

Stefan Neuner-Jehle

# Gesund, gesünder, gebrechlich

Seit Jahrtausenden propagiert die medizinische Fachwelt gebetsmühlenartig einen gemässigten Lebensstil, um die Gesundheit bestmöglichst zu erhalten. Mitunter nimmt das gesunde Verhalten religiöse Züge an, besonders bei eh schon Gesunden, und macht sie krank. Da präsentiert eine zweiteilige Artikelserie [1] der Schweizerischen Hirnströmgesellschaft im *Medical Forum* scheinbar ermutigende Zahlen, wie der ischämische Hirnströmgang – einer der grossen Verursacher von Pflegebedürftigkeit, Arbeitsausfall und Tod in Industrienationen – mittels gesünderem Lebensstil verhindert werden kann (Tabelle 1). In der schönen Übersichtsarbeit locken verführerisch die Prozente, um wieviel das Hirnströmgrisiko sinkt, wenn die eine oder andere Massnahme umgesetzt wird. Dementprechend werden diese Massnahmen zur Lebensstilmodifikation wärmstens empfohlen: 80% Reduktion des Hirnströmgrisikos durch «low-risk»-Lebensstil! Ein «must»!?

Tabelle 1

Lebensstilmassnahmen mit Effekten in relativen Prozenten (Daten von Referenz 1, Referenzen zu den einzelnen Variablen siehe dort)

Verhaltensvariable	Effekt auf die Hirnströmgrate in relativen Prozent	95%-Konfidenzintervall
Salz (Reduktion um 2.5 g = ½ Teelöffel pro Tag)	minus 20%	0.64 bis 0.99
Kalium (Einnahme von 1g)	minus 11%	0.83 bis 0.97
Fette	nicht sicher nachgewiesen	
Fisch (3× pro Woche)	minus 6%	0.84 bis 0.97
Fleisch (täglich)	plus 24%	1.08 bis 1.43
Obst, Gemüse (5× pro Tag)	minus 26%	0.69 bis 0.79
Kaffee (3–4 Tassen pro Tag)	minus 17%	0.74 bis 0.92
Tee (≥ 3 Tassen pro Tag, Schwarz- oder Grüntee)	minus 21%	0.73 bis 0.85
Schokolade, hoher Konsum	minus 29%	0.52 bis 0.98
Rauchstopp (nach einem Jahr) vs. Risiko bei Rauchern	minus ca. 50% (alle vaskulären Ereignisse)	
Körperliche Aktivität	minus ca. 25–30%	
Gewicht ≥ BMI 25 kg/m <sup>2</sup>	plus 5% pro Anstieg um eine BMI-Einheit (kg/m <sup>2</sup> )	
Alkohol (maximal 2 Getränke pro Tag bei Männern oder 1 Getränk pro Tag bei Frauen)	minus 28%	0.57 bis 0.91
«globaler low-risk Lebensstil» <sup>1</sup>	minus 80%	0.10 bis 0.40

<sup>1</sup> definiert als NichtraucherIn, regelmässige körperliche Aktivität von mind. 30 min/Tag, gesunde Ernährung, moderater Alkoholkonsum von 5–15 g/Tag bei Frauen und 5–30 g/Tag bei Männern, BMI < 25 kg/m<sup>2</sup>.

Wie strikt soll man nun diesen Empfehlungen aufgrund der dargestellten Evidenz folgen oder Patienten dafür motivieren – mit dem notwendigen, grossen Aufwand? Fünf Gründe lassen mich zurückhaltend sein:

Erstens die leidige Sache mit den relativen und absoluten Prozenten, mit denen sich Effekte in der Wahrnehmung verzerren und Adressaten manipulieren lassen. Inzwischen lehren wir Medizinstudenten früh in ihrer Ausbildung, sich durch relative Prozentangaben nicht blenden zu lassen, und Verhaltensforscher wie Gerd Gigerenzer fordern, dass die Vermittlung solcher Kenntnisse schon in die Primarschulstufe gehört. Ein Beispiel: Eine Risikoreduktion um 20% (relativ zum Ausgangswert) kann im Niedrig- bis Mittelprävalenzbereich heissen, dass sich die Erkrankungsrate mittels Intervention von 10 auf 8 Betroffene von 100 Untersuchten verringert. Mit anderen Worten: Zwei Probanden vor dem Ereignis gerettet, zum Aufwand von hundert Probanden, die sich der Intervention unterziehen.

Zwei verhinderte Hirnströme zum Aufwand von hundert Personen, die dauerhaft ihr Gesundheitsverhalten ändern müssen: ein hoher Aufwand (dafür auch ein Benefit, der sich sehen lässt). Sie werden mir Recht geben: Diese Zahlen ernüchtern, im Vergleich zur vollmundigen 20%-Erfolgsrate. Was wollen wir also:

nüchterne Wahrheit oder beschönigend-motivierende Erfolgsaussichten? Pharmazeutik und leider auch wissenschaftliche Fachleute haben sich oft auf das letztere eingeschossen.

Zweitens waren fast alle der Arbeiten, die zu den aufgelisteten Resultaten geführt hatten, Beobachtungsstudien. Deren Aussagekraft bezüglich kausaler Zusammenhänge ist naturgemäss deutlich begrenzt, solange keine Interventionsstudien den gefundenen Zusammenhang verifizieren oder falsifizieren. Hakan Sarikaya hat dies in seiner Übersichtsarbeit [1] fairerweise auch so deklariert.

Drittens verspricht jede Massnahme als einzelne mehr, als wenn ihre Effekte addiert werden, oder anders gesagt: Ziemlich Gesunde können ihre Prognose nur um wenig verbessern, auch wenn sie sich in anderen gesundheitsrelevanten Bereichen noch mehr abmühen. Die Wissenschaft, besonders auch die Ökonomie, kennt dafür den Begriff *Grenznutzen*. Als ziemlich gesund Lebender muss ich also von jedem präsentierten Effekt einiges abziehen, wenn ich die Massnahme zusätzlich zu schon bestehenden umsetze. Dieses Phänomen gilt auch für die Wirkung von zusätzlichen Medikamenten, zum Beispiel zur Reduktion von kardiovaskulärem Risiko.

Viertens relativieren weitere Arbeiten die Wirkung von Lebensstilmassnahmen auf die Lebenserwartung bei Senioren über 75 (Tabelle 2): Knien Sie ihren pensionierten übergewichtigen Patienten nicht auf die Seele, um sie zum Abnehmen zu bringen. Viel effizienter bezüglich Restlebenszeit ist es, sie zu sozialer Aktivität und zum (moderaten) Bewegen zu bringen. Und selbst der Rauchstopp verspricht noch etwas Lebensverlängerung.

Dass Schokolade und Kaffee glücklich machen und gesund sind, behaupten wir Geniesser doch schon lange ...

**Tabelle 2**

Mortality gain in 75+ in Abhängigkeit vom Lebensstil [2]: Schwedische Kohorte, n=1810, 18 Jahre follow up, Selbstdeklaration der Variablen.

	Medianes Sterbealter, Differenz in Jahren	95%-Konfidenzintervall
weiblich vs. männlich	2.0	1.3 bis 2.7
grosses vs. kleines soziales Netzwerk	2.7	0.9 bis 4.6
körperliche Aktivität	1.9	0.6 bis 3.1
Raucher	-1.2	-2.2 bis -0.2
Übergewicht (BMI $\geq 25$ kg/m <sup>2</sup> )	0.2	-0.6 bis 1.0
Alkoholkonsum	0.5	-0.2 bis 1.2
$\geq 2$ chronische Krankheiten	-3.7	-4.4 bis -3.0

Der fünfte Grund ist ein philosophischer. Eine verhinderte Behinderung durch ein Hemisyndrom ist sicher ein erstrebenswertes Ziel; was aber, wenn immer mehr gesund lebende Menschen immer älter und immer dementer werden, degenerative Krankheiten «liefern», gebrechlich und hilfsbedürftig werden? Diese Entwicklung können wir ohnehin nicht aufhalten, aber sie noch anheizen? Eine Balance ist also nötig, für uns individuell wie auch als Gesellschaft: Etwas weniger ehrgeizig gesund leben, dafür vielleicht etwas lockerer und genussfreudiger? Und im Gegenzug auf ein paar Jahre Lebenszeit am Lebensende verzichten, die vielleicht nicht so erbaulich sind: das lange Warten auf den Tod kann recht mühsam sein, lerne ich von einigen meiner Patienten. Raten Sie Ihren Patienten also am besten, nicht zu übertreiben mit der Gesundheit. Das macht auch Sie als Arzt menschlicher und vertrauenswürdiger. Der Nutzen eines extrem gesunden Lebensstils ist mit Vorsicht zu geniessen. «Mit Vorsicht geniessen» – also massvoll leben – ist eine gute Alternative.

**Literatur**

- 1 Sarikaya H. Primärprävention des ischämischen Hirnschlags – was hilft, was nicht? Teil 2: Risikomodifikation durch Lebensstil. Schweiz Med Forum. 2013;15(50):1025–1028.
- 2 Rizutto D et al. Lifestyle, social factors, and survival after age 75: population based study. BMJ. 2012;345:e5568.

**Korrespondenz:**

Dr. med. Stefan Neuner-Jehle, MPH  
 Institut für Hausarztmedizin Zürich  
 Pestalozzistr. 24  
 8091 Zürich  
 sneuner(at)bluewin.ch