielsweise die Framingham-Studie dar.) Daneben empfiehlt es sich, für die einzelnen Risikogruppen spezifische Diagnoseprogramme in der Praxis zu entwickeln, in denen nicht mehr im Screening-Verfahren, sondern in einer gezielten Suche die Diagnose erhärtet wird. Damit können auch die möglichen Auswirkungen einer Erkrankung quantitativ erfaßt werden. Beispiel: die Ultraschall-Untersuchung der Gefäße bei Diabetikern. Im gleichen Maße sollten Therapieprogramme und Therapie-Strategien entwickelt werden, die bereits im Bereich der Prävention beginnen.

Eine solche Strukturierung der Praxis ermöglicht ein gezieltes stufenweises Vorgehen in Diagnose, Prävention und Therapie, das auch Vergleiche innerhalb der einzelnen Patientengruppen und damit letztlich auch eine Erfolgskontrolle zuläßt. Obgleich die individuelle Be-

wertung und Einschätzung des Patienten durch den Arzt wesentlich für eine gute Zusammenarbeit ist, so sollten die kritische Würdigung und Kontrolle ärztlicher Vorgehensweisen jedoch frei von emotionalen Bindungen sein. Sie sollten sich auf möglichst objektive Beobachtungen und Vergleiche beziehen.

Die Realisierung von Diagnose- und Therapie-Programmen kann durch kleine Hilfsmittel wie optische Demonstrationen oder praxiseigene Informationsschriften entscheidend unterstützt werden. Eine wesentliche Hilfsfunktion für den Arzt stellt das Praxispersonal als Ansprechpartner und Anlaufstation für den Patienten dar.

Blutdruckeigenmessungen müssen geübt, Diätpläne diskutiert, Insulin-Injektionen überprüft werden. In der Diagnostik erstellen die Helferinnen des Arztes technische Befunde und Laborwerte, die einem genormten Standard entsprechen müssen. Die Aus- und Weiterbildung von Helferinnen in betrieblichen und überbetrieblichen Fortbildungsveranstaltungen zu Fachhelferinnen auf bestimmten Gebieten wie etwa Herz-Kreislauf-, Diabetes- und Fettstoffwechsel-Störungen oder Asthma hat sich in der Praxis bewährt.

Hausärzte im Vorteil

Bei der Prävention chronischer Erkrankungen verfügt der Hausarzt über besondere Vorteile. Er kann die Psyche des Patienten und dessen intellektuelle Fähigkeiten ebenso einschätzen wie dessen Vermögen, die Ursachen und Folgen einer Erkrankung einzusehen. Ihm sind die familiäre Situation und die Bedingungen am Arbeitsplatz bekannt, er kennt das Freizeitverhalten seines Patienten und seine Schwächen. Auf dieser Basis kann der Hausarzt dem Patienten die Ursachen seiner Erkrankung und die pathophysiologischen Zusammenhänge in adäquater Art und Weise erklären. Aber auch an den Patienten werden in hohem Maße Anforderungen gestellt, wenn er im Rahmen der Prävention aktiv mitarbeiten soll: Er muß Einsicht in diagnostische Maßnahmen und The-

rapiemöglichkeiten haben; beide müssen für ihn transparent sein. Er muß darüber hinaus die Zusammenhänge zwischen den Risikofaktoren seiner Erkrankung begreifen können und lernen, wie er sein Verhalten im Hinblick auf sein gesamtes Risikoprofil einstellen muß.

Heute erscheint der Patient aufnahmefähiger und interessierter zu sein als früher. Er ist mündiger geworden und verlangt eher nach Begründungen für das ärztliche Handeln. Jüngere Menschen sind meistens aufgeschlossener und einer Forderung zur aktiven Mitarbeit gegenüber offener. Gerade bei ihnen sollte die Prävention einsetzen. Verständnis und Mitarbeit der Patienten im Rahmen der Therapie werden durch den Einsatz von Kontrollmechanismen unterstützt: Eigenmessungen von Blutdruck oder Blutzucker sind von besonderer Bedeutung.

Klare Therapie-Ziele

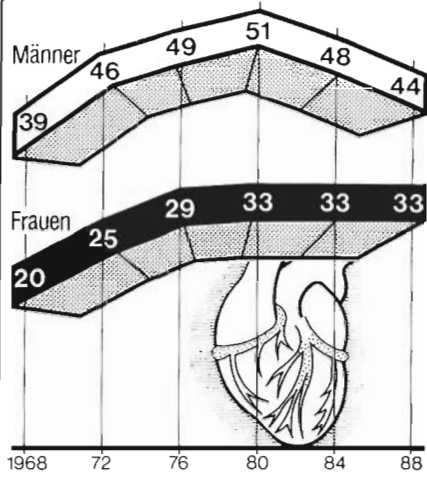
Diagnostische und therapeutische Maßnahmen sollten daher ebenso gemeinsam mit dem Patienten besprochen werden, es empfiehlt sich die schriftliche Fixierung eines „Fahrplanes“, da der Patient dadurch einen subjektiv nachvollziehbaren Leitfaden erhält, der ihm Sicherheit gibt. Schriftliche Therapiepläne sollten grundsätzlich mit vorher festgelegten Kontrollen versehen sein.

Therapieziele müssen klar und einsichtig formuliert werden; sie müssen für den Patienten realistisch erscheinen – zum Beispiel bei der Gewichtsabnahme, beim Eß- oder Trinkverhalten. Auch hier sind Fachhelferinnen als feste Ansprechpartner in der Praxis wichtig. Einige Risikofaktoren und bestimmte Krankheitsbilder sind in der niedergelassenen Praxis so häufig vertreten, daß sich die Einrichtung einer Patientengruppe geradezu anbietet.

Für viele Patienten mit chronischen Erkrankungen oder falschen Verhaltensweisen stellen sie eine große Hilfe dar. Dies ist unbestritten für Suchtkranke, Übergewichtige, Hypertoniker und Diabetiker. Krankenkassen und gewerbliche Institu-

Todesursache: Herzinfarkt

Todesfälle in Tausend (gerundet)



Quelle: Stat. Bundesamt

9002 50 ©Imu

Die Zahl der Bundesbürger, die an einem Herzinfarkt gestorben sind, ist in den letzten Jahren zurückgegangen und betrug 1988 knapp 76 700. Nach wie vor sterben mehr Männer als Frauen durch Herzinfarkt, doch zeichnet sich womöglich ein bemerkenswerter Trend ab: Während die Zahl der Herzinfarkt-Toten bei Männern rückläufig ist, ist sie bei Frauen in den letzten Jahren absolut gleichgeblieben

tionen machen sich diese Verhältnisse zunutze und versuchen, sich medizinisch-therapeutisch zu profilieren. In der niedergelassenen Praxis stellen jedoch Gruppentherapien noch die Ausnahme dar. Während die Vorteile der Einzeltherapie in der individuellen Betreuung und im vertraulichen Gespräch liegen, in welchem viele Aspekte beraten werden, die der Patient in einer Gruppe nicht preisgeben würde, kosten Einzelgespräche viel Zeit, da häufig Gesprächsinhalte für die verschiedenen Patienten mit gleichem Krankheitsbild oder Risikoprofil wiederholt werden müssen.

Die Gruppentherapie erfordert zu Beginn ebenfalls einen erheblichen Aufwand, denn es müssen Gruppen gebildet werden, deren Teilnehmer in vielfacher Hinsicht zueinander passen. Eine nicht adäquat besetzte Gruppe wird niemals ein positives Therapieziel erreichen können.

Auch die organisatorischen Fragen wie Termin und Ort, Dauer der Gruppentherapie und andere Vereinbarungen erfordern Feinabstimmung und Rücksichtnahme. Das Gruppenerlebnis, die Solidarisierung mit den anderen Teilnehmern motivieren viele Patienten und unterstützen die Therapie maßgeblich. Erklärungen und Verhaltensmaßregeln werden vom Arzt vorgetragen, diskutiert und von Gruppenteilnehmern wiederholt und mit ihrer eigenen Sprache erläutert. Dadurch wird das Verständnis vertieft. Allerdings gilt es, mit Nachdruck eine eigene Abrechnungsnummer für Risikogruppen zu fordern. Gruppentherapie ist Aufgabe des Arztes und nicht die einer selbsternannten Gesundheitskasse.

Technik und Compliance

EKG, Laborparameter und andere technische Daten gehören zu einem Bereich, der für den Patienten nicht direkt einsehbar und durchschaubar ist. Daher werden sie vom Patienten – je nach intellektuellen Fähigkeiten – mehr oder weniger mystifiziert. Diese Haltung ist für

den Arzt zwar nur schwer verständlich. Jedoch sei daran erinnert, daß die Medizin und Heilkunst in vielen Kulturen mit mystischen Ritualen und Vorstellungen verklärt wird. So läßt sich auch die anders kaum vorstellbare Bereitschaft einer hochtechnisierten und aufgeklärten Gesellschaft erklären, an Geistesheiler, Handaufleger, Rutengänger und gewisse Heilpraktiker vorbehaltlos zu glauben.

Auch ein EKG wird vom Patienten in vielen Fällen nicht nur als diagnostische Maßnahme begriffen. Die Ableitung der Herzströme hat oftmals bereits heilenden Charakter. Diese Situation trifft in noch größerem Ausmaß auf Laborparameter zu, denn die abgenommene Blutprobe wird in der Regel in eine Laborgemeinschaft eingesandt und entzieht sich damit dem Erfahrungsbezug des Patienten. Am nächsten Tag werden dann Ergebnisse präsentiert und besprochen, die zwar verständnisgemäß noch dem eigenen Organismus zugeordnet, gefühlsmäßig aber häufig nicht akzeptiert oder verdrängt werden. Der Patient begreift seine Erkrankung nicht nur rational, ein wesentlich größerer Teil

der Krankheitsempfindung bleibt logischen Überlegungen verschlossen.

Ein deutliches Beispiel geben hier Diabetiker. Bei Diagnose eines Diabetes werden die Laborwerte noch als „unverständlich“, „unheimlich“ und „fremd“ empfunden, die Identifikation mit den eigenen Stoffwechselfunktionen fehlt. Ein Diabetiker, der seine Blutwerte selber mißt, hat ein anderes Verhältnis zu seinen Werten, er ist mit der Eigenkontrolle in der Regel sehr gut eingestellt. Je mehr er selber mit der Erstellung seiner Werte beschäftigt ist, um so aktiver wird er in der Therapie mitarbeiten. Laborparameter werden in dem Maße mit dem eigenen Organismus identifiziert und begriffen, je näher sie erlebt und in ihrer Erstellung beobachtet werden. Dieser Aspekt der Präsenzdiagnostik in einem offenen Labor, in dem der Patient von der Blutabnahme bis zum zahlenmäßigen Ergebnis alles beobachten kann, wird vielfach unterschätzt. Trockenchemische Geräte (zum Beispiel das in meiner Praxis genutzte Reflotron) bieten gute Voraussetzungen für die Diagnose und die Verlaufskontrolle chronischer Stoffwechselstörungen. Neben der differentialdiagnostischen Sofortabklärung stellt die langfristige Therapiekontrolle bei chronischen Erkrankungen eine wichtige Aufgabe für das Präsenzlabor in der niedergelassenen Praxis dar. Eine individuelle Anpassung von Therapieplänen, Diätvorschriften und Medikamenteneinnahmen wird noch im Augenblick der Datenermittlung möglich. Der aktuelle Status des Patienten kann sofort in das Arzt-Patienten-Gespräch einbezogen werden.

Check-up alle zwei Jahre

● Seit 1. Oktober 1989 ist nach dem am 1. Januar 1989 in Kraft getretenen „Gesundheits-Reformgesetz“ für Personen ab Beginn des 35. Lebensjahres eine Herz-Kreislauf-Vorsorgeuntersuchung („Check-up“ gemäß § 25 SGB V) vorgesehen. Darauf hat der Patient *alle zwei Jahre* Anspruch. Neben einer ausführlichen Anamneseerhebung und einer gründlichen körperlichen Untersu-

chung und – falls notwendig – einem Ruhe-EKG werden auch folgende Laborparameter bestimmt: Urinanalyse, Blutzucker, Kreatinin, Gesamtcholesterin und Harnsäure.

Diese Parameter erfassen die wichtigsten Risikofaktoren. Bei pathologischen Ergebnissen müssen sie durch gezielte Untersuchungen ergänzt werden. Dies gilt in besonderem Maße auch für das Ruhe-EKG und die gemessenen Blutdruckwerte.

● Hier wäre der nächste Schritt das Belastungs-EKG, weitere Laborwerte wie Leber- und Nierenchemie, HDL-LDL-Cholesterin, Blutzuckerbelastungstest und -tagesprofil.

Das Vorsorgeprogramm soll besonders Personengruppen ansprechen, die in der Regel keinen Arzt aufsuchen. Bei ihnen ist von Bedeutung, daß relevante Ergebnisse möglichst sofort besprochen werden können, ohne daß ein weiterer Arztbesuch notwendig wird. Durch den Einsatz der Trockenchemie ist die Präventivuntersuchung in allen Fällen einschließlich der notwendigen Erörterung der Ergebnisse innerhalb von etwa 60 Minuten in jeder Praxis möglich. Allein diese Zeitplanung sollte die Akzeptanz des Untersuchungsprogrammes steigern.

Die heute (statistisch) zu beobachtende Verlängerung des Lebensalters ist weniger darauf zurückzuführen, daß in den letzten 20 oder 30 Jahren die einzelnen Menschen noch älter geworden wären, als vielmehr auf den Umstand, daß generell mehr Menschen alt werden und nicht vorzeitig akut versterben. Damit erhöht sich naturgemäß die Zahl der Menschen, die sich im Rentenalter befinden. Der statistische Lebensbaum der Gesellschaft verändert seine Struktur grundlegend. Präventivmedizin wird die einzige Möglichkeit darstellen, mit den Alterserkrankungen der Gesellschaft fertig zu werden. Die Chance wird darin liegen, die sogenannten Zivilisationserkrankungen bereits vor ihrem Ausbruch zu erkennen und zu verhindern.

Dr. med. Rolf Ziskoven
Diplom-Chemiker
Goethestraße 4
5205 Sankt Augustin 1

Streit über Entdeckung des AIDS-Virus neu entbrannt

Der Streit zwischen französischen und amerikanischen AIDS-Forschern über die Entdeckung des tödlichen HIV-Virus ist neu entbrannt. Das Pariser Pasteur-Institut hat wissen lassen, daß es den vor drei Jahren nach langem Tauziehen getroffenen Kompromiß über die Urheberrechte an der Forschertat in Frage stellen könnte, wenn sich Enthüllungen der „Chicago Tribune“ bewahrheiten, die den amerikanischen Krebs-Experten Robert Gallo vom staatlichen National Cancer Institute belasten.

Bei den Auseinandersetzungen zwischen der Forschergruppe des Pasteur-Instituts unter Leitung von Professor Luc Montagnier und dem Team von Professor Gallo ging es nicht nur um wissenschaftliches Prestige, sondern um Millionenbeträge aus Lizenzentnahmen für AIDS-Tests.

Die Franzosen hatten 1983 das Virus bei einem Patienten identifiziert und LAV (Lymphadenopathie-Virus) genannt. Professor Montagnier überließ seinem Kollegen Gallo Proben des Erregers. Wenig später gelang den Amerikanern die Züchtung von AIDS-Virus-Stämmen in Laborkulturen, womit die Voraussetzung für die Herstellung von AIDS-Tests gegeben war. Das Verfahren meldete Gallo 1984 zum Patent in den USA an. Es wurde innerhalb kurzer Zeit genehmigt, während eine französische Testmethode schon seit Monaten beim US-Patentamt auf Begutachtung wartete und später nicht zugelassen wurde.

Nach Gallos Versicherungen glich der Erreger, den er HTLV-3 (Human T-Lymphotropic Virus) taufte, zwei anderen HTLV-Viren, die sein Team schon vorher bei Leukämie-Patienten entdeckt und eingehend untersucht hätten. Mit dieser Erklärung wollte sich das Pasteur-Institut aber nicht zufriedengeben. In Paris bestand man darauf, die amerikanischen Forscher hätten nur mit den von Montagnier zur Verfügung gestellten Viren-Proben La-

bor-Kulturen heranzüchten können. Das wies Gallo mit der Erklärung zurück, dazu habe das zugesandte Material des Montagnier-Labors nicht ausgereicht. Daraufhin strengte das Pasteur-Institut einen Prozeß an, der schließlich mit einer gütlichen Einigung endete: die Franzosen erhielten das Recht, ihre AIDS-Tests in den USA zu verkaufen.

Der Journalist John Crewdson von der „Chicago Tribune“, der sich zwei Jahre ausschließlich mit dem Streit befaßte, will zahlreichen öffentlichen und vertraulichen Dokumenten der Affäre nun entnommen haben, daß bei den amerikanischen Ermittlungen eine ganze Reihe wesentlicher Elemente über die Vorgänge in den Labors von Professor Gallo teils gefälscht und teils beseitigt worden sind. Damit ist der renommierte Krebs-Experte in den Vereinigten Staaten unter schweren Beschuß geraten.

Der Direktor des Pasteur-Instituts, Professor Maxime Schwartz, erklärte vor der Presse, Gallo sei in dem Kompromiß von 1987 entgegen einer weitverbreiteten Annahme nie als alleiniger Entdecker des AIDS-Virus anerkannt worden, sondern nur als „Mitentdecker“.

Die amerikanischen Patentinhaber erhalten jährlich 100 000 Dollar, während die französischen Forscher bisher leer ausgegangen sind, was Professor Montagnier in einem Interview mit der Zeitung „Le Monde“ als „unmoralisch“ bezeichnete. Er lehnt es jedoch ab, von Betrug zu sprechen. Mit diplomatischem Geschick legt er nun seinen amerikanischen Konkurrenten nahe, die Möglichkeit zuzugeben, daß sich das angeblich von ihm entdeckte Virus in Wirklichkeit durch einen „falschen Handgriff“ aus der Pariser Viren-Probe in seinem Labor selbständig gemacht haben könnte. (Über die Anfänge der Kontroverse und deren Hintergründe wurde ausführlich berichtet in Heft 12/1987: „SIDA/AIDS – Geschichte eines wissenschaftlichen Wettstreits“). afp