



David Klemperer

Sozialmedizin – Public Health – Gesundheitswissenschaften

Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe

3., überarbeitete Auflage

Mit einem Geleitwort von Eckart von Hirschhausen

Sozialmedizin – Public Health – Gesundheitswissenschaften

Sozialmedizin – Public Health – Gesundheitswissenschaften

David Klemperer

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Gesundheit:

Ansgar Gerhardus, Bremen; Klaus Hurrelmann, Berlin; Petra Kolip,
Bielefeld; Milo Puhan, Zürich; Doris Schaeffer, Bielefeld

David Klemperer

Sozialmedizin – Public Health – Gesundheitswissenschaften

Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe

3., überarbeitete Auflage

Mit einem Geleitwort von Eckart von Hirschhausen



Prof. Dr. med. David Klemperer.

Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg
Fakultät Angewandte Sozial- und Gesundheitswissenschaften
Seybothstraße 2
93053 Regensburg
E-Mail: david.klemperer@oth-regensburg.de

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG
Lektorat Gesundheit
Länggass-Strasse 76
CH-3000 Bern 9
Tel: +41 31 300 45 00
Fax: +41 31 300 45 93
E-Mail: verlag@hogrefe.ch
Internet: <http://www.hogrefe.ch>

Lektorat: Klaus Reinhardt, Jürgen Georg
Herstellung: Daniel Berger
Druckvorstufe, Buchgestaltung: André Kahane
Umschlagabbildung: Kitty Kahane
Umschlaggestaltung: Claude Borer, Basel
Druck und buchbinderische Verarbeitung: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten
Printed in Germany

3. Auflage 2015
© 2015 Hogrefe Verlag, Bern
(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-95550-6)
ISBN 978-3-456-85550-9

Inhalt

Vorwort zur 3. Auflage.....	9
Geleitwort zur 3. Auflage von Eckart von Hirschhausen.....	10
Vorwort zur 2. Auflage	15
Vorwort zur 1. Auflage.....	16
Geleitwort zur 1. Auflage von Rolf Rosenbrock.....	17
<i>Kapitel 1 Public Health.....</i>	<i>18</i>
1.1 Was ist Public Health?	18
1.2 Die Unsichtbarkeit von Public Health	23
1.3 Phasen von Public Health	24
1.4 Der epidemiologische Übergang – die Verbesserung der Gesundheit im 20. Jahrhundert...26	
1.5 Soziale Determinanten der Gesundheit	28
1.6 Internationale Strukturen von Public Health	32
1.7 Strukturen von Public Health in Deutschland	34
1.8 New Public Health	36
1.9 Die Ursprünge von Sozialmedizin und Public Health.....	37
<i>Kapitel 2 Gesundheit und Krankheit – Definitionen</i>	<i>45</i>
2.1 Definitionen von Gesundheit und Krankheit	45
2.2 Modelle in der Medizin.....	47
2.2.1 Das biomedizinische Modell	47
2.2.2 Das Risikofaktorenmodell.....	50
2.2.3 Personalisierte Medizin	55
2.2.4 Exkurs: Medikalisierung und Disease mongering.....	56
2.3 Psychosoziale Modelle für Prävention und Gesundheitsförderung.....	62
2.3.1 Psychosoziale Determinanten	63
2.3.2 Die Salutogenese.....	69
2.3.3 Das Empowerment-Konzept	73
2.3.4 Ausgewählte Theorien zur Verhaltensänderung	74
2.3.5 Capabilities Approach – das Konzept der Verwirklichungschancen	76
2.3.6 Soziales Kapital	78
2.3.7 Subjektive Theorien von Krankheit und Gesundheit	81
2.4 Historische Krankheitsmodelle – Dämonismus und Humoralpathologie.....	82
2.5 Komplementärmedizin und Alternativmedizin	86
2.5.1 Homöopathie.....	88
2.5.2 Der Plazeboeffekt.....	91
2.6 Klassifikationssysteme von Krankheiten und Behinderungen	94
2.6.1 Die Internationale Klassifikation von Krankheiten (ICD)	94

2.6.2	Klassifikation psychischer Störungen	95
2.6.3	Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ...	98
<i>Kapitel 3 Wissenschaftlichkeit und evidenzbasierte berufliche Praxis</i>		<i>101</i>
3.1	Wissenschaftlichkeit	101
3.2	Ursache-Wirkungs-Beziehung	105
3.3	Erfahrung und Intuition	112
3.4	Psychologische Quellen von Bias	113
3.5	Interessenkonflikte, Reziprozität und Freundschaft als Quellen für Bias	116
3.6	»Zweifel ist unser Produkt«: Denialism zur Unterdrückung unerwünschten Wissens.....	120
3.7	Wissenschaftliche Gemeinschaften, Forschung und Forschungsförderung.....	122
3.8	Evidenzbasierte berufliche Praxis.....	125
3.8.1	Einführung.....	125
3.8.2	Evidenzbasierte Praxis – das Handlungskonzept	131
3.8.3	Exkurs: Pioniere einer evidenzbasierten Praxis	137
3.8.4	Vorbehalte – die Top 4.....	142
3.8.5	Wissenstransfer – die Kluft zwischen Wissen und Handeln überbrücken.....	143
3.9	Shared Decision Making.....	145
3.9.1	Definition.....	145
3.9.2	Paternalistisches Modell und Konsumentenmodell	146
3.9.3	Shared Decision Making als Handlungskonzept	148
3.9.4	Risikokommunikation	152
<i>Kapitel 4 Epidemiologie und Forschungsmethoden</i>		<i>157</i>
4.1	Was ist Epidemiologie?	157
4.2	Grundbegriffe	161
4.3	Epidemiologische Daten- und Studientypen	169
4.3.1	Irrtümer in der Medizin und ihre Vermeidung durch fairen Vergleich	170
4.3.2	Die randomisierte kontrollierte Studie.....	174
4.3.3	Die Kohortenstudie	178
4.3.4	Die Fall-Kontroll-Studie.....	181
4.3.5	Fallberichte und Fallserien	183
4.4	Qualitative Forschungsmethoden.....	185
4.5	Gesundheitsberichterstattung.....	187
<i>Kapitel 5 Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention</i>		<i>191</i>
5.1	Grundbegriffe	191
5.1.1	Modelle der Krankheitsprävention.....	192
5.1.2	Methoden in der Prävention	193
5.1.3	Gesundheitsförderung.....	196
5.1.4	Das Präventionsparadox	198
5.1.5	Grenzen der Verhaltensprävention – die Risikofaktoren der koronaren Herzkrankheit ...	200
5.2	Praxis von Prävention und Gesundheitsförderung	202

5.2.1	Planung, Durchführung und Evaluation am Beispiel der HIV/AIDS-Prävention.....	203
5.2.2	Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung.....	208
5.2.3	Tabak- und Alkoholprävention	209
5.3	Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland.....	210
5.3.1	Das Präventionsgesetz 2015.....	210
5.3.2	Akteure.....	212
5.4	Krankheitsfrüherkennung.....	216
<i>Kapitel 6 Soziale Ungleichheiten der Gesundheit</i>		<i>226</i>
6.1	Sozioökonomischer Status und Gesundheit	226
6.2	Soziale Ungleichheiten der Gesundheit in Deutschland.....	229
6.3	Gesellschaftliche Ursachen von Gesundheit – Gleichheit und Ungleichheit.....	233
6.3.1	Ausgewählte empirische Ergebnisse	235
6.3.2	Einkommensungleichheit und Gesundheit	238
6.4	Public Health-Strategien zur Minderung sozialer Ungleichheiten der Gesundheit	241
6.5	Ausgewählte Reports	245
<i>Kapitel 7 Gesundheitssystem und Gesundheitspolitik</i>		<i>248</i>
7.1	Gesundheitssysteme und Gesundheitsversorgung.....	248
7.2	Formen von Gesundheitssystemen	248
7.3	Das deutsche Gesundheitssystem – historischer Hintergrund und Überblick	250
7.4	Finanzierung des Gesundheitswesens.....	259
7.5	Die gesetzliche Krankenversicherung.....	263
7.6	Private Krankenversicherung	284
7.7	Ambulante medizinische Versorgung	289
7.8	Stationäre Krankenversorgung.....	301
7.9	Ambulante und stationäre pflegerische Versorgung.....	311
7.10	Arzneimittelversorgung.....	317
7.11	Rehabilitation	330
7.12	Gesundheitsbezogene Selbsthilfe.....	335
7.13	Öffentlicher Gesundheitsdienst	340
7.14	Qualität der Gesundheitsversorgung.....	343
Abkürzungsverzeichnis.....		350
Literatur.....		352
Sachwortverzeichnis.....		374
Namensverzeichnis		378
Über den Autor		379

Hinweise:

- Website zum Buch: <http://www.sozmad.de>
- Blog zum Unterricht Gesundheitswissenschaften/Public Health/Sozialmedizin:
<http://sozmad.blogspot.de>
- Das Literaturverzeichnis mit aktiven Hyperlinks ist auf www.sozmad.de abrufbar.
- Zahlen und Statistiken veralten schnell. Die Tabellen in diesem Buch, die der Gesundheitsberichterstattung des Bundes entstammen, sind mit einem Link versehen, der zu den jeweils aktuellen Daten führt.
- Die Sprache in diesem Buch ist nicht geschlechtergerecht. Bei der männlichen Form ist – soweit inhaltlich passend – immer auch die weibliche gemeint.
- Die Hyperlinks wurden zuletzt im Juni 2015 geprüft.
- Redaktionsschluss war der 1. Juli 2015



Definition



Vertiefung



Merksatz



Auf den Punkt gebracht

Vorwort zur 3. Auflage

Die 3. Auflage berücksichtigt die bis Juni 2015 verabschiedeten bzw. geplanten Gesetze zur Prävention sowie zur ambulanten und stationären Versorgung und zur Pflege. Die Literatur sowie die Zahlen und Daten wurden auf den Stand Juni 2015 gebracht. Die Inhalte wurden leicht überarbeitet. Die Gliederung wurde verändert und sollte jetzt schlüssiger sein.

Von Leserinnen und Lesern zurecht ange-mahnte Abschnitte zu weiteren Themen wie Gender-Gesundheit, Weltgesundheit, Arbeitslosigkeit und Gesundheit sowie Gesundheitssystem der DDR sind noch nicht fertig, werden aber nach und nach auf der Website zum Buch (www.sozmad.de) veröffentlicht und später in eine hoffentlich erforderliche 4. Auflage integriert. Auf dieser Website ist auch der Blog zum Buch bzw. Unterricht zu finden, der sparsam mit Neuigkeiten zu Themen von Public Health, Gesundheitswissenschaften und Sozialmedizin gefüttert wird.

Für inhaltliche Unterstützung bedanke ich mich bei Bernard Braun, Ursula Helms, Michael Klemperer, Joseph Kuhn, Annette Meussling-

Sentpali, Christa Mohr, Hartmut Reiners, Bernt-Peter Robra, Jörg Schaaber und Wolfgang Thiel sowie erneut bei den Unterstützerinnen und Unterstützern der Voraufgaben.

Bei meinen Studentinnen und Studenten, insbesondere bei Stefanie Fuchs, bedanke ich mich für wertvolle Hinweise zur Verbesserung der Verständlichkeit.

Als ich Eckart von Hirschhausen vor Jahren in der Harald-Schmidt-Show zum ersten Mal sah, war ich beeindruckt, wie er – ganz nebenbei – die Prinzipien der evidenzbasierten Medizin einem Millionenpublikum näher brachte. Er verfolgt die Ziele dieses Lehrbuchs mit anderen Mitteln, war mein Gedanke. So lag es nahe, ihn um ein Geleitwort zur 3. Auflage zu bitten. Aus dem Geleitwort ist mehr ein Manifest für eine soziale, am Patienten orientierte evidenzbasierte Medizin und eine Warnung vor den Gefahren einer ökonomischen Orientierung der Gesundheitsversorgung geworden. Mein Tipp: Seite umblättern und lesen!

D. K.

Geleitwort zur 3. Auflage von Eckart von Hirschhausen

Liebe Leserinnen und Leser,
das Blöde an Lehrbüchern ist, dass man ihren Wert erst dann entdeckt, wenn die Prüfung vorbei ist. Am deutlichsten ist mir dieser Zeitverzug beim Fach Sozialmedizin klar geworden. Es hat über 20 Jahre gebraucht. Im Studium hab ich das Fach als Pflicht in den ersten Semestern abgehakt und die entsprechenden Multiple-Choice-Fragen irgendwie beantwortet bekommen. Heute entdecke ich neu, wie wichtig »public health« und die sozialen Fragen in der Medizin sind, und fange freiwillig an, Lehrbücher dazu zu lesen. Und jetzt darf ich sogar ein Geleitwort zu dieser dritten Auflage schreiben, weil ich den Autor auf dem Kongress »Armut und Gesundheit« kennen und schätzen gelernt habe.

Die großen Herausforderungen liegen nicht auf Zell- sondern auf Gesellschaftsebene. Wissenschaftsvermittlung hat sich lange darauf konzentriert, das was Wissenschaftler herausgefunden haben, verständlich zu machen. Die großen Fragen der Zukunft entscheiden sich aber leider nicht im Labor sondern im prallen Leben. Und Patienten wollen andere Dinge wissen, als das was Forscher interessiert. Wie der Editor des British Medical Journals Tim Weber auf der Tagung des »Netzwerks Evidenz basierte Medizin« vortrug, landet von 25.000 veröffentlichten Fachartikeln genau ein einziger in der medizinischen Praxis. Angesichts solcher Zahlen braucht es dringend eine Umschichtung

der Forschungsmittel hin zu Fragestellungen, die näher dran sind an der Versorgung und den großen therapeutischen Herausforderungen: Diabetes, Herz-Kreislauf, Übergewicht, Rücken, Depression. Alles Erkrankungen die sich zu weiten Teilen verhindern lassen und die nicht ansteckend sind. Außer durch schlechte Vorbilder. Gesundheit folgt der Bildung. Dazu braucht es keine weiteren Studien. Aber wie erreicht man unterprivilegierte Kinder so früh und so wirksam, dass sie gesund bleiben? Die Konzepte dazu gibt es, zahlreiche Projekte haben gezeigt, dass es punktuell geht. Aber wer hat ein echtes Interesse an Prävention? Gute Bücher wie dieses werden nicht müde, auch in die andere Richtung zu schauen und die patientenrelevanten und sozialen Fragen in den Elfenbeinturm zu tragen.

Meine erste Stelle als Arzt war in der Kinderneurologie und Psychiatrie. Dort war ich oft mit meinem Latein am Ende, obwohl ich so viele tolle lateinische Fachausdrücke gelernt hatte. Denn die Probleme, mit denen die Familien dort zu kämpfen hatten, ließen sich selten mit einer Diagnose oder einem Medikament beheben, sondern brauchten viele Veränderungen im alltäglichen Leben. Ich wollte weiter lernen und studierte noch Journalismus. Sechs Jahre lang hatte ich trainiert, mich unverständlich auszudrücken, und nun sollte ich plötzlich die Dinge so sagen, dass sie jeder Leser oder Fernsehschauer versteht. Aus dieser professionellen Ver-

wirrtheit machte ich einen neuen Beruf, den es bisher noch nicht gab. Medizinischer Kabarettist. Ich wollte testen, ob man den Zeigefinger nicht besser statt zum Drohen und Kitzeln verwenden kann, um Menschen anders über Gesundheit nachdenken zu lassen. Und mich wunderte tatsächlich, warum so wenig von dem, was man weiß, angewendet wird. Nur ein Beispiel: Bluthochdruck ist Killer Nummer Eins. Angst haben wir vor Krebs, sterben tun wir sehr viel häufiger an Herz-Kreislauf-Krankheiten. Ist Bluthochdruck schwer zu diagnostizieren? Nein. Fehlen wirksame Mittel für die Behandlung? Nein. Warum wissen dann die Hälfte der Leute, die Bluthochdruck haben nichts von ihrer Erkrankung? Und warum werden diejenigen die es wissen, auch zu weniger als der Hälfte nach den besten Leitlinien behandelt? Selbst wenn jemand schon einen Herzinfarkt und teure Operationen hatte, bleiben Risikofaktoren bei mehr als der Hälfte der Patienten bestehen. Das ist so absurd, und noch viel schlimmer finde ich, dass es so wenige Leute gibt, die sich darüber aufregen und forschen, wie man das besser machen könnte. Diese »Non-Compliance« (das Nichteinhalten von ärztlichen Ratschlägen) betrachtet der Arzt als Trotz, der Patient als Selbsterhaltungstrieb. Tabletten im Werte von geschätzt 20 Milliarden Euro landen so jedes Jahr im Müll. Hier in dem Buch gibt es viele Ideen, was man mit diesem Geld besseres für die Gesundheit von Vielen tun könnte.

Neulich durfte ich einen Vortrag vor Herzchirurgen halten. In der Vorbereitung wurde mir das Dilemma der modernen Medizin so klar

wie selten. Es gibt gute Studien, die zeigen, dass bei Schmerzen in der Brust eine Umstellung in der Lebensweise zu mehr Bewegung langfristig mehr bringt als einen Stent zu implantieren, eine Art Maschendrahtzaun für die Gefäßwand. Das ist die Theorie. In der Praxis bringt es aber mehr, zu operieren als zu überzeugen, zu üben und zu begleiten. Wenn ich einen Bypass operiere, bin ich ein Held und verdiene viel Geld. Wenn ich heute in einer Schule Jugendlichen beibringe, nicht zu rauchen, so dass er später nie einen Bypass braucht, bin ich kein Held, verdiene kaum Geld und habe aber in der Bilanz diesem jungen Menschen den größeren Dienst und mehr beschwerdefreie Lebensjahr geschenkt als jeder kurative Arzt.

Woher kommt das Wort für die größte europäische Klinik, die Charité? Man könnte meinen von Shareholder Value. Irrtum. Charité kommt von Caritas, der Nächstenliebe. Sich um kranke Menschen zu kümmern, war ursprünglich im christlichen Abendland ein Akt der Barmherzigkeit. Ein Patient ist in erster Linie kein Kunde, sondern ein leidender Mensch. Und die wichtigste Frage sollte auch nicht sein, wie mache ich mit dem 20% Rendite, sondern: Wie kann ich dem helfen? Und wenn wir so viel reden über die Bedrohung der Werte des Abendlandes: Nächstenliebe, Solidarität und Gerechtigkeit sind Werte, für die wir wirklich auf die Straße gehen sollten.

Schon vor 2000 Jahren sagte ein Heiler: »Das Wichtigste sind Glaube, Liebe und Hoffnung.« Drei Entwicklungen machen mir Mut: Patienten werden selbstbewusster und lassen nicht

mehr alles mit sich machen. Die Ärzteschaft kapiert langsam selber, dass weniger mehr sein kann. Und die Heilkraft des Humors wird nicht mehr nur belächelt sondern ernsthaft klinisch untersucht. Der Reihe nach.

Trend Patientenautonomie und gemeinsam entscheiden

Das Internet sollte Wissen demokratisieren und die Verbreitung der Vernunft erleichtern. Dachte man. Leider hat sich dieser aufklärerische Gedanke ins Gegenteil verkehrt. Das Netz ist ein Eldorado für Verschwörungstheoretiker, Außenseitermeinungen und fundamentalen Unsinn – mit einem Wort: »Bullshit«. In vielen Lebensbereichen greift eine Haltung um sich, die keinen Unterschied mehr macht, ob und welche Beweise für eine Behauptung herhalten. Jeder kann alles herausposaunen, und eine absurde These ist immer interessanter als ihre mühsame Widerlegung. Der britische Arzt Andrew Wakefield veröffentlichte 1998 eine Studie, die an 12 Kindern einen Zusammenhang zwischen Masernimpfung und Autismus postulierte. Fragt man heute Menschen auf der Straße, haben viele davon gehört. Aber wer hat davon gehört, dass 2010 diese Arbeit als Fälschung entlarvt, Wakefield die Zulassung entzogen und an über 500.000 Kindern bewiesen wurde, dass es keinerlei Zusammenhang gibt? Der Skandal ist spannend, die Widerrufung nicht. Es bleibt ein diffuser Makel an einer der wichtigsten und segenreichsten Präventionsmaßnahmen, die es überhaupt gibt, mit der Folge, dass Kinder an einer Infektion sterben, die seit 50 Jahren mit zwei



Eckart v. Hirschhausen und David Klemperer (rechts, mit Heiligenschein)

kleinen Piksern Geschichte sein könnte. Cornelia Betsch untersucht an der Universität Erfurt, was passiert, wenn besorgte Eltern im Netz zum Thema Impfen herumsuchen und wie sie nach 10 Minuten jede Menge kritischer Informationen zusammen gegoogelt haben, ohne einordnen zu können, was davon stimmt.

Deshalb ist eine der großen Aufgaben für Public Health auch Public Understanding!

Die Internetseiten, die in staatlichem Auftrag evidenzbasiert und verständlich sind wie gesundheitsinformation.de oder die Seiten der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, sind in der Bevölkerung nicht ausreichend bekannt. Erst recht nicht in bildungsfernen Schichten. So wie man Medikamente auf ihre Wirksamkeit testet, so kann man auch Texte und Seiten testen, und sollte das auch tun.

Was dringend eingerichtet werden sollte: eine

Suchmaschine zu Gesundheitsfragen, die gezielt geprüfte und brauchbare Informationen zusammenträgt. In skandinavischen Ländern gibt es staatlich finanzierte Gesundheitsseiten, die sowohl inhaltlich wie in der Darstellung vorbildlich sind. In Deutschland braucht es noch den politischen Willen und Geld, damit eine Plattform oder »Suchmaschine der Vernunft«, die erste Adresse und Anlaufstelle in Gesundheitsfragen werden kann.

Ein Grundwissen über sich und seinen Körper gehört in die Schule, genauso wie ein kritischer Umgang mit Ratschlägen und Behandlungsempfehlungen. Jeder kann sich angewöhnen, vor größeren Entscheidungen und Eingriffen einfache Fragen zu stellen,

Medizin sollte im 21. Jahrhundert keine Geheimwissenschaft mehr sein, denn der Fortschritt gehört uns allen. Jeder hat das Recht, dass jemand verständlich mit ihm spricht. Fragen Sie nach, wenn Sie etwas nicht verstehen.

1. »Was ist der Nutzen (manchen muss man erklären, der Nutzen für den Patienten)?«
2. »Was ist der mögliche Schaden?«
3. »Wo ist der Beweis?«
4. »Würden Sie als Arzt das an sich selbst oder an Ihrem Angehörigen machen lassen?«
5. »Was kann passieren, wenn wir abwarten und wir gemeinsam die weitere Entwicklung verfolgen?«

Viele Dinge gehen von alleine weg bzw. werden auch nicht besser, nur weil man daran herumdoktert. Unübertrefflich in der Arztsatire

»House of God« formuliert: »The art of medicine is to do as much nothing as possible!« – Die Kunst der Medizin besteht darin, so viel nix zu tun wie möglich. Auf gut Deutsch: Vieles wird getan, weil es bezahlt wird, nicht weil es für den Patienten das Beste ist. Oft ist es besser, abzuwarten und nicht zu operieren bzw. ohne eindeutigen Grund Antibiotika zu nehmen. Die subversivste Frage lautet daher immer wieder: »Was passiert, wenn ich nichts tue?«

Zweiter Trend: Überversorgung ist als Problem erkannt

Durch das Fallpauschalensystem ist kein Geld gespart worden, aber viele unnötige Leistungen explodierten. So hat in den Letzten Jahren jeder der nicht bei drei auf dem Baum war ein neues Knie oder eine neue Hüfte eingehämmert bekommen, und der Beweis, dass er die brauchte, war durch die Tatsache erbracht, dass er nicht bei drei auf dem Baum war. Offenbar schwer bewegungseingeschränkt. Aus den USA kommt langsam auch in den deutschen Fachgesellschaften ein Prozess in Gang mit dem Titel »Choosing wisely« was mit »Gemeinsam klug entscheiden« übersetzt wird. Auch wenn große ökonomische Interessen dagegen stehen, findet langsam ein Umdenken statt, bei Patienten wie auch auf Ärzteseite. Und das Bewusstsein wächst, dass die Medizin ohne die soziale Dimension mit zu Denken, keine Chance hat. Denn: die größte Herausforderung ist nicht Wissen, sondern Handeln und Verhalten zu verändern. Fakt ist, dass es noch nie so viele Artikel, Bücher, Hefte und Werbespots gab wie heute, die einem erklären,

was gesund ist, wo beim Essen was drin ist und wie man abnimmt. Und Fakt Nummer 2: noch nie gab es in Deutschland so viele Übergewichtige. Wir sind eins der reichsten Länder Europas und gleichzeitig nicht besonders gut dran oder drauf. Irgendwas läuft richtig falsch.

Dritter Trend: Lachen ist die beste Medizin!

Oft werde ich gefragt, darf man sich überhaupt über so etwas Ernstes wie die Medizin lustig machen? Man darf nicht nur, man muss! Denn George Bernhard Shaw hat schon verraten: »Das Leben hört nicht auf, komisch zu sein, wenn Menschen sterben – ebenso wenig wie es aufhört, ernst zu sein, wenn man lacht!« Ein Kind lacht 400-mal am Tag, ein Erwachsener 20-mal, ein Toter gar nicht. Ohne viel von Statistik zu verstehen: Die Tendenz ist eindeutig. Wer lacht, hat mehr vom Leben. Man kann Humor aber nicht als Tablette einnehmen, nur als Haltung. Es wäre als Medikament gar nicht zugelassen: zu viele Nebenwirkungen. Weniger Herzinfarkte, weniger Stress und noch dazu ein gutes Schmerzmittel. Ich schlage einen kleinen Selbstversuch vor: Hauen Sie sich zweimal mit dem Hammer auf den eigenen Daumen. Einmal alleine – und dann nochmal in Gesellschaft. Bist du allein, tut es lange weh. Mit jemandem in der Nähe musst du lachen, und der Schmerz lässt nach. Und deshalb sollten Menschen mit Schmerzen und anderen Problemen immer andere Menschen und etwas zu Lachen haben. Dafür setzt sich meine Stiftung HUMOR HILFT HEILEN ein. Wir bringen Clowns in Krankenhäuser, schulen Pflegekräfte und forschen in

mehreren Projekten, wie man die Heilkraft von Zuwendung, herzlichem Kontakt und Selbstfürsorge noch besser einsetzen kann. Wen es interessiert findet auf www.hirschhausen.com oder www.humor-hilft-heilen.com mehr dazu. Aber jetzt haben Sie ja erst einmal eine ganz neue Welt, ein echtes Abenteuer vor sich. Im festen Glauben, dass Lachen die beste Medizin ist, wünsche ich Ihnen immer wieder Haha- und Aha-Erlebnisse mit diesem Buch und freue mich, wenn ich Sie einmal live sehen kann, z. B. bei meinem Bühnenprogramm.

*Ihnen und dem Gesundheitswesen:
Gute Besserung!*

Ihr



Dr. Eckart von Hirschhausen (Jg. 1967) studierte Medizin und Wissenschaftsjournalismus. Seine Spezialität: medizinische Inhalte auf humorvolle Art zu vermitteln und mit nachhaltigen Botschaften zu verbinden. Aktuell tourt er mit seinem Liveprogramm »Wunderheiler – Magie und Medizin – Wie sich das Unerklärliche erklärt«. Hinter den Kulissen engagiert sich Eckart von Hirschhausen mit seiner Stiftung HUMOR HILFT HEILEN für heilsame Stimmung im Krankenhaus, Forschungs- und Schulprojekte und hat einen Lehrauftrag für Sprache der Medizin.