Thomas Kuehlein, Hausarzt, Deutschland; Donatella Sghedoni, PhD, Italien; Giorgio Visentin, Hausarzt, Italien; Juan Gérvas, PhD, Hausarzt, Spanien; Marc Jamoulle, MPH, Hausarzt, Belgien

Quartäre Prävention, eine Aufgabe für Hausärzte

Quartäre Prävention bedeutet Verhinderung unnötiger Medizin oder Verhinderung von Übermedikalisierung. Das Prinzip «primum non nocere» ist ein Grundpfeiler aller Medizin. Die Aufgabe, ein Zuviel an medizinischen Interventionen zu vermeiden, ist vor allem für die Hausarztmedizin von zentraler Bedeutung. Wir berichten hier von einem Workshop zu diesem Thema, der im Rahmen der 15. Wonca-Europe-Konferenz im September 2009 in Basel stattfand.

In einer Welt, die sich zunehmend auf Gesundheitsthemen fixiert und mit wachsenden Möglichkeiten «etwas zu tun», wird jemand gebraucht, der die Menschen zur Angemessenheit medizinischer Massnahmen berät. Vor allem im Namen der Prävention gab es eine explosionsartige Vermehrung neuer Krankheitsbegriffe und Gesundheitsmassnahmen, die eine Neuordnung der Ziele der Hausarztmedizin und der ihr zugrunde liegenden Denkweisen erfordern. Besonders in einem Bereich ausgeprägter Unsicherheit und niedriger Prävalenzen von schweren Krankheitsbildern ist die Entscheidung, auf weiteres Handeln zu verzichten, eine schwierige Aufgabe. Auf der einen Seite lässt sich diese Entscheidung gut über Wahrscheinlichkeiten absichern, wie sie uns klinische Studien bieten. Auf der anderen Seite kann sie auf den individuellen Lebensgeschichten und Werten unserer Patienten gründen. Wir möchten dazu anregen, quartäre Prävention ausdrücklicher zu einer Aufgabe der Hausärzte zu machen.

T.M., 62 Jahre alt und bisher ein gesunder Mann, kommt zu seinem Hausarzt. In einer Zeitschrift der örtlichen Apotheke hat er von steigenden Zahlen von Männern seines Alters gelesen, bei denen ein Prostatakarzinom diagnostiziert wurde. Er bittet um eine Früherkennungsuntersuchung für Prostatakarzinom durch einen PSA-Test. Da der Test von seiner Krankenversicherung nicht getragen wird, ist er bereit, die Kosten dafür selbst zu übernehmen. Er hat keinerlei Schwierigkeiten mit seiner Miktion oder seinem Sexualleben. Es gibt keinen Fall von Prostatakrebs in der Familienvorgeschichte. Er sagt: «Wissen sie, ich war immer bei guter Gesundheit. Aber ich denke, ich komme jetzt doch in ein gewisses Alter, und meine Frau sagte, ich sollte doch einmal etwas tun, um auch weiterhin gesund zu bleiben.»

Unser Ziel sollte sein, Patienten zu erkennen, die gefährdet sind, einem Zuviel an medizinischen Massnahmen ausgesetzt zu sein, die ihnen möglicherweise mehr schaden als nützen.

Was sollte sein Arzt ihm raten?

Der Workshop in Basel

Der Titel des Workshops war «Quartäre Prävention». Um es gleich zu Anfang klar zu machen, quartäre Prävention bedeutet die Verhinderung von Übermedikalisierung und unnützer Medizin. Eines der Grundprinzipien der Medizin ist «primum non nocere». Unser Ziel sollte deshalb sein, Patienten zu erkennen, die gefährdet sind, einem Zuviel an medizinischen Massnahmen ausgesetzt zu sein, die ihnen möglicherweise mehr schaden als nützen, und ihnen akzeptable Alternativen anzubieten.

Workshops sind Orte, an denen nicht nur Dinge und Ideen präsentiert, sondern auch durch die Beiträge der Teilnehmenden weiterentwickelt werden. Es gab drei Vorträge, gefolgt von einer lebhaften Diskussion. In diesem Artikel nutzen wir auch die Beiträge der Workshop-Teilnehmenden, um unsere Vorstellungen zum Thema weiterzuentwickeln.

Primäre, sekundäre, tertiäre und quartäre Prävention – das Kranksein des Patienten und die Diagnose des Arztes

Die verschiedenen Grade der Prävention wurden immer wieder unterschiedlich definiert und genutzt [1]. Auch der Begriff quartäre Prävention wurde unterschiedlich verwendet [2]. Als Hausärzte beziehen wir uns hier auf das Konzept der quartären Prävention, wie es von einem unserer Autoren, Marc Jamoulle, 1986 erstmalig beschrieben wurde [3]. 1999 wurde es durch das Internationale Klassifikationskomitee der Wonca anerkannt und 2003 im Wonca Dictionary of General/Family Practice veröffentlicht [4].

1958 definierten Leavell und Clark die unterschiedlichen Grade primärer und sekundärer Prävention als medizinische Massnahmen vor, beziehungsweise nach der Manifestation einer bestimmten Erkrankung. Sekundäre Prävention war auf frühe Krankheitsstadien begrenzt, wie sie zum Beispiel durch Früherkennungsuntersuchungen entdeckt werden. Tertiäre Prävention bezog sich auf die Verhinde-

Quartäre Prävention – ein (zunehmend) wichtiges Thema in der Hausarztpraxis

«Vorbeugen ist besser als heilen.» – Dieser Grundsatz ist unbestritten. Neue Erkenntnisse weisen darauf hin, dass vorbeugen auch schaden kann. Unter dem Begriff «quartäre Prävention» wird zur Zeit nach dem richtigen Mass an präventiven Massnahmen gesucht, getreu nach dem uralten ärztlichen Prinzip «primum non nocere».

Die Redaktion von PrimaryCare freut sich, mit dem Beitrag von Thomas Kühlein et al. diesen wegweisenden neuen Diskurs anzustossen. Der vorliegende Artikel ist auf dem Boden des Workshops «About quaternary prevention» von Marc Jamoulle am europäischen Wonca-Kongress 2009 in Basel entstanden. Wir veröffentlichen ihn in voller Länge.

Dieser Artikel ist in mehreren Sprachen erschienen. Auf www.primary-care.ch finden Sie den Text auch auf Englisch, Spanisch, Italienisch, Portugiesisch und Kroatisch.

Für weitere Informationen zu quartärer Prävention verweisen wir auf die Webseite http://docpatient.net/mj/P4_citations.htm.

rung von Komplikationen bei bereits klinisch manifesten Erkrankungen und wurde für Massnahmen im Rahmen von Rehabilitation genutzt [5]. Dieser und ähnlichen Sichtweisen lag immer ein arztzentrierter Ansatz von medizinischer Versorgung zugrunde. Jamoulles Konzept führt eine neue Strategie ein. Sie verbindet die Sichtweisen von Arzt und Patient und entwickelt ein Präventionskonzept auf der Grundlage ihrer gegenseitigen Beziehung. Seine neue Art mit dem Konzept der Prävention umzugehen, bricht mit dem bisherigen chronologischen Weg. Im Englischen unterscheidet man zwischen «illness» und «disease». Man könnte dies am Ehesten mit «Kranksein» oder «sich krank fühlen» (illness) und «Krankheit» oder «Diagnose» (disease) übersetzen. Man kann Prävention damit anhand der Gegenüberstellung des Gefühls des Patienten (Gesund- oder Kranksein) und der Einschätzung des Arztes (Krankheit oder keine Krankheit) erklären. Wir beziehen uns dabei auf Arthur Kleinman und sein berühmtes Buch «The Illness Narratives – Suffering, Healing and the Human Condition» [6]. Kleinman definierte Kranksein als «die grundsätzlichen Schwierigkeiten, die Symptome und Leiden in unserem Leben verursachen». Im Gegensatz dazu ist Krankheit, «was der Arzt über eine Umformung des Krankseins in Begriffe medizinischer Theorie erzeugt. Krankheit ist, was man Ärzte in ihrer Ausbildung zu sehen gelehrt hat. Dieses Sehen erfolgt durch die Brille der theoretischen Sichtweisen ihrer speziellen Form klinischer Praxis. Das bedeutet, dass der Arzt die Probleme des «sich krank Fühlens» seitens des Patienten und seiner Familie in abgeschlossene technische Sachverhalte umformt».

Die Medien, die pharmazeutische Industrie, die Politik und die medizinischen Berufe haben aus einer schwierigen Mischung aus besten Absichten und ökonomischem Nutzen die Möglichkeit, Zweifel und Ängste zu erzeugen.

Das Gefühl, krank zu sein, trifft nicht zwingend mit dem Urteil des Arztes zusammen, dass hier tatsächlich eine Krankheit vorliegt. Auf der anderen Seite werden Patienten, obwohl sie sich vollkommen gesund fühlen, mehr und mehr mit Krankheitsbegriffen belegt. Tatsächlich sind die meisten sogenannten «chronischen Erkrankungen», wie Bluthochdruck, Diabetes, Osteoporose und viele andere, Krankheiten, ohne dass man sich dabei krank fühlt. Charles Rosenberg hat es einmal so formuliert: «[…] Die zeitgenössische Medizin und die Bürokratie haben Krankheitsentitäten konstruiert, die reale soziale Auswirkungen haben. Diese Krankheitsentitäten entstehen durch Labortests, Krankheit definierende Grenzwerte, statistisch abgeleitete Risikofaktoren und andere Artefakte des scheinbar wertfreien bio-medizinischen Unternehmens.» [7]

Abbildung 1 gibt eine Vorstellung, um was es bei dem neuen Ansatz, Prävention zu klassifizieren, geht.

Primäre, sekundäre und tertiäre Prävention sind wohlbekannte ärztliche Aufgaben

Bei der *Primärprävention* sind weder Kranksein noch Krankheit vorhanden. Genau genommen ist der Patient gar kein Patient. Präventive Massnahmen wären hier zum Beispiel, über einen gesunden Lebensstil zu sprechen oder Impfungen durchzuführen.

In der *Sekundärprävention* sind Erkrankungen im Sinne von vergebenen Krankheitsbegriffen vorhanden. Im Englischen spricht man von «labelling», was man am Ehesten mit Etikettierung übersetzen könnte. Die meisten davon sind Risikofaktoren und es ist deshalb fraglich, ob man sie als eigene Krankheitsentitäten führen sollte. Ein

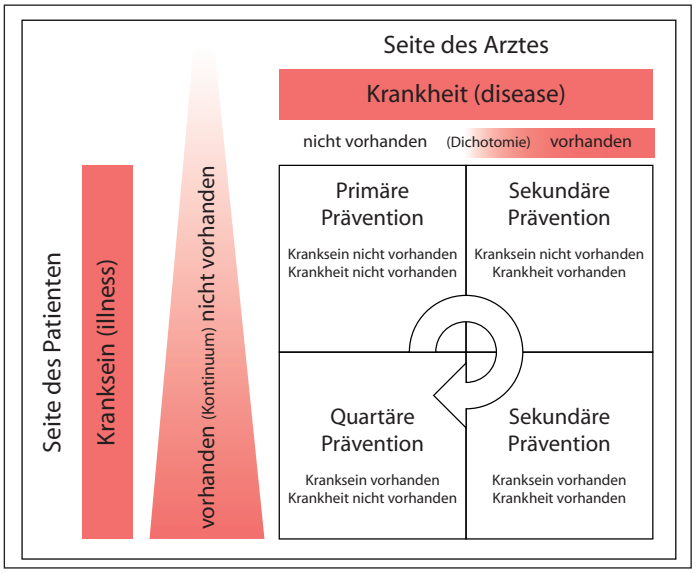

Abbildung 1
Vier-Felder-Tafel-Modell der verschiedenen Formen von Prävention. In Weiterentwicklung der Originalabbildung (http://docpatient.net/mj/P4_citations.htm) setzen wir hier die Krankheit (disease) in die Dichotomie und damit gegenseitige Ausschliesslichkeit von «vorhanden» und «nicht vorhanden». Kranksein (illness) besteht im Gegensatz dazu aus einem Kontinuum zwischen Vorhandensein und Nichtvorhandensein.

anderes Beispiel wären Krankheitsstadien, wie sie zum Beispiel durch Früherkennungsuntersuchungen, etwa beim frühen Prostatakarzinom, entdeckt werden. Der plötzlich als Patient Bezeichnete fühlt sich vollkommen wohl, ausser, dass er jetzt vom Wissen um eine Krankheit bedroht wird. Krankheitsbegriffe wie Bluthochdruck, Diabetes mellitus Typ II, Hypercholesterinämie oder Osteoporose werden durch willkürliche Grenzwerte in einem Kontinuum von Messwerten definiert. Das Ziel sekundärer Prävention ist dabei, das Risiko für bestimmte Folgen dieser Erkrankungen, wie zum Beispiel Herzinfarkte, Schlaganfälle oder Frakturen, zu verringern. Genau genommen ist also, nachdem kein Krankheitsgefühl vorhanden ist, die Behandlung von Bluthochdruck Prävention und nicht Therapie. Das Konzept der Risikofaktoren ist relativ neu, hat aber in kurzer Zeit sehr an Popularität gewonnen [8]. Tatsächlich werden jedoch die wenigsten Patienten mit einem bestimmten Risikofaktor die Komplikation erleiden, für die sie ein eben nur relativ erhöhtes Risiko haben. Dennoch ist es möglich davon zu sprechen, dass diese Patienten eine chronische Erkrankung haben. Man kann sogar im Falle mehrerer solcher Erkrankungen von Multimorbidität sprechen. Wir sollten unsere Patienten nicht durch die Tatsache in Angst und Schrecken versetzen, dass das Leben selbst ein Risikofaktor für den Tod ist, wo es doch in Wirklichkeit seine Vorraussetzung ist (Abb. 2). Wir haben viel bezüglich der Relativität des Stellenwertes von Risikofaktoren gelernt. Ein Beispiel wäre, dass wir eine Hypercholesterinämie im Rahmen sekundärer Prävention nicht um ihrer selbst willen behandeln sollten, solange das kardiovaskuläre Gesamtrisiko niedrig ist. Auf der anderen Seite würden wir versuchen, einen Patienten mit relativ niedrigen Cholesterinwerten, aber einem hohen Gesamtrisiko, dennoch durch die Verschreibung eines Statins zu schützen. Eine andere Form sekundärer Prävention wäre wie gesagt die Behandlung früher Krankheitsstadien, wie sie durch Früherkennungsuntersuchungen entdeckt werden. Die Mehrheit der Männer im Alter über 80 Jahre hat ein Prostatakarzinom [9]. Nur wenige von ihnen werden daran sterben [10].

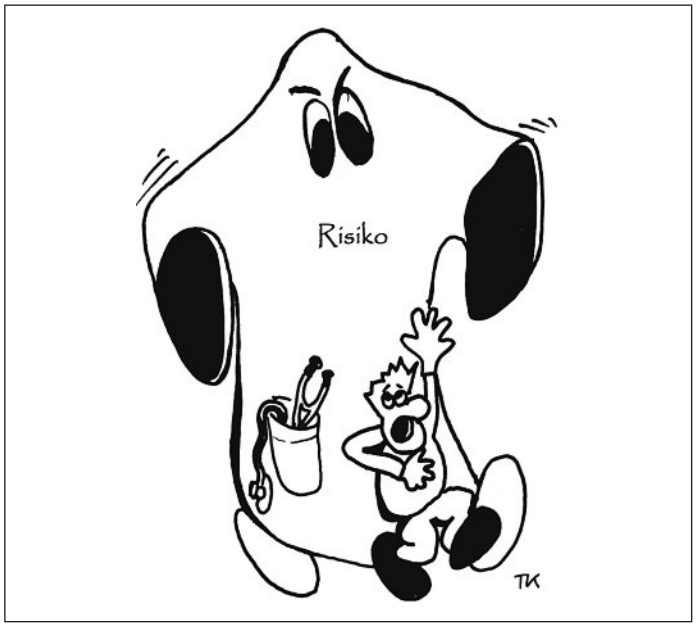

Abbildung 2
Dem Patienten helfen, mit der Unsicherheit zu leben?

Tertiäre Prävention ist der einzige Punkt, an dem Kranksein und Krankheit zusammentreffen. Ein Beispiel wären Patienten mit Herzinfarkt. Diese Patienten haben nicht nur Risikofaktoren für einen Herzinfarkt, sondern haben, aus was auch immer für Gründen, tatsächlich einen solchen entwickelt. Sie haben das höchste Risiko, einen weiteren Infarkt zu erleiden. Dies sollten wir fraglos mit allen uns zur Verfügung stehenden Mitteln versuchen zu verhindern, vorausgesetzt, dass es angesichts der Lebensumstände des Patienten Sinn ergibt und seinem Willen entspricht.
Bei der *quartären Prävention* geht es um das Problem des sich krank Fühlens, ohne dass eine konkrete Krankheit vorliegt. Während der Patient sein Kranksein spürt und nach einer Bezeichnung dafür strebt, würden Ärzte, wie kürzlich vorgeschlagen, einen Grossteil dieser Beschwerden als medizinisch nicht erklärbare Symptome bezeichnen [11]. Für diese Art von Leiden sind in der Medizingeschichte viele Begriffe und hinter ihnen liegende Konzepte verwendet worden [12]. Einer davon ist psychosomatische Erkrankung. Das dahinterliegende Konzept sieht, obwohl auch der Begriff somatisch in ihm vorkommt, die Krankheitsursache ganz klar auf der psychischen Seite, dessen Folgen eben nur körperlich empfunden werden. Auf der anderen Seite gibt es Bemühungen, für dieses Kranksein somatische Krankheitsbegriffe, wie zum Beispiel Fibromyalgie, zu finden. Diese Begriffe sind seitens der Patienten, die dadurch dem empfundenen Makel eine psychische Erkrankung zu haben entgehen, hoch willkommen. Alle diese Symptome und Leiden machen die Tür weit auf für endlose diagnostische Massnahmen. Die meisten dieser Massnahmen werden normale, viele werden grenzwertige oder falsch positive Ergebnisse haben. Die Folge sind endlose weitere diagnostische Massnahmen und Verschreibungen von unbewiesenen Therapien mit wohlbekannten Nebenwirkungen. Das Problem ist ausserdem, dass, wie in Abbildung 1 gezeigt, zwischen sich gesund- und sich krank fühlen eine Kontinuum besteht, während man eine Krankheit im Sinne einer Dichotomie vermeintlich nur haben oder nicht haben kann. Tatsächlich haben die meisten Menschen, wählt man einen beliebigen Zeitpunkt, gerade irgendwelche Symptome [13]. Die meisten von ihnen werden dennoch deshalb keinen Arzt aufsuchen. Aber man kann versuchen, sie dazu zu bewegen. Man nennt diese Patienten auch die «besorgten Gesunden» (worried well).
Tatsächlich haben die Medien, die pharmazeutische Industrie, die Politik und die medizinischen Berufe in einer schwierigen Mischung aus besten Absichten und ökonomischem Nutzen die Möglichkeit, Zweifel und Ängste sogar in der robustesten Gesundheit der Menschen zu erzeugen [14, 15].
Einer unserer Autoren, Juan Gérvas, hat es während eines Vortrags einmal so formuliert: «Ich werde ihnen jetzt beweisen, dass sie alle schon tot sind». Dann sprach er über die neue europäische Leitlinie zur Herzinsuffizienz [16]. Sie definiert vier Stadien der Herzinsuffizienz. Zu Stadium A zählen Menschen ohne strukturelle Herzerkrankung und ohne Symptome einer Herzinsuffizienz, die aber Risikofaktoren für eine solche aufweisen. Am Ende seines Vortrages über Herzinsuffizienz kam er zurück auf seine Ankündigung vom Anfang: «Sie sehen jetzt, dass sie alle schon tot sind – glücklicherweise aber erst im Stadium A.» Es steckt viel Wahrheit in diesem Scherz. Zu Stadium B der Herzinsuffizienz zählen Menschen mit strukturellen Herzveränderungen, aber ohne Zeichen oder Symptome einer Insuffizienz. Sind Menschen, bei denen Herzinsuffizienz Stadium A oder B diagnostiziert wird, wirklich Patienten? Ist es wirklich allein die Sorge um unsere Patienten, die uns treibt? Ist es die zynische Ausweitung des Patientenspektrums durch Ärzte, die wegen zunehmender Spezialisierung immer weniger Patienten haben? Oder ist es das scheinbar moralfreie Geschäftsgebaren pharmazeutischer Firmen auf der Suche nach neuen Kunden für ihre Produkte? Wahrscheinlich ist es weder nur das eine, noch nur das andere. Es ist eine Gefahr, der wir alle unterliegen. Die Folgen dieser Gefährdung werden vor allem unsere Patienten oder Menschen zu spüren bekommen, die wir mehr oder weniger beabsichtigt, aber mit fraglicher Berechtigung, zu unseren Patienten gemacht haben. Dessen sollten wir uns bewusst bleiben, bei jedem Schritt den wir tun. Und das ist es, warum wir es für so wichtig halten, einen Namen für diese Aufgabe zu haben: quartäre Prävention.

Wissen – und nicht Misstrauen – ist das beste Mittel für die Umsetzung quartärer Prävention.

Angesichts des oft abschreckend technischen Charakters moderner Medizin reagieren viele unserer Patienten, längst gefolgt von zahlreichen Kolleginnen und Kollegen im hausärztlichen Bereich, mit einem romantischen Rückzug hin zu so genannten alternativen oder komplementären Medizinformen. Wir glauben, dass es keine Alternative zu einer guten Medizin gibt, die sich auf der einen Seite, so weit wie möglich, auf robuste Forschungsergebnisse stützt und die auf der anderen Seite respektvolles Verständnis für die Ängste und Wünsche unserer Patienten aufbringt. Wenn der modernen Medizin die Empathie und das zwischenmenschliche Verstehen jenseits technisch messbarer und machbarer Dinge abhanden gekommen sind, dann ist das ein Defizit. Wenn es da ein Defizit gibt, dann sollten wir es auch als solches bezeichnen und nicht versuchen, das, was fehlt, als scheinbare Alternative oder Komplement gegenüber zu stellen.

Wie kann man quartäre Prävention fördern?

Was lässt sich konkret tun, um die Idee der quartären Prävention voranzubringen? In der Diskussion in unserem Workshop sagte ein Kollege, dass sich angesichts der Übermacht so vieler Nutzniesser des Gegenteils als einzelner Hausarzt wenig bewirken liesse. Die UEMO, die professionelle Vertretung der Haus- und Familienärzte in Europa, unterstützt das Konzept der quartären Prävention [17].

Wir glauben, dass man sehr wohl eine ganze Menge tun kann. Das erste wäre, das Konzept weiter in die Öffentlichkeit zu tragen und es dadurch auch für uns selbst als eine unserer grundlegenden Aufgaben im Bewusstsein zu behalten und es mit unseren Kolleginnen und Kollegen zu diskutieren.
Wir halten quartäre Prävention für so sehr der Lebenswelt des Generalisten inhärent, dass viele von uns sie schon längst in der einen oder anderen Weise praktiziert haben, ohne es als solche zu benennen. Was wir brauchen werden, um das Konzept weiter zu verfolgen, sind starke Waffen auf der einen und Verbündete auf der anderen Seite. Das Schwierigste für Ärztinnen und Ärzte und ihre Patienten ist die bewusste und begründete Entscheidung, auf weitere Diagnostik oder Therapie zu verzichten [18]. Der menschliche Geist scheint eher dem Handeln als dem Nichthandeln oder einem abwartenden Verhalten aufgeschlossen zu sein. Das scheint selbst dann der Fall, wenn das Handeln sich als nutzlos oder sogar schädlich erweist. Dies nimmt bisweilen bizarre Formen an, wie beispielsweise bei Frauen in den USA, die in 69% der Fälle weiterhin Abstrichuntersuchungen vom Gebärmutterhals bekommen, obwohl ihnen ihre Gebärmutter entfernt wurde [19]. In solchen Fälle scheint es problemlos, quartärer Prävention zuzustimmen. Was aber lässt sich in den vielen Fällen fliessender Grenzen und weiter Überschneidungen zwischen Nutzen und Schaden tun? Ein bedeutsamer Nutzen auf der Bevölkerungsebene übersetzt sich nicht zwingend in einen bedeutsamen Nutzen auf der Ebene des individuellen Patienten. Dies trifft vermutlich für viele Fälle sekundärer Prävention zu.

Bevor wir versuchen, andere von der Wichtigkeit quartärer Prävention zu überzeugen, können wir leicht in unseren eigenen Praxen einen Anfang machen.

Geoffrey Rose hat in seinem berühmten Artikel über kranke Individuen und kranke Populationen die Ursachen von Inzidenzen und Fällen nicht vermischt, sondern unterschieden [20]. Prävention wurde dennoch von vielen bereitwillig als Möglichkeit missverstanden, die Hochrisikostrategie für individuelle Patienten auf immer grössere Teile der gesamten Bevölkerung anzuwenden [21].
Das Alter ist einer der stärksten Risikofaktoren für viele Erkrankungen und für den nach wie vor unvermeidlichen Endpunkt Tod. Es gibt jedoch keine scharfe Grenze dafür, ab wann es sinnlos wird, die eine Krankheit verhindern zu wollen, wo doch die Wahrscheinlichkeit, stattdessen an vielen anderen Erkrankungen zu sterben, überwältigend geworden ist. Wenige Menschen wären vermutlich noch bereit, die Sinnhaftigkeit eines Statins auch nur zu diskutieren, wenn hoch betagte Patienten bereits an einer schweren Demenz und einem Dekubitalulkus leiden.
Polypharmakotherapie – und in diesem Zusammenhang Patientensicherheit – ist eines der Hauptprobleme in der Versorgung älterer Patienten. Die Frage, welche präventive Therapie beendet werden kann und wann, ist ganz klar eine der Aufgaben des Hausarztes – zusammen mit seinem Patienten oder gegebenenfalls dessen Angehörigen. Quartäre Prävention kann also auch die Verhinderung unnötiger Prävention bedeuten.
Eine der kraftvollsten Möglichkeiten, unnötige medizinische Prozesse zu vermeiden, ist die Evidenz-basierte Medizin (EbM) im Sinne, wie sie ursprünglich von David Sackett und Kollegen entwickelt wurde [22]. Die Kenntnis der Wahrscheinlichkeiten konkreter Effektgrössen von Nutzen und Schaden aus klinischen Studien, hilft uns, auf vieles an Diagnostik und Therapie in Übereinstimmung mit unseren Patienten zu verzichten. Wenn wir in der vermeintlichen Dichotomie von «wirkt / wirkt nicht» stecken bleiben, werden wir nicht in der Lage sein, bestimmte Medikamente wegzulassen.
Es geht jedoch nicht nur um Therapie. Chris del Mar und Kollegen aus Australien erwähnten kürzlich in einem sehr empfehlenswerten Buch über klinisches Denken [23] ein neues und gefährliches Syndrom mit Namen VOMIT. VOMIT steht als Akronym für «Victim Of Modern Imaging Technology» (Opfer moderner bildgebender Diagnostik). Es ist deutlich leichter, irgendeine nutzlose Diagnostik «aus Sicherheitsgründen» durchzuführen, als darauf zu verzichten.
Die Schwierigkeit liegt in der Möglichkeit, nicht Recht gehabt zu haben, wenn man scheinbar das Vorliegen einer bestimmten Erkrankung als Ursache des Krankseins eines Patienten ausgeschlossen hat. Wie sagen wir dem Patienten, das wir keine Erklärung für seine Beschwerden gefunden haben und in Folge dessen im auch nicht werden helfen können? Es ist wichtig, den Patienten nicht mit seinem Kranksein allein zu lassen, nur weil wir keinen Diagnosebegriff für sein Leiden zu Verfügung haben.
Die positiven prädiktiven Werte diagnostischer Testergebnisse sind in Arbeitsbereichen mit niedrigen Prävalenzen für schwere Erkrankungen selbst dann niedrig, wenn die Sensitivität dieser Tests hoch sein sollte [24]. Wenn man uns zu den Konsequenzen des Bayes'schen Theorems für die tatsächliche Aussagekraft positiver Testergebnisse in unserem Arbeitsbereich mehr beigebracht hätte, würden wir uns vermutlich bei der Anforderung mancher medizinischer Diagnostik restriktiver verhalten. Das Problem ist, dass die meisten unserer hochspezialisierten Lehrer davon selbst nichts wussten. Wissen, und nicht Misstrauen, ist jedoch das beste Mittel für die Umsetzung quartärer Prävention.
Ein weiterer Hebel für quartäre Prävention ist die Persönlichkeit oder die Lebensgeschichte des individuellen Patienten. Viele medizinische Prozesse werden angesichts der Lebenssituation einiger unserer Patienten keinen Sinn machen oder geradezu absurd erscheinen. Dieser Ansatz wird auch «Narrativ basierte Medizin» genannt [25]. Er führt automatisch zum kraftvollsten Mittel, das wir haben, um quartäre Prävention umzusetzen: Kommunikation und das Vertrauen unserer Patienten, das wir hoffentlich über die meist lange Zeit der Versorgung gewonnen haben.
Aber bevor wir versuchen, andere von der Wichtigkeit quartärer Prävention zu überzeugen, könnten wir leicht in unseren eigenen Praxen einen Anfang machen. Wir könnten beispielsweise damit beginnen, im Rahmen von Check-Ups weniger nutzlose Labortests anzufordern, weniger Röntgenuntersuchungen bei Fällen unkomplizierter Rückenschmerzen zu veranlassen oder weniger Antibiotika in Fällen von akuter Bronchitis oder Rhinosinusitis – wo sie eindeutig von geringem, wenn nicht gar fehlendem Nutzen sind – zu verschreiben. Es gibt genügend Forschung und genügend Leitlinien, die uns im Falle der sehr seltenen Komplikationen vor rechtlichen Folgen schützen können. Die scheinbare und manchmal tatsächliche Bedrohung durch auf Kunstfehler klagende Patienten ist eine der Hauptursachen unnötiger medizinischer Interventionen. Wir hoffen dabei, dass unsere Richter «nachsichtiger mit unseren Sünden des Handelns, als mit den Sünden unserer Versäumnisse» [26] sein werden. Es macht jedoch keinen Sinn, viele Patienten «aus Sicherheitsgründen» mit potenziell schädlichen Medikamenten zu behandeln um damit seltene Komplikationen bei ein paar wenigen Patienten möglicherweise zu verhindern. Leitlinien unserer eigenen, nationalen Fachgesellschaften für Allgemein- und Familienmedizin werden häufig als Vorschriften empfunden und deshalb abgelehnt [27]. Sie sollten jedoch nicht als ein verbietendes «Du-darfst-nicht», sondern als ein schützendes «Du-brauchst-nicht» verstanden werden.

Ein Patient bittet um einen PSA-Test

Kommen wir zurück zu unserem Patienten vom Anfang. Was sollen wir ihm sagen? Wir könnten ihm sagen, dass es stimmt, dass bei mehr und mehr Männern seines Alters ein Prostatakarzinom diagnostiziert wird, dass das aber nur die logische Folge einer zunehmenden Früherkennungsaktivität ist. Die Rate der Sterblichkeit am Prostatakarzinom hat in den letzten Jahren etwa gleich stark abgenommen – sowohl in Ländern mit als auch in solchen ohne Früherkennungsprogramme [28]. Wir könnten ihm erzählen, dass letztes Jahr zwei grosse Studien veröffentlicht wurden, von denen die eine gezeigt hat, dass Früherkennungsuntersuchungen für Prostatakarzinom keinen [29] Effekt auf die Mortalität hat. Die andere ergab einen nur minimalen Effekt [30]. Wir könnten dem Patienten die Internetadressen einiger Webseiten oder ein Informationsblatt geben, auf denen er verlässliche Information zum Thema erhält. Als männliche Ärzte können wir ihm sagen, wie wir für uns selbst entschieden haben. Wir sollten dabei immer der Möglichkeit gegenüber fair und offen bleiben, dass unser Patient trotz unserer eigenen Bedenken dennoch eine Früherkennungsuntersuchung wünscht. Quartäre Prävention kann nur in Übereinstimmung mit unseren Patienten, jedoch keinesfalls gegen ihren Willen erreicht werden. Patienten werden vor allem dann zu unseren stärksten Verbündeten für quartäre Prävention, wenn sie erkennen, dass wir nicht aus eigennützigen oder ideologischen Gründen argumentieren. Das Ziel sollte nicht ein Kreuzzug gegen medizinische Technologie und Fortschritt sein, sondern eine vernünftige Hilfe bei der Frage der Angemessenheit medizinischer Verfahren.

Das Ziel sollte nicht ein Kreuzzug gegen medizinische Technologie und Fortschritt sein, sondern eine vernünftige Hilfe bei der Frage der Angemessenheit medizinischer Verfahren.

Schlussfolgerung

Quartäre Prävention ist die Prävention unnötiger medizinischer Interventionen und als solche ein Grundpfeiler aller Medizin («primum non nocere»). Das beste Mittel zur Umsetzung ist, unseren Patienten besser zuzuhören. Man bezeichnet dies auch als Narrativ basierte Medizin, was bedeutet, das medizinisch Mögliche dem individuell Benötigten und Gewünschten anzupassen. Was wir benötigen, ist eine starke und tragfähige Beziehung zu unseren Patienten und ihr Vertrauen in unsere Aufrichtigkeit und in unser spezifisches Wissen. Das andere wichtige Mittel ist, was man Evidenz basierte Medizin nennt: Die Kenntnis realistischer prädiktiver Werte diagnostischer Tests und zu erwartender Effektgrössen von Nutzen und Schaden von Therapie- und Früherkennungsmassnahmen. Dies gibt uns erst die Möglichkeit, auf viele unnötige medizinische Interventionen zu verzichten. Wir denken, dass quartäre Prävention eine ureigene Aufgabe von Hausärztinnen und Hausärzten ist. Sie sollte deshalb verstärkt öffentlich diskutiert werden. Sie sollte ausserdem einen stärkeren Stellenwert in Forschung und Lehre erhalten.

Literatur

1 Froom P, Benbassat J. Inconsistencies in the classification of preventive interventions. Preventive Medicine. 2000;31:153–8.
2 Starfield B, Hyde J, Gérvas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? J Epidemiol Community Health. 2008;62:580–3.
3 Jamoulle M. [Computer and Computerisation in General Practice] Information et Informatisation en Médecine Générale. In: Les Informag-iciens. Presses Universitaires de Namur; 1986:193–209.
4 Bentzen N (Ed.). Wonca Dictionary of General/Family Practice. Maanedsskrift for Praktisk Laegegerning, Copenhagen 2003.
5 Cited after Cohen L, Chavez V, Chehimi S. Prevention is Primary: Strategies for Community Well Being. John Wiley and Sons, San Francisco 2007.
6 Kleinman A. The Illness Narratives – Suffering, Healing and the Human Condition, Basic Books, New York 1988.
7 Rosenberg CE. The Tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experience. The Milbank Quarterly. 2002;80:237–60.
8 Aronowitz R. Making Sense of Illness – Science Society and Disease. Cambridge University Press, Cambridge 1998.
9 Soos G, Tsakiris I, Szanto J, Turzo C, Haas PG, Dezso BE. The prevalence of prostate carcinoma and its precursor in Hungary: an autopsy study. Eur Urol. 2005;48(5):739–44.
10 Damber JE, Aus G. Prostate cancer. Lancet. 2008;371:1710–21.
11 Rosendal M, Olesen F, Fink P. Management of medically unexplained symptoms. BMJ. 2005;330:4–5.
12 Shorter E. From Paralysis to Fatigue – A History of Psychosomatic Illness in the Modern Era. The Free Press, New York 1992.
13 Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited N Engl J Med. 2001;344:2021–5.
14 Thaler RH. Gauging the Odds (and the Costs) in Health Screening. The New York Times. December 19, 2009. http://www.nytimes.com/2009/12/20/business/20view.html.
15 Heath I. Combating Disease Mongering: Daunting but Nonetheless Essential. PloS Medicine. 2006;3:448–53.
16 Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG et al. ACC/AHA 2005 Guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult – summary article. Circulation 2005;112: 1825–52.
17 UEMO, European Union of General Practitioners / Family Physicians, Santiago LM. Quaternary prevention. Document 2008/040, October 2008. Accessed at 12. January 2010 at http://www.uemo.org/members/official_documents/dwds08_2.htm.
18 Siebolds M. Evidenzbasierte Medizin als Modell der Entscheidungsfindung in ärztlicher Praxis. German Journal for Evidence and Quality in Health Care. 2003;97:257–62.
19 Sirovich BE, Welch G. Cervical Cancer Screening among Women without a Cervix. JAMA. 2004;291:2990–3.
20 Rose G. Sick individuals and sick populations. Int J Epidemiol. 1985;14:32–8.
21 Gérvas J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure? Lancet. 2008;372:1997–9.
22 Sackett DL, Haynes BR, Guyatt GH, Tugwell P. Clinical epidemiology. A basic science for clinical medicine. 2nd Ed, Little, Brown and Company, Boston 1991.
23 Del Mar C, Doust J, Glasziou P, Clinical Thinking – Evidence, Communication and Decision Making. Blackwell Publishing Ltd, Carlton 2006.
24 Schneider A, Dinant GJ, Szecsenyi J. Stepwise diagnostic work-up in general practice as a consequence of the Bayesian reasoning. German Journal for Evidence and Quality in Health Care. 2006;100:121–7.
25 Greenhalgh T, Hurwitz B (ed.). Narrative based Medicine – Dialogue and Discourse in Clinical Practice. BMJ Books, London 1998.
26 Payer L, Culture and Medicine. Holt Paperback, New York 1996.
27 Carlsen B, Glenton C, Pope C. Thou shalt versus thou shalt not: a meta-synthesis of GP's attitudes to clinical practice guidelines. British Journal of General Practice. 2007;57:971–8.
28 Oliver SE, Gunnell D, Donovan JL. Comparison of trends in prostate-cancer mortality in England and Wales and the USA. Lancet. 2000;355:1788–9.
29 Andriole GL, Grubb III GL, Buys SS et al. Mortality Results from a Randomized Prostate-Cancer Screening Trial. N Engl J Med. 2009;360:1310–9.
30 Schroeder FH, Hugosson J, Robol MJ et al. Screening and Prostate-Cancer mortality in a Randomized European Study. N Engl J Med. 2009;360:1320–8.

Korrespondenz:
Dr. med. Thomas Kuehlein
Universitätsklinikum Heidelberg
Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
Vossstrasse 2, Geb. 37, D-69115 Heidelberg
thomas.kuehlein@med.uni-heidelberg.de