

Welcher Blutdruck ist »normal«, wie viel Cholesterin erlaubt? Das Konzept starrer Grenzwerte muss überdacht werden. Denn jeder Mensch ist anders gesund
VON JOSEPHINA MAIER

krank

Das Drama kündigt sich an diesem 12. April 1945 scheinbar harmlos an. »Ich habe schreckliche Kopfschmerzen«, sagt Franklin D. Roosevelt lapidar. Doch kurz darauf verliert der 32. Präsident der Vereinigten Staaten das Bewusstsein. Und einen Tag später ist Roosevelt tot. Gestorben an einem Schlaganfall, mit 63 Jahren.

»Aus heiterem Himmel« habe der Schlaganfall den Präsidenten ereilt, sagte sein Kardiologe damals. Auch die übrige Medizinerschafte zeigte sich erstaunt. Bis auf seine Lähmungen sei Roosevelt »in jeder Hinsicht körperlich gesund« gewesen, erklärte ein Pressesprecher des Weißen Hauses nach seinem Tod. Das hätten mehrere Ärzte erklärt, die den Präsidenten zwei Monate zuvor untersucht hatten.

Heute dagegen wäre vermutlich kaum ein Mediziner von dem Schlaganfall überrascht: Denn bei Roosevelt wurde damals ein Blutdruck von 260/150 gemessen – ein extrem hoher Wert, der deutlich über dem liegt, was mittlerweile als normal gilt. Der Fall Roosevelt zeigt damit nicht nur drastisch, wie sehr Mediziner irren können. Er belegt auch, wie stark unsere Vorstellung von Krankheit und Gesundheit dem Wandel unterworfen ist. Was gestern noch »in jeder Hinsicht gesund« hieß, kann heute schon »extrem gefährdet« bedeuten.

Im Moment scheint sich ein Krankheitskonzept durchgesetzt zu haben, das auf der Berechnung statistischer Wahrscheinlichkeiten beruht. Das gilt für die Früherkennung von Krebs und für Volkskrankheiten wie Diabetes oder Bluthochdruck. Es geht dabei vor allem darum, das Risiko zu minimieren. Für die Patienten bietet dieser Ansatz viele Vorteile, aber auch Gefahren. Denn schnell werden eigentlich gesunde Menschen zu kranken Patienten. Die Vorstellung eines drohenden Herzinfarktes oder Schlaganfalles belastet manchen womöglich so stark, dass der Vorsorge-Effekt wieder zunichtegemacht wird.

Roosevelt war von solchen Bedenken unbelastet. Er fühlte sich gesund, er hatte keine greifbaren Symptome und aus Sicht der Mediziner deshalb auch keine schwere Krankheit. Hohen Blutdruck begriffen Kardiologen damals noch nicht als Risikofaktor für einen Herzinfarkt oder Schlaganfall, sondern als offensichtlich notwendig, um die fünf Liter Blut durch den Körper des Präsidenten zu befördern.

Erst nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges liefen in den USA große epidemiologische Studien an, um zu klären, welche Umwelteinflüsse die Entstehung von Herz- und Gefäßerkrankungen begünstigen. Fast im jährlichen Takt lieferten sie neue Ergebnisse: Zigarettenrauch, ein hoher Cholesterinspiegel und zu hoher Blutdruck steigerten in den untersuchten Bevölkerungsgruppen das Risiko für Herzinfarkte und Schlaganfälle. Später kamen Übergewicht und erhöhte Blutzuckerwerte hinzu.

Die Entdeckung dieser Risikofaktoren veränderte die Gesundheitspolitik in den Industriestaaten. Herz-Kreislauf-Erkrankungen führten schon damals die Liste der häufigsten Todesursachen an. Würde man sie in den Griff bekommen, könnten sich Kosten in Milliarden-

höhe einsparen lassen, so das Kalkül. Die Lösung für das Problem lieferte die Pharmaindustrie parallel zu den Studienergebnissen: neue Medikamente, die den Blutdruck, das Cholesterin und den Blutzucker senkten.

Über Jahrzehnte hinweg folgte die Strategie bei der Prävention der Volkskrankheiten nun im Großen und Ganzen dem simplen Prinzip »je niedriger, desto besser«. Diese Entwicklung lässt sich gut nachvollziehen an den Grenzwerten für Diabetes mellitus. Die Zuckerstoffwechselstörung schädigt die Wände der Blutgefäße und fördert so die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Ärzte diagnostizieren Diabetes, wenn der Zuckergehalt im Blut einen bestimmten Wert überschreitet. Gemessen wird im nüchternen Zustand, wenn der Proband also noch nicht gegessen hat.

Würde die Diagnose im Jahr 1980 noch bei einem Nüchtern-Blutzucker von 144 Milligramm pro Deziliter Blut gestellt, senkte die Weltgesundheitsorganisation den Grenzwert fünf Jahre später auf 140 Milligramm. Heute gilt bereits ein Patient als Diabetiker, dessen Blut mehr als 126 Milligramm Zucker pro Deziliter enthält. Auch die gewünschten Zielwerte für Cholesterin im menschlichen Blut wurden, angetrieben vor allem von amerikanischen Fachgesellschaften, in den letzten Jahrzehnten immer weiter gesenkt.

Jeder neue Grenzwert bringt der Pharmaindustrie neue Kunden

Weil mit jeder neuen Verschiebung der Grenzwerte die Zahl der Menschen wächst, die offiziell als krank gelten, schlagen Gesundheitswissenschaftler inzwischen Alarm. Der amerikanische Nierenspezialist Richard Glasscock machte letztes Jahr in einem Artikel im *British Medical Journal (BMJ)* darauf aufmerksam, dass unter die neueste Definition von chronischem Nierenversagen jeder achte US-Bürger falle, von den über Siebzigjährigen sogar jeder zweite. Nur ein verschwindend geringer Teil dieser neu deklarierten Patienten, schrieb Glasscock, lande am Ende wirklich mit Nierenversagen im Krankenhaus – aber fast alle würden mit Medikamenten behandelt.

Nicht nur gewinnt die Pharmaindustrie stetig zahlende Patienten hinzu – die Forscher befürchten vor allem, dass die ohnehin knappen Ressourcen im Gesundheitswesen nicht denen zugutekommen, die sie wirklich benötigen. Glasscocks Artikel erschien im Rahmen einer Kampagne des *BMJ*, in der Wissenschaftler seit dem letzten Jahr auf die Schattenseiten der ausufernden Prävention aufmerksam machen.

Durch die immer breitere Auslegung des Begriffs Krankheit, so die Sorge der Forscher, nähmen auch solche Menschen Medikamente ein, die eigentlich gesund seien und auch später ohne die Arznei keine ernsthafte Krankheit bekommen hätten. Sie würden dann womöglich unter Nebenwirkungen von Präparaten leiden, die sie nicht brauchten. Glasscock verglich das diagnostische Vorgehen in der Präventionsmedizin mit dem Einsatz eines Schleppnetzes in der Fischerei: Um die Ausbeute zu maximieren, nehmen wir eine Menge unnötigen Beifang in Kauf.

Der Vergleich ist bestechend, die Wahrheit sieht allerdings komplexer aus. Wenn die Europäische Gesellschaft für Kardiologie heute den

Graubereich zwischen normalem Blutdruck und Bluthochdruck als »Prä-Hypertension« bezeichnet, als »Vor-Bluthochdruck« also, dann muss dahinter nicht unbedingt der Versuch von Marionetten der Pharmaindustrie stecken, den Profit zu steigern. Vielmehr zeigt das: Die Medizin hat einen Punkt erreicht, an dem das Konzept starrer Grenzwerte überholt ist.

Denn ein Grenzwert zieht immer eine klare Linie – zwischen gesund und krank, normal und nicht mehr normal, gewünscht und unerwünscht. »Diese binäre Vorstellung trifft aber für kein biologisches System zu, auch nicht für den Menschen«, sagt Hans Werner Hense, Leiter des Bereichs Klinische Epidemiologie am Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin der Universität Münster. »Unser Körper reagiert auf Herausforderungen an verschiedenen Stellen, um sein inneres Gleichgewicht, die Homöostase, wiederherzustellen. Dabei ist der Übergang fließend, von kerngesund über nicht mehr ganz gesund bis hin zu krank.«

In vielen Hausarztpraxen wird dieser Erkenntnis bereits Rechnung getragen. Wenn der Bremer Allgemeinmediziner Günther Egidio überlegt, ob er einem Patienten blutdrucksenkende Tabletten verschreibt, reicht ihm der Blick auf die letzten Blutdruckmessungen nicht aus. Er benutzt ein Computerprogramm, das von der allgemeinmedizinischen Fachgesellschaft entwickelt wurde und das inzwischen Hausärzte in ganz Deutschland verwenden. Es lässt ein ganzes Konglomerat in die Entscheidung einfließen: Neben dem Blutdruck, den Cholesterinwerten und dem Nüchtern-Blutzucker des Patienten gibt Egidio dort auch das Alter und das Geschlecht ein; außerdem erfragt er, ob der Patient raucht und ob in seiner Familie Herz-Kreislauf-Erkrankungen bekannt sind. Am Ende spuckt der Computer eine Prozentzahl aus: das individuelle Risiko, in den nächsten zehn Jahren an einem Schlaganfall oder Herzinfarkt zu versterben – einer Folgekrankheit des Bluthochdrucks also, um den es ja eigentlich ging.

Ein Arzt behandelt keinen Laborwert, sondern einen ganzen Menschen

»Ich spreche dann mit dem Patienten darüber, ob er etwas an seinem Risiko ändern möchte, und wenn ja, was«, sagt Egidio. »Im Programm kann ich ihm zeigen, was verschiedene Interventionen bewirken: Was passiert mit dem Risiko, wenn er mehr Sport treibt? Was, wenn ich ihm einen Cholesterinsenker verschreibe? Da gibt es nicht nur eine richtige Antwort.« Wenn er zusammen mit dem Patienten am Ende entscheidet, dass eine blutdrucksenkende Tablette Teil der Lösung sei, »dann behandle ich damit keinen einzelnen Laborwert. Ich behandle das Gesamtrisiko.«

Dieser letzte Satz beschreibt den Kern des Konzeptes, das heute hinter der Behandlung der großen Volkskrankheiten steht. Seit Roosevelts Zeiten hat sich der Fokus mehrfach verschoben. Wurden damals zunächst nur klare Krankheitsbilder mit klaren Symptomen behandelt, korrigierte man dann recht starr einzelne Risikofaktoren wie etwa einen erhöhten Blutdruck oder einen erhöhten Blutzucker.

Nachdem in den vergangenen Jahren aber immer deutlicher wurde, dass ein medikamen-

tös zu stark gesenkter Blutdruck oder Blutzucker beim Patienten auch Schaden anrichten kann, zeichnet sich nun ein neuer Ansatz ab: die individuelle Risiko-Minimierung, wie sie Egidio handhabt. Auf den ersten Blick bietet diese Entwicklung für den Patienten große Vorteile: Seine Risikofaktoren und Laborergebnisse werden im Zusammenspiel bewertet, anstatt sie stupide nach Grenzwerten zu beurteilen – es wird also der ganze Mensch behandelt.

Das Wissen um Krankheits-Risiken kann selbst schon krank machen

Doch so einfach ist es auch nicht. Denn in Wirklichkeit entspricht der einzelne Patient aus Fleisch und Blut natürlich nicht dem aus epidemiologischen Daten destillierten Durchschnittsmenschen, mit dem auch Egidio arbeitet. Zumindest bisher trifft es seine Annahmen über das Herz-Kreislauf-Risiko noch auf Grundlage von statistischen Werten. Jeder Körper bringt aber eigene Voraussetzungen mit, jedes Gefäßsystem ist anders beschaffen. »Die epidemiologischen Studien, aus denen die Daten stammen, arbeiten zwar mit großen Fallzahlen«, sagt Andreas Fritsche, Professor für Ernährungsmedizin und Prävention an der Uni-Klinik Tübingen. »Trotzdem bleiben immer Unsicherheiten – abhängig davon, woher die Stichproben stammen, aus welchem Land, von Männern oder Frauen, Armen oder Reichen. Für den einzelnen Menschen sagen die Durchschnittswerte, die sich daraus ergeben, unter Umständen relativ wenig aus.«

Der Ansatz der Risiko-Minimierung hat Konsequenzen für die aktuelle Diskussion um die Grenze zwischen Krankheit und Gesundheit. Denn eigentlich erledigt sich damit die Frage, wann Gesundheit aufhört und Krankheit beginnt – es ist ein fließender Übergang. Punkt. Selbst der Diagnosezeitpunkt von Diabetes oder Bluthochdruck ist für den Arzt nur noch bedingt interessant. »Der entscheidende Moment«, sagt der Epidemiologe Hense, »ist jetzt der, in dem eine Behandlung dem Patienten mehr nützt als schadet.« Greift der Arzt davor zum Rezeptblock, mutet er seinem Patienten unnötige Nebenwirkungen zu. Verpasst er ihn hingegen, enthält er ihm eine möglicherweise notwendige Behandlung vor.

Die Gefahr von Egidios Computerprogramm könnte darin liegen, dass es vorgaukelt, diesen Moment zu kennen. Nach Leitlinie sollte die Therapie mit Cholesterinsenken beispielsweise genau dann erfolgen, wenn das individuelle Risiko für einen Herz-Kreislauf-Tod in den nächsten zehn Jahren 20 Prozent übersteigt. Der Nutzen besteht in diesem Konzept also darin, einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu verhindern. Doch das ist zu kurz gedacht, die psychische Komponente fehlt in dem Konzept. »Wir Epidemiologen betrachten das gerne aus einer rein theoretischen, medizinisch-technischen Sicht«, sagt Hense.

Wenn ein 50-jähriger Mann mit einem zu hohen Blutdruck und zu hohen Cholesterinwerten in die Praxis komme, wisse man aus epidemiologischen Studien, dass er in Hinsicht auf sein Herz-Kreislauf-Risiko von einem Medikament profitieren werde. Der Mann habe sich selbst aber möglicherweise als körperlich fit empfunden, bevor er von seinen Laborwerten

erfahren habe. »Wenn ich diesem Menschen jetzt eine Tablette verschreibe, ganz niedrig dosiert, und ihm versichere, dass er keine Nebenwirkungen spüren sollte – dann weiß ich noch lange nicht, was das mit seiner Selbstwahrnehmung anstellt.« Allein durch das Einnehmen der Tablette fühlt sich der Mann auf der Arbeit oder beim Sport vielleicht nicht mehr so leistungsfähig, nach dem Motto: Wenn ich ein Medikament brauche, muss ich krank sein. Die Konfrontation mit dem Risiko, einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu erleiden, löst im Extremfall die Angst aus, die Krankheit jeden Moment zu bekommen.

»Wir können bisher nur schwer messen und kaum vorhersagen, was eine jahrelange medikamentöse Therapie mit der Psyche eines Menschen macht«, sagt Hans Werner Hense. Und die darf man nicht unterschätzen: Psychosozialer Stress selbst ist ein Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Dieses unkalkulierbare Element kommt im Computerprogramm nicht vor.

Ein guter Hausarzt versteht mit diesen Unwägbarkeiten umzugehen. Wenn er einen Patienten kennt und weiß, dass ihn das tägliche Einnehmen einer Tablette aus der Bahn werfen würde, dann

ZEIT E-BOOKS

Unsere Bestseller

Ob aktuelle Debatten, Ratgeber oder Literaturtipps der Redaktion – entdecken Sie unsere beliebtesten ZEIT E-Books!

Erhältlich in allen gängigen E-Book-Shops ohne Kopierschutz.

ab 3,99 €

www.zeit.de/ebooks

lässt er ihm seinen leicht erhöhten Blutdruck vielleicht durchgehen, beobachtet ihn aber weiter. Und wenn er einen Kettenraucher vor sich habe, dem sein Herzinfarktrisiko von 40 Prozent trotz ärztlicher Überzeugungsarbeit egal sei, dann, sagt Egidio, »habe ich das zu akzeptieren.«

Er selbst begriff Diabetes oder Bluthochdruck inzwischen gar nicht mehr als eigentliche Krankheit. Für ihn sind sie genau wie Übergewicht oder Bewegungsmangel Zustände, die lebensbedrohliche Vorfälle wie Herzinfarkt oder Schlaganfall begünstigen. Mit dieser Denkweise entzieht er sich einer Entwicklung, die der australische Journalist Ray Moynihan im *British Medical Journal* vergangenes Jahr so beschrieben hat: »Wir betrachten das bloße Risiko für eine zukünftige Krankheit zunehmend als eigenständiges Krankheitsbild.«

Genau diese Entwicklung darf man nicht aus den Augen verlieren: Nur weil wir eine Krankheitswahrscheinlichkeit berechnen können, sind wir noch lange nicht krank. Ebenso wenig sind wir automatisch dazu verpflichtet, das Risiko zu senken. Am Ende sollte es der Patient sein, der über seine eigene Gesundheit entscheidet. Es muss sogar denkbar sein, dass er sich entscheidet, sich nicht entscheiden zu müssen – und sein Risiko gar nicht erfahren will.

www.zeit.de/audio

gesund