



Gesundheit

01 Auftakt: Gesundheit neu denken?

Zusatzmaterialien

Livestream und Podcast: www.hr2-kultur.de

BHF  BANK STIFTUNG





Die folgenden Zusatzmaterialien sind:

1. Für **interessierte Hörerinnen und Hörer** als vertiefende Informationen zu den Themen der einzelnen Sendungen.

2. Für **Multiplikatoren/Lehrkräfte**. Sie finden bei jedem Zusatzmaterial einen **Bezug zum Manuskript** und der **Zeitmarkierung** (01:20 gelesen: Start der Sequenz bei 1 Minute 20 Sekunden), damit Sie direkt zum Thema im Beitrag gelangen können. Die Zugangsdaten für die Sendemanuskripte werden den Multiplikatoren per Mail mitgeteilt.

Die Materialien wurden zusammengetragen vom Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main.

Die Materialien wurden zum Zugriffszeitpunkt 02.11.2013 erstellt.

Übersicht

1. Der Gesundheitsbegriff
2. Salutogenese
3. Stress und Gesundheit
4. Prävention
5. „Lieber reich und gesund“: der soziale Gradient
6. Krankheit bezahlen: Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems
7. Verantwortung für Gesundheit
8. Cochrane & Co: evidenzbasierte Medizin
9. Interviewpartner



1. Der Gesundheitsbegriff

Bezug Manuskript: S. 2,5,6; Bezug Audio: 1:01, 7:15, 8:16

Thema dieses Funkkollegs und insbesondere dieser ersten Sendung ist „Gesundheit“. Doch was genau bedeutet Gesundheit? Es mag erstaunen, dass weder die Medizin noch die Gesundheitswissenschaften eine klare Antwort auf diese Frage haben. In der Tat gibt es eine ganze Reihe von Definitionen und Konzepten des Begriffs „Gesundheit“. Im engeren Sinne ist Gesundheit die Abwesenheit von Krankheit. Dieser dichotome Gesundheitsbegriff (*entweder* gesund *oder* krank) ist in der Schulmedizin häufig Grundlage ärztlichen Handelns: wenn der Arzt oder die Ärztin keine Anzeichen für eine Krankheit findet, dann wird der Mensch schon gesund sein. Wie Ferdinand Gerlach in der Sendung anspricht, definiert die Weltgesundheitsorganisation (WHO) demgegenüber Gesundheit als: „ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“. Diese Definition gibt einen Idealzustand an, der ein Ende eines Kontinuums mit den Polen Gesundheit und Krankheit darstellt. Auch wenn nach dieser Definition wohl kaum ein Mensch je absolut gesund sein wird, so verdeutlicht sie, wie Alexa Franke in der Sendung beschreibt, dass wir alle auf diesem Kontinuum zwischen gesund und krank zu finden sind, und, dass sowohl Gesundheit als auch Krankheit zum Leben eines jeden Menschen gehören. Außerdem beschreibt die Definition der Weltgesundheitsorganisation drei wichtige Dimensionen von Gesundheit: die körperliche, die geistige und die soziale. Dies verdeutlicht, dass nicht nur „typische“ körperliche Krankheiten wie Tuberkulose, Krebs oder der Herzinfarkt krank machen, sondern dass auch psychisches und soziales Leiden der Gesundheit des Menschen entgegenstehen.

Besonders für die psychische und soziale (aber auch für die körperliche) Dimension von Gesundheit und Krankheit gilt, dass sie nicht rein objektiv bestimmbar sind. Immer kommt es auch auf subjektives Empfinden und gesellschaftliche Vorstellungen und Werte an. Somit ist „Gesundheit“ ein offener Begriff der persönlich oder öffentlich, wie in dieser Sendung, immer wieder neu bearbeitet, überdacht und definiert werden kann.

Quellen:

- Siegrist: Medizinische Soziologie. 6. Aufl. Elsevier, 2005.
- Fallner und Lang: Medizinische Psychologie und Soziologie. 2. Aufl. Springer, 2006.
- Wikipedia "Gesundheit", Link: <http://de.wikipedia.org/wiki/Gesundheit>



2. Salutogenese

Bezug Manuskript: S. 2-5; Bezug Audio: 2:37

Eine Grundlage der modernen Schulmedizin ist die Pathologie welche die Pathogenese (gr. páthos: Leiden; génesis: Entstehung), also die Entstehung der Krankheiten beschreibt. Die Pathologie geht davon aus, dass Krankheiten durch eine Läsion, also eine Schädigung oder Verletzung, irgendwo im Körper zustande kommen. Die Läsion kann ein ganzes Organ betreffen, eine Gewebestruktur, einzelne Zellen oder gar nur einzelne Moleküle in den Zellen. Die Pathogenese möchte also möglichst genau das „was krank macht“ beschreiben.

Für einen anderen Ansatz steht Aaron Antonovskys Konzept der Salutogenese. Ganz im Gegenteil zur Pathologie wollte er damit beschreiben „was gesund macht“ und gesund erhält. Antonovsky wollte damit nicht die Erkenntnisse der Pathologie anzweifeln, vielmehr ging es ihm um eine neue Perspektive, die den Blick auf Krankheit *und* Gesundheit erweitert. Explizit verstand er Gesundheit und Krankheit als ein Kontinuum:

„Wir sind alle sterblich. Ebenso sind wir alle, solange noch ein Hauch Leben in uns ist, in einem gewissen Ausmaß gesund. Der salutogenetische Ansatz sieht vor, dass wir die Position jeder Person auf diesem Kontinuum zu jedem beliebigen Zeitpunkt untersuchen“ (Antonovsky, 1997).

Doch was macht denn jetzt gesund? Ganz wichtig für gute Gesundheit ist nach Antonovsky ein gutes Kohärenzgefühl. Dieses beschreibt eine allgemeine Einstellung von Menschen, wie sie mit dem Leben und den Problemen denen sie dabei begegnen umgehen. Diese Einstellung ist durch drei Komponenten gekennzeichnet: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit. Ein Beispiel soll dazu dienen diese Konzepte zu erläutern: Eine fiktive Person hat kürzlich einen Herzinfarkt erlitten. Die Person weiß, dass in ihrem Alter ein Herzinfarkt nichts ganz außergewöhnliches ist. Außerdem hatte ihr Vater einen Herzinfarkt. Und sie wusste – auch wenn sie Angst davor hatte –, dass es sie irgendwann auch treffen könne. Sie zeigt ein hohes Maß an Verstehbarkeit in dieser Situation. Unsere Person glaubt jetzt das Schlimmste überstanden zu haben und verlässt sich auf ihre Familie ihr jetzt zu helfen; sie glaubt mit etwas Bemühen schnell wieder gesund zu werden (Handhabbarkeit). Obwohl der Infarkt ein schlimmes Erlebnis war, hat sie das Gefühl, dass es sich lohnt weiterzuleben; der Infarkt hat sie daran erinnert, dass das Leben plötzlich enden kann und trotzdem lebenswert ist (Bedeutsamkeit). Insgesamt hat diese Person ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl, welches ihr helfen wird wieder gesünder zu werden.



Quellen:

- Antonovsky, Franke: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. dgvt-Verlag, 1997.
- Wikipedia "Salutogenese", Link: <http://de.wikipedia.org/wiki/Salutogenese>

3. Stress und Gesundheit

Bezug Manuskript: S. 4, 20; Bezug Audio: 3:04

Wie Alexa Franke in der Sendung erläutert, entstand die salutogenetische Perspektive aus der Stressforschung heraus. „Stress“ ist ein großes Themenfeld in der medizinischen Psychologie und Gesundheitspsychologie. Doch wie schon der Begriff „Gesundheit“ lässt sich auch der Begriff „Stress“ nicht einfach definieren, da es viele verschiedene Theorien von Stress gibt. So kann sich der Begriff entweder auf „stressige“ Ereignisse und Situationen beziehen oder auf unsere Reaktionen darauf („gestresst sein“). Beim ersten Fall wird in der Stressforschung von stimulusorientierten Stresstheorien gesprochen und beim zweiten Fall von reaktionsorientierten Stresstheorien. Um den Zusammenhang von Stress und Gesundheit zu verstehen, ist es wichtig, nicht nur Stressauslöser und Stressreaktionen zu betrachten, sondern auch den Umgang mit Stress: die Bewältigung (Coping). Nicht „Stress“ an sich wirkt sich schlecht auf die Gesundheit aus, sondern bestimmte Kombinationen von stressigen Situationen, Stressreaktion und Bewältigung. So gelten langfristig wirkende Stressoren (z.B. anhaltende berufliche Belastungen), welche körperliche Stressreaktionen dauerhaft aktivieren und die nur schwer bewältigt werden können, als gesundheitsschädlich.

Quellen:

- Knoll, Scholz und Rieckmann: Einführung Gesundheitspsychologie. 2. Aufl. Ernst Reinhardt Verlag, 2011.
- Wikipedia "Stress", Link: <http://de.wikipedia.org/wiki/Stress>
- Wikipedia "Stresstheorie", Link: <http://de.wikipedia.org/wiki/Stresstheorie>
- ARD-Dokumentation Burnout: Deutschland im Stress? Link: <http://www.ardmediathek.de/das-erste/reportage-dokumentation/exklusiv-im-ersten-deutschland-im-stress?documentId=16368798>
- Manfred Spitzer: Geist & Gehirn-Stress. Link: http://www.youtube.com/watch?v=o9HV-_wC5bQ



4. Prävention

Bezug Manuskript: S. 8, 9, 12; Bezug Audio: 10:28

Prävention ist besser als Heilung. So lautet eine klassische Weisheit der Medizin, denn obwohl viele Krankheiten geheilt werden können, ist es natürlich trotzdem besser, wenn sie gar nicht erst entstehen. Noch wichtiger ist Prävention bei chronischen Krankheiten, die nicht geheilt werden können. Dazu zählen viele der „Volkskrankheiten“ wie Bluthochdruck, Diabetes oder Alzheimer-Demenz. Doch wie in der Sendung bemerkt wird, ist das deutsche „Gesundheitswesen“ doch mehr ein „Krankheitswesen“: Ärztinnen und Ärzte werden primär dazu ausgebildet und dafür bezahlt Krankheit zu behandeln und nicht zu verhindern. Die meisten Menschen kommen überhaupt erst in Berührung mit dem Gesundheitswesen wenn sie erkrankt sind und es wird weit mehr Geld für Behandlung als für Prävention ausgegeben. 2011 wurden nach Angaben des statistischen Bundesamtes 3,7% der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen für Prävention und Gesundheitsschutz ausgegeben. Allein für Arzneimittel wurde mehr als viermal so viel bezahlt.

Allgemein gefasst bezeichnet „Prävention“ alle Aktivitäten, die das Ziel haben, Krankheit zu verhindern oder zu verzögern. Impfungen sind ein typisches Beispiel, aber auch Bildung kann dazu gezählt werden, da sie zu einem „gesünderen“ Verhalten beitragen kann. Es kann zwischen Verhaltensprävention und Verhältnisprävention unterschieden werden. Gesundes Verhalten zu fördern und ungesundes Verhalten zu vermeiden, ist Ziel der Verhaltensprävention: z.B. kann versucht werden Menschen zu motivieren sich gesund zu ernähren. Doch dazu wendet Alexa Franke ein: „Prävention muss an den gesellschaftlichen Bedingungen ansetzen“. Denn auch wenn z.B. alle Menschen wissen, was zu einer gesunden Ernährung gehört, können es sich viele Menschen womöglich nicht leisten gesunde Nahrung zu kaufen. Ein Ansatz der Verhältnisprävention wäre es dann dafür zu sorgen, dass sich alle Menschen gesunde Nahrung leisten können. Für eine umfassende gesellschaftliche Verhältnisprävention müssen die Grenzen des „Gesundheitswesens“ überschritten werden, denn es geht auch um Bildung, gesunde Städte und Umwelt, Arbeit und Arbeitsschutz, Armut und vieles mehr.

Quellen:

- Siegrist: Medizinische Soziologie. 6. Aufl. Elsevier, 2005.
- Statistisches Bundesamt, Gesundheitsausgaben. Link: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/Leistungsarten.html>



5. "Lieber reich und gesund": der soziale Gradient.

Bezug Manuskript: S. 9-10; Bezug Audio: 11:17

Armut macht krank. Diese Formulierung fasst etwas überspitzt Ergebnisse jahrzehntelanger sozialepidemiologischer Forschung zusammen. Selbstverständlich können arme Menschen gesund und reiche Menschen schwer krank sein. Doch epidemiologische Daten von Bevölkerungen zeigen, dass, statistisch betrachtet, reichere Menschen gesünder sind als ärmere. Zum Beispiel haben in Deutschland Menschen mit höherem Einkommen auch eine höhere Lebenserwartung als Menschen mit niedrigerem Einkommen. Dabei unterscheiden sich die mittleren Lebenserwartungen zwischen den höchsten und niedrigsten Einkommensgruppen um 8-10 Jahre. Doch die Unterschiede bestehen nicht nur zwischen den ärmsten und den reichsten Menschen. Es besteht ein sozialer Gradient der Gesundheit in Abhängigkeit vom sozialen Status. Auch Menschen der Mittelschicht haben eine geringere Lebenserwartung als Besserverdienende. Entscheidend für die Verteilung von Gesundheit und Krankheit sind also der relative soziale Status und die soziale Ungleichheit in einer Gesellschaft. Richard Wilkinson beschreibt in seinem Buch *The Spirit Level* (deutsch: Gleichheit ist Glück), dass Menschen in Ländern mit hoher sozialer Ungleichheit im Schnitt weniger gesund sind als Menschen in sozial gerechteren Ländern (siehe Abbildung).

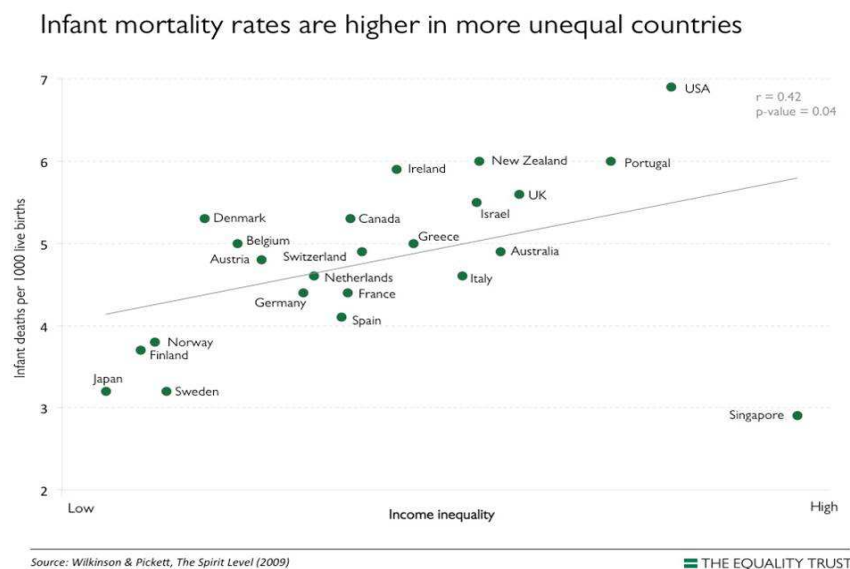


Abbildung: Einkommensungleichheit und Säuglingssterblichkeit.

Quelle: <https://www.equalitytrust.org.uk/research/physical-health>



Diese Zusammenhänge können durch viele verschiedene Ansätze erklärt werden. Zwei davon werden auch in der Sendung angesprochen: Bildung und Beruf. Generell sind reichere Menschen häufig besser gebildet als ärmere. Die bessere Bildung geht wiederum mit gesünderem Verhalten einher. Auch berufliche Belastungen unterscheiden sich in den Einkommensschichten. Besonders belastende Berufe die mit wenig Selbstständigkeit und Gestaltungsspielraum einhergehen, sind bei Geringverdienenden häufiger und können zu Stress (siehe oben) und Krankheit führen.

Quellen:

- Armut macht Krank: Hintergrundinformationen bei tagesschau.de. Link: <http://www.tagesschau.de/inland/armutgesundheits100.html>
- Lampert, Kroll und Dunkelberg. Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. APuZ 42/2007. Link: <http://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/30172/gesundheits-und-soziale-ungleichheit>
- Siegrist: Medizinische Soziologie. 6. Aufl. Elsevier, 2005.
- Wilkinson und Pickett: Gleichheit ist Glück. Tolkemitt 2010.
- Gesundheitsberichtserstattung des Bundes: Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit, 2005. Link: <http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Armut.pdf>

6. Krankheit bezahlen: Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems

Bezug Manuskript: S.11-13; Bezug Audio: 13:29

Etwa 300 Milliarden Euro werden jedes Jahr im deutschen Gesundheitswesen ausgegeben. Dies entspricht etwa 11% des Bruttoinlandproduktes und somit ist das Gesundheitswesen einer der bedeutendsten Wirtschaftszweige des Landes. Es verwundert daher nicht, dass viele Menschen hier Geld verdienen wollen und es ist natürlich berechtigt, dass die etwa 5 Millionen Beschäftigten im Gesundheitswesen angemessen bezahlt werden wollen. Doch die zentrale Funktion des Gesundheitswesens ist nicht der Profit sondern die Förderung von Gesundheit und Behandlung von Krankheit. Daraus ergibt sich die zentrale Frage: fördert das Finanzierungssystem im Gesundheitswesen die Gesundheit der Menschen? Der Ethiker Giovanni Maio ist der



Auffassung, dass dies heute nicht mehr der Fall ist:

„Tatsächlich ist es aber heute so, dass die Ökonomie nicht mehr der Medizin, sondern vielmehr die Medizin der Ökonomie dient. Die Ökonomie macht die Vorgaben und diktiert genau, was sich lohnt und wie zu behandeln ist, damit am Ende die Zahlen stimmen. Wenn aber nicht mehr das Medizinische, sondern das Ökonomische zum Eigentlichen wird, dann verabschieden wir uns auch von bestimmten Werten in der Gesellschaft.“

Wo genau die Probleme liegen ist schwierig zu sagen, denn das Finanzierungssystem ist ausgesprochen komplex: so gibt es wesentliche Unterschiede zwischen privaten und gesetzlichen Krankenkassen und zwischen der Finanzierung von Krankenhäusern und Arztpraxen. Doch eine Grundtendenz bringt Ferdinand Gerlach in der Sendung auf den Punkt, wenn er sagt: „In Deutschland wird [...] nicht Gesundheit belohnt, sondern Krankheit bezahlt.“ Sowohl in Krankenhäusern als auch in Arztpraxen gilt, dass jeder Krankheitsfall (Stichwort Fallpauschale), jede Untersuchung, jede Operation bezahlt wird und somit mit mehr Leistungen mehr Geld verdient werden kann. Damit dies nicht übermäßig ausgenutzt wird stehen dem wiederum zahlreiche Kontrollmechanismen entgegen, wie Regelleistungsvolumen oder Grenzverweildauern. Dies wiederum kann unerwünschte Konsequenzen haben, etwas dass einige niedergelassene Ärzte und Ärztinnen ihre Praxen zum Quartalsende schließen, weil sie für weitere Behandlungen nicht mehr honoriert werden. Ein perfektes Finanzierungssystem gibt es nicht, doch andere Ansätze sind denkbar: beispielsweise könnten niedergelassene Ärzte und Ärztinnen ein festes Monatsgehalt beziehen um ihre medizinischen Entscheidungen von finanziellen Erwägungen gänzlich unabhängig zu machen.

Quellen:

- Maio: Ärztliche Hilfe als Geschäftsmodell? Dtsch Arztebl 2012;109(16): A-804. Link: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/125072/Gesundheitswesen-Aerztliche-Hilfe-als-Geschaeftsmodell>
- Reimers: Krank und pleite? Das deutsche Gesundheitssystem. Suhrkamp, 2011.
- Ärzteblatt: Deutschland bei Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben im Mittelfeld. 27. Juni 2013. Link: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/54940/Deutschland-bei-Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben-im-Mittelfeld>
- Statistisches Bundesamt: Gesundheitsausgaben nach Leistungsart. Link: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/Leistungsarten.html>



7. Verantwortung für Gesundheit

Bezug Manuskript: S. 15; Bezug Audio: 19:36, 20:05

„Aber die ultimative Verantwortung liegt beim Selbst, niemand kann sie ihm abnehmen. Bei aller Hochschätzung für die Kunst des Arztes ist es letzten Endes allein das Selbst, das dieses Leben lebt, und nur das Selbst bringt es äußerstenfalls auch zu Ende.“

Dies schreibt der Philosoph Wilhelm Schmid über die Selbstverantwortung des Menschen für seine Gesundheit. Damit sind aber noch lange nicht alle Fragen danach, wer in einer Gesellschaft wann, wo und wie viel Verantwortung für Gesundheit übernehmen soll, beantwortet. Im traditionellen paternalistischem Modell der Medizin gingen die Menschen zum Arzt, berichteten von ihren Problemen und überließen es dem Arzt zu entscheiden was zu tun sei. Ein großer Teil der Verantwortung lag somit beim Arzt. Bei dem heute von den meisten Universitäten bevorzugt gelehrten Modell der geteilten – oder partizipativen – Entscheidungsfindung besprechen Patient und Arzt gemeinsam Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsmöglichkeiten und entscheiden gemeinsam. Die Verantwortung wird gewissermaßen geteilt. Das Konsumentenmodell geht davon aus, dass Ärzte Leistungen anbieten und Patienten selbstständig für ein Angebot entscheiden. Die Verantwortung für die Entscheidung liegt dann weitestgehend beim Patienten. In der Praxis unterscheiden sich die Entscheidungen und die Verantwortung dafür von Mensch zu Mensch und von Situation zu Situation und somit lässt sich freilich nicht sagen ob einer der oben skizzierten Ansätze besser oder schlechter ist. Es lässt sich allerdings eine gesellschaftliche Entwicklung feststellen die von weniger zu mehr Selbstverantwortung für Gesundheit führt. So schreibt das Bundesministerium für Gesundheit auf seiner Webseite:

„Das Gesundheitssystem braucht den und die aufgeklärten, eigenverantwortlichen und mündigen Patienten und Patientinnen. Deshalb ist die Stärkung ihrer Rechte und Einflussmöglichkeiten ein zentrales Anliegen der Gesundheitspolitik. [...] Das Ziel der Gesundheitspolitik ist es, den Menschen umfassende Informationen zur Verfügung zu stellen, um eigenverantwortliche Entscheidungen zu ermöglichen.“

Diese Entwicklung birgt Chancen und Risiken: zum einen erscheint es wünschenswert, wenn Menschen selbstständig und gut informiert Entscheidungen über ihre eigenen Körper und ihre eigene Gesundheit treffen, zum anderen stellt sich die Frage, ob alle Menschen dies auch immer können. So können gerade schwere Krankheiten die Möglichkeiten sich zu informieren und Entscheidungen zu treffen einschränken, etwa wenn sie das Bewusstsein trüben. Weiterhin stellt sich die Frage, wie damit umgegangen



wird, wenn Menschen „ungesunde“ Entscheidungen treffen. Was ist, wenn z.B. jemand den guten Rat des Arztes ablehnt, mit dem Rauchen aufzuhören? Muss er dann für die gesundheitlichen Konsequenzen selbst aufkommen? Somit kann aus der Selbstverantwortung auch eine Art gesellschaftlichen Zwangs entstehen, sich immer „richtig“ weil „gesund“ zu Verhalten. Dieses Spannungsverhältnis beschreibt die Gesundheitswissenschaftlerin Daphne Hahn folgendermaßen:

„Vorsorgende Verhaltensweisen sind einerseits körpergewordene Unterwerfung unter geltenden Gesundheitsnormen. Andererseits spiegeln sie die Möglichkeit wider, das eigene Leben zu planen und zu gestalten und sind damit Ausdruck eines hohen Maßes an Handlungsautonomie, eröffnen Freiheiten und Handlungschancen.“

Quellen:

- Schmid: Von der Sorge für sich selbst. In: Oehler: Gesundheit neu denken – Ein Lesebuch mit Anregungen und Anleitungen. Beltz, 2013.
- Wikipedia "Partizipative Entscheidungsfindung. Link: http://de.wikipedia.org/wiki/Partizipative_Entscheidungsfindung
- Bundesministerium für Gesundheit: Mündige Patient. Link: <http://www.bmg.bund.de/praevention/patientenrechte/muendiger-patient.html>
- Hahn: Prinzip Selbstverantwortung? Eine Gesundheit für alle? Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften, Band 46, 2011. Link: http://www.med.uni-magdeburg.de/jkmg/wp-content/uploads/2013/03/JKMG_Band46_Kapitel04_Hahn.pdf

8. Cochrane & Co: evidenzbasierte Medizin

Bezug Manuskript: S.16-17; Bezug Audio: 22:00

Weitgehend unabhängige Gesundheitsinformationen finden sich im Internet auf www.gesundheitsinformation.de, auf www.igel-monitor.de oder auf der englischsprachigen Seite www.nlm.nih.gov/medlineplus. Sehr detaillierte und aktuelle Zusammenfassungen des medizinischen Wissensstandes bietet die Cochrane Library an, die allerdings nicht frei zugänglich ist. Doch worauf basieren diese Informationen und wie verlässlich sind sie überhaupt? Die sogenannte evidenzbasierte Medizin verfolgt das Ziel, medizinische Entscheidungen immer an Hand der wissenschaftlich besten zur



Verfügung stehenden Informationen – der besten Evidenz – zu treffen. Insbesondere die Cochrane Collaboration hat es sich zur Aufgabe gemacht diese Informationen zur Verfügung zu stellen.

Grundlage dieser Informationen sind wissenschaftliche Studien. Wenn es um medizinische Behandlungen geht, etwa um ein Medikament, dann gelten kontrollierte, randomisierte Doppelblindstudien weithin als bester Ansatz, um die Behandlung zu prüfen. Kontrolliert bedeutet dabei, dass das Medikament mit einem Placebo oder einem anderen Medikament verglichen wird. Randomisiert bedeutet, dass alle Teilnehmer der Studie zufällig auf zwei Gruppen verteilt werden, die eine bekommt das zu testende Medikament, die andere Gruppe das Placebo. Doppelblind bedeutet, dass weder Teilnehmer noch Versuchsleiter während der Studie wissen, zu welcher Gruppe welcher Teilnehmer eingeteilt wurde; so soll eine beabsichtigte und unbeabsichtigte Manipulation vermieden werden. Wenn am Ende der Studie alle Teilnehmer in der Gruppe mit dem zu testenden Medikament bessere Ergebnisse erzielt haben (also z.B. geheilt sind, länger überlebt haben oder eine höhere Lebensqualität angeben), so spricht dies für eine gute Wirkung des Medikaments. Eine Studie gilt als umso verlässlicher, je mehr Teilnehmer daran teilgenommen haben.

Anhand solcher Studien lässt sich also sagen, ob ein Medikament bei vielen Menschen im Durchschnitt eine gute Wirkung erzielt. Doch darin zeigt sich auch eines der Probleme der evidenzbasierten Medizin: jeder Mensch ist verschieden und ob ein Medikament, das bei vielen gut wirkt, auch bei jedem einzelnen gut wirkt, lässt sich nicht sicher sagen. Somit kann die evidenzbasierte Medizin zwar wichtige Informationen liefern, die Entscheidung über eine Behandlung muss aber immer noch bei jedem Menschen individuell getroffen werden.

Quellen:

- Guyatt u.a.: User's Guide to the Medical Literature: A Manual for Evidence-based Clinical Practice. 2. Aufl. McGrawHill, 2008.
- Wikipedia "Evidenzbasierte Medizin". Link: http://de.wikipedia.org/wiki/Evidenzbasierte_Medizin
- Was ist EbM? Link: <http://www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm>
- The Cochrane Library. Link: <http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html>



9. Interviewpartner

Alexa Franke studierte Psychologie in Münster und war Professorin für Rehabilitationspsychologie an der Fakultät für Rehabilitationswissenschaften der Universität Dortmund. Sie hat zahlreiche Publikationen zu Gesundheitsmodellen und klinischer Psychologie veröffentlicht.

Quellen:

- http://www.zpid.de/psychauthors/index.php?wahl=forschung&uwahl=psychauthors&uuwahl=p00847AF_pub
- <http://www.dgvt-geschichte.de/Prof-Dr-Alexa-Franke.2420.0.html>

Ferdinand Gerlach promovierte im Fach Humanmedizin, hat einen Master-Abschluss im Fach Public Health, ist Facharzt für Allgemeinmedizin, Lehrstuhlinhaber und Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität in Frankfurt am Main. Seit 2010 ist er Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin und seit 2012 Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

Quellen:

- http://www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/team/mit_gerlach.html

Gerd Gigerenzer ist Professor im Fach Psychologie und derzeit Geschäftsführender Direktor des Max-Planck-Instituts für Bildungsforschung.

Quellen:

- <http://www.mpib-berlin.mpg.de/de/mitarbeiter/gerd-gigerenzer>

David Agus ist Onkologe und Professor der an der University of Southern California. Mit seinem Buch *The End of Illness* führte er die Bestseller-Liste der New York Times an. Der Spiegel bezeichnet ihn als „umstrittenen Mediziner-Rockstar“.

Quellen:

- <http://davidagus.com/biography/>
- <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/david-agus-einer-der-umstrittensten-mediziner-amerikas-a-902612.html>