

08/

Die falsche Angst

Wir können Risiken oftmals nicht richtig einschätzen. Woran es liegt, dass Wahrnehmung und Wirklichkeit so weit auseinanderklaffen.

16/ *Guter Vorsatz, keine Tat*

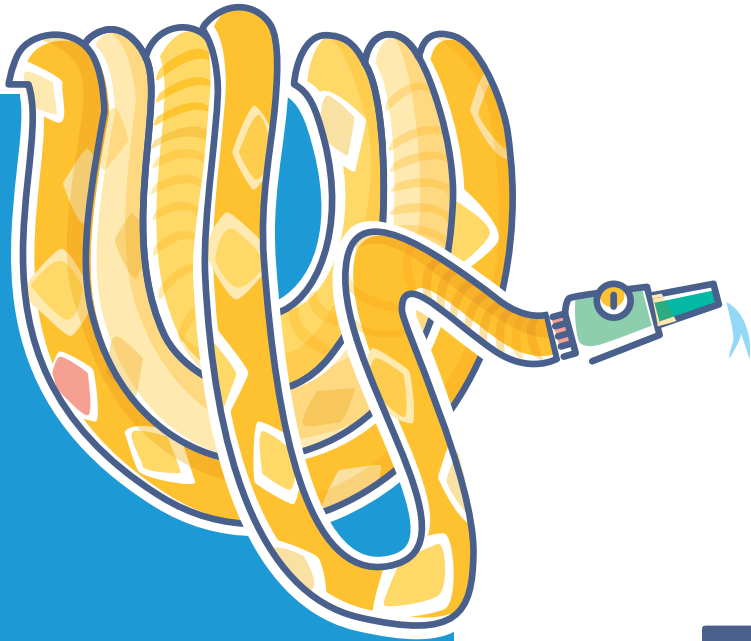
Mit welchen psychologischen Stolpersteinen Gesundheitsprävention zu kämpfen hat.

20/ *Auf Partnersuche*

Arzt und Patient entscheiden gemeinsam. Doch funktioniert das Konzept in der Praxis?

25/ *Achtung, Mythos!*

Hartnäckige Gesundheitsvorstellungen, die mit der Realität äußerst wenig zu tun haben.



Inhalt

Die Faktenlage hat es gegen individuelle Ängste schwer. Ein, zwei Gläschen Wein zum Essen, auf die jährliche Grippeimpfung verzichten – was als gefährlich oder beherrschbar wahrgenommen wird, beruht oft auf einer subjektiven Einschätzung. Renommiertere Risikoforscher zeigen, wie sich die klaffende Lücke zwischen gefühltem und wissenschaftlich ermitteltem Risiko verkleinern lässt.

08 / *Die falsche Angst*

Expertise

04 / *Editorial*

Dr. Ralf Suhr über den Wert von guten Gesundheitsinformationen im postfaktischen Zeitalter.



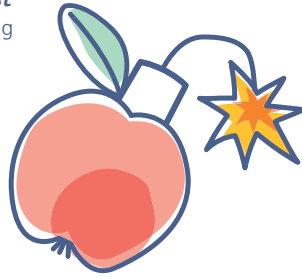
06 / *Geballte Expertise*

Wie die Stiftung aufgestellt ist und was der Expertenbeirat der SGW an Themenbandbreite mitbringt.



08 / Die falsche Angst

Wenn Risikowahrnehmung
Wirklichkeit schlägt.

**12 / Frisierte Zahlen**

Das sind die grafischen Tricks, die Aussagen
verfälschen.

13 / Sprechende Medizin

Prof. Dr. Ferdinand Gerlach lotet im Interview das
Gesundheitswissen aus und gibt Verbesserungsvorschläge für eine auf Dialog ausgelegte Medizin.

14 / Gesundheitskompetenz in Zahlen

Die Infografik zeigt, wie es in Deutschland ums
Gesundheitswissen bestellt ist.

16 / Guter Vorsatz, keine Tat

Wo die psychologischen Stolpersteine zu finden
sind, die es der Prävention so schwer machen.

19 / Selbsttest

Wie gut wissen Sie über gesundheitliche Belange
Bescheid? Finden Sie es heraus.

**20 / Auf Partnersuche**

Wie es Shared Decision Making gelingen kann,
im Praxisalltag Fuß zu fassen.

**24 / Der Doktor der Herzen**

Ein Comic zu den subjektiven Bildern im Kopf
von Patienten.

25 / Achtung, Mythos!

Welche hartnäckigen Gesundheitstipps ins
Reich der Fantasie verbannt gehören.

26 / Mit Beweiskraft

Prof. Dr. Gerd Antes gibt im Interview Einblicke
in die evidenzbasierte Medizin.

**28 / Der Prototyp**

Wie die Stiftung Gesundheitswissen
Gesundheitsinformationen erstellt.

30 / Gut gesagt

Der Expertenbeitrag von Prof. Dr. Eva Baumann
und ihrer Kollegin zeigt, worauf es bei guter
Gesundheitskommunikation wirklich ankommt.

**32 / Nach außen gehen**

So sieht die Projekt- und Öffentlichkeitsarbeit
der Stiftung Gesundheitswissen aus.

34 / Glosse

Der mündige Patient – „Albtraum oder Chance?“
fragt sich Dr. Ludger Stratmann in seiner Glosse.



**LIEBE LESERINNEN,
LIEBE LESER,**



beinahe täglich erreichen uns Meldungen über »Fake News«, »alternative Fakten« oder das »postfaktische Zeitalter«. Zweifel mischt sich unter bislang Vertrautes. Und nicht nur in Politik und Gesellschaft scheint es, als hätten wissenschaftliche Erkenntnisse einen immer schwereren Stand. Längst hat die damit verbundene Verunsicherung auch unseren persönlichen Alltag erreicht. So überrascht es nicht, dass auch eine der sensibelsten Sphären davon betroffen ist: unsere Gesundheit. Ich mache es an einem Beispiel deutlich: Eigentlich sollten die Masern bald ausgerottet sein. Doch das fehlende Vertrauen in die Wissenschaft führt bei einigen Eltern dazu, dass sie ihre Kinder nicht impfen lassen. Die Folge: Die gefährliche Krankheit breitet sich wieder aus. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat die Vermeidung und Verzögerung von Impfungen deshalb in die Liste der globalen Gesundheitsbedrohungen aufgenommen. Während es Impfgegner schaffen, ihre Botschaften so zu platzieren, dass viele verunsichert werden, dringen die Wissenschaft und Medizin dagegen nicht durch.

Die Informationen und das Wissen über Gesundheitsthemen sind im Zeitalter des Internets freier verfügbar und einfacher zugänglich als je zuvor. Viele Nutzerinnen und Nutzer sind es heute gewohnt, Symptome selbst online zu recherchieren und ärztliche Diagnosen zu hinterfragen. Die Gefahr dabei: Viele Online-Angebote sind unvollständig, fehlerhaft oder interessen-gesteuert und lassen die Suchenden teilweise ohne jegliche Einordnung zurück. Für die Menschen besteht die Herausforderung nicht nur darin, Informationen über Gesundheitsthemen zu beschaffen, sondern auch darin, Richtiges von Falschem zu unterscheiden. Aus dem Quantitäts- ist ein Qualitätsproblem geworden.

Genau hier setzt die Stiftung Gesundheitswissen an. Wir wollen die Kompetenz der Menschen stärken, sodass sie zum Mitgestalter ihrer Gesundheit werden können. Ich lade Sie herzlich ein, uns und unsere Arbeit auf den folgenden Seiten kennenzulernen. Lesen Sie, wie wir laienverständliche, unabhängige und qualitätsgesicherte Gesundheitsinformationen erstellen – und weshalb wir dabei auf die Methoden der evidenzbasierten Medizin zurückgreifen. Wir zeigen Ihnen, wie es um die Gesundheitskompetenz in Deutschland bestellt ist. Dabei kommen nicht nur unsere Experten zu Wort. Auch Sie sind ausdrücklich aufgefordert, sich aktiv am Dialog zu beteiligen. Erfahren Sie, wie Prävention und eine gemeinsame Entscheidungsfindung den Weg hin zu einem effizienteren Gesundheitssystem ebnen können, und lernen Sie die Stolpersteine kennen, mit denen er stellenweise gepflastert ist. Von mit grafischen Tricks manipulierten Zahlen über wirkungslose, aber langlebige Gesundheitsmythen bis hin zu einem wahren Meister der Täuschung: unserer eigenen Psyche.

Haben Sie viel Spaß bei der Lektüre – und bleiben Sie neugierig. Denn ich bin überzeugt: Wissen ist nicht nur wertvoll, Wissen ist gesund!

Ihr



Dr. Ralf Suhr | Vorstandsvorsitzender
der Stiftung Gesundheitswissen

Was uns antreibt

Menschen ermutigen, zum Mitgestalter ihrer Gesundheit zu werden – das ist das Hauptanliegen der Stiftung Gesundheitswissen, einer gemeinnützigen Stiftung mit Sitz in Berlin. Sie wurde 2015 durch den Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) gegründet.

Doch wer mitgestalten möchte, muss entsprechend gut informiert sein. Das A und O sind dabei objektive und transparente Informationen zu Gesundheitsfragen, die auch ein Laie versteht. Dafür steht die Stiftung. Und dafür setzen sich auch ihre Vorstände ein: Dr. Ralf Suhr als Vorstandsvorsitzender wird unterstützt von Dr. Timm Genett (Geschäftsführer des PKV) als Stellvertreter und Dr. Ralf Kantak (Vorstandschef der Süddeutschen Krankenversicherung).

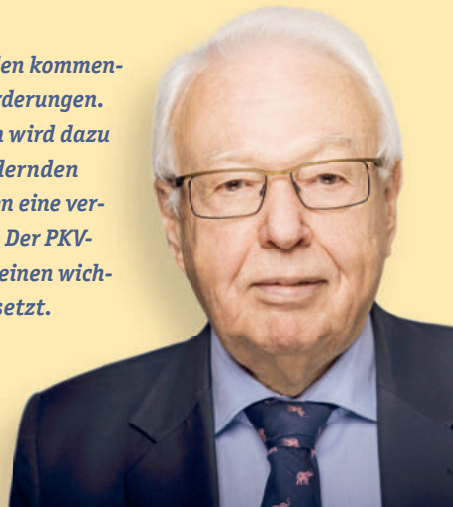
Bestellt wurde der Vorstand von einem fünfköpfigen Stiftungsrat, der auch bei Fragen zur Ausrichtung und Umsetzung der Stiftungsziele berät. Den Vorsitz hat Dr. Rainer Hess, Medizinrechtsexperte und ehemaliger Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Flankiert wird er von Prof. Dr. Ferdinand Gerlach als Stellvertreter. Er ist Deutschlands oberster Gesundheitsweiser und Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin an der Goethe-Universität. Prof. Dr. Elisabeth Pott, unparteiisches Mitglied des G-BA und ehemalige Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, verleiht dem Stiftungsrat in puncto Prävention Gewicht. Stifterseitig steuern der PKV-Verbandsdirektor Dr. Florian Reuther und der Medizinische Leiter Dr. Norbert Loskamp ihre Expertise bei.



Das Gesundheitswesen steht in den kommenden Jahren vor großen Herausforderungen. Die Stiftung Gesundheitswissen wird dazu beitragen, in einem sich verändernden Gesundheitssystem den Menschen eine verlässliche Orientierung zu bieten. Der PKV-Verband hat mit ihrer Gründung einen wichtigen Akzent für die Zukunft gesetzt.

DR. RAINER HESS

Vorsitzender des Stiftungsrates und ehem. Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses



Der Wissenskosmos

unserer Experten

Evidenzbasierte Medizin, Gesundheits- und Kommunikationswissenschaften, Ethik sowie Patienten- und Verbraucherperspektive: Der Expertenbeirat der Stiftung Gesundheitswissen bündelt eine thematisch breit gefächerte Fachexpertise. Mit seinem Fachwissen und externen Impulsen trägt er beratend dazu bei, die Qualität der Stiftungsarbeit kontinuierlich auf hohem Niveau zu halten.

Medizin

Prof. Dr. Martin Scherer (Vorsitzender)

Direktor des Instituts und der Poliklinik für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin.

Dr. Dagmar Lüthmann

Forschungskordinatorin des Instituts und der Poliklinik für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; stellvertretende Vorsitzende des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.V.

Prof. Dr. Ina Kopp

Leiterin des AWMF-Instituts für Medizinisches Wissensmanagement. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) koordiniert u. a. die Entwicklung von Leitlinien ihrer 180 Mitgliedsgesellschaften.

Priv.-Doz. Dr. Falk Schwendicke

Stellv. Abteilungsleiter für Zahnerhaltung und Präventivzahnmedizin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin.



Kommunikationsforschung

Prof. Dr. Eva Baumann

Professorin für Kommunikationswissenschaft am Institut für Journalistik und Kommunikationsforschung der Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover, Leiterin des Hanover Center for Health Communication.

Evidenzbasierte Medizin

und Public Health

Prof. Dr. David Klemperer

Internist und Professor für Sozialmedizin und Public Health, Fakultät angewandte Sozial- und Gesundheitswissenschaften, Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg.



Shared Decision Making

Prof. Dr. Jürgen Kasper

Diplompsychologe mit Spezialisierung in Gesundheits- und Kommunikationswissenschaften am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Norwegens Arktische Universität, Tromsø.

Selbsthilfe

Dr. Martin Danner

Bundesgeschäftsführer der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE) und Sprecher der Patientenvertretung beim Gemeinsamen Bundesausschuss.

Evidenzbasierte Medizin

Prof. Dr. Gerd Antes

Mathematiker und ehem. wissenschaftlicher Vorstand der Cochrane Deutschland Stiftung; gehört zu den Gründern des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin.

Prof. Dr. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch

Vorständin des Instituts für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung an der Medizinischen Universität Graz; Leiterin des Arbeitsbereichs Chronische Krankheit und Versorgungsforschung am Institut für Allgemeinmedizin an der Goethe-Universität.



Medizinethik

Prof. Dr. Christiane Woopen

Vorsitzende des Europäischen Ethikrates; an der Universität zu Köln Professorin für Ethik und Theorie der Medizin, Leiterin der Forschungsstelle Ethik und Direktorin des Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health (ceres).



Gesundheitskompetenz

Prof. Dr. Doris Schaeffer

Sen.-Professorin am Interdisziplinären Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK) der Universität Bielefeld und Sprecherin des »Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz« sowie des deutschen Parts der Europäischen Health-Literacy-Studie HLS 19.

Durch Transparenz Vertrauen stärken

Wer glaubwürdig Gesundheitsinformationen erarbeiten möchte, muss sich auch Fragen der Unabhängigkeit, Compliance und Vermeidung von Interessenkonflikten stellen. Daher hat die Stiftung Gesundheitswissen Dr. Christiane Fischer zur Interessenkonfliktbeauftragten berufen. Die Ärztin ist Geschäftsführerin der gemeinnützigen Organisation »Mein Essen zahl' ich selbst«, eine Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte. Sie ist ausgewiesene Expertin auf dem Gebiet sozialetischer Herausforderungen im Gesundheitswesen und seit 2012 Mitglied des Deutschen Ethikrates.



Patientenorientierung und

Gesundheitsbildung

Prof. Dr. Marie-Luise Dierks (Stellvertreterin)

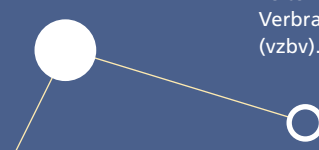
Leiterin des Forschungsschwerpunktes »Patientenorientierung und Gesundheitsbildung« und Leiterin der ersten deutschen Patientenuniversität an der Medizinischen Hochschule Hannover, Inst. für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung.

Gesundheit und Pflege aus

Verbraucherperspektive

Kai Helge Vogel

Leiter des Teams Gesundheit und Pflege des Verbraucherzentrale Bundesverbands e. V. (vzbv).



Die falsche Angst



Wahrnehmung schlägt Wirklichkeit: Ein, zwei Gläschen Wein zum Essen, auf die jährliche Grippeimpfung verzichten – was als gefährlich oder beherrschbar wahrgenommen wird, beruht oft auf einer subjektiven Einschätzung. Die Faktenlage hat es gegen individuelle Ängste schwer. Wie sich die klaffende Lücke zwischen dem gefühlten und dem wissenschaftlich ermittelten Risiko verkleinern lässt.

Terrorismus – davor ängstigten sich noch vor zwei Jahren die Deutschen am meisten. 71 Prozent gaben in einer Umfrage der R+V-Versicherung an, sich vor terroristischen Anschlägen zu fürchten. Und auch im vergangenen Jahr blieb die Angst davor mit 59 Prozent weiterhin überdurchschnittlich hoch. »Gleichzeitig ist das Risiko, in Europa Opfer eines Terroranschlags zu werden, nach wie vor extrem gering«, sagt Prof. Dr. Ortwin Renn, wissenschaftlicher Direktor am Institute for Advanced Sustainability Studies (IASS) in Potsdam. Der Risikoforscher erklärt die verzerrte Wahrnehmung damit, dass sich der Mensch eher vor Risiken fürchtet, die er nicht aus Erfahrung kennt und nicht kontrollieren kann. Auch im vergangenen Jahr standen Risiken, die sich der eigenen Macht entziehen, ganz oben auf dem Ranking. An die erste Stelle schaffte es US-Präsident Donald Trump mit seiner Politik. »Deutlich überschätzt werden auch Risiken, die etwa von synthetischen Pflanzenrückständen ausgehen«, sagt Prof. Dr. Andreas Hensel, Präsident des Bundesinstituts für Risikoforschung (BfR). »Verkehrs-, Arbeits- oder Sportunfälle werden als Risiko deutlich geringer eingeschätzt als etwa Lebensmittel, obwohl die Zahlen von Toten und Verletzten in diesem Bereich eigentlich eine deutliche Sprache sprechen«, sagt Andreas Hensel. Das sei ein Hinweis auf eine erhebliche Diskrepanz zwischen den gefühlten Risiken und den auf wissenschaftlicher Basis tatsächlich ermittelten Risiken für die Gesundheit. Das BfR arbeitet seit seiner Gründung im Jahr 2002 nach der BSE-Krise daran, diese Lücke zu verringern. Die Stellungnahmen

74.000

Menschen sterben in Deutschland Schätzungen zufolge jährlich an alkoholbedingten Erkrankungen. Doch die Risiken durch Alkohol werden von den meisten als sehr gering eingeschätzt. Warum?*



*Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler des Berliner Instituts zu einzelnen Risiken werden beispielsweise allgemein verständlich in Infokästen zusammengefasst. Ein Risikoprofil stellt dann Aspekte wie Gefahrenpotenzial, gesundheitliche Auswirkungen und Kontrollierbarkeit des Risikos durch den Verbraucher grafisch dar.

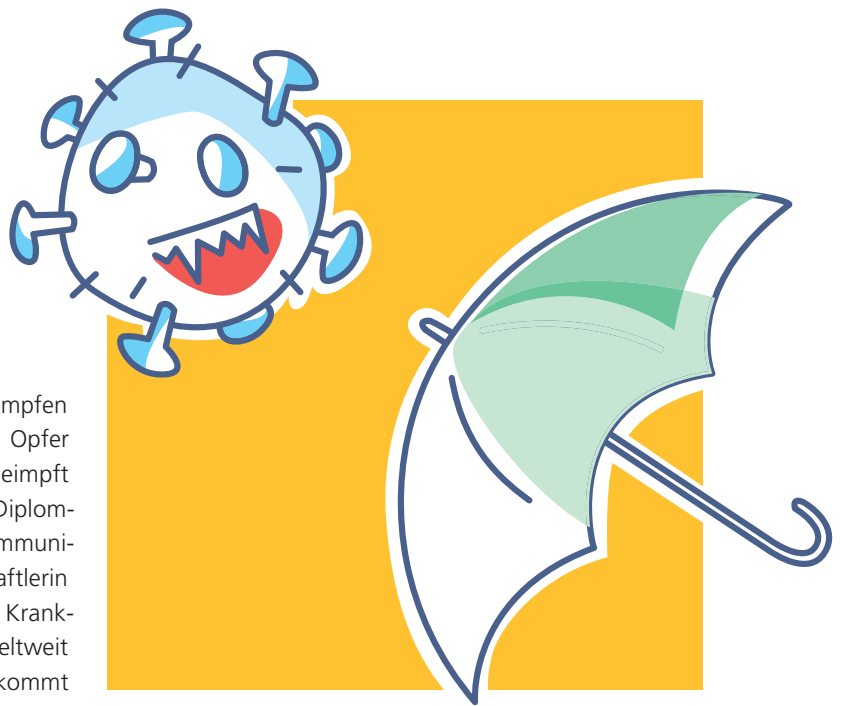
Stolpersteine der Risikobewertung

Wie Menschen Risiken bemessen, hängt von verschiedenen psychologischen Faktoren ab. »Beispielsweise davon, ob es sich um ein Risiko handelt, das sie freiwillig eingehen und von dem sie meinen, dass sie es selbst beeinflussen können«, erläutert Andreas Hensel. Das gelte etwa für den Konsum von Alkohol, der auch eine krebsauslösende Substanz sei, für die man keine sichere Aufnahmemenge festlegen könne. Jedes Jahr sterben in Deutschland schätzungsweise 74.000 Menschen aufgrund alkoholbedingter Erkrankungen, meldet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Doch diese gegenüber der Pestizidbelastung von Lebensmitteln mehr als tausendfach höheren Risiken werden als wenig besorgniserregend

eingestuft: »Die meisten Menschen wissen zwar um die Gesundheitsgefährdung, unterschätzen aber die Größenordnung«, sagt Risikoforscher Ortwin Renn. Dinge, die einem vertraut seien, nehme man als weniger bedrohlich wahr. »Hinzu kommt, dass viele Menschen glauben, sie hätten ein niedrigeres Risiko, einen Schaden zu erleiden, als andere«, so Andreas Hensel. Man spreche hier von »Optimism Bias«, also von optimistischer Fehleinschätzung, die bei der Risikowahrnehmung und dem daraus resultierenden Verhalten eine wichtige Rolle spiele.

Ähnliches gilt für die Grippe: In Deutschland gab es nach Angaben des Robert Koch-Instituts (RKI), das die Zahl der Grippefälle bundesweit erfasst, in der Grippesaison 2016/2017 mit 22.900 die höchste Zahl an Influenza-Todesfällen seit der Grippewelle 1995/1996. Eine wichtige Vorsorgemaßnahme ist die Influenza-Impfung. Die Ständige Impfkommission (STIKO) am RKI empfiehlt Menschen ab 60 Jahren, Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen, chronisch Kranken wie Diabetikern, Schwangeren und medizinischem Personal die Impfung. Gleichzeitig nimmt die Impfmüdigkeit zu. Bei Erwachsenen und älteren Menschen ist der Impfschutz, gemessen an den Impfempfehlungen der STIKO, unzureichend. Auch das Krankenhauspersonal macht da keine Ausnahme: Online-Befragungen des RKI an zwei ostdeutschen Universitätskliniken brachten ans Licht, dass von rund 1.200 Befragten nur 40 Prozent gegen Influenza geimpft waren.



Gut geschützt – oder doch nicht? Optimistische Fehleinschätzungen sind einer der Gründe für falsche Risikowahrnehmung.

Aber welche Einschätzungen verhindern, dass sich Menschen impfen lassen? »Man könnte sagen, dass die Impfung ein bisschen Opfer ihres eigenen Erfolgs geworden ist. Dadurch, dass so gut geimpft wird, treten viele Krankheiten gar nicht mehr auf«, sagt die Diplompsychologin Cornelia Betsch, Professorin für Gesundheitskommunikation an der Universität Erfurt. Dort erforscht die Wissenschaftlerin unter anderem, wie Impfskepsis entsteht. Impfstoffe haben Krankheiten wie die Pocken, an denen bis in die 1960er Jahre weltweit jährlich zwei Millionen Menschen starben, ausgerottet. »So kommt bei einigen Leuten das Gefühl zustande, dass das Impfen selbst riskanter sein könnte als die Krankheit, gegen die die Impfung schützt. Das kann für viele Menschen dazu führen, dass sie auch mal eine Impfung auslassen oder verschieben«, sagt Betsch.

3

TIPPS,

woran sich gute Gesundheitsinformationen erkennen lassen:

1. **Absender:** Ist klar, wer die Information geschrieben hat? Ein Blick ins Impressum kann zeigen, wer der Urheber der Informationen ist und welche Interessen er möglicherweise verfolgt.
2. **Quellenangaben:** Wird deutlich, auf welche Quellen sich die Informationen stützen? Seriöse Autoren untermauern ihre Aussagen mit Belegen und Quellenangaben. Am sichersten sind in der Regel die Informationen, die sich auf die Ergebnisse großer Studien stützen, in denen die Wirksamkeit eines Untersuchungs- oder Behandlungsverfahrens nachgewiesen wurde.
3. **Aktualität:** Wie aktuell sind die Informationen und/oder werden sie regelmäßig aktualisiert? Wenn eine Information im Internet schon seit Jahren nicht aktualisiert wurde, ist es je nach Thema möglich, dass sie veraltet ist. In der Literatur wird hierfür ein Zeitraum von drei Jahren angegeben.



Tipp zum Nachlesen unter
www.stiftung-gesundheitswissen.de/gesund-es-leben/kompetenz-gesundheit/gesundheitswissen-im-internet

Ein Mythos, der seit Jahren im Internet kursiert, ist, Impfungen könnten Autismus auslösen. Diese Angst fußt auf einer Studie des britischen Mediziners Andrew Wakefield aus dem Jahr 1998, die später als gefälscht entlarvt und zurückgezogen wurde. Ebenso hartnäckig hält sich laut Ortwin Renn der Irrglaube, dass, wer Krankheiten wie Masern, Mumps oder Röteln als Kind durchmache, die ganzheitliche Entwicklung des Kindes stärke. Wissenschaftliche Belege dafür gibt es nicht. Erwiesen ist dagegen, dass der Ausbruch von Erkrankungen, gegen die heute standardmäßig geimpft wird, die kindliche Entwicklung schwer in Mitleidenschaft ziehen kann – teilweise mit dauerhaften Organschäden. Trotzdem wird vielfach weltanschaulich und emotional über solche Risiken entschieden, die Fakten dabei schlicht ignoriert.

Cornelia Betsch hat gemeinsam mit Dr. Robert Böhm von der RWTH Aachen und einem interdisziplinären Forscherteam erstmals systematisch untersucht, welchen Einfluss Impfeempfehlungen auf das individuelle Impfverhalten haben. In einem kontrollierten Laborexperiment mit fast 300 Teilnehmern wurden im Rahmen der Studie wiederholte Impfentscheidungen simuliert. Den Teilnehmern, denen entweder die Rolle eines Hochrisiko- oder Niedrigrisikopatienten zugewiesen wurde, gab das Forscherteam unterschiedliche Impfeempfehlungen. Das Ergebnis: »Die Impfbereitschaft der Hochrisikopatienten war am höchsten, wenn die Impfung nur ihrer Gruppe empfohlen wurde. Allerdings zeigte sich auch, dass Niedrigrisikopatienten weniger bereit waren zu impfen, wenn es nur eine Empfehlung für Hochrisikopatienten gab. Insgesamt war die Impfquote der Gesamtgruppe am höchsten, wenn es eine allgemeine Impfeempfehlung gab«, fasst Betsch zusammen. Damit zeige die Studie ein wichtiges Dilemma auf, vor dem nationale Gesundheitsorganisationen stünden.

Die Kommunikation über gesundheitliche und andere Risiken ist ein wichtiges Thema: »Mit der Entwicklung der Medizin und der Medien hat sich die Situation gegenüber früheren Zeiten grundlegend verändert. Die Art und Anzahl nachgewiesener und vermuteter Gesundheitsrisiken hat sich vervielfacht«, betont Ortwin Renn, Co-Autor der Studie »Gesundheitsrisiken im gesellschaftlichen Diskurs«. Die Welt werde durch Globalisierung und Digitalisierung immer komplexer, und damit würden auch die Risiken immer vernetzter. »Das heißt, ich kann diese Risiken selber nur ein Stück weit durchschauen und muss mich auf andere für eine wissenschaftlich fundierte, objektive Einordnung des Risikos verlassen können.« Im Rahmen einer umfassenden Risikokommunikation hält der Wissenschaftler mehr Transparenz für wichtig – eine Forderung, der sich BfR-Präsident Andreas Hensel anschließt:

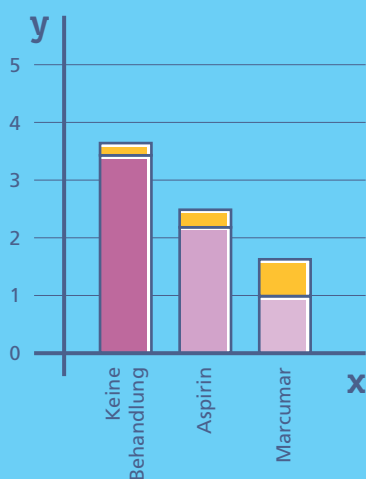
»Für die Vertrauensbildung sind die transparente und laienverständliche Darstellung des Prozesses der Risikobewertung und die Offenlegung von wissenschaftlichen Unsicherheiten ganz entscheidend.« Für Ortwin Renn bedeutet das unter anderem, dass immer das absolute und das relative Risiko kommuniziert werden sollten (siehe Beispiele »Schummeln mit Zahlen«). Gleichzeitig sei es wichtig, dass bereits in der Schule vermittelt werde, wie man Studien bewerte und Risiken richtig einschätze, »denn nur so ist eine risikomündige Gesellschaft möglich«.

Quellen: Robert Koch-Institut: https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Influenza/FAQ_Liste.html, Stand: 24.01.2019 | Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung 2017 und 2018; Poethko-Müller C., Kuhnert R. und Schlaud M., Durchimpfung und Determinanten des Impfstatus in Deutschland, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2007; 50: 851–862.

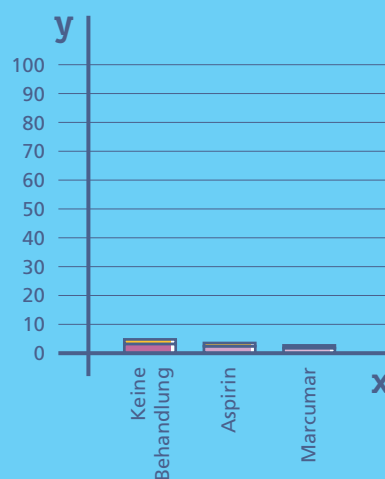
SCHUMMELN MIT ZAHLEN

Mögen die Zahlen an sich objektiv sein – es gibt einfache Tricks, sie dennoch zu vereinnahmen. Je nach Darstellung können sie Fakten überspitzen oder verharmlosen. Vier Beispiele, mit denen Infografiker Aussagen frisieren.

Reduktion von Schlaganfällen



● Schlaganfall ● Hirnblutung



1. Auf oder ab?

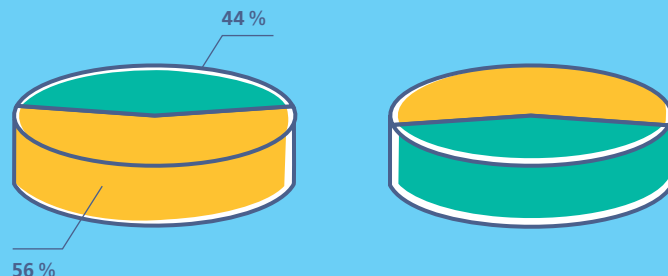
Achsenmanipulationen sind ein beliebtes Mittel, um Schwankungen zu verstärken (Veränderung y-Achse) oder je nach gewähltem Startzeitpunkt auf der x-Achse Trends in Form von Ausschnitten nach unten oder nach oben zu drehen.

Krankheitskosten 2015

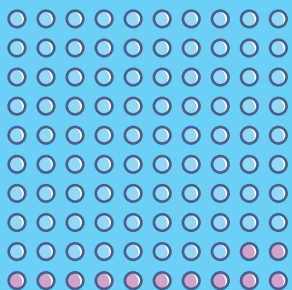
● Männer ● Frauen

2. Perspektivische Verzerrungen

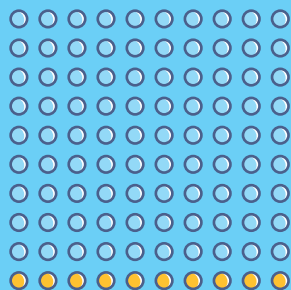
3D-Diagramme werden gerne verwendet, weil sie moderner wirken. Aber die Perspektive hat einen Nachteil: Sie verzerrt das Größenverhältnis. Der Anteil der Krankheitskosten von Männern (grün) ist in beiden Grafiken derselbe: 44 Prozent.



Vorbeugung von Herzinfarkten



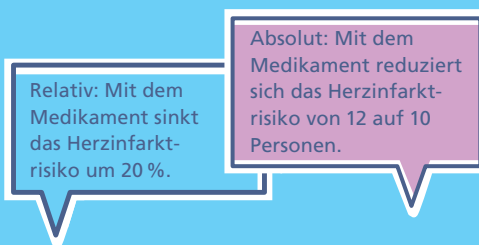
Ohne Medikamente:
Etwa 12 von 100 Menschen werden in 10 Jahren einen Herzinfarkt erlitten haben.



Mit Medikamenten:
Etwa 10 von 100 Menschen werden in 10 Jahren einen Herzinfarkt erlitten haben.

3. Absolute versus relative Zahlen

Aufgepasst bei relativen Risiken! Damit lassen sich kleine Effekte zu großen Nachrichten aufblähen. Absolute Zahlen dagegen helfen, das wirkliche Ausmaß eines Risikos zu sehen. Ein um 20 Prozent gesunkenes relatives Herzinfarktrisiko klingt imposanter als das absolute Risiko, das nur um 2 Prozent zurückgegangen ist.

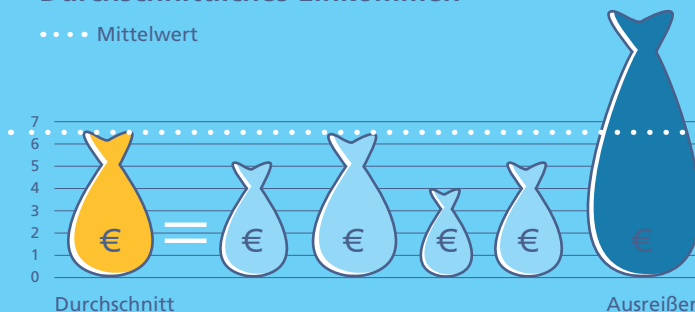


4. Verwässerung des Durchschnitts

Die wohl am häufigsten verwendete Kennzahl einer Statistik ist der Durchschnitt. Doch auch das sogenannte arithmetische Mittel hat Schwächen: Sehr hohe oder niedrige Werte in einem Datensatz können den Mittelwert stark verzerren. Seriöse Statistiken lassen einzelne Ausreißer im Datensatz deshalb nicht in die Berechnung des Mittelwertes einfließen.

Durchschnittliches Einkommen

..... Mittelwert



» WIR WOLLEN HERZ UND HIRN DER MENSCHEN ERREICHEN. «

Prof. Dr. Ferdinand Gerlach ist stellv. Vorsitzender des Stiftungsrates der SGW und Vorsitzender des Sachverständigenrates. Ein Interview zu fehlendem Gesundheitswissen, richtigen partnerschaftlichen Entscheidungen und einem dringend nötigen Kulturwandel.



Ein durchschnittliches Arzt-Patienten-Gespräch dauert hierzulande kaum acht Minuten. Verdient die ärztliche »Sprech«-Stunde überhaupt ihren Namen?

Das schon, allerdings je nach Fachdisziplin in unterschiedlichem Ausmaß. In Allgemeinarztpraxen spielt Zeitmangel eine große Rolle, und viele Ärzte wünschen sich mehr Zeit für Patientengespräche, als sie tatsächlich haben.

Wer ist denn der »Zeitdieb«?

Dazu tragen verschiedene Faktoren bei – angefangen bei unserem Honorarsystem, das Kranksein und »Machen« mehr honoriert als Gesundbleiben und kontrolliertes Nichtstun, bis hin zu einer unglücklichen Mischung aus Über-, Unter- und Fehlversorgung. Dieses Hamsterrad – in dem sich Ärzte wie Patienten befinden – muss dringend angehalten werden. Stattdessen sollte Kommunikation insgesamt mehr Raum bekommen.

Was versprechen Sie sich konkret davon?

Nur wenn Raum dafür vorhanden ist, gut zu informieren und auch gut zuzuhören, können Arzt und Patient kooperieren und gemeinsam die richtigen Entscheidungen treffen. Das führt dann auch zu besseren Behandlungsergebnissen. Neben dem Faktor Zeit ist das natürlich auch mit einem entsprechenden Kulturwandel in der Arzt-Patienten-Beziehung verbunden: hin zu einer auf Dialog ausgelegten, beiderseitig gelebten »sprechenden Medizin«.

So ein Kulturwandel dürfte nicht ganz einfach sein.

Wie kann er dennoch gelingen?

Die Frequenz der Arzt-Patienten-Kontakte ist in Deutschland zu hoch. Das hat etwas mit unserem Quartalsabrechnungssystem zu tun, das den Anreiz dafür gibt, alle Patienten jedes Quartal ein- bis zweimal in die Praxis zu holen. Die quartalsweise Budgetierung raubt Kapazitäten und sollte durch einen sinnvolleren Abrechnungsmodus ersetzt

werden. Darüber hinaus werden Mediziner auf ihrem Weg in den Arztberuf noch nicht hinreichend auf eine gute Kommunikation vorbereitet. Hier muss sich etwas ändern. Aber auch aufseiten der Patienten: Sie sollten sich im Idealfall als aktive Mitbehandler verstehen, nicht als passive Teilnehmer. Das kann ganz praktisch heißen, dass man seinen Arztbesuch vorbereitet, sich notiert, welche Medikamente man zurzeit einnimmt, sich Fragen aufschreibt – und die dann natürlich auch stellt.

Gefordert sind also mündige Patienten.

Ist das zurzeit nicht eher Wunschdenken als Realität?

Es stimmt, dass es um die Gesundheitskompetenz der Deutschen nicht so gut bestellt ist. Es ist aber auch schwierig, an fundierte und unabhängige Informationen zu kommen. Wer googelt, findet viel Halbwissen und Scheininformationen, auch solche, die zum Beispiel von bestimmten Interessengruppen lanciert werden. Da ist eine Lücke, die die Stiftung Gesundheitswissen füllt.

Wie genau hilft die Stiftung der »sprechenden Medizin«?

Sie stellt zum einen unabhängiges und fundiertes Wissen bereit, aber kümmert sich zum anderen auch darum, dies auf eine ansprechende, frische Weise zu tun. Es ist keineswegs so, dass damit das Arzt-Patienten-Gespräch ersetzt werden soll. Im Gegenteil. Besser informiert zu sein, bedeutet vor allem: bessere Vorbereitung aufs Gespräch. Der Patient kann gezielter Fragen stellen, Ängste ansprechen und dadurch klarere Antworten bekommen. Die ärztliche Perspektive und Einordnung wird erleichtert und zugleich aufgewertet, sie ergibt für den Patienten mehr Sinn. All das führt zu einer deutlich erhöhten Entscheidungskompetenz. Ich wünsche mir deshalb, dass das Stiftungsangebot in Zukunft von einer maximalen Anzahl von Nutzern als anerkannte Hilfe für Entscheidungen in Anspruch genommen wird. Wir wollen also gleichsam Herz und Hirn der Menschen erreichen.

DER MÜNDIGE PATIENT – NUR EINE FLOSKEL?

Wir untersuchen, wie es um das Gesundheitswissen und Informationsverhalten der Deutschen bestellt ist.

Das sagen die Patienten¹

48 % erklärten, dass die Gesundheitsrecherche im Internet ihnen beim souveränen Auftritt im Arztgespräch helfe.^A

32 % konnten durch die Gesundheitsrecherche im Netz den Arzt besser verstehen.^A

24 % fühlen sich durch die Recherche im Internet besser versorgt.^A

72 % äußern die Bereitschaft, die Behandlung aktiv mitzugestalten.^B

Internetrecherche hat bei jedem Fünften Auswirkungen auf die Behandlung³



19 %



haben nach Recherche im Internet schon einmal die vom Arzt verschriebene Dosierung eines Medikaments verändert oder ganz auf die Einnahme verzichtet.

Das sagen die Mediziner²

45 % sagen, die Selbstinformation der Patienten führte vielfach zu unangemessenen Erwartungen und Ansprüchen.

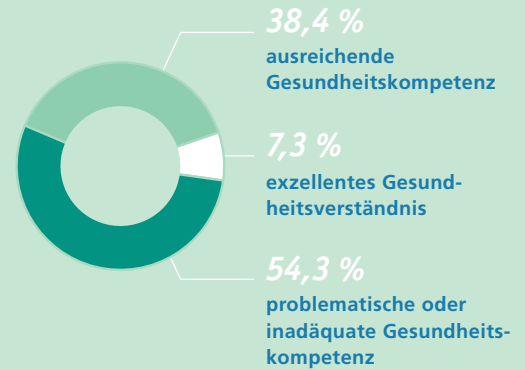
47 % meinen, (vor-)informierte Patienten seien eine Chance für eine positive Veränderung des Arzt-Patienten-Geschehens.

25 % geben an, manchmal mit der Beratung zeitlich überfordert zu sein.

Diagnose: schlechte Gesundheitskompetenz⁴

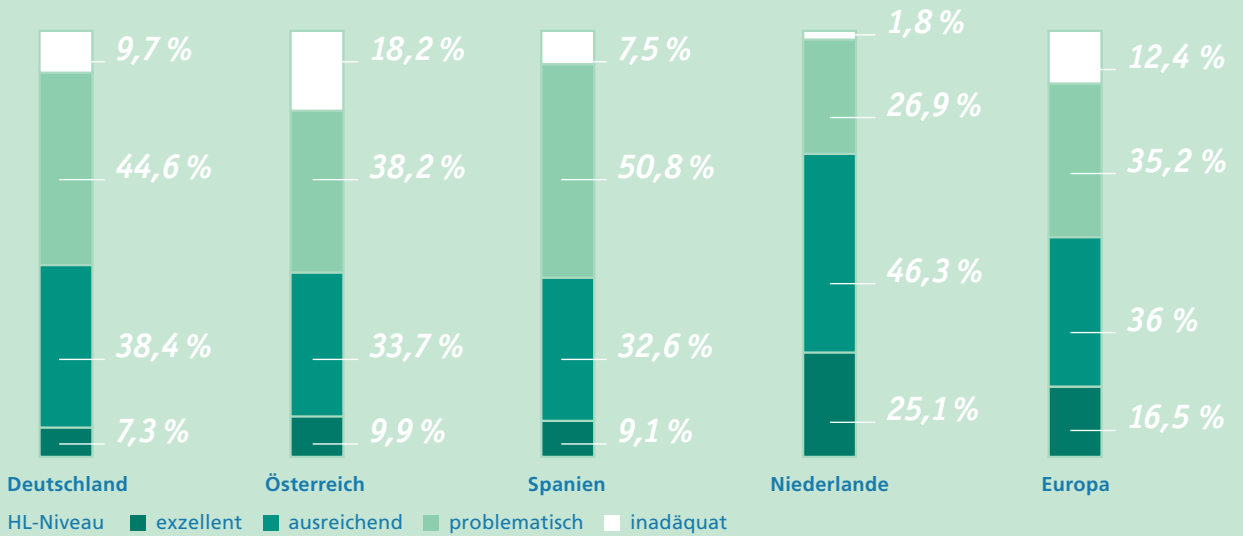
Das unerfreuliche Urteil gilt unterschiedslos für Männer wie für Frauen. Der Anteil eingeschränkter Gesundheitskompetenz liegt bei den männlichen Befragten bei 53 Prozent und bei den befragten Frauen

mit 55 Prozent nur unwesentlich höher. Besonders schlecht schneiden chronisch Kranke, Ältere, Menschen mit niedrigem Bildungsniveau oder Migrationshintergrund ab.



Internationales Abschneiden: bestenfalls Mittelfeld⁵

Das Wissen um die Gesundheit – Deutschland rangiert im internationalen Vergleich des European Health-Literacy-Survey und des deutschen Health-Literacy-Survey gerade noch knapp im Mittelfeld.



Top 3

Online- Informationsquellen⁶

- 1 Suchmaschinen
- 2 Wikipedia und andere Online-Lexika
- 3 Ratgeber Communities (z. B. gutefrage.de, wer-weiß-was.de)

Gesundheitsrecherche im Netz wird zum Normalfall³

88 % der Internetnutzerinnen und -nutzer informieren sich online zu Gesundheitsthemen, jeder Fünfte davon sogar mindestens einmal im Monat.

Top 3

Offline- Informationsquellen⁶

- 46 % persönliches Arztgespräch
- 36 % Fernsehen
- 29 % kostenlose Broschüren oder Zeitschriften

DIESE THEMEN SUCHEN INTERESSIERTE IM NETZ³

66 % Ernährung 59 % Krankheitssymptome 48 % alternative Behandlungsmethoden

Quellen: 1A Verbraucherbefragung »Gesundheit 4.0«, Bitkom, 2017. | 1B Studie »Digitalisierung im Krankenhaus verfehlt Patientenwünsche«, Bearing Point, 2016. | 2 »Erfahrungen, Einstellungen und Umgang von Ärzten mit informierten Patienten«, Gesundheitsmonitor 2016, Bertelsmann Stiftung, Barmer GEK. | 3 Verbraucherbefragung »Gesundheit 4.0«, Bitkom, 2017. | 4 Schaeffer, Doris, et al.: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland, Universität Bielefeld 2016. | 5 European Health Literacy Survey (HLS-EU) 2012, Health literacy in the German population (HLS-G) 2016. | 6 Baumann, Eva, et al.: Auftaktstudie zur wissenschaftl. Evaluation der Gesundheitsinformation »Kniearthrose«, Stiftung Gesundheitswissen, 2017.

Guter Vorsatz, keine Tat



Vorbeugung leidet an einer chronischen Beschwerde: Aus Motivation und besserem Wissen folgt nicht unbedingt Aktion. Viel zu oft verpuffen Kampagnen und die eigenen guten Vorsätze. Was getan werden kann, damit Prävention besser im Leben ankommt.

Viele dürften jetzt noch daran zu knabbern haben: erst die Weihnachts- und dann die Osterzeit, ein steter Strom opulenter Mahlzeiten. Während der Feiertage wird in Deutschland vor allem gegessen. Häufig kommen noch der ebenfalls energiereiche Alkohol und weniger Bewegung als üblich dazu. Kein Wunder, dass erwachsene Deutsche beispielsweise in der Weihnachts- und Neujahrsferienzeit durchschnittlich 800 Gramm im Vergleich zu ihrem niedrigsten Jahrgewicht zulegen, wie die Untersuchung »Gewichtszuwachs über die Ferien in drei Ländern« von Elina Helander der Universität Tampere zeigt. Der Jahreswechsel ist aber auch die Zeit, in der viele Menschen gute Vorsätze fassen –

oft allerdings mit einer kurzen Halbwertszeit. »Bei den meisten Silvestervorsätzen bleibt es bei der Absicht«, erklärt Prof. Dr. Annegret Flothow, Expertin für Gesundheitspsychologie und Gesundheitsförderung mit dem Schwerpunkt Ernährung an der Hamburger Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW). »Vorsätze zu Weihnachten werden oft spontan gefasst und sind nicht nachhaltig vorbereitet«, ergänzt Prof. Dr. Elisabeth Pott, unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses. Denn damit Menschen ihr Verhalten ändern – sich gesundheitsbewusster verhalten –, müssen mehrere Faktoren zusammenkommen. »Eine wichtige Rolle spielt meine Risikowahrnehmung: Weiß ich überhaupt, dass Übergewicht ein Risikofaktor für Erkrankungen wie Typ-2-Diabetes ist? Dann: Erwarte ich von einer Verhaltensänderung eine Besserung meines Zustandes? Und schließlich: Traue ich mir selbst zu, mein Verhalten zu ändern?«, erklärt die Gesundheitspsychologin, die sich systematisch mit dem steinigen Weg von der Motivation bis

zur Aktion befasst. Alle drei Elemente – Risikowahrnehmung, Handlungsergebniserwartung und Selbstwirksamkeit – müssen zusammenfließen, bevor die Menschen gute Vorsätze in die Tat umsetzen.

Patentrezepte? Fehlanzeige

Aber warum scheitern so viele Menschen daran, sich beispielsweise gesünder zu ernähren? »Wir sind einer unüberschaubaren Vielfalt von Verlockungen in unserem Alltag ausgesetzt«, sagt Flothow. Patentrezepte, der Verführung zu widerstehen, gibt es nicht, betont sie: »Die jeweiligen Gesundheitsziele müssen zu mir und zu meinem Alltag passen.« Bewährt hätten sich »S.M.A.R.T.E.« Vorsätze. Diese Abkürzung steht für »spezifisch, messbar, aktionsorientiert, realistisch, terminiert und eigenständig erreichbar«. Aus der pauschalen Anforderung »Ich werde mich gesund ernähren!« wird so »Ich werde bis März nur noch zweimal die Woche Fleisch essen!«. »Das klappt einfach besser«, so Flothow.



In der Praxis ist die gesundheitliche Vorbeugung noch zu wenig systematisch.



Prof. Dr. Elisabeth Pott

Mitglied des Stiftungsrates der Stiftung
Gesundheitswissen und unparteiisches
Mitglied des G-BA

Gemischte Bilanz der Prävention

Vom abstrakten Gesundheitsbewusstsein bis zum gesunden Lebensstil ist ein langer Weg. Wie können Staat und Zivilgesellschaft die Menschen dabei unterstützen? Die bisherigen Bemühungen, gesundheitsbewusstes Verhalten in der Bevölkerung zu fördern, waren nur bedingt erfolgreich. Sieben von zehn Männern und fünf von zehn Frauen sind übergewichtig. Chronische und degenerative Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Krebs verursachen hierzulande mittlerweile die größte Krankheitslast, wie das Robert Koch-Institut als Herausgeber in dem Gesundheitsbericht des Bundes zeigt. Die Hoffnungen, sie durch Vorbeugung vor dem Krankheitsausbruch zurückzudrängen (Primärprävention), haben sich bisher nicht erfüllt. »Uns fehlt es nicht an Wissen, es hapert an der Umsetzung«, sagt Prof. Dr. Elisabeth Pott. Die langjährige Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist seit verganginem Jahr unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen

Bundesausschusses (G-BA) und engagiert sich ehrenamtlich im Stiftungsrat der Stiftung Gesundheitswissen. »In der Praxis ist die gesundheitliche Vorbeugung noch zu wenig systematisch und nicht auf die Bedürfnisse der diversen Zielgruppen abgestimmt. Kampagnen helfen nur, wenn man die Zielgruppen richtig anspricht und erreicht«, erläutert sie. So unterschieden sich Kenntnisstand und Aufnahmebereitschaft der Menschen je nach Alter und Situation. Pott erklärt das am Beispiel des Rauchens: »Die Jugendlichen, die

noch nicht rauchen, müssen wir stabilisieren und den Zeitpunkt bis zur ersten Zigarette möglichst lange hinauszögern. So konnte der Anteil rauchender Jugendlicher in den vergangenen 10 bis 15 Jahren durch gezielte Maßnahmen um zwei Drittel verringert werden. Ein langjähriger Raucher muss dagegen ganz anders angesprochen werden; er braucht zum Beispiel eher Informationen, wie er mit seinem Entzug umgehen kann.« Das Schlagwort lautet Health Literacy, auf Deutsch etwa »Gesundheitskompetenz« – Kenntnisse und Fertigkeiten um eigene informierte Entscheidungen zu treffen.

Gesundheitswissenschaftler unterscheiden zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention. Während Erstere vor allem über individuelle Aufklärung gesundes Verhalten fördern will, setzt Letztere bei den Lebensbedingungen an. Verhaltensprävention wären zum Beispiel Informationskampagnen über die Schädlichkeit des Rauchens; Verhältnisprävention wären höhere Tabakpreise. »Heute

»
**Betroffene zu
 Beteiligten machen
 ist ein gutes Prinzip.**
 «

Prof. Dr. Annegret Flothow
 Gesundheitspsychologin



ist anerkannter Stand der Wissenschaft, dass gerade die Verbindung aus Verhaltens- und Verhältnisprävention die größten Erfolge erzielt«, erläutert Pott. Ansätze, die auf individuelle Verhaltensänderung abzielen, funktionieren aber deutlich besser bei denen, die sie weniger nötig haben. »Viele Studien zeigen, dass Angebote der gesundheitlichen Prävention vor allem von Menschen genutzt werden, die sowieso über eine hohe Gesundheitskompetenz verfügen«, sagt Flothow. »Menschen mit niedrigem Sozialstatus, die über eine schlechtere Gesundheit verfügen, werden durch Präventionsmöglichkeiten wie Beratungs-, Bildungsangebote oder auch Sportkurse weniger gut erreicht.« »Das ist insbesondere dann der Fall, wenn diese nicht so aufbereitet sind, dass sie die ärmeren und weniger gebildeten Menschen ansprechen«, ergänzt Pott. Und nicht nur das: In den ärmeren und weniger gebildeten Bevölkerungsschichten fehlt es oft an den Ressourcen, um die Ratschläge umzusetzen. Dies zeigt sich drastisch im sogenannten sozialen Gradienten: im Unterschied in den Gesundheitschancen je nach sozialem Status. Der Unterschied bei der Lebenserwartung zwischen der höchsten und der niedrigsten Einkommensgruppe in Deutschland beträgt bei Männern knapp neun Jahre, bei Frauen viereinhalb Jahre, wie das Robert Koch-Institut gemeinsam mit De-statis im März 2019 im Journal of Health Monitoring, der Gesundheitsberichterstattung

des Bundes, zeigte. Dazu tragen neben risikanerem Gesundheitsverhalten aber auch Faktoren wie gesundheitsschädlichere Wohn- und Arbeitsbedingungen bei.

Die Menschen miteinbeziehen

Die Gesundheitspsychologin Flothow verweist auf die Bedeutung von Mitwirkung, damit Vorbeugung gelingen kann. Mit Angeboten in den Lebenswelten, zum Beispiel am Arbeitsplatz oder in einer Bildungseinrichtung, werden die Menschen in Entscheidungsprozesse einbezogen. Konkret kann das beispielsweise ein »Gesundheitszirkel« in einem Unternehmen sein, in dem Mitarbeiter und Management gemeinsam überlegen, wie die Arbeitsbedingungen gesundheitsverträglicher gestaltet werden können. Flothow dazu: »Betroffene zu Beteiligten machen ist auf jeden Fall ein gutes Prinzip.«

Gesundheitliche Prävention verspricht Erfolg, wenn sie bei den Verhältnissen ansetzt und es so den Menschen leichter macht, sich gesund zu verhalten. Sie nimmt den ganzen Menschen in den Blick – von der Ernährung bis zum Schlaf, von der Sexualität bis zu den familiären und beruflichen Belastungen – statt mit erhobenem Zeigefinger einzelne mehr oder weniger schädliche Einflüsse herauszugreifen und zu dämonisieren. Wie zum Beispiel das etwas dickere Fettpolster, das über die Feiertage anfällt.

Quellen: Elina E. Helander et al. (2016): Weight Gain over the Holidays in Three Countries. N Engl J Med 2016; 375:1200–1202. Robert Koch-Institut (Hrsg.) (Ausgabe 1, März 2019), Journal of Health Monitoring. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gößwald / Lange / Kamtsiuris / Kurth (2012): DEGS: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 2012 / 55:775–780. G.B.M. Mensink, A. Schienkiewitz, M. Haftenberger, T. Lampert, T. Ziese, C. Scheidt-Nave (2013): Übergewicht und Adipositas in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl, 56:786–794. DOI 10.1007/s00103-012-1656-3. Flegal / Kit / Orpana / Barry / Graubard et al. (2013): Association of All-Cause Mortality With Overweight and Obesity Using Standard Body Mass Index Categories. A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA. 2013;309(1):71–82. Lampert T / Kroll LE (2014): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung: Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin. GBE kompakt 5(2)]. Drogen- und Suchtbericht 2018, Drogenbeauftragte der Bundesregierung; Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.).

Die vier Stufen der Prävention

01 Primärprävention

Mit gesundem Lebensstil Krankheiten verhindern, bevor sie entstehen.

02 Sekundärprävention

Durch Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen Krankheiten früh erkennen.

03 Tertiärprävention

Die Krankheit beherrschen, indem eine Verschlimmerung, schwerwiegende Komplikationen, Folgeschäden und Rückfälle verhindert beziehungsweise gemildert werden.

04 Quartärprävention

Vor Überbehandlung schützen und Patienten und Patientinnen darüber aufklären, dass in einigen Fällen Abwarten der bessere Weg sein kann oder es ein Risiko zur Überdiagnose gibt.

Gesundheitsbescheid- wisser oder eher Typ ahnungslos?

Um die Gesundheitskompetenz der Deutschen steht es nicht zum Allerbesten. Aber wie sieht es bei Ihnen persönlich aus? Testen Sie es.



1,

Wann sind Antibiotika sinnvoll?

- a/ Bei bakteriellen Infektionen
- b/ Bei reinen Virusinfekten
- c/ Bei Krankheiten aufgrund von Pilzen



Quelle: www.infektionsschutz.de

2,

Was heißt Gesundheit laut Weltgesundheitsorganisation?

- a/ Ein Zustand des umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens
- b/ Die Abwesenheit von Krankheit
- c/ Ein Zustand optimaler Leistungsfähigkeit

Quelle: WHO

3,

Vom Wert der sprechenden Medizin sind eigentlich alle überzeugt. Aber wie viel Zeit hat ein Kassenarzt im Schnitt pro Patient?

- a/ Etwa vier Minuten
- b/ Etwa acht Minuten
- c/ Über zehn Minuten

Quelle: Arztreport Barmer GEK

4,

Was bedeutet »häufig« bei den Angaben zu Nebenwirkungen auf dem Beipackzettel?

- a/ 1–10 Prozent, auf gut Deutsch: Wenn 100 Leute das Mittel nehmen, haben maximal 10 diese Nebenwirkung zu erwarten, vielleicht auch nur einer.
- b/ 10–20 Prozent
- c/ Über 20 Prozent

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)

5,

Vor einer Behandlung muss der Arzt den Patienten aufklären. Wie muss diese Aufklärung laut Bürgerlichem Gesetzbuch (BGB) erfolgen?

- a/ Schriftlich und vom Arzt unterzeichnet
- b/ Mindestens drei Tage vor der Behandlung
- c/ Für den Patienten verständlich

Quelle: BGB

6,

Was machen Sie, wenn Sie am Wochenende eine starke Erkältung bekommen?

- a/ Ich begeben mich in die Rettungsstelle des nächstgelegenen Krankenhauses.
- b/ Ich rufe einen Krankenwagen.
- c/ Ich warte ab und gehe, wenn es nicht besser wird, zum Hausarzt.

Quelle: www.aerzteblatt.de/nachrichten/78084/Notfall-ambulanzen-Haelfte-der-Patienten-stuft-die-Behandlung-als-nicht-dringlich-ein





PARTNER GEWÜNSCHT

Einander auf Augenhöhe begegnen, zuhören, Unterschiede respektieren, Entscheidungen gemeinsam treffen – beste Voraussetzungen für eine gelungene Partnerschaft. Auch für die Beziehung zwischen Arzt und Patient wird der Ruf nach einem partnerschaftlichen Miteinander immer lauter. Shared Decision Making ist für viele das Idealbild der Kommunikation in der modernen Medizin. Doch ganz so einfach ist das nicht.

50%

Laut WHO nimmt nur rund die Hälfte der Patienten mit chronischen Erkrankungen ihre Medikamente ein wie von den Ärzten verordnet. Gemeinsame Entscheidungsfindung kann die Therapietreue spürbar verbessern.

Quelle: Weltgesundheitsorganisation



Wissen hilft bei informierten Entscheidungen. Diese schaffen mehr rationales Vertrauen und sind die Grundlage für verantwortliches Gesundheitsverhalten und das Erleben von Selbstwirksamkeit.



Prof. Dr. Jürgen Kasper

Psychologe mit Spezialisierung in Gesundheits- und Kommunikationswissenschaften und Mitglied des Expertenbeirates der SGW

Das Problem hat zwei Seiten: die des Arztes und die des Patienten. Der eine steht unter Zeitdruck, der andere ist verunsichert. Dabei ist wissenschaftlich belegt, dass Arzt-Patienten-Gespräche auf Augenhöhe und gemeinsame Entscheidungsfindung gesünder machen können. Im Versorgungsalltag aber sind sie oft noch nicht angekommen. Allgemeinmediziner Dr. Wolfgang Blank will das ändern. Bei ihm ist der Halbgott in Weiß abgemeldet: Nicht nur bei chronisch Kranken oder in schwerwiegenden Fällen, sondern selbst bei einfachen gesundheitlichen Beeinträchtigungen wie einem grippalen Infekt sei es »sinnvoll, Erfahrung und Fachwissen mit dem Patienten zu teilen«, betont der Hausarzt aus Kirchberg im Wald und Fachbereichssprecher im Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin. Und mehr noch: »Umgekehrt gilt das auch«, sagt Blank. Es sei ihm wichtig, dass die persönliche Geschichte, individuelle Ängste, Vorerfahrungen und Lebensumstände seiner Patienten ebenso ins Praxisgespräch eingehen wie seine ärztliche Sicht. Besonders da, wo es um schwerere Erkrankungen und um langfristige Therapieentscheidungen gehe. »Denn jeder Patient ist anders, und was für den einen der Königsweg ist, kann für den anderen ungeeignet sein.« Die Basis jeder gemeinsamen Entscheidungsfindung in seiner Praxis sei, dass seine Patienten ernstgenommen werden, trotz Zeitmangel, betont Blank, der seit 20 Jahren praktiziert: »Es macht mir Freude, so zu arbeiten. Es fühlt sich richtig an.«

GEMEINSAM STATT EINSAM

Einordnen, Zusammenhänge vermitteln, zuhören – schon seit den 1970er Jahren stößt Shared Decision Making (SDM), die gemeinsame Entscheidungsfindung, auf ein wachsendes Interesse. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) stärkt es nochmals in den 1980ern, indem sie die Teilhabe des Patienten an Entscheidungen, die seine Gesundheit betreffen, in ihren Richtlinien verankerte. Inzwischen ist SDM ein geflügeltes Wort, mit hohem Stellenwert auch in Deutschland. Aus den medizinischen Behandlungsleitlinien, dem Nationalen Krebsplan und vielen Disease-Management-Programmen etwa ist das Thema »gemeinsame Entscheidungsfindung« nicht mehr wegzudenken. Doch welche genauen Erwartungen knüpfen sich daran?

Und welche Herausforderungen für Ärzte und Patienten sind damit verbunden?

Nur jeder zweite Patient mit chronischen Erkrankungen von Asthma bis Bluthochdruck nimmt laut WHO seine Medikamente wie verordnet ein. Die American Heart Association macht mangelnde Therapietreue für 10 Prozent aller Krankenhaus- und knapp ein Viertel aller Pflegeheim-Einweisungen verantwortlich. Wenn mehr Patienten dazu bewegt werden könnten, bei ihrer Therapie am Ball zu bleiben, wäre nicht nur der persönliche, sondern auch der volkswirtschaftliche Nutzen groß. Unter dem Strich kostet mangelnde Therapietreue allein das deutsche Gesundheitssystem jährlich mehrere Milliarden Euro. Schlichte Vergesslichkeit kann an dem schlechten Resultat schuld sein, doch häufig auch mangelndes Verstehen oder Vertrauen. Wenn der Patient aber merkt, dass sein Arzt versucht, sich in seine Situation hineinzudenken, wenn persönliche Besonderheiten berücksichtigt werden und daraufhin die Entscheidung gemeinsam gefällt wird – dann steigen die Erfolgsaussichten einer Behandlung.

ENTSCHEIDUNGEN EVIDENZBASIIERT TREFFEN

»SDM ist die Methode, um wissenschaftliche Evidenz auf den individuellen Patienten anzuwenden – mit dem Ziel, zu der besten Entscheidung für diesen einen Fall zu kommen«, sagt der Psychologe Prof. Dr. Jürgen Kasper. Das Mitglied des Expertenbeirates der Stiftung Gesundheitswissen forscht seit über 15 Jahren zu dem Thema. Zahlreiche Studien belegen, dass Patienten, die an den Entscheidungen über die eigene Gesundheit beteiligt werden, auch verantwortlicher mit den Konsequenzen der Entscheidungen umgehen: Entweder haben sie realistische Erwartungen hinsichtlich der Effekte und Nebenwirkungen oder sie treffen verantwortliche Folgeentscheidungen, wie die konsequente Einnahme einer Medizin oder der begründete Abbruch einer Therapie. Die Wahrung der Autonomie des Patienten in so einer wichtigen Situation wie der Entscheidung über eine gesundheitsrelevante Maßnahme hat auch für sich genommen einen hohen Wert. »Patientenbeteiligung am Wissen und Entscheiden in eigener Sache«, sagt Kasper, »ist ein ethischer Imperativ.« Dieses Verständnis und die



72 %

der Patienten äußern die
Bereitschaft, ihre Behandlung
aktiv mitzugestalten.

Quelle: Studie »Digitalisierung im Krankenhaus verfehlt
Patientenwünsche«, BearingPoint, 2016

erforderlichen Fertigkeiten sind aber noch nicht ganz im Praxisalltag angekommen. »Ein Kulturwandel ist nötig, der langsam in Gang kommt«, so Kasper. Natürlich sind die Gesundheitsberufe die Experten für medizinische Maßnahmen, deren Risiken und Vorteile. Der Patient jedoch kann fachliche Informationen verstehen und abwägen, wenn er sie verständlich vermittelt bekommt. Denn er ist der Experte für sich selbst, seine Lebensumstände, seine zeitlichen und wirtschaftlichen Ressourcen, seine Belastbarkeit. Vor diesem Hintergrund, findet Kasper, »müssen Ärzte den Anspruch auf ihr Wissensmonopol fallen lassen und lernen, ihren Patienten zu vermitteln, dass die beste Entscheidung derjenige fällt, der mit den Konsequenzen leben wird«. Angenommen, eine Bluthochdruck-Patientin bezweifelt, diszipliniert genug zu sein, zweimal wöchentlich zur Gymnastik zu gehen, was eine wirksame Maßnahme zur Behandlung der Erkrankung wäre – dann können Arzt und Patientin sich darauf einigen, dass sie nur einmal wöchentlich teilnimmt, zusätzlich aber ihre Ernährung grundlegend umstellt. Wechselseitiges Verständnis ist nicht wegzudenken bei solchen Prozessen. »Um zu einem guten Ergebnis zu kommen, sind beide Seiten gehalten, ihre Fragen und ihr Wissen auf den Tisch zu legen und zu teilen«, betont der Allgemeinmediziner Blank.

Damit Patienten eine sachgerechte, den eigenen Vorlieben und Lebensumständen entsprechende Entscheidung treffen können, müssen sie gut informiert und beraten werden. Genau hier aber liegt die Krux. Zum einen werden Mediziner in ihrer Ausbildung nach wie vor zu wenig in Kommunikation und partnerschaftlichem Umgang mit



Patienten geschult. Dazu kommt Zeitmangel. Zum anderen haben Patienten durch die Nutzung von nicht verlässlichen, intransparenten Online-Quellen falsche Vorstellungen von Krankheitsbildern und Therapien. Ein weiteres Problem besteht darin, so Kasper, »dass die wissenschaftliche Evidenz zu noch viel zu wenigen medizinischen Problemstellungen in für Ärzte und Patienten verständlicher Form aufbereitet vorliegt. Solche Informationen sind aber unerlässlich für diese Art der Entscheidungsfindung«.

ENTSCHEIDUNGSHILFEN VONNÖTEN

Zur Unterstützung des gemeinsamen Entscheidungsprozesses können verlässliche Entscheidungshilfen – sogenannte Decision Aids – hilfreich sein. Sie stellen eine unabhängige und qualitätsgesicherte Informationsquelle für den Patienten dar, strukturieren den Dialog zwischen Arzt und Patient und wirken so als Bindeglied in der Kommunikation. »Es braucht evidenzbasierte Werkzeuge. Das können unabhängige Informationsportale sein, die online zur Verfügung stehen, aber auch Broschüren, die in Krankenhäusern und Praxen ausliegen«, schlägt Kasper vor. Zusätzlich leiten Patientenforen, wie sie die Deutsche Herzstiftung beispielsweise durchführt, oder Kommunikationstrainings für Ärzte und andere Gesundheitsberufe die SDM-Kultur schrittweise in die Praxis über. Kasper selbst lässt auch schon mal Handpuppen sprechen, um Ärzte per Video zu SDM zu schulen.

Eine bessere Patientenbeteiligung erfordert auch strukturelle Veränderungen. Die Rollenmodelle von Ärzten, Pflegekräften und anderen Gesundheitsberufen kommen in Bewegung. »Shared Decision Making beteiligt nicht nur Ärzte und Patienten«, erklärt Kasper. Da Patienteninformation und Beratung z. B. eine zentrale Aufgabe von Pflegekräften sind, liegt es nahe, dass auch diese entsprechend qualifiziert werden und eine Rolle beim Vorbereiten informierter

Patientenentscheidungen innehaben. Kasper: »SDM ist entweder ein vom ganzen Behandlungsteam getragenes Konzept oder es funktioniert nicht.«

Erste Pilotprojekte gibt es bereits. Der Innovationsfonds der Bundesregierung unterstützt zum Beispiel mit 14 Millionen Euro ein auf vier Jahre angelegtes Projekt, das die Implementierung von Patientenbeteiligung am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein in Kiel erprobt. »Allerdings«, so gibt Kasper zu bedenken, »sollte bei so hochdotierten öffentlichen Projekten genau beobachtet werden, ob die Ressourcen wirklich so eingesetzt werden, dass es für Patienten zu spürbaren Änderungen kommt.« Es sei auch

wichtig, den Kulturwandel aus Sicht des Patienten zu denken. Er bewegt sich zwischen haus- und fachärztlichen, ambulanten und klinischen Versorgungseinrichtungen. Für ihn zählt daher die Konsistenz an den Schnittstellen. »Mittelfristig müssen die kommunalen Versorger wie Praxen und Therapieeinrichtungen mit ins Boot geholt werden, und zwar flächendeckend«, so Kasper. Und nicht zuletzt müsse SDM von den Krankenkassen besser honoriert werden. Deutsche Kassenärzte erhalten im Quartal durchschnittlich 45 Euro als Pauschale für den ersten Arzt-Patienten-Kontakt, also die Diagnose und Beratung. Zusätzliche Gespräche sind bis auf wenige Ausnahmen nicht abrechnungsfähig. Kasper weiß: »Da sind noch einige Bretter zu bohren.«

GEMEINSAME ENTSCHEIDUNGSFINDUNG

Patient und Arzt entscheiden zusammen – eine schöne Idee, aber in der Praxis doch eher selten. Zwei erfolgversprechende Gebrauchsanweisungen.

Patient

Die richtigen Fragen stellen

- 1 Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?
- 2 Was sind die Vor- und Nachteile dieser Möglichkeiten?
- 3 Wie wahrscheinlich sind die jeweiligen Vor- oder Nachteile?
- 4 Was kann ich selbst tun?
- 5 Was passiert, wenn ich nichts tue?

Arzt

Leitlinien für eine gemeinsame Entscheidungsfindung

Bestandsaufnahme

Der Arzt klärt seinen Patienten über die Diagnose und über den möglichen Verlauf der Erkrankung auf.

Ermunterung

Der Arzt macht dem Patienten das ausdrückliche Angebot einer gemeinschaftlichen Entscheidungsfindung.

Erörterung der Optionen

In verständlicher Sprache erläutert der Arzt, dass eine Entscheidung zwischen zwei und mehr Möglichkeiten zu treffen ist.

Information

Der Patient erhält evidenzbasierte und verständliche Informationen über deren Nutzen, etwaige Risiken und Wahrscheinlichkeiten.

Handeln vs. Nichtstun

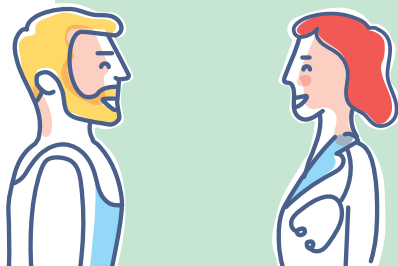
Auch die Möglichkeit des »kontrollierten Nichtstuns« wird ausdrücklich erwogen und erörtert.

Gemeinsame Reflexion

Der Arzt gibt dem Patienten Raum, seine persönlichen Präferenzen zu bestimmen.

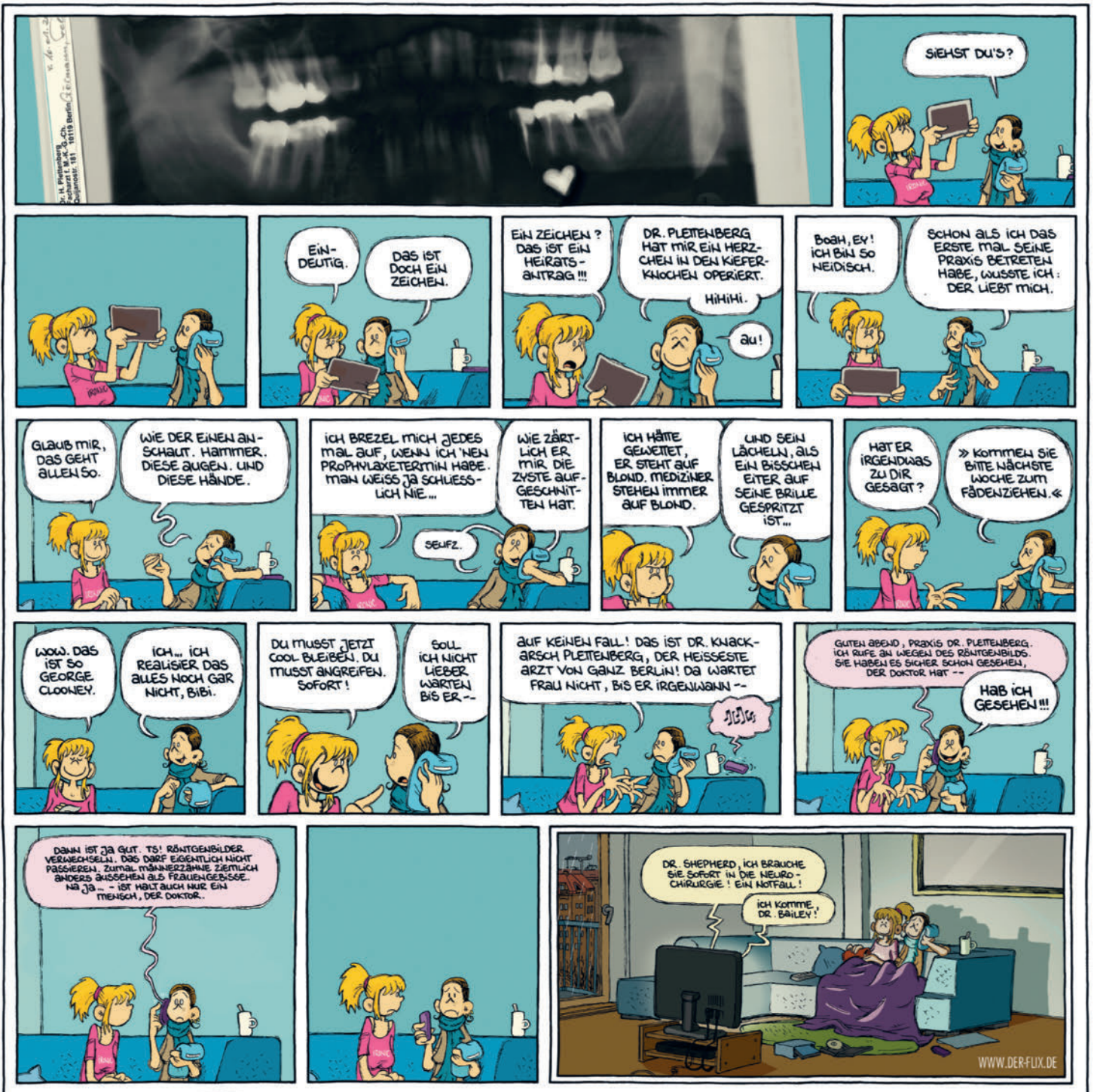
Entscheidung

Die Entscheidung wird besprochen, getroffen oder aufgeschoben – inklusive einer entsprechenden Folgevereinbarung.



Mit Herz dabei

Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist stark durch Erwartungen geprägt.
Und die können recht subjektiv ausfallen.



Vitamin C gegen Erkältung

Kann man nehmen – oder auch lassen. Studien belegen, dass selbst eine tägliche vorbeugende Einnahme von Vitamin C eine Erkältung nicht verhindern kann. Und sind erste Symptome bereits da, kann Vitamin C sie wahrscheinlich nicht bessern. Bei Erwachsenen, die täglich über lange Zeit Vitamin C als Nahrungsergänzung nehmen, kann sich die durchschnittliche Krankheitsdauer jedoch von einer Woche um einen halben bis einen Tag verringern.¹

Kaffee schadet der Gesundheit

Im Gegenteil. Metaanalysen zum Kaffeetrinken deuten mehrheitlich sogar auf gesundheitliche Vorteile hin – vor allem die Leber scheint zu profitieren. Zudem leben Kaffeetrinker länger und bekommen seltener Krebs. Die optimale Dosis scheint demnach drei Tassen pro Tag zu sein.²

Zahnseide für ein gesundes Gebiss

In einer Vergleichsstudie von Cochrane konnten Wissenschaftler keinen eindeutigen Zusammenhang zwischen dem Gebrauch von Zahnseide und der Reduktion von Karies und Zahnfleischproblemen feststellen. Das klare Fazit der Forscher: Ausreichend wissenschaftlich belegt ist die oft wiederholte Empfehlung, zur Zahnseide zu greifen, noch nicht.³

Bei Nasenbluten den Kopf nach hinten legen

Das Gegenteil ist sinnvoll und richtig. Der Kopf sollte nach vorn gebeugt werden, damit das Blut abfließen kann. So wird es nicht verschluckt, was zu Übelkeit führen kann. Hilfreich kann außerdem sein, den Nacken zu kühlen, die Nasenflügel phasenweise fest zusammenzudrücken, um die Blutung möglichst rasch zu stoppen.⁴

Cranberrys können Blasen- entzündungen vorbeugen

Schön wäre es. Doch die aktuelle Studienlage deutet darauf hin, dass Cranberry-saft oder -tabletten keine wirksamen Mittel sind, um Harnwegsinfekten vorzubeugen. Bei einzelnen Personen mag zwar möglicherweise ein gewisser Schutz nicht ausgeschlossen sein. Der Effekt hier ist aber nur gering.⁵

Achtung, Mythos!

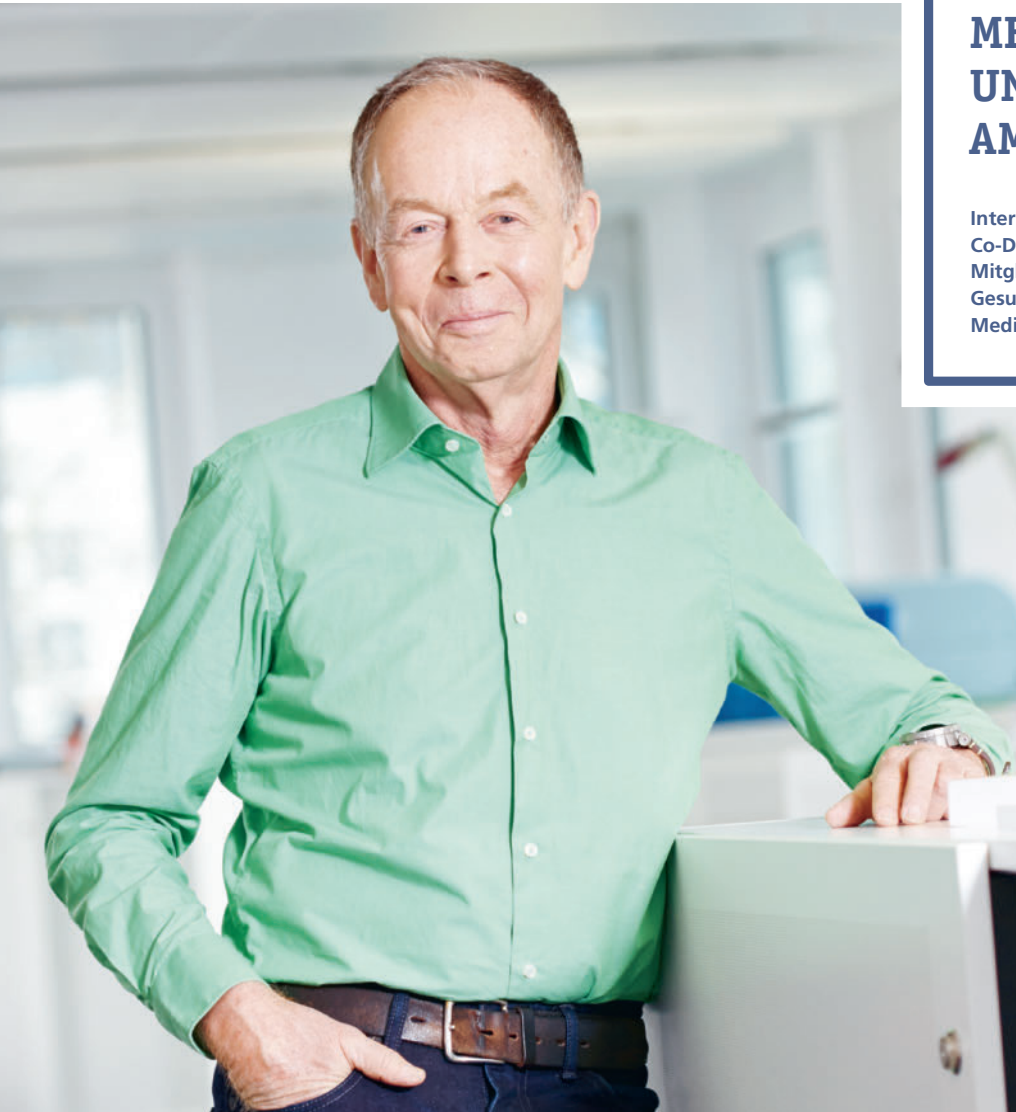
Ein genauerer Blick auf hartnäckige
Gesundheitsmythen.

Vorbräunen schützt vor Sonnenbrand

Studien zeigen: Vorbräunen – ob im Solarium oder im Freien – bietet kaum Schutz vor Sonnenbrand. Denn: Solarien bräunen zwar die Haut, lassen sie aber keinen natürlichen Lichtschutz aufbauen. Durch Bräunung und Gewöhnung an die Sonne im Freien steigt der Eigenschutz der Haut max. auf den Lichtschutzfaktor (LSF) 2. Erwachsenen empfiehlt das Bundesamt für Strahlenschutz (BfS) einen LSF von mindestens 20, Kindern von mindestens 30.⁶

Um zu beweisen, dass ein Mittel oder eine Methode wirkt, reichen anschaulich beschriebene Einzelfälle nicht aus. Für den Laien bedeutet das: kritisch bleiben, nicht jedem Heilsversprechen glauben. Seriöse, zuverlässige Daten liefert die evidenzbasierte Medizin. In unabhängigen Untersuchungen wird dabei stets eine ausreichend große Gruppe untersucht und parallel eine Vergleichsgruppe beobachtet, die zum Beispiel ein Scheinmedikament oder eine Scheinbehandlung erhält.

Quellen: 1 Cochrane 2013: Vitamin C zur Vorbeugung und Behandlung von Erkältungen. | 2 BMJ 2017: umbrella review of meta-analyses of multiple health outcomes. | 3 Cochrane 2011: Flossing for the management of periodontal diseases and dental caries in adults. | 4 Torck, Waldemar: HNO-Notfälle – Nasenbluten stoppen, Thieme 2011, Lege artis 2011; 1(5): 316–319. | 5 Cochrane 2012: Cranberries for preventing urinary tract infections. | 6 Krebsinformationsdienst. Ultraviolette Strahlung als Krebsrisiko [online]. 2018. <https://www.krebsinformationsdienst.de/uv-strahlung...> [28.05.2019] & Bundesamt für Strahlenschutz. Wirkung künstlicher UV-Strahlung [online]. 2018. http://www.bfs.de/solarien/wirkung/wirkung_node.html.



INTERVIEW

MEHR RATIONALITÄT UND EIN INTERESSE AM GANZEN

Interview mit Prof. Dr. Gerd Antes, ehem. Co-Direktor des Cochrane Deutschland und Mitglied des Expertenbeirates der Stiftung Gesundheitswissen, über evidenzbasierte Medizin

Was ist evidenzbasierte Medizin? Und wem nützt sie genau?

Evidenzbasierte Medizin (EbM) bezeichnet die systematische Einbeziehung von Ergebnissen klinischer Studien in medizinische Entscheidungen. Dazu kommen die Erfahrung des Arztes sowie die Werte der Patienten. Ein zentrales Anliegen der EbM war immer die Entscheidungsunterstützung für die Ärzte und für das Arzt-Patienten-Gespräch. Sie kann aber weit über den einzelnen Patienten hinaus Nutzen vergrößern und Schaden verringern. Ein aktuelles, äußerst relevantes Thema sind Hygienemaßnahmen in Kliniken, um lebensgefährliche nosokomiale Infektionen durch Krankenhauskeime zu reduzieren.

So erstellt die SGW Gesundheitsinformationen

Die Gesundheitsinformationen (GI) der Stiftung Gesundheitswissen (SGW) sind evidenzbasiert, unabhängig und bilden den aktuellen Wissensstand ab. Gleichzeitig sind sie für alle verständlich. Sie sollen Nutzerinnen und Nutzer unterstützen, informierte Entscheidungen zu treffen.



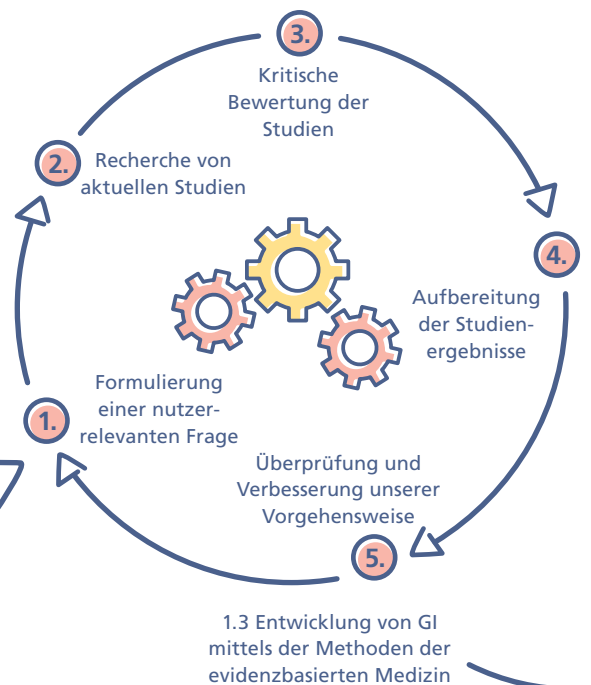
1 Entwicklung



1.1 Bedarfsanalyse:
Wunsch der Nutzerinnen und Nutzer nach Informationen



1.2 Marktanalyse:
Ermittlung von Lücken im verfügbaren Informationsangebot



Wenn ein Patient Sie fragen würde:

»Was hat EbM mit mir zu tun?«,
was würden Sie ihm antworten?

Sehr viel! EbM schafft mehr Rationalität bei Therapieentscheidungen und bei der Bewertung diagnostischer Befunde. Sie hilft damit, überflüssige oder falsche Maßnahmen zu vermeiden und die erfolgversprechenden Verfahren treffsicherer auszuwählen – oder auch einfach nur zu beobachten, ob nicht die Selbstheilungskräfte ausreichen, zum Beispiel bei Erkältungen oder anderen Infekten.

Und gesamtgesellschaftlich betrachtet?

Die Diskussion um die evidenzbasierte Medizin hat in den letzten zwei Jahrzehnten die Aufmerksamkeit auf Abhängigkeiten und ganz generell auf Interessenkonflikte sehr gestärkt. Wenn die global vorhandenen Studien zeigen, dass das Wissen daraus mit dem eigenen ärztlichen Handeln in Widerspruch steht, ist es grundsätzlich nicht einfach, diese Situation aufzulösen. Kommen dann noch materielle Abhängigkeiten hinzu, wird es noch schwieriger. Die Methodik der EbM macht diese Konflikte sichtbar.

Trotzdem wirkt der evidenzbasierte Ansatz manchmal sehr theoretisch.

Das liegt daran, dass der Blick zunächst immer automatisch auf Studien fällt, den Zugang zu ihnen und damit auf Publikationen und Informationsquellen. Damit wirkt EbM natürlich leicht wie ein theoretischer Überbau neben der medizinischen Praxis. Tatsächlich aber gehören ganz konkret die Ausbildung, zum Beispiel für kompetente Arzt-Patienten-Gespräche, genauso dazu wie laienverständliche Informationen für Patienten und Angehörige. Er bezieht also alle Beteiligten ein.

Wie wird es in Zukunft weitergehen?

Ich hoffe, dass das Niveau für das Erreichen des Ziels »evidenzbasiert« weiter zunimmt. Notwendig dafür ist ein übergeordnetes Interesse am Ganzen, um die medizinische Versorgung insgesamt zu verbessern. Dieses Anliegen wird zu oft von Partikularinteressen überlagert und vernebelt.

Welche Rolle kann die Stiftung Gesundheitswissen dabei einnehmen?

Das Motto »Wissen ist gesund« ist gut, aber auch eine große Herausforderung. Es geht ja darum, das Gesundheitswissen in Deutsch-

land zu stärken. Dabei ist von essenzieller Bedeutung, dass die Stiftung ihre Rolle im Gesamtsystem findet, in partnerschaftlichem Schulterschluss mit ähnlichen Einrichtungen. Das ist für mich der einzige Weg, diese Aufgabe angesichts der verfügbaren Ressourcen zu stemmen. Die vom Bundesministerium für Gesundheit initiierte Allianz für Gesundheitskompetenz, in der auch die Stiftung ein Beitrag ist, könnte helfen, dafür den geeigneten Rahmen zu schaffen.

Die Grundsätze der SGW auf einen Blick

Evidenzbasierung: Die Gesundheitsinformationen (GI) stützen sich auf den aktuellen Stand des Wissens. Inhalte und Formate werden mit den Methoden der evidenzbasierten Medizin erarbeitet.

Nutzerorientierung: Von Erstellung bis Veröffentlichung werden Nutzerinnen und Nutzer in die Prozesse einbezogen und wirken somit an dem Ergebnis mit.

Aktualität: Jede GI wird in regelmäßigen Abständen auf Aktualität geprüft.

Verständlichkeit: Alle Inhalte werden laienverständlich und als Text, Grafik oder Film dargestellt. So gibt es unterschiedliche Zugänge zu den Informationen.

Transparenz: Die SGW folgt den Empfehlungen der »Guten Praxis Gesundheitsinformation« und stellt u. a. Verfasser, Quellen und Finanzierung dar.



Wissen A-Z

Alles, was Menschen über eine Krankheit wissen sollten. Die Gesundheitsinformationen der Stiftung Gesundheitswissen im Überblick.

Hintergrund

Im Kapitel »Hintergrund« wird grundlegendes Wissen zu dem jeweiligen Krankheitsbild vermittelt. So werden zum Beispiel bei Kniegelenksarthrose die möglichen Ursachen, Symptome und der klassische Verlauf dargestellt. Leserinnen und Leser erfahren, welche Risikofaktoren den Ausbruch einer Krankheit begünstigen und wie der Arzt oder die Ärztin die jeweilige Diagnose stellt. Neben diesem ersten Überblick erhält man auch spezifische Informationen zu möglicherweise auftretenden Beschwerden.

Prävention



Mit Gymnastik einen operativen Eingriff hinauszögern oder sogar verhindern – das Risiko einer Erkrankung kann oftmals durch verschiedene präventive Maßnahmen verringert oder ihr Fortschreiten verlangsamt werden. Sowohl Gesunde als auch Erkrankte erhalten in den Gesundheitsinformationen der Stiftung Gesundheitswissen Tipps und Hinweise, wie sie mit ihrem Verhalten oder mit unterstützenden Maßnahmen im Sinne ihrer Gesundheit handeln können.

Immer mehr Menschen suchen im Internet nach Informationen zum Thema Gesundheit. Doch viele Angebote sind unvollständig, fehlerhaft oder interessengesteuert. Um Interessierte verlässlich zu informieren, stellt die Stiftung auf ihrer Website detaillierte Gesundheitsinformationen bereit.

Ausbau des SGW-Gesundheitsportals

Multimedialer Zugang zu den Informationen

- Rund 100 Real-, Animationsfilme oder interaktive Tools
- Über 50 Themen zu allgemeinem Gesundheitswissen, Prävention, Krankheiten und Symptomen
- Ca. 15 Entscheidungshilfen und Faktenboxen

Stand: August 2019

INTERVIEW

» DREI FRAGEN AN PROF. DR. MARTIN SCHERER

Prof. Martin Scherer | Expertenbeiratsvorsitzender der SGW | Institut für Allgemeinmedizin UKE Hamburg



Tipp zum Nachlesen unter www.stiftung-gesundheitswissen.de/wissen

Behandlung

Nach einer Diagnose stehen viele Menschen vor der Frage, welche Behandlung für sie infrage kommt: Medikamente, OP oder mögliche Alternativen? Innerhalb des Kapitels »Behandlung« informiert die Stiftung über mögliche Therapiemaßnahmen und -ziele. Patientinnen und Patienten erfahren mehr über Nutzen und Schaden einzelner Behandlungsoptionen auf Basis der aktuellen Studienlage. Mit Faktenboxen, Schmerztagebüchern oder konkreten Entscheidungshilfen bietet die Stiftung hilfreiche Materialien zur Vorbereitung auf das Arzt-Patienten-Gespräch an – sowohl für Betroffene als auch für die Behandelnden.

Leben mit

Der alltägliche Umgang mit einer Erkrankung ist für die Betroffenen von großer Bedeutung. In »Leben mit« erfahren sie mehr über Hilfsmittel, Selbstmanagement-Strategien und Angebote, um bei Erhalt einer hohen Lebensqualität den Alltag zu gestalten. Patientinnen und Patienten berichten in diesem Abschnitt in Filmen von ihren persönlichen Erfahrungen, ihren Strategien im Umgang mit der Erkrankung und machen Mut mit Tipps und Beispielen aus ihrem Alltag.



Meine Entscheidung

Im Bereich »Meine Entscheidung« stellt die Stiftung Gesundheitswissen Hilfen zur Verfügung, die den Patientinnen und Patienten, aber auch den Ärztinnen und Ärzten bei der gemeinsamen Entscheidung für oder gegen eine Behandlung helfen. Betroffene erfahren, wie sie sich im Arzt-Patienten-Gespräch einbringen können, warum ihre Partizipation im Behandlungsprozess wichtig ist und wie die gemeinsame Entscheidungsfindung funktioniert. Abschließend stehen Nutzerinnen und Nutzern interaktive Module zur Verfügung, mit denen sie relevante Aspekte nach ihrer persönlichen Bedeutung ordnen können. Das nimmt ihnen zwar nicht die Entscheidung ab, hilft aber, den für sie richtigen Weg einzuschlagen.

Was zeichnet gute Gesundheitsinformationen aus?

Gute Gesundheitsinformationen beantworten wesentliche Fragen von Betroffenen in einer Sprache, die jede und jeder von uns verstehen kann. Sie bereiten das Wissen in ansprechender und unterhaltsamer Form auf, sodass man leicht einen Nutzen für den Umgang mit seiner Erkrankung schöpfen und das Gesundheitsverhalten verbessern kann. Gute Gesundheitsinformationen beruhen auf einer soliden methodischen Grundlage. Sie helfen dabei, sich durch unser komplexes Gesundheitssystem zu bewegen und zusammen mit Angehörigen und Behandlern gute Entscheidungen zu treffen.

Indem sie Schlüsselfragen und wesentliche Aspekte der Versorgung hervorheben, helfen sie beim Priorisieren der Informationen.

Was waren die Herausforderungen bei der Erstellung des SGW-Prototypen zum Thema Kniearthrose?

Es war eine Herausforderung, etwas Neues zu machen, das gleichzeitig einen Mehrwert der bereits vorhandenen Informationen bietet. Es war schwierig, ein sehr bekanntes Thema mit einem völlig neuen Zugang der Wissensvermittlung aufzubereiten und gleichzeitig dem Informationsbedürfnis der Nutzerinnen und Nutzer gerecht zu werden.

Wie profitieren sowohl Arzt als auch Patient von den Gesundheitsinformationen der SGW?

Ein großer Vorteil der Gesundheitsinformationen der SGW liegt in der spiralförmigen Aufbereitung des Wissens: Man muss sich das Informationsangebot wie eine Lernspirale vorstellen, anhand derer man sich in die Tiefe arbeiten kann. Sowohl Laien als auch medizinisch vorgebildete Personen werden in dem sehr großen und einzigartigen multimedialen Informationsprogramm fündig.

Qualität in der Gesundheitskommunikation

Ein Expertenbeitrag von
Prof. Dr. Eva Baumann und Elena Link, M. A.

Es ist wissenschaftlich unumstritten, dass es qualitativ hochwertiger – d. h. evidenzbasierter – Informationen bedarf, um Bürgerinnen und Bürger zu informierten Gesundheitsentscheidern zu machen. Doch was dabei häufig aus dem Blick gerät: Das Gesundheitswissen muss auch erfolgreich ankommen, also gut und ansprechend vermittelt werden. Daher ist es wichtig, zwei moderne Wissenschaftsgebiete zusammenzuführen, nämlich die Gesundheitswissenschaften und die Kommunikationswissenschaft. Dies findet in der Praxis noch viel zu selten statt.

Die gemeinsame Auftaktstudie der Stiftung Gesundheitswissen mit dem Hanover Center for Health Communication des Instituts für Journalistik und Kommunikationsforschung in Hannover hat sich diesem interdisziplinären Ansatz in besonderer Weise angenommen.

So entwickelte die Stiftung, ausgerichtet an den Kriterien der evidenzbasierten Medizin und der »Guten Praxis Gesundheitsinformation«, Informationsangebote zum Thema Kniearthrose, die durch das Hanover Center for Health Communication in einer breit angelegten Wirkungsstudie evaluiert wurden. Ziel war es, die Vermittlungsqualitäten der Formate aus kommunikationswissenschaftlicher Perspektive systematisch einzuschätzen sowie mittels aktueller empirischer Befunde neue Erkenntnisse im Forschungsfeld Gesundheitskommunikation zu generieren.

Die Evidenzbasierung bezog sich dabei gerade nicht nur auf die Inhalte, sondern auch auf die Frage, wie die Informationen aufbereitet und gestaltet werden sollten. Bei dieser sogenannten Vermittlungsevidenz steht die Frage nach wissenschaftlichen Belegen für die



Elena Link

Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Journalistik und Kommunikationsforschung an der HMTMH

Erreichbarkeit der Zielgruppen und den Prozess der Nutzung, Verbreitung, Wahrnehmung und Verarbeitung gesundheitsbezogener Botschaften im Vordergrund. Für den Kommunikationserfolg von Informationsangeboten sind beide Formen der Evidenzbasierung gleichermaßen wichtig.

Im Zuge der Wirkungsstudie wurden drei primär auf Wissensvermittlung zielende Videos sowie zwei grafische Darbietungsformen (Faktenbox und Infografik) in einer breiten Bevölkerungsstichprobe getestet. Die Videos fokussieren unterschiedliche Themen und unterscheiden sich in der medialen Aufbereitung sowie im Narrationsstil. Im Rahmen einer Online-Befragung (5.984 Befragte) wurden die Videos – unter Berücksichtigung ihrer inhaltlichen Unterschiede – sowohl miteinander als auch mit einer jeweils inhaltsgleichen Textversion verglichen.

Im Formatvergleich schnitt das animierte Erklärformat am besten ab. Insgesamt kamen die Videos im Gesamtdurchschnitt etwas besser als die jeweiligen Textäquivalente an. Die Vermittlungsleistungen mit Blick auf den Wissenserwerb oder Einstellungsänderungen

deuten klar auf präventive Integrationspotenziale der Formate hin. So zeigte sich ein hoher (subjektiver) Wissenszuwachs beispielsweise besonders in den relevanten Präventionszielgruppen, also bei jenen, die (noch) nicht von Kniearthrose betroffen sind und einen eher bildungsfernen Hintergrund haben. Es zeigt sich aber auch, dass die Vermittlungspotenziale bei den Kernbotschaften zwar sehr hoch, bei Detailinformationen aber begrenzt sind. Was Einstellungsänderungen angeht, sah man am Beispiel des Arztfilms zu Shared Decision Making (SDM), dass ein Einfluss auf die Präferenz für SDM möglich ist.

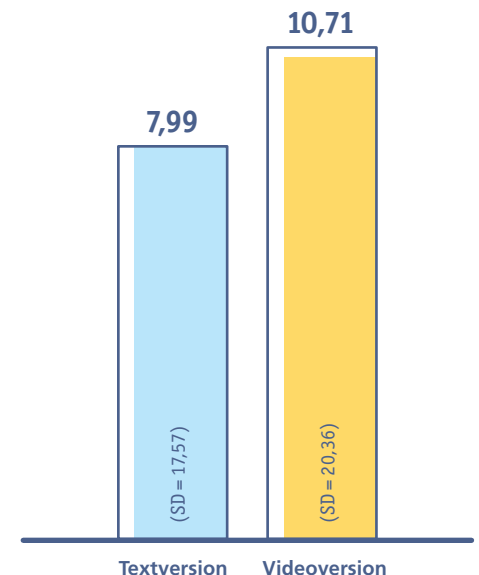
Deutlich wird, dass zu einer differenzierten Zielgruppenansprache eine Formatvielfalt unbedingt erforderlich ist. Dabei können Textversionen zur Ergänzung der multimedialen Formate empfohlen werden. Mit Blick auf die Quellen für Gesundheitsinformationen zeigt sich, dass das Internet zwar eine wichtige Ressource darstellt, der persönliche Kontakt mit dem Arzt oder der Ärztin für die Menschen aber wichtig bleibt. Kommunikationsstrategien sollten daher nicht darauf verzichten, die patientenorientierten Informationen der Öffentlichkeit auch über Ärzte oder Ärztinnen zugänglich zu machen.

Prof. Dr. Eva Baumann
Mitglied des Expertenbeirates
der Stiftung Gesundheitswissen



Welche Formate vermitteln am besten Gesundheitswissen?

Subjektiver Wissenszuwachs
nach Darbietungsform



Besonders aktives Rezipieren durch Lesen führt im Vergleich zur etwas passiveren Rezeption eines Videos nicht dazu, dass ein stärkerer Wissenszuwachs erfolgt ist – im Gegenteil: Die Darbietung als Video erhöht das subjektive Wissen stärker als der Text!

Fast 6.000 Menschen haben im Rahmen einer Online-Befragung die Gesundheitsinformation »Kniearthrose« der Stiftung Gesundheitswissen und ihre Formate getestet.*

Quelle: Baumann, Eva, Link, Elena: Auftaktstudie zur wissenschaftlichen Evaluation der Informationsprototypen zum Thema Kniearthrose der Stiftung Gesundheitswissen, Hannover 2017.

* Abgefragt wurde auf einer Skala von 0 (0 = man weiß gar nichts) bis 100 (= man weiß alles über das Thema); Basis: N = 5984

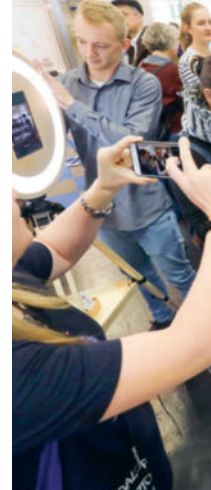
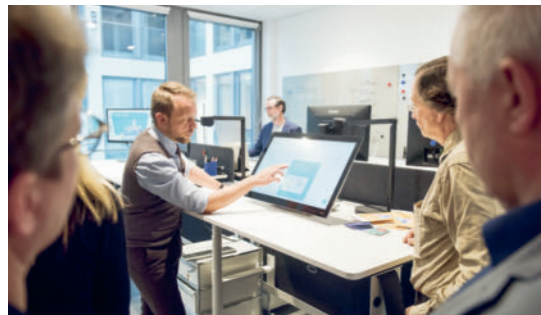


Dr. Rainer Hess, Stiftungsratsvorsitzender, eröffnete den ersten SGW-Expertentag.

» **Seriöse Hilfestellung in Gesundheitsfragen, sei es für das Arztgespräch, die Nutzen- und Schadenabwägung von Behandlungen oder bei der Suche nach Zugängen zum System, das wünschen viele Menschen. Mit den Informationen der Stiftung Gesundheitswissen wollen wir Orientierung geben.**

DR. RAINER HESS, Vorsitzender des Stiftungsrates und ehem. Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses

*Erster Berliner Gesundheitssalon:
Die Stiftung gewährt einen Blick hinter die Kulissen.*



Im Diskurs mit dem Publikum: die Sprechstunde von ZEIT und SGW in Berlin.

Nach außen gehen

Die gemeinnützige Stiftung Gesundheitswissen (SGW) will die Menschen dazu ermutigen, zum Mitgestalter ihrer Gesundheit zu werden. Dazu erstellt sie evidenzbasierte Gesundheitsinformationen, zeigt Präventionsmöglichkeiten auf und informiert über Zugänge zum System, über Patientenrechte und allgemeines Gesundheitswissen, wie z. B. Körperfunktionen. Über dieses umfangreiche Angebot auf dem Gesundheitsportal der Stiftung hinaus möchte die Stiftung aber auch aktiv auf die Menschen zugehen, ihr Interesse wecken und zum Mitmachen und Mitdiskutieren animieren. Einige Beispiele für diese Stiftungsprojekte finden Sie auf dieser Seite.



Bildungsmesse didacta – am Stand der SGW: Dr. Eckart von Hirschhausen berichtet über seine Erfahrungen mit dem Schulprojekt »Pausenlos gesund«.



Die SGW beim Berlin-Marathon: Unweit der Laufstrecke gab es einen kostenlosen Schlaganfallrisiko-Test.

01, Forschung und Wissenschaft

Nur wenn man weiß, mit welchen Zielen Menschen nach Gesundheitsinformationen suchen, welche medialen Kanäle sie nutzen und wie die Informationen rezipiert werden, schafft man es, die Kluft zwischen Informationsangeboten und -bedarfen zu verringern. Vor diesem Hintergrund hat die Stiftung Gesundheitswissen unterschiedliche Forschungsprojekte gestartet. Neben umfangreicher Begleitforschung zu einzelnen Gesundheitsinformationen, Pilotierungsphasen und Testungen unter Einbindung von Patientinnen und Patienten hat die Stiftung auch das Projekt HINTS Germany initiiert. Im Mittelpunkt steht die Frage: Wie informieren sich die Deutschen zu Gesundheitsthemen? Gemeinsam mit dem Hanover Center for Health Communication führt die Stiftung mit dem »Health Information National Trends Survey Germany« (HINTS Germany) damit die bisher größte Gesundheitsinformations-Trendstudie in Deutschland durch. Mehr dazu: www.hints-germany.de

02, Das Schulprojekt »Pausenlos gesund«

Mit dem Schulprojekt »Pausenlos gesund« hat die Stiftung gemeinsam mit ausgewiesenen Experten ein Medienpaket entwickelt, das die Gesundheits- und Gesundheits-

systemkompetenz von Schülerinnen und Schülern fördert. Die kostenfreien, cross-medialen Unterrichtsmaterialien sind für die Sekundarstufe I konzipiert. Das Projekt schließt eine Lücke in der bisherigen Gesundheitsförderung von Jugendlichen, die sich Themen wie »Bewegung«, »Ernährung« oder »Zahngesundheit« widmen. Das Projekt stößt nicht nur auf eine sehr positive Resonanz, es wurde auch im Juli 2019 von der Gesellschaft für Pädagogik, Information und Medien e.V. als pädagogisch, inhaltlich und gestalterisch herausragendes digitales Bildungsmedium ausgezeichnet. Mehr dazu:

www.pausenlos-gesund.de

03, Gemeinsam den Diskurs suchen: »Die Sprechstunde«

Wie vermittelt man Wissen über Gesundheit? Dieser Frage widmen sich die Stiftung Gesundheitswissen und ZEIT Doctor in einer gemeinsam entwickelten Veranstaltungsreihe. Im Rahmen von Podiumsdiskussionen mit renommierten Experten und dem Publikum werden die unterschiedlichen Aspekte des jeweiligen Themas betrachtet. Wichtig ist hier explizit der Austausch mit allen Gästen – den Experten und dem Publikum. Dazu wurden spezielle Formate entwickelt, in denen das Publikum einbezogen wird und viel Raum für seine Fragen erhält. Bisherige Themen der mit jeweils über 250 Gästen gut besuchten

Veranstaltungen waren u. a.: »Der informierte Patient«; »Gesundheitswissen in der digitalen Welt«; »Glauben oder Wissen? – Patientenbedürfnisse zwischen Schul- und Alternativmedizin«; »Gesundheitsbildung: eine Aufgabe der Schulen?« oder »Bitte hören Sie mir zu, Doc! – Herausforderungen der Arzt-Patienten-Kommunikation«. Alle Veranstaltungen stehen als Mitschnitt auf dem Gesundheitsportal der Stiftung zur Verfügung.

04, Herzgesundheit: Mobiler Schlaganfallrisiko-Test

Kennen Sie Ihr persönliches Schlaganfallrisiko? Als Tausende Läufer die Hauptstadt beim berühmten Berlin-Marathon eroberten, nutzte die Stiftung Gesundheitswissen die Gelegenheit, um auf das Thema Herzgesundheit aufmerksam zu machen. Begleitend zu ihren Online-Gesundheitsinformationen ging die Stiftung im wahrsten Sinne des Wortes »nach außen« und bot weit der Laufstrecke des Berlin-Marathons einen kostenlosen Schlaganfallrisiko-Test an, bei dem Ärzte und Gesundheitsberater auch Ratschläge für eine lange Herzgesundheit gaben. »Der Schlaganfall ist die zweithäufigste Todesursache in Deutschland. Prävention hat daher eine hohe Priorität bei uns«, erklärte Dr. Ralf Suhr, Vorstandsvorsitzender der Stiftung Gesundheitswissen, der selbst mit vor Ort war.



Deutscher Seniorentag in Dortmund: Wie wichtig Gesundheitskompetenz über alle Generationen hinweg ist, erläutert Dr. Ralf Suhr dem BAGSO-Vorsitzenden Franz Müntefering.



Dr. Ludger Stratmann macht sich seine Gedanken ...

Der mündige Patient

Der mündige Patient, ein Geschenk? Er könnte auch Albtraum für den niedergelassenen Allgemeinmediziner sein. Der Begriff ist angelehnt an die »Mündige Bürger«-Idee. Allein das Wort mündig hat ja etwas Antiquiertes. Mitdenkender oder mitmachender oder gar kritisch prüfender Patient wäre die heutige Übersetzung im Gegensatz zum sich fügenden, naiv hinnehmenden, unterwürfigen Patienten.

Der modern googelnde Patient muss eigentlich nichts mehr fragen. Grund für ihn, zum Arzt zu gehen, ist die Verordnung der bei Google empfohlenen Rezeptur oder einer Krankschreibung. Also die Inanspruchnahme einer formalen Dienstleistung. Interessierte Fragen wie: »Herr Doktor, woher weiß die Tablette, dass sie ans linke Knie soll?«, gehören längst der Vergangenheit an. Der Patient erwartet heute »den humoralen Weg des Agens in eine bestimmte Körperregion und den neurotransmittalen Wirkmechanismus der Verordnung«. Die Sprechstunde wird zu einem Seminar für an Missverständnissen leidende Googler, die glauben, mit der sich angelesenen, annähernd medizinischen Terminologie dem Grundwissen und medizinischen Erfahrungsschatz eines niedergelassenen Allgemeinmediziners Paroli bieten zu können.

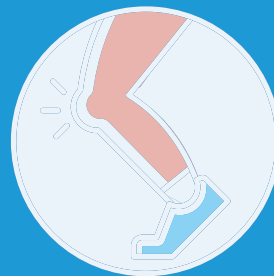
So einfach ist das nicht, lieber Mündiger, Kritischer! Wenn ich Ihnen als Arzt einen Therapieweg beschreibe, dann habe ich mein gesamtes klinisches und vorklinisches, chemisch oder physiologisch naturwissenschaftlich bewiesenes Repertoire aktiviert, einschließlich der durch Erfahrung gespeicherten Eventualitäten. Mit anderen Worten, durch mein Studium und die Beschäftigung mit Medizin über viele Jahre mit Tausenden von Patienten und Kasuistiken sind die medizinischen Tatsachen aus wirklich jeder meiner Körperzellen abrufbar. Zweitmeinung? Wer sagt Ihnen, dass die richtig ist? Die statistische Wahrscheinlichkeit, dass möglicherweise beide Meinungen falsch sind, ist enorm hoch.

Und Google wird Sie endgültig verunsichern. Erst durch Dr. Google erfahren Sie, dass Ihr Husten auch durchaus ein Leitsymptom der Tuberkulose oder auch Erstsymptom einer schweren bakteriellen Pneumonie sein kann. Aber auch andere moderne Informationsquellen für Patienten, wie z. B. Seminare Ihres Krankenhauses zur Hüftimplantation, können für Sie ein Stolperstein werden. Diese Seminare sind doch nur der Versuch, Ihnen zu vermitteln, dass man in Ihrem Krankenhaus kompetent ist. Sie werden Sie nicht in den Zustand versetzen, jemals selbst Ihrer Hüfte auch nur annähernd Stabilität zu verleihen. Das sind Marketingmaßnahmen. Bei allen Bemühungen, Sie aufzuklären ob Ihres Schnupfens, werden Sie nicht in die Lage versetzt, die mitochondrialen Abläufe der Schleimzelle des Nasocomialraums zu verstehen.

Ihr objektives Kriterium für die Arztwahl, lieber mündiger Patient, ist wie vor hundert Jahren der Satz Ihres Nachbarn: »Dr. Meier ist unheimlich nett!« Das sagt Ihnen zwar nichts über sein Wissen und seine medizinische Kompetenz. Aber ein Arzt, der nicht nett ist, also nicht patientenorientiert, kann auch nicht wissend sein. Immerhin weiß er nicht einmal, wie sich ein verängstigter Patient fühlt. Und dieses Nichtwissen oder die fehlende Möglichkeit, patientengerecht zu kommunizieren, macht es sehr unwahrscheinlich, wesentlich komplexere Sachverhalte zu verstehen. Nur »nett« reicht nicht, sagt man so! Aber was nutzt Ihnen ein mit Titeln überhäufte Einserkandidat, der sich nicht an Termine hält oder gar keine machen kann? Ein Arzt ohne Zeit für Sie nimmt Ihnen schon mal das Wichtigste in einer Arzt-Patienten-Beziehung. Sie werden ohne Google die Fragen »Ist der Arzt nett?«, »Hat er Zeit?«, »Verstehe ich ihn?« beantworten können. Also: einfach mal auf seine Patienten hören!

GESUNDHEITSINFORMATIONEN ZUM MITNEHMEN

Die Stiftung Gesundheitswissen erarbeitet verständliche, evidenzbasierte und unabhängige Gesundheitsinformationen zu einzelnen Indikationen. Eine Auswahl dieser Informationen erscheint auch als handliche Broschüren. Die Broschüren können kostenfrei bestellt werden. Darin finden Sie die wichtigsten Fakten und Internetlinks zum Weiterlesen.



Diese Broschüre der Stiftung Gesundheitswissen gibt umfangreiche Hinweise zum Hintergrund, zur Prävention, zur Behandlung und zum Leben mit Kniegelenksarthrose.

Sie können sie unter info@stiftung-gesundheitswissen.de kostenlos nachbestellen.

Kontakt

Stiftung Gesundheitswissen
Friedrichstr. 134 | 10117 Berlin

Telefon: 030 4195492-20

Mail: info@stiftung-gesundheitswissen.de

Impressum

Herausgeber:
Stiftung Gesundheitswissen (SGW)

Verantwortlich:
Dr. Ralf Suhr, Vorstandsvorsitzender der SGW

Konzeption und Realisierung:
Scholz & Friends (Layout)
Heike Dettmar, Una Großmann (Redaktion)

Redaktion:
Una Großmann (Stiftung Gesundheitswissen)
Heike Dettmar (Pressebüro Dettmar)

Autoren:
Matthias Martin Becker, Eva Scharmann,
Ludger Stratmann, Isabel Überhoff

Bildnachweise Stiftungsmagazin »kompetenz 2019«:

U2: Bernd Brundert | S. 3: Bildschön Berlin GmbH | S. 4: Bernd Brundert | S. 6: Bernd Brundert | S. 13: Bildschön Berlin GmbH | S. 20: Getty Images – Maskot | S. 21: Getty Images – Westend61 | S. 22: Bild »Frau«: Getty Images – Sigrid Gombert; Bild: »Mann«: Getty Images – Laura Doss | S. 24: Felix »Flux« Görmann | S. 26: Bildschön Berlin GmbH | S. 28: Bild Schwimmerin: iStock/Getty Images – mediaphotos;

Bild Prof. Scherer – Volker Hoffmann | S. 29: iStock/Getty Images | jubaphoto | S. 30/31: Bildschön Berlin GmbH | S. 32/33: Bild Dr. Rainer Hess – Christian Kruppa; Bild Berliner Gesundheitssalon – Bernd Brundert; Bild ZEIT-Veranstaltung – Phil Dera, ZEIT; Bild didacta 2019 – Uta Wagner; Bild Berlin-Marathon-Event – Christian Kruppa; Bild BAGSO – Frank Schinski | S. 34: Ludger Heitmann