

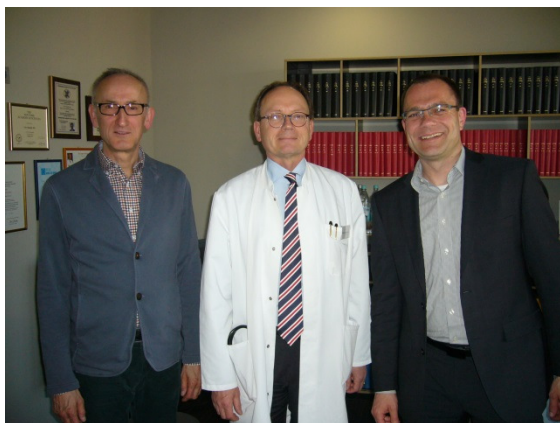
„30 Minuten Zukunft“ –

Zukunftsdenker-Interview mit Prof. Dr. Uwe Nixdorff

Demografischer Wandel, unsere Einstellung zur Gesunderhaltung und daraus resultierend die Bereitstellung angemessener Gesundheitsvorsorge werden eine der großen gesellschaftlichen Herausforderungen der nächsten Jahrzehnte sein. Prof. Dr. Uwe Nixdorff, einer der führenden europäischen Präventionsmediziner, beleuchtete in unserem Zukunftsdenkerinterview den Status und mögliche Szenarien abseits der aktuellen Debatten in den Medien.

Zukunftsakademie: *Sehr geehrter Herr Dr. Nixdorff, Sie sagen, dass zum Beispiel 80 – 90% aller Herzinfarkte so nicht passieren müssten. Es klingt so, als gäbe es fantastische Zukunftsperspektiven für unsere Gesundheit, verbunden mit der Frage, wie wir dort hingelangen?*

Prof. Dr. Uwe Nixdorff: Wenn man sich das Thema klarmachen und auch Perspektiven und Visionen ableiten möchte, sollten wir mit einer Art Bestandsaufnahme beginnen. Und das mit offenen Augen, nicht nur so, wie es vielleicht einige Funktionäre von Ärzte- und Berufsverbänden tun. Einer der wichtigsten Punkte aus meiner Sicht, der uns de facto zum Umdenken verleiten sollte, ist der demografische Wandel. Zwar in aller Munde, jeder spricht davon, aber es wird im Grunde kaum richtig darauf reagiert. Nicht in der Sozialpolitik, auch nicht in der Politik sui generis. Machen wir uns einfach einmal klar, dass wir heute alle vergleichsweise alt werden. Denken wir über die Generation



v.l.n.r: Bernhard Pilgram, Prof. Dr. Uwe Nixdorff, Gerhard Hochstein

unserer Großeltern oder Urgroßeltern hinaus, war das noch vor einem Jahrhundert nicht üblich, dass man über ein halbes Jahrhundert alt geworden ist. Nach Zahlen des Bundesamtes für Statistik leben Frauen heute durchschnittlich 83 Jahre und Männer 78 Jahre, das sind schon ganz beträchtliche Alters-

intervalle. Ich bin unter anderem im Vorstand der GSAAM, German Society of Anti-Aging Medicine, tätig. In der Alterungsmedizin haben wir Daten dazu gesammelt, die besagen, dass wir eigentlich sogar 120 Jahre alt werden können. Das als normale Lebenserwartung, wenn nicht irgendwelche ungesunden Dinge auf uns einwirken. Es gibt sogar noch

„Einer der wichtigsten Punkte aus meiner Sicht, der uns de facto zum Umdenken verleiten sollte, ist der demografische Wandel.“

etwas exotisch anmutende Schulen, vor allem in den USA, die vom human enhancement sprechen und das noch wesentlich weiter deklinieren, bis in den Bereich von mehreren hundert Jahren. Derzeit ist dies zumindest überzogen und auch verbunden mit der Frage, ob das überhaupt sein muss. Im Grunde können wir darüber froh sein, dass die Mortalität, also Sterblichkeit, heruntergeht. Die meisten unserer medizinischen Studien, zwar heute immer wissenschaftlich fundiert - prospektive, randomisierte doppelblinde Studien -, heben immer auf diesen klinischen Endpunkt Mortalität ab. Was wir aber zu wenig sehen, ist die Morbidität, also die Krankheitslast. Und dort kommen wir zur Zielbestimmung der Präventionsmedizin. Wir wollen den Jahren mehr Leben, nicht in erster Linie dem Leben noch mehr Jahre geben. Dazu braucht es vielmehr

„...die unendliche Kette von Gesundheitsreform zu Gesundheitsreform... kann... ganz offenbar das vermeintlich zu reformierende Problem nicht erkannt haben.“

pathophysiologische Einsicht (also Kenntnis der Krankheitsentstehung) und nicht nur politische Reformversuche der medizinischen Versorgung. Das kommt mir manchmal so vor, als ob Informatiker im IT-Zeitalter mit dem Wissen eines mittelalterlichen Ackerbauern ein neues Computerpro-

gramm schreiben wollten. Es leuchtet dem einfachen Menschenverstand ein, dass die unendliche Kette von Gesundheitsreform zu Gesundheitsreform ganz offenbar das vermeintlich zu reformierende Problem nicht erkannt haben kann. Wir werden im Laufe dieses Interviews sicherlich noch en detail darauf zurückkommen.

Zukunftsakademie: Das klingt, als sei es nicht wirklich erstrebenswert, so viel älter zu werden.

Prof. Dr. Uwe Nixdorff: Wir haben hier die paradoxe Situation der Divergenz, die Mortalität geht herunter, die Morbidität geht parallel hoch. Diese statistisch rund 80 Jahre, die wir heute alle so, wie wir hier sitzen, erwarten dürfen, gehen in einer ganz überwiegenden Anzahl von Fällen mit erhöhter

„Und dort kommen wir zur Zielbestimmung der Präventionsmedizin. Wir wollen den Jahren mehr Leben, nicht in erster Linie dem Leben noch mehr Jahre geben.“

Morbidität, auch Poly-morbidität einher, also erhöhter Krankheitslast. In der Folge heißt das, dass wir es mit einer Chronifizierung von Krankheiten zu tun bekommen. Früher ist man an einer akuten Krankheit gestorben, sei es ein akuter Herzinfarkt, was früher selten war, oder damals eher sogenannten communicable diseases, also Ansteckungskrankheiten, infektiöse Erkrankungen. Da ist man halt plötzlich an der Pest gestorben. Heute überlebt man viele der früheren Todesursachen, provokativ gesagt kommt man quasi gar nicht in die Gelegenheit, an so etwas akut zu versterben. Das erkaufen wir uns mit einer Chronifizierung und Degenerierung von Krankheit. Degenerative Erkrankungen wie Diabetes, rheumatische Erkrankungen, vor

„Wir haben hier die paradoxe Situation der Divergenz, die Mortalität geht herunter, die Morbidität geht parallel hoch.“

allem aber aus meinem Fachgebiet, was die Mehrzahl der Fälle betrifft, koronare Herzerkrankungen. Allein aufgrund der langen Lebensdauer können sich einfach verstärkt koronare Herzerkrankungen entwickeln, Verkalkung der Herzkranzarterien, folgend Durchblutungsstörungen im Herzen, die chronisch zur Herzinsuffizienz, also der Herzschwäche mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit führen. Wir haben eine extreme Zunahme der Herzinsuffizienz. Darin steckt die Herausforderung, so

paradox es klingt: die Herausforderung der gesenkten Mortalität. Es gibt einen ganz wichtigen Begriff in diesem Zusammenhang, das sind die DALYs, das sind die disability adjusted life years, ein Begriff, der erst vor ein paar Jahren eingeführt wurde,

„Heute überlebt man viele der früheren Todesursachen... Das erkaufen wir uns mit einer Chronifizierung und Degenerierung von Krankheit.“

auf Deutsch: behinderungsbereinigte Lebensjahre. Darin verbirgt sich das Interesse, wirklich gesund und nicht eben nur krank alt zu werden. Dieser ganze Komplex hat eine erhebliche wirtschaftliche Bedeutung.

Zukunftsakademie: Stichwort Gesundheitsökonomie - welche wirtschaftlichen Effekte sehen Sie heute und für die Zukunft?

Prof. Dr. Uwe Nixdorff: Wir wissen nach verschiedenen Studien zur Gesundheitsvorsorge, auch große Unternehmensberatungen wie Booz, Roland Berger oder BCG sind hier aktiv, dass es zunehmend Interesse gibt an diesem Megamarkt der Gesundheit. Der ist schon da und entwickelt sich automatisch weiter. Die zunehmende Morbidität führt natürlich auch zu mehr Bedarf an medizinischen Dienstleistungen. Hier will ich die Booz-Studie aus dem Jahre 2011 einmal erwähnen, die ich besonders gut finde und die besonders sorgfältig und gründlich durchgeführt wurde mit einer ganzen Anzahl

„Die zunehmende Morbidität führt natürlich auch zu mehr Bedarf an medizinischen Dienstleistungen.“

von großen Konzernen in Deutschland. Dort wurde über eine sehr intelligente und differenzierte Befragung ermittelt, dass wir jährlich einen Wertschöpfungsausfall durch Erkrankungen von 225 Mrd. € haben. Die haben natürlich alles zusammengerechnet, also nicht nur die Krankheitstage, sondern auch den Produktivitätsrückgang und so weiter. Wie wir heute wissen, sind die Folgen des Präsentismus viel größer als die des Absentismus. Menschen gehen zur Arbeit, physisch vielleicht präsent, aber gar nicht mit ihrer vollen Leistungsfähigkeit, weil sie unzufrieden sind, weil sie in einer Art innerer Emigration sind. Vielleicht befinden sie sich schon in stressbedingten Problemen wie in dem chronic fatigue syndrom (chronisches Erschöpfungssyndrom / Anmerkung der Redaktion) oder im

schlimmsten Fall auch in ernsten burn-out-Syndromen. Wenn sie sich jetzt überlegen, dass unsere Ausgaben in dem offiziellen gesundheitsregulierten System laut Statistischem Bundesamt 314 Mrd. € ausmachen, sind wir mit den 225 Mrd. € Wertschöpfungsausfall bereits in einem ganz beträchtlichen Bereich. Studien wie zum Beispiel aus der Mayo-Klinik aus Rochester zeigen aber auch, dass gelebte

„Wie wir heute wissen, sind die Folgen des Präsentismus viel größer als die des Absentismus.“

Gesundheitsvorsorge einen sinnvollen und für Unternehmen interessanten return-on-investment (ROI) bringen. Deren Angaben belaufen sich, je nach Programm, auf 1:5 bis 1:16 ROI, also durchaus ein ökonomischer Anreiz für Unternehmen, hier zu investieren.

Zukunftsakademie: Warum greifen die Unternehmen aus Ihrer Sicht das offensichtliche Erfolgfeld Gesundheit dann nicht schon konsequenter auf?

Prof. Dr. Uwe Nixdorff: Derzeit rückt ja das Thema Human Resources in der Wirtschaft stark in den Vordergrund. Sie kennen vielleicht die Kondratjew-Zyklen. Das sind innovationsgetriebene, langwellige Wirtschaftszyklen, die mit der Dampfmaschine als erstem Innovationszyklus der Neuzeit begannen. Danach kam der Zyklus der Eisenbahn, danach Elektrizität und Chemie, als vierter Kondratjew-Zyklus Petrochemie und Automobile, als derzeit aktueller die Zeit der Informationstechnologien. Wir können heute orts- und zeitunabhängig kommunizieren durch moderne Informationstechnologien. Sicher wird sich dies noch weiterentwickeln und differenzieren, sei es die Hardware nach dem iPhone, seien es Trends wie Social Media, aber das Eigentliche ist erreicht. Und jetzt, und das wäre

„... die wirtschaftliche Bedeutung des ganzen Komplexes Gesundheit ist heute schon massiv, wird aber noch wesentlich steigen.“

ein Weiterdenken von Kondratjew in den sechsten Zyklus, könnte die Zeit der Human Resources kommen, was dann vor allen Dingen Soziales und Gesundheit heißt. Händler zum Beispiel mit seinem sehr empfehlenswerten Buch hat sich darüber in die Zukunft denkend Gedanken gemacht, nennt das die Theorie der langen Wellen. Die Produkti-

onsprozesse und auch Dienstleistungsprozesse großer Unternehmungen sind mittlerweile zu einem guten Teil durch Robotik und andere Technologie automatisiert, wir brauchen den Fließbandarbeiter nicht mehr so wie früher. Heute kommt es darauf an, mit klugen Köpfen das Ganze zu gestalten, ein anspruchsvolles Anforderungsmerkmal der heutigen Human Resources. Menschen, die so etwas leisten sollen, müssen natürlich gesund sein. Das Hauptwertschöpfungsmerkmal der Unternehmungen ist bereits in den Köpfen der Ingenieure, der Wirtschaftler und anderen Wissensarbeiter, die dafür sorgen, dass das Ganze auf einem modernen Entwicklungsstand läuft und Konstanz gewahrt



Prof. Dr. Uwe Nixdorff

wird. Also kurzum, die wirtschaftliche Bedeutung des ganzen Komplexes Gesundheit ist heute schon massiv, wird aber noch wesentlich steigen. Vorstände großer Unternehmen, die ich hier bei Check-Up's treffe, berichten über ihre Anstrengungen, genug Fach- und Führungskräfte zu gewinnen und auch zu halten, kommen teils einfach nicht mit der Anzahl nach, die sie brauchen. Ein Vorstandsvorsitzender spricht sogar vom „war for talents“. Um Ihre Frage zu beantworten: Unternehmen haben und nehmen immer mehr die Bedeutung der Gesundheitsabsicherung auf, aus unserer praktischen Erfahrung sehen wir mittlerweile aktive Anfragen, wo

früher noch unsererseits aufklärende Akquise notwendig war.

Zukunftsakademie: *Wo liegen die wichtigsten Treiber, die uns allen ein längeres und hoffentlich gesünderes Leben möglich machen?*

Prof. Dr. Uwe Nixdorff: Damit komme ich zum nächsten Punkt, das ist die Medizin an und für sich. Wie ist die Medizin in dem ganzen Zusammenhang zu sehen? Zunächst einmal ist es so, dass die hohe Lebenserwartung, die wir heute haben, ganz wesentlich medizinisch bedingt ist. Das begann mit Fortschritten im Bereich der Hygiene, Robert Koch mal als ein Beispiel genannt, der hier wesentliche Entwicklungen in Gang setzte. Eigentlich hat man durch bessere hygienische Verhältnisse Epidemien

„Zunächst einmal ist es so, dass die hohe Lebenserwartung, die wir heute haben, ganz wesentlich medizinisch bedingt ist.“

heute weitestgehend abgeschafft. Ein Beispiel ist die Pest: früher sind ganze Landstriche durch eine Pestepidemie weggestorben, das gibt es heute nicht mehr. Viele Infektionskrankheiten, communicable diseases, sind quasi nicht mehr da, das ist also ein gutes Beispiel von gelebter und erfolgreicher Präventionsmedizin. Wir haben heute faszinierende Möglichkeiten, Krankheiten zu beherrschen oder zumindest ein gutes Stück weit auch palliativ zu begleiten. Viele Krebskrankheiten sind heute kurierbar, gerade im Bereich des Blutkrebses, Leukämien. Auch die Mortalität des Herzinfarktes, um das aus meinem Fachgebiet zu sagen, geht ja zurück. Wie ich es am Anfang sagte, Mortalität geht runter, Morbidität geht hoch. Was jetzt bei dieser erfreulichen Entwicklung leider nicht geschehen ist, ist, dass wir das sozialmedizinisch und pathophysiologisch, also seitens der Krankheitslehre, hinreichend reflektiert haben. Schleichend hat sich das in

„Wir haben heute faszinierende Möglichkeiten, Krankheiten zu beherrschen oder zumindest ein gutes Stück weit auch palliativ zu begleiten.“

ein Regulierungssystem hineinentwickelt, ohne dass sich Politik oder Gesellschaft ausreichend darüber Gedanken gemacht haben. Was bedeuten diese hohen Lebenserwartungen, was bedeuten auch diese Änderungen des Krankheitsspektrums? Heute sterben wir eben nicht an der Pestepidemie, sondern bekommen dann irgendwann einen Herzin-

farkt, werden herzschwach. Viele Dinge, Beispiel Bluthochdruck, werden häufig noch, auch in der modernen Kardiologie, als schicksalhaft hingenommen. Der Kardiologe stellt den Patienten dann eben ein, in dem er Medikamente verschreibt, um

„Was jetzt bei dieser erfreulichen Entwicklung leider nicht geschehen ist, ist, dass wir das sozialmedizinisch und pathophysiologisch ... hinreichend reflektiert haben.“

den Blutdruck einzustellen. Dass Bluthochdruck aber in ganz wesentlichen Anteilen durch ungünstige Lebenszusammenhänge bedingt ist, Lebensweisen, insbesondere durch Übergewicht, die Adipositas, das wird, wenn überhaupt, nur kurz zur Kenntnis genommen. Über diese Morbidisierung der Bevölkerung, diese zunehmende chronische Krankheitslast, wird wenig reflektiert. Für eine Beherrschung der Herausforderung zunehmender Krankheitslast, was Sie als „Treiber“ erfragen, ist viel mehr medizinische Erkenntnis notwendig, die viel ernster in die politischen Entscheidungen hinein genommen werden muss. Aber der letztlich viel wichtigere Treiber ist das Individuum selbst, das Bewusstsein eigener Gesundheit als notwendige Voraussetzung menschlichen Glücks entwickeln muss. Es geht um aktive individuelle Lebensentfaltung, auch Selbstverantwortung. Hier liegt die potentiell treibende Stellschraube. Es kann nicht sein, dass nicht ausreichend selbstverantwortetes Leben mit voller Garantie durch den Sozialstaat aufgefangen wird. Der heutige Nikotinabusus, das heutige

„Aber der letztlich viel wichtigere Treiber ist ... das Bewusstsein eigener Gesundheit als notwendige Voraussetzung menschlichen Glücks ...“

Übergewicht ist der Herzinfarkt von morgen. Wie Virchow schon sagte, „Medizin ist Politik im Kleinen“. Präventions- und Sozialmedizin sollte sich heute in erster Linie an das Individuum, nicht mehr an leidende und ausgebeutete Leibeigene oder Fabrikarbeiter richten. Die Potentiale, die hier schlummern, sind gewaltig.

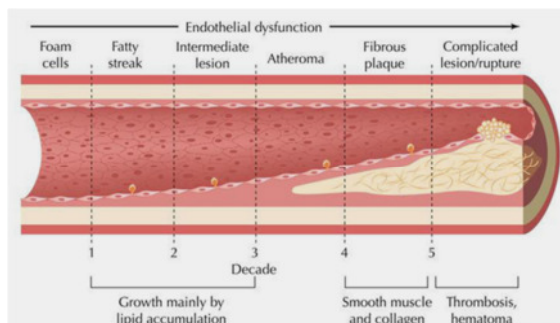
Zukunftsakademie: *Was sind die aktuellen medizinischen Erkenntnisse, die zum Verstehen des Problems notwendig sind?*

Prof. Dr. Uwe Nixdorff: Vieles wird auf Grund

der fehlenden Reflektionen als schicksalhaft dargestellt. So hat sich im Grunde eine Mesalliance gebildet aus einem falschen Bewusstsein und einer sozialmedizinisch nicht ausreichend reflektierenden Politik. Letztere bemüht sich, mittels ihrer Regulierung, teils auch Überregulierung, durch reformistische Konzepte den Problemen näherzukommen.

„Es kann nicht sein, dass nicht ausreichend selbstverantwortetes Leben mit voller Garantie durch den Sozialstaat aufgefangen wird.“

Bedenken sie nur einmal, wie viele Gesundheitsreformen wir in den letzten Jahren erlebt haben, quasi am laufenden Band. Geht man das einfach mal mit dem gesunden Menschenverstand an und fragt sich, warum das Problem trotz andauernder Reformen nicht in den Griff gebracht wurde, kommt man zu dem Schluss, dass im Grunde hier nicht radikal genug mit den Problemen umgegangen wird. Also, es mangelt nicht an Erkenntnissen. Man geht aber den Ursachen nicht nach. Die Kardiologie zum Beispiel war das erste Fachgebiet, das erkannte, dass Risikofaktoren eine Kausalität zur Krankheit



Entstehung von Atherosklerose

haben; das war bis zum zweiten Weltkrieg so noch nicht erkannt. Nehmen wir mal Risikofaktoren wie das Zigarettenrauchen, Bluthochdruck, Diabetes oder Blutfettstoffwechselstörungen; alles Dinge, die kausal Atherosklerose zur Folge haben, als Arterienwandverdickungen, -verkalkungen, -entzündungen, die dann zu Herzinfarkten und Schlaganfällen führen. Diese Erkrankungen stellen im Übrigen die häufigsten Todesursachen dar. Man versucht dann, wenn das Kind in den Brunnen gefallen ist und ein Herzinfarkt erlitten wurde, das zu behandeln, kurieren kommt etwas provokativ formuliert schon nicht mehr in Frage. Ein Herzinfarkt führt immer mehr oder weniger zu einem Untergang von Herzmuskelgewebe. Eine solche Behandlung kann aber nur noch palliativ tätig werden, auch wenn es eine noch so differenzierte Herzkathetertechnik ist, denn es

bleibt immer ein Stück untergegangener Herzmuskel übrig. Diese medizinische Technik wollen wir ja gar nicht missen, natürlich sind wir alle froh über solche Möglichkeiten, wenn es mal ernst wird. Bedenken sie aber, dass nach den großen Registern die Hälfte der Infarkte nicht überlebt wird. Und die Menschen, die einen Infarkt überleben, erleiden als Folge mehr oder weniger eine Herzinsuffizienz. Diese Denke funktioniert eigentlich nicht mehr, deswegen habe ich eben von falschem Bewusstsein gesprochen. Sie kennen solche Haltungen aus der Bevölkerung, dass Menschen sagen „ich gehe nicht zum Arzt, wenn mir nichts wehtut“. Das funktioniert deswegen nicht, weil die Symptomatik zunächst in vielen Fällen der Tod ist, da brauchen wir

„Wie Virchow schon sagte, Medizin ist Politik im Kleinen.“

nicht weiterreden, dann ist es halt zu spät. Zudem ist generell die Symptomatik ein nicht so gutes Kriterium für die Behandlungsbedürftigkeit. Warum? Weil zum Beispiel die eben erwähnte Atherosklerose oftmals gar nicht so hochgradig ist, dass sie Beschwerden verursacht. Es fließt noch genug Blut durch die Arterien, aber diese flachen Plaques, können dann ganz plötzlich einen Herzinfarkt auslösen. Diesen Herzinfarkt aus heiterem Himmel, zu Recht so dargestellt, kennt jeder aus seinem Bekanntenkreis. Man wundert sich, warum plötzlich jemand im mittleren Alter einen Herzinfarkt bekommt, obwohl er eigentlich gar keine Beschwerden im Vorfeld hatte. Auch da sind die Erkenntnisse eigentlich wesentlich weiter als wir das tatsächlich heute leben. Jedoch haben wir diese Mesallianzen, in meinen Augen ein Komplex eines medizinisch-lobbyistischen Versorgungssystems, an dem Patienten, Versicherungen, Sozialpolitik, Krankenhäuser, Praxen, Pharmaindustrie etc. beteiligt sind, also kurzum verschiedene Akteure, die alle an der Krankheit verdienen. Deswegen funktioniert das alles auch im Konsortium so ganz gut und man hat eigentlich wenig gelebtes Interesse, diese ineffektive krankheitsunterhaltende Komplexität des ganzen

„Jedoch haben wir diese Mesallianzen, in meinen Augen ein Komplex eines medizinisch-lobbyistischen Versorgungssystems, ... also kurzum verschiedene Akteure, die alle an der Krankheit verdienen.“

Systems zu durchbrechen im Sinne von Gesundheit. Lediglich werden flankierende Gesundheitsrefor-

men im Sinne des Systems vorgenommen, sodass das in sich widersprüchliche System nicht gänzlich kollabiert.

Zukunftsakademie: *An diese kritische Bestandsaufnahme schließt sich die Frage an, wie wir es in Zukunft schaffen, den gesunden Menschen erst gar nicht zum Patienten werden zu lassen?*

Prof. Dr. Uwe Nixdorf: Das ist im Grunde das, was ich als Paradigmenwechsel in der Medizin bezeichnen möchte: weg von der reinen Kuration hin zur Prävention. Der Wortstamm von Prävention ist ja praeveniere, also dem Problem zuvorkommen. Das wäre eigentlich die Zukunftsvision, die man hier aufstellen sollte. Das wird automatisch kommen müssen, weil die Versorgungssysteme zusammenbrechen werden. Die Kostenbelastung durch das heutige System ist bereits exorbitant und nimmt rapide zu, das ist eine Kostenspirale, die auf Dauer nicht funktionieren wird. Die Finanzierungsprobleme sind gravierend und werden auch gravierend

„Das ist im Grunde das, was ich als Paradigmenwechsel in der Medizin bezeichnen möchte: weg von der reinen Kuration hin zur Prävention.“

immer schlimmer. Schauen sie nur einmal, wie ihre Krankenversicherungsprämie dauernd steigt; manche Menschen können im Alter diese Beiträge nur noch schwer, wenn überhaupt finanzieren. Und betrachten sie dann noch Krankheitslasten, die zusätzlich auf uns zukommen. Ein weiteres Beispiel dazu: Wir haben heute unglaublich viele Jugendliche, die in hohem Ausmaß adipös sind. Diese Adipositas ist ja nicht nur unschön, sondern hochaktiv metabolisch. Wir werden also in den nächsten, so sage ich mal voraus, 10 bis 20 Jahren eine Epidemie der Folgeerkrankungen bekommen, die ich eben genannt habe wie Herzinfarkt, Schlaganfall. Dieses metabolische Syndrom ist der gravierendste

„Das wird automatisch kommen müssen, weil die Versorgungssysteme zusammenbrechen werden.“

Risikofaktor eben für die Atherosklerose, das haben viele Studien belegt. Heute haben wir schon unter 30-jährige, die wir normalerweise mit akuten Herzinfarkten aufnehmen, was wir früher so nicht kannten. Wenn das Problem im Sinne der Prävention nicht radikal angedacht wird, laufen wir wohl in eine Katastrophe. Wir sind jetzt schon bei 5 Minuten vor

12, in der Gefahr, mit den richtigen Maßnahmen zu spät zu kommen. Um es konkret zu machen, was also ist Prävention? Hier in unserem Zentrum machen wir Risikostratifizierung, Früherkennung und so weiter, recht fokussiert; letztendlich um zur Beratung der gesunden Lebensstilführung anzukommen.

Zukunftsakademie: *Welche Ansätze gibt es dort?*

Prof. Dr. Uwe Nixdorff: Nehmen Sie konkret das Angehen von Suchterkrankungen, ganz zuvorderst zu nennen der Nikotinabusus, der gottseidank rückläufig ist. Wir haben heute nur noch knapp ein Viertel der Menschen in Deutschland, die aktiv rauchen. Neben dem Problem der Suchterkrankungen haben wir die drei Lebensstilsäulen, und da könnten wir über jede einzelne jetzt ein Interview führen. Bewusst in der Reihenfolge der prognostischen Bedeutung aufgezählt sind das Bewegung, Ernährung und Entspannung. Am wichtigsten ist die Bewegung, was heute erheblich zurückgegangen ist, die Menschen sitzen zu viel, in den Büros, zuhause dann auf dem Sofa vor dem Fernsehapparat, bewegen sich nicht mehr ausreichend, was einen erheblichen Risikofaktor darstellt. Dann folgt die Ernährung und als Drittes die Entspannung. Diese Lebensstilsäulen sollten bewusst angegangen werden. Wir wissen alle, was gesundes Leben ist. Fragen Sie Menschen auf der Straße und Sie werden Antworten bekommen, die diese Lebensstilsäulen enthalten. Die Menschen wissen, dass sie sich mehr bewegen müssen, die Menschen wissen, dass sie sich gesünder und nicht so kohlehydratreich ernähren sollen, kein Übergewicht entwickeln sollten. Die Leute wissen auch, dass Stress nicht gün-

„Wir wissen alle, was gesundes Leben ist.“

stig ist und sie im Extremfall in den burn-out oder die Depression bringen kann. Auch in diesem Zusammenhang ist es kein Kenntnisdefizit, es ist ganz offensichtlich mehr das Problem des falschen Bewusstseins, dass die Menschen im Grunde das durch eine innere Gewohnheit nicht an sich herankommen lassen. In meinen Augen ist das mit DIE Herausforderung. Darum leiste ich viel Aufklärungsarbeit, halte viele Vorträge, schreibe viele Bücher und gehe auch mit der Deutschen Herzstiftung an die Öffentlichkeit und versuche, die Menschen dort aufzuklären. Letztendlich ist das eine persönliche Einstellung, die ich dazu habe, ich komme nicht sofort mit Sozialpolitik oder, auch ein

Begriff, der gar nicht so der meinige ist, mit „Versorgung“ – ich meine, wir sollten nicht versorgen, das hört sich in seiner administrativen Bedeutung fast an wie „Entsorgung“.

Zukunftsakademie: ... sondern für uns selbst sorgen?

Prof. Dr. Uwe Nixdorff: Genau darauf will ich hinaus, auf die Eigenverantwortung. Nicht der Ruf nach dem Sozialsystem, nach weiteren Regularien, die immer mit Reglementierungen einhergehen und so weiter, sondern, dort bin ich durchaus ein Protagonist der freien Gesellschaft, auch der Marktwirtschaft, dass wir liberal die Eigenverantwortung als Postulat haben müssen. Nun sind die Menschen prinzipiell interessiert – wenn sie heute von der Herzstiftung eine Veranstaltung machen mit einem

„Nicht der Ruf nach dem Sozialsystem ... sondern, dort bin ich durchaus ein Protagonist der freien Gesellschaft ... dass wir liberal die Eigenverantwortung als Postulat haben müssen.“

Thema „Was ist Herzinfarkt, wie kann ich gesund bleiben?“, sind die Säle voll. Die Leute schalten Gesundheitssendungen im Fernsehen ein. In Umfragen: „Was ist ihnen das wichtigste im Leben?“, dann werden sie hören „Gesundheit“.

Zukunftsakademie: Es hat für mich etwas von diesen vielen Kochsendungen, bei denen jeder gerne zuschaut, aber letztlich keiner selber Hand anlegt, um dann etwas Vernünftiges zuzubereiten.

Prof. Dr. Uwe Nixdorff: So ist es, ja. Selbstverständlich gibt es schon löbliche Ausnahmen. Hier in meinem Zentrum sehen wir ja Menschen, die stark an ihrer Gesundheit interessiert sind. Natürlich ist mir auch klar, dass ich hier eine positive Präselektion habe, das muss man berücksichtigen. Von meinem Zentrum kann man nicht auf populationsbasierte Strukturen rückschließen. Dennoch sehe ich das Interesse der Bevölkerung. Also ich denke, wir sind hier nicht bei null. Es gibt genug Ansätze, und die Menschen sind interessiert. Damit

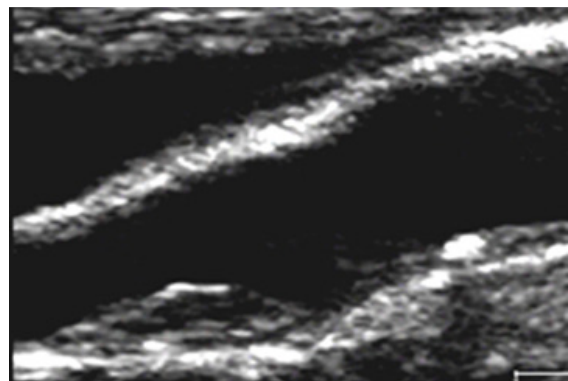
„Vernünftige Dinge, die hier gemacht wurden, waren medical-setting-Ansätze, wie zum Beispiel ... das Rauchverbot.“

ist ein Anfang gemacht, auch für eine Lebensstiländerung. Ich bin dennoch der Meinung, dass wir

nicht umhin kommen, gewisse Anreize zu schaffen. Vernünftige Dinge, die hier gemacht wurden, waren medical-setting-Ansätze, wie zum Beispiel aktuell aus den letzten Jahren das Rauchverbot. Das sind Maßnahmen, die nicht die Mediziner umsetzen, sondern Gesundheitspolitiker. Den Menschen wurde verboten, in Gaststätten zu rauchen. In meiner Jugend war das ganz normal, dass man in eine Gaststätte kam, die total verqualmt war. Heute würden wir davon geradezu angeekelt sein, wir haben uns schon daran gewöhnt und erwarten das auch, dass man nicht in ein Restaurant kommt, das verqualmt ist. Dies gilt gleichermaßen für Bahnsteige, Warteräumlichkeiten, Flughäfen oder Bahnhöfe, wo halt eben nur noch kleine Bereiche vorgesehen sind, wo man das Rauchen erlaubt. Das Thema Rauchverbot ist hocheffektiv und erfolgreich.

„Das sind Maßnahmen, die nicht die Mediziner umsetzen, sondern Gesundheitspolitiker.“

Smoking ban in Europa begann in Italien, nachher kam dann auch Deutschland. Wir wissen heute, bereits wissenschaftlich aufgearbeitet, dass ein Rauchverbot sogar sofort wirkt. Das hat zu tun mit der Pathophysiologie, die ich eben bei der Krankheitslehre erwähnt habe. Wir wissen heute, dass Nikotin die Entzündung der Plaque fördert, und wenn sie jetzt aufhören zu rauchen, ab diesem Stichtag, sinkt schlagartig ihr Herzinfarktrisiko.



Plaque

Nach einem Jahr haben wir, gelernt auch durch prospektive Studien zu dem Thema Rauchverbot, einen Rückgang der Herzinfarkttrate um mindestens 10%, einige Studien nannten bis zu 14%. Dies betrifft übrigens auch die Passivraucher.

Zukunftsakademie: Ist damit nicht der Gesetzgeber noch stärker in der Pflicht, uns Menschen zur Änderung unseres Verhaltens zu motivieren? Sind

unbeteiligte Dritte betroffen, entsteht schon beinahe eine ethische Pflicht dazu...

Prof. Dr. Uwe Nixdorff: Beim Thema smoking ban hat damals die Sozial- und Gesundheitspolitik besonders abgehoben, wir müssen vor allem die Nichtraucher schützen, weil das eigentlich eine Art Körperverletzung ist. Eine Studie zu den Passivrauchern, die ich für das European Heart Journal re-viewt habe, gab eine Rate eines rund 7%-igen Rückgangs der Herzinfarkte bei Passivrauchern an. Angeschaut wurden alle akuten Koronarsyndrome, also Herzinfarkte innerhalb des ersten Jahres nach

„... wir müssen vor allem die Nichtraucher schützen, weil das eigentlich eine Art Körperverletzung ist.“

dem Erlass des Rauchverbotes. Ein noch viel weiter zurückliegendes Beispiel ist die Angurtpflicht im Auto. Das haben die Menschen zunächst auch nicht angenommen, ich erinnere mich daran noch. Als ich jung war, war es absolut unüblich, dass man sich im Auto angeschnallt hat. Mein alter Herr, der hat das überhaupt nicht gewollt und auch nicht gemacht, er empfand es als unangenehm, einen so komischen Gurt über der Brust zu tragen, der einen beim Fahren nur störte. Man wusste ganz klar, dass der Sicherheitsgurt Unfalltode verhindern kann, aber das hat man trotzdem nicht angenommen. Der Gesetzgeber hat das im Grunde genommen damals richtig durchgezogen; 40 DM Strafe, die Polizei hat damals richtig durchgegriffen und jeden herausgerufen, der nicht angegurtet war. Damals, am Anfang

„Das Thema Rauchverbot ist hocheffektiv und erfolgreich.“

mit Druck durchgesetzt, aber heute, schauen sie, heute schnallt sich jeder im Auto an. Heute fällt es auf, wenn sie sich in ein Auto setzen und sich nicht anschnallen. Und heute ist es normal, dass ein Mitfahrer sie darauf hinweisen würde, vielleicht sogar sagt: „Ich fahr hier nicht los, bevor Du nicht angeschnallt bist“. Das sind nur zwei Beispiele, wo eben durch den Druck äußerer Anreize oder der Exekutive eine Lebensstiländerung bewirkt wurde.

Zukunftsakademie: *Diese Beispiele machen ja schon Mut dahingehend, dass sich die Menschen und die Gesellschaft prinzipiell verändern können. Wo ist die richtige Reihenfolge, was müsste die Gesellschaft als nächstes angehen und wo sind die Impulse dazu?*

Prof. Dr. Uwe Nixdorff: Wie eben schon gesagt, mein präferierter Weg ist die Eigenverantwortung. Mediziner arbeiten heute mehr oder weniger in der kurativen Medizin, in der Praxis oder in der Klinik, was ja auch so in Ordnung ist, daran ist per se nichts zu kritisieren. Nur müssen wir das ganze System auf die Prävention erweitern. In unserem Zentrum habe ich deswegen sehr viele Erfolge mit Prävention, weil ich Ihnen diese frühesten Veränderungen in ihrem Körper bildlich zeigen kann. Damit kann man die Menschen ein bisschen anstoßen, vielleicht sogar ein bisschen provozieren, diese Eigenverantwortung herauszukitzeln. Aber dazu muss man schon an die Menschen heran. Und meine Erfahrung ist, wenn man den Menschen ihre ersten Plaques zeigt, die ersten Verkalkungen der Herzkranzarterien, was wir mit der Bildgebung heute hervorragend können, dann gibt das so einen Aha-Effekt, der auch ein bisschen erschrecken kann. Anschließend kommt die Frage: „Doktor, was kann ich denn da jetzt tun, das ist ja nicht schön, was ich da jetzt schon in meinen Arterien habe, das

„Und dann kommt in der Regel nicht der Rezeptblock, sondern primär die Lebensstilberatung.“

hätte ich gar nicht erwartet, mir tut ja eigentlich nichts weh“. So kommen wir in eine Aufklärungssituation. Und dann kommt in der Regel nicht der Rezeptblock, sondern primär die Lebensstilberatung. Ich erlebe schon häufig bei der Wiedervorstellung, dass die Leute wirklich auch etwas umgesetzt haben. Wir bemühen uns im Augenblick, die Daten zur Prävention durch Lebensstilberatung wissenschaftlich auszuwerten, aber man kann schon jetzt empirisch sagen, dass das recht erfolgreich ist. Wir stellen die Leute auf die Waage, wir machen Körperfettmessungen, Anthropometrie, wir machen

„In unserem heutigen Gesundheitssystem ... bekommt ein Arzt nur wenige Minuten vergütet, wenn er Menschen in solchen Themen wie Lebensstil und Prävention beraten soll, darum macht der Arzt das in der Regel auch nicht.“

Leistungstests und so weiter. Für solch eine Beratung, wenn sie wirklich fundiert gemacht wird, muss ich als Arzt aber Zeit mitbringen. In unserem heutigen Gesundheitssystem, was ich eben kritisch beschrieben habe, bekommt ein Arzt nur wenige Minuten vergütet, wenn er Menschen in solchen

Themen wie Lebensstil und Prävention beraten soll, darum macht der Arzt das in der Regel auch nicht. Professionell und vernünftig gemacht, wenn man sich als Präventionsarzt die Mühe und Zeit nimmt, kann demgegenüber aber sehr viel erreicht werden.

***Zukunftsakademie:** Lenkt das heutige Gesundheitssystem unser Verhalten damit unverändert noch in die falsche Richtung oder sehen Sie „Licht am Ende des Tunnels“?*

Prof. Dr. Uwe Nixdorff: Krankenkassen haben in ersten Bereichen bereits mit Bonus-/Malus-Systemen reagiert, wie beispielsweise in der Zahnmedizin. Gesetzlich Versicherte, die einmal im Jahr eine zahnprophylaktische Maßnahme machen, bekommen einen bestimmten Bonus eingeräumt, wenn mal ein Problem am Zahn besteht und eine Füllung notwendig wird. Noch ist diesbezüglich

„Die Wertschöpfung für die Krankenkassen liegt zunächst darin, diese unglaubliche Zunahme an Krankheitslast und Krankheitskosten in den Griff zu bekommen“

wenig auf dem Markt, aber ich erwarte da viel in den nächsten Jahren. Ich wurde auch schon gefragt, wie man so was machen und solche Systeme entwickeln kann. Die Wertschöpfung für die Krankenkassen liegt zunächst darin, diese unglaubliche Zunahme an Krankheitslast und Krankheitskosten in den Griff zu bekommen, am besten zu vermeiden. Es braucht daher sowohl Eigenverantwortung als auch sozialpolitische Ansätze. Womit wir viel eher zu tun haben, ist das zunehmende Agieren der Unternehmen, die das betriebliche Gesundheitsmanagement vorantreiben, Check-Up's und Screening-Programme durchführen. Die Unternehmen sind da, nach meinen Erfahrungen, schon weiter als das gesetzliche System. Vor kurzem trat ein Großkonzern mit über 300.000 Angestellten an uns heran, der, bevor er mit uns in Kooperation trat, noch geprüft hat, was denn die Krankenkassen an diesen

„Die Aufgeklärtheit, die Offenheit der Unternehmen ist für die Sache der Zukunfts-Prävention ein ganz wichtiger Aspekt, natürlich auch aus ganz ökonomischen Überlegungen.“

Check-Up-Programmen mit übernehmen könnten. Das war das erste Unternehmen, das so eine Frage

stellte, vorher haben die Unternehmen das komplette Gesundheitsprogramm gezahlt. Das stellte sich allerdings als dermaßen schwierig heraus, die Krankenkassen haben sich so quergestellt und alleine der administrative Aufwand war so gewaltig, dass auch dieses Unternehmen dazu übergegangen ist, das gesamte Gesundheitsprogramm hier bei uns selbst zu bezahlen. Die Aufgeklärtheit, die Offenheit der Unternehmen ist für die Sache der Zukunfts-Prävention ein ganz wichtiger Aspekt, natürlich auch aus ganz ökonomischen Überlegungen. Denn die Unternehmen wissen, wenn sie heute nicht in solche Human Resources-Themen investieren, werden sie morgen Wettbewerbsnachteile haben. Und dem Arbeitnehmer kommt das natürlich auch zu Gute. Der profitiert dadurch, dass etwas für seine Gesundheit getan wird. Darum finde ich diesen Bereich so sinnvoll und eigentlich ganz faszinierend und auch fördernd für dieses Thema, eine Zukunft zu entwickeln für die Gesunderhaltung.

***Zukunftsakademie:** Somit folgen manche fortschrittliche Unternehmen dort schon Ihrer Denke und Handlungsweise. Aber was ist mit den Krankenkassen, die sich noch nicht daran beteiligen? Welchen Stellenwert messen sie den Krankenkassen für die Medizin der Zukunft bei?*

Prof. Dr. Uwe Nixdorff: Ich muss zunächst einmal ernüchternd sagen, dass der aktuelle Stand da nicht so sehr gut ist. Die Prävention spielt keine große Rolle, zwar hat das neue Präventionsgesetz den Aufwand für Präventionsleistungen etwas erhöht, der bewegt sich aber immer noch bei weit unter 7% der gesamten Gesundheitsausgaben. Anlass zu Optimismus geben die schon angesprochen Bonus-Malus-Regelungen. Die Krankenkassen erkennen, dass sie hier für ihre Profitabilität Momente sehen können. Letztendlich wird auch der Versicherte mit den steigenden Krankenkassenprämien irgendwann

„Anlass zu Optimismus geben die ... Bonus-Malus-Regelungen.“

nicht mehr mithalten können, und die Versicherten rechnen heute schon sehr. Wir haben heute gottseidank eine bessere Flexibilität, leichter von einer Krankenkasse zur anderen wechseln zu können, das war eine richtige Entscheidung vom Gesetzgeber. Dennoch sind es zunächst einmal Krankenkassen und nicht Gesundheitskassen. Heute ist es zunächst einmal die Aufgabe der Krankenkassen, tatsächlich Krankenkosten zu finanzieren, so dass ich glaube,

dass es im Wesentlichen dabei bleiben wird. Es wird aber vielleicht Systeme in Zukunft geben, die sich auch der Gesundheit vermehrt annehmen. Warum gibt es Krankenkassen? Wenn ich ein Bagatellproblem habe, einen grippalen Infekt, wäre eine Krankenversicherung in der Regel nicht notwendig. Jeder Mensch wird ein paar Euro haben, um einen Hausarztbesuch zu finanzieren, der einen geringen Betrag zur Diagnose und Therapie eines grippalen Infektes ausmachen wird. Die Krankenkassen gehen ja auf Bismarck zurück. Damals waren die meisten Menschen nicht in der Lage, größere Krankheitskosten zu finanzieren, so dass daraus dieser Versicherungsbedarf entstanden war. Eigentlich ist keine Rationale da, alle Bagatellen abzuschließen. Bedenken Sie, heute geht ein Versicherter durchschnittlich 13 x pro Jahr zum Arzt, sicher nicht immer zwingend, aber da er versichert ist und es bezahlt wird, nimmt er das großzügiger in Anspruch. Vielleicht sind solche Bagatellen nicht

„Dennoch sind es zunächst einmal Krankenkassen und nicht Gesundheitskassen.“

unbedingt in alle Zukunft versicherungsbedürftig. Ich denke, man muss die Menschen absichern für Krankheitsereignisse, die sie überfordern würden. Nehmen wir mal eine Bypassoperation, die kostet 25 T€, das können auch heute so ohne weiteres die meisten Menschen nicht bezahlen. Solche Bedarfs-situationen sollten natürlich versichert sein, dazu sind unser Sozialsystem und der Sozialstaat da. Aber es ist durchaus zu überlegen, ob man es bei diesem eigentlichen Bedarf belässt. Sicher nicht sinnvoll ist der ganze Apparat und administrative Aufwand, wenn eine GOÄ-Ziffer von 13,50 € an einen Patienten nicht erstattet wird. Damit beschäftigen sich dann ein Riesenstab, der Patient muss einen Brief schreiben, der Versicherer erhält eine Beanstandung und rät dem Versicherten, sich an den behandelnden Arzt zu wenden, der Versicherte

„Die Krankenkassen werden ökonomische Anreize setzen, um ihre Prämien zu halten oder zu senken...“

wendet sich an mich, ich muss mich mit meinen Arzthelferinnen in die GOÄ-Liste hineinbemühen und die 13,50 € rechtfertigen – das ist ein administrativer Aufwand, den die Sache nicht rechtfertigt. Das grundsätzliche System Krankenkasse wird es weiter geben, aber zum Beispiel mit Bonus-Malus-Regelungen. Die Krankenkassen werden ökonomische Anreize setzen, um ihre Prämien zu halten

oder zu senken, um darüber ihre Zahl an Versicherten zu halten oder sogar zu steigern. Zumindest dort erwarte ich schon weitere Veränderungen.

Zukunftsakademie: Bleibt die spannende Frage, wenn es dann wirklich gelingt, dass wir alle gesund älter werden, lohnt sich das und was können wir dazu tun, dass wir es auch genießen können – Stichwort psychische Gesundheit?

Prof. Dr. Uwe Nixdorff: Wichtiges Thema: Wir wissen aus den Statistiken, dass mittlerweile der größte Krankheitsanfall in Unternehmen psychische Erkrankungen sind. Das hat rapide zugenommen und wir sind noch in einem aufsteigenden Schenkel, Zahl und Anteil steigen weiter. Denken Sie zurück an die 3 Lebensstilsäulen, Bewegung, Ernährung und Entspannung. Hier geht es um den dritten Teil,

It is easier to maintain good health through proper exercise, diet, and emotional balance than to regain it once it is lost.

Dr. Kenneth H. Cooper

die Entspannung. Das stellt eine Herausforderung dar, hier ist noch viel zu tun. Aber auch da unterscheidet man sehr schön Verhältnis und Verhalten, auch aus der BGM-Sicht (BGM = betriebliches Gesundheitsmanagement). Natürlich ist es so, dass Unternehmen sich darüber Gedanken machen, aber zuerst müssen wir auf das individuelle Verhalten schauen. Wir haben uns an stressmedizinischen Screening-Untersuchungen mittels validierter Fragebögen wie dem Kopenhagen-burn-out-Inventory beteiligt, die wir statistisch ausgewertet haben. Eine

„Gerade im Fach- und Führungskräftebereich finden wir sehr häufig einen überzogenen Perfektionismus ... so dass der Stress hier sehr hausgemacht ist.“

wichtige Erkenntnis daraus ist, dass es gar nicht mal unbedingt nur die Stresssituation ist, sondern auch stressverstärkende Gedanken und stressverstärkende Persönlichkeitsmerkmale. Gerade im Fach- und Führungskräftebereich finden wir sehr häufig einen überzogenen Perfektionismus und eine fehlende Abgrenzung der einzelnen Führungskräfte, so dass der Stress hier sehr hausgemacht ist. Dazu halte ich auch Vorträge und versuche, über diese Fakten aufzuklären. Wir haben ganz interessante stressmedizinische Fortbildungsprogramme für Ärzte, die im Übrigen gut besucht werden, weil die

Kollegen heute seitens ihrer Patienten damit intensiv konfrontiert werden. Wir müssen schauen, dass wir dort an die Menschen herankommen. Wir haben in dem Feld schon viele Kenntnisse, zuvorderst die, wieder mehr die Achtsamkeit für sich selbst zu entwickeln, das ist ein ganz wichtiger Punkt. Viele Menschen stehen heute hilflos der Reizüberflutung und auch der nicht ausreichend reflektierten Sinnbestimmung gegenüber. Gerade Jugendliche, die überproportional viel am iPhone, in den Social Media und mit Videospiele unterwegs sind, können hier gut Hilfe gebrauchen, diese Achtsamkeit wieder zu erlangen. Dr. Kabat-Zinn ist ein ganz wichtiger Vertreter dieser „awareness-Problematik“, an Fachleuten wie ihm erkennt man, dass die Auseinandersetzung der Medizin mit diesem Thema intensiv begonnen hat. Wir sehen, dass die Menschen auch nach etwas spirituellen Angeboten fragen. Sie machen Yoga, meditieren, suchen sinnvolle Ansätze und Sinnbestimmung. Dort tut sich viel, und wenn die Menschen das für sich besser in den Griff bekommen, gehen sie wieder mit besserer Ausgeglichenheit in die Betriebe, so dass die Unternehmen indirekt davon profitieren. Ich denke,

„Viele Menschen stehen heute hilflos der Reizüberflutung und auch der nicht ausreichend reflektierten Sinnbestimmung gegenüber.“

der primäre Ansatz, das Verhalten zu ändern und darüber die Verhältnisse zu ändern, kann sich im Idealfall bestens ergänzen.

Zukunftsakademie: Sie haben zu anderer Gelegenheit aus der Medizinhistorie aus dem alten China erzählt. Dort wurden die Ärzte nicht nach behandelten Patienten, sondern nach den gesunden Menschen in ihrem Verantwortungsbereich bezahlt. Ist das nicht ein System für uns?

Prof. Dr. Uwe Nixdorff: Es ist eine konkrete Utopie, wie Ernst Bloch einmal gesagt hat. Nach der KV sind sie heute als niedergelassener Kassenarzt für irgendeinen Bereich zuständig, meinerwegen als Kardiologe in Grafenberg. Jetzt können sie wunderbar feststellen, wie viele Herzinfarkte es in der Region Grafenberg 2014 gab. Es wäre machbar, dass man dem Kardiologen, der hier in Grafenberg zuständig ist, ein umso höheres Gehalt zahlt, je niedriger die Herzinfarktquote ist. Das heißt, sie würden ein Anreizsystem schaffen für den Kardiologen, sich um Prävention zu kümmern durch Vorträge, durch ausführliche Lebensstilberatung und

ähnliches. Er würde ein Anreizsystem haben, die Zahl der Herzinfarkte tatsächlich zu reduzieren. Damit wäre also das System um 180° gedreht. Der Arzt, der nicht mehr an der Krankheit verdient!

„Es wäre machbar, dass man dem Kardiologen ... ein umso höheres Gehalt zahlt, je niedriger die Herzinfarktquote ist.“

Zukunftsakademie: Sind bei einem solchen Systemwechsel nicht auch die Krankenkassen stark in der Pflicht?

Prof. Dr. Uwe Nixdorff: Das ist richtig. Aber das ist keine Vision mehr, das ist eine Utopie. Trotzdem müssen wir einmal so denken, um zu verstehen, in welchem System wir eigentlich heute leben – Ärzte, Dienstleister, die Krankenhäuser. Ein Beispiel dafür: wir haben viel zu viele Herzkatheterlabore. Wir haben die meisten Herzkatheter-Untersuchungen der Welt, sagen die Brucknerberger Statistiken. Wir sind aber nicht herzgesünder als die Amerikaner, wo weniger kathetert wird. Und im Einzelfall sind

„Damit wäre also das System um 180° gedreht. Der Arzt, der nicht mehr an der Krankheit verdient!“

die Indikationen zu einem Herzkatheter, das wissen wir, viel zu großzügig gestellt. 30% der Herzkatheter-Befunde zeigen unauffällige Herzkranzarterien. Eigentlich müsste man schlussfolgern, wenn wir das Entgeltsystem mal beiseitelassen, dass wir schlechte Kardiologen haben. Es wäre eine nicht ausreichende Voruntersuchung bei einer Quote von 30% unauffälligen Befunden. Wir haben die ganzen Untersuchungsmöglichkeiten, Anamnese, körperliche Untersuchung, EKG, Echokardiographie, Ischämietests, Stressecho, Kardio-MRT, was es alles so heute gibt. Ich kann heute durch eine gute klinische Kompetenz und das ganze Arsenal nicht-invasiver Untersuchungen das ganz gut eingrenzen und bräuchte diese hohe Herzkatheter-Indikationsstellung nicht. Aber die Katheteranlagen, die irgendwo investiert wurden, müssen sich amortisieren und werden in gewissen Maßen künstlich befeuert. Das passiert leider in vielen Bereichen der Medizin. Das heißt, eigentlich ist das regulierte Krankheitssystem in sich morbide, obwohl es hier um Gesundheit geht.

Zukunftsakademie: Haben wir eine Chance, zurück zur Gesundheitsphilosophie des alten China zu kommen?

Prof. Dr. Uwe Nixdorff: Ich halte das für eine konkrete Utopie, so wie ich eben Ernst Bloch zitierte.

Zukunftsakademie: Eine persönliche Frage zum Abschluss: was tun Sie, damit Sie Einhundertzwanzig werden?

Prof. Dr. Uwe Nixdorff: Ich weiß nicht wirklich, ob ich Einhundertzwanzig werde, aber lebe natürlich das, was ich hier berate. Und ich hatte eben darauf hingewiesen, dass in der Prognostik die Bewegung das Wichtigste ist, das ist schon mal das Erste. Also ich bin davon überzeugt, wenn sich die Leute nur ausreichend bewegen würden, dann bräuchten wir viele der high sophisticated-Themen wie die der Achtsamkeit nicht schon zu Beginn. Einfach bewegen erstmal. Ich tue das in beiderlei Hinsicht, Ausdauer und Kraft. Die Menschen verlieren zu viel Muskulatur, man sollte Krafttraining machen in einer guten Dosierung, das ist heute wissenschaftlich erkannt. Gesunde Ernährung gehört dazu, Gewicht halten und die Achtsamkeit, die ich eben erwähnt habe, praktiziere ich auch.

Zukunftsakademie: Herr Dr. Nixdorff, ganz herzlichen Dank für dieses Interview mit der Zukunftsakademie Schloss Körtlinghausen.

Prof. Dr. Uwe Nixdorff: Gerne.

Weiterführende Informationen:

www.epc-checkup.de

European Prevention Center
Prof. Dr. Uwe Nixdorff
Hans-Günther-Sohl-Straße 8
D-40235 Düsseldorf

www.zukunfts-akademie.com

Zukunftsakademie Schloss Körtlinghausen

Kontakt:

Gerhard Hochstein
hochstein@zukunfts-akademie.com

Bernhard Pilgram
pilgram@zukunfts-akademie.com



**ZUKUNFTS
AKADEMIE**
Schloss Körtlinghausen