

# Gesundheit - Krankheit - Rehabilitation

## Versuch von Begriffsbestimmungen;

## Stichpunkte

in Kooperation mit der **Memory-Liga e. V. Zell a. H.**  
sowie dem **Verband der Gehirntainer Deutschlands VGD®**  
und **Wissimed® Akademie Haslach ([www.wissimed.de](http://www.wissimed.de))**

**Die Unterlagen dürfen in jeder Weise in unveränderter Form unter Angabe des Herausgebers in nicht kommerzieller Weise verwendet werden!**

Wir sind dankbar für Veränderungsvorschläge, Erweiterungen, Anregungen und Korrekturen, die sie uns jederzeit unter [memoryfischer@gmx.de](mailto:memoryfischer@gmx.de) zukommen lassen können.

## Herausgeber

### Prof. Dr. med. Bernd Fischer

Hirnforscher und Begründer der wissenschaftlichen Methode des **Integrativen/Interaktiven Hirnleistungstrainings IHT®** und des **Brainjogging®** sowie Mitbegründer des Gehirnjoggings. Autor/Koautor von mehr als 100 Büchern und ca. 400 Veröffentlichungen. Chefarzt a. D. der ersten deutschen Memoryklinik. Träger des Hirt - Preises. Mitglied des wissenschaftlichen Beirats des **WissIOMed®** Instituts. Präsident des Verbandes der Gehirntainer Deutschlands **VGD®** und der Memory – Liga.

Adresse: 77736 Zell. a. H., Birkenweg 19, Tel. : 07835-548070

in Kooperation mit der **Memory-Liga e. V. Zell a. H.** sowie dem **Verband der Gehirntainer Deutschlands VGD®** und **Wissioemed® Akademie Haslach ([www.wissioemed.de](http://www.wissioemed.de))**

**Die Unterlagen dürfen in jeder Weise in unveränderter Form unter Angabe des Herausgebers in nicht kommerzieller Weise verwendet werden!**

Wir sind dankbar für Veränderungsvorschläge, Erweiterungen, Anregungen und Korrekturen, die sie uns jederzeit unter [memoryfischer@gmx.de](mailto:memoryfischer@gmx.de) zukommen lassen können.

© by B. Fischer  
Alle Rechte vorbehalten. All rights reserved. Tous droits réservés.  
WissIOMed® Akademie 77716 Haslach i. K., Eichenbachstr. 15, Tel. 07832-5828, Fax 07832- 4804, e - mail: [wissioemed@t-online.de](mailto:wissioemed@t-online.de)  
Internet: [www.WissIOMed.de](http://www.WissIOMed.de)  
Literatur auf Anfrage  
Edition 10  
**Korrespondenzadresse:** Prof. Dr. med. Bernd Fischer, Birkenweg 19, 77736 Zell a. H., Tel: 07835-548070

# **Gesundheit - Krankheit - Rehabilitation**

## **Versuch von Begriffsbestimmungen; Stichpunkte**

### **Vorbemerkung:**

Die klinische Geriatrie ist mit den Begriffen Gesundheit, Krankheit, Rehabilitation auf das Engste verwoben.

Es wird der Versuch unternommen, tabellarisch über die o.g. Gebiete „Gesundheit, Krankheit, rehabilitatives Krankheitsverständnis und Rehabilitationsebenen“ vorläufige Definitionen zusammenzustellen.

## Definitionen von Gesundheit

1.) „Gesundheit ist der Zustand des vollkommenen biologischen, sozialen und psychischen Wohlbefindens“. (WHO 1948; Hauser 2011)

Bemerkungen:

„Begrüßenswert ist einerseits die Feststellung dass Gesundheit nicht nur die Abwesenheit von Krankheit ist, aber bei einer so massiven Betonung von Wellness mag man sich andererseits fragen, wer überhaupt noch gesund genannt werden kann. Jedenfalls bedeuten dies utopischen

Definitionen eine starke Belastung für Kranke.“ (Schneider-Flume 2009, 369, zit. n. Hauser 2011, 169)

„Die Rede von der Gesundheit als einem ‚Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens‘ kann in einer wissenschaftsgläubigen Kultur als Beschreibung eines erreichbaren Zustandes aufgefasst werden.“ (Hauser 2011, 171)

„Die Erfahrung (radikaler) menschlicher Endlichkeit (Kontingenzbewusstsein)“ wird durch „die Geneigtheit, nicht endlich sein zu wollen (Idee vollendeter Selbstbestimmung)“ aufgehoben. (Hauser, 2011, 170)

Sie kann sich z. B. darin ausdrücken, dass ich meinen Körper selbst gestalte bzw. umgestalte.

Der Mensch bleibt trotz aller Bemühungen endlich. „Ein ... von allen weltanschaulichen Positionen geteilte anthropologische Prämisse ist die Radikalität menschlicher Endlichkeit. Radikal heißt, dass es keinen

menschlichen Aspekt gibt der nicht durch Endlichkeit geprägt ist. Die Endlichkeit gehört zum Wesen des Menschen. Radikal endlich ist der Mensch dadurch, dass er in diese Existenz (Heidegger) geworfen wurde. Radikal endlich ist der Mensch in allem, was er tut. Jeder Mensch trägt seine ausgeschlossenen Lebensmöglichkeiten wie ein Schatten mit sich. Alles wird letzten Endes in Frage gestellt durch den Tod. Das Nichts des Grabes tritt in den Blick und diese Erfahrung des Nichts (Bernhard Welte) muss gedeutet werden. Der Standpunkt der Religion(en) und der ihrer Bestreitung (Atheismus) haben beide diese Ausgangssituation gemeinsam“ (Hauser, 2011, 171)

„Langfristig sollen schon Schüler ein Mindestmaß an kritischer Gesundheitsbildung erwerben, um mit medizinischen Angeboten und falschen Versprechungen rationaler umgehen zu können. (Steckelberg et al. 2009)

Der Erhalt der Gesundheit ist eine primär gesellschaftliche und nicht medizinische Aufgabe. Jede einzelne Maßnahme sollte daher daraufhin geprüft werden, ob die Ressourcen nicht besser in Bildung und Förderung benachteiligter Menschen anstatt in medizinische Individualbehandlungen zu investieren wären.

Eine informierte Entscheidung (Früherkennungs- und Vorsorgeprogramme) potentieller Teilnehmer mit der Option der Nicht-Teilnahme ist ethisch verbrieftes Recht und muss straffrei möglich sein.“

2.) Gesundheit beinhaltet körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden.

Gesundheit und Krankheit können als Pole eines Kontinuums verstanden werden, auf dem chronische Erkrankungen nicht auf den Pol Krankheit festgelegt sind. (Schäfer et al. 2000)

3.) „Gesundheit als erfolgreiche Beseitigung oder Kompensation von Störungen in Biosystemen.“ (Halhuber 1990)

4.) „Gesund ist, wer etwas aushalten kann.“ (Hirsch, J. zit. nach: Halhuber 1990)

5.) „Zustand bestmöglicher individueller Befähigung zu sozial wirksamem Handeln mit dem Ziel eines als sinnvoll erlebten Daseins. (N.N.)

6.) „Gesundheit ist eine bestimmte Toleranz gegenüber der Unverlässlichkeit der Umwelt und eine Sicherheitsreserve an Reaktionsmöglichkeiten. Der Mensch misst seine Gesundheit an der Fähigkeit, die Krisen seines Organismus zu überstehen und eine neue Ordnung zu etablieren. Gesundheit vermittelt dem Menschen ein Gefühl der Sicherheit im Leben, das von sich aus keine Grenzen kennt. Gesundheit ist eine Form von Existenzbewältigung, bei der man sich

nicht bloß Besitzer, sondern notfalls auch Schöpfer von Wert, als Stifter von Lebensnormen empfindet.“ (Canguilhem G 1974, zit. nach Bircher et al. 2006, S. 250, 51)

7.) „Gesund ist nicht Normalität, sondern Normativität, d.h. Fähigkeit zu einem Leben unter neuen Normen.“ (N.N.)

8.) „Bedingtes Gesund-Sein:

Gesund ist ein Mensch, der mit oder ohne nachweisbare oder für ihn wahrnehmbare Mängel seiner Leiblichkeit allein oder mit Hilfe anderer Gleichgewichte findet, entwickelt und aufrechterhält, die ihm ein sinnvolles, auf die Entfaltung seiner persönlichen Anlagen und Lebensentwürfe eingerichtetes Dasein und die Erreichung von Lebenszielen in Grenzen ermöglicht, so dass er sagen kann: mein Leben, meine Krankheit, mein Sterben.“ (Hartmann 1989; Haug 1989)

9.) „Es liegt ganz unzweifelhaft in der Lebendigkeit unserer Natur, dass Bewusstheit sich von sich selbst zurückhält, so dass Gesundheit sich verbirgt. Trotz aller Verborgenheit kommt sie einer Art Wohlgefühl zutage und mehr noch darin, dass wir vor lauter Wohlgefühl unternehmensfreudig, erkenntnisoffen und selbstvergessen sind und selbst Strapazen und Anstrengungen kaum spüren – das ist Gesundheit. Gesundheit ist eben

überhaupt nicht ein an sich fühlen, sondern ist Da-Sein, In-der-Welt-Sein, Mit-Menschen-Sein, von den eigenen Aufgaben des Lebens freudig erfüllt sein.“

(Gadamer 1993, S, 143, zit. nach Bircher et al. 2006, S. 51)

8.) Fähigkeit zu angemessener Reaktion in den biologischen, psychologischen, sozialen und geistig-mental Systemen. (N.N.)

9.) Der Mensch ist „völlig gesund, wenn und nur wenn er oder sie unter Stressbedingungen die Fähigkeit hat, all seine oder ihre vitalen Ziele zu verwirklichen.“ (Nordenfelt 2003 zit. nach Bircher et al. 2006, S. 51)

9.) Medizinische Norm von Gesundheit:

Negatives Merkmal: Abwesenheit oder Freisein von Krankheit.

Positives Krankheitsmerkmal:

Vorhandensein von Beschwerden und Symptomen.

Unberücksichtigte Merkmale:

Befinden: Lebenszufriedenheit

Wohlbefinden



z.B. Personen mit physischen Schädigungen können unter psychischen Gesichtspunkten als gesund bezeichnet werden, wenn sie trotz der Erkrankung ihre Genuss- und Leistungsfähigkeit erhalten können. (Bengel et al. 1999)

9.) „Gesundheit ist dann gegeben, wenn eine Person konstruktive Sozialbeziehungen aufbauen kann, sozial integriert ist, die eigene Lebensgestaltung an die wechselhaften Belastungen des Lebensumfeldes anpassen kann, dabei individuelle Selbstbestimmung sichern und den Einklang mit den genetischen, physiologischen und körperlichen Möglichkeiten herstellen kann.“ (Hurrelmann 1991, zit. nach Bircher et al. 2006, S. 52)

10. **„Gesundheit ist ein dynamischer Zustand von Wohlbefinden, bestehend aus einem biopsychischen Potential, das genügt, um die alters- und kulturspezifischen Ansprüche des Lebens (jetzt und in Zukunft) in Eigenverantwortung zu befriedigen. Krankheit ist der Zustand, bei dem das Potential diesen Ansprüchen nicht genügt.“** (Meikirch-Modell) (Bircher et al. 2006, S. 53)

## 10.) **Statistische Norm von Gesundheit:**

### **Merkmale:**

1. Was auf die Mehrzahl der Menschen zutrifft, wird als gesund definiert.
2. Abweichungen von diesen Durchschnittswerten sind als krank zu bezeichnen.

### **Schlussfolgerung:**

Für die Einordnung einer Person als krank oder gesund sind die Bezugspopulation (Referenzgruppe, z.B. nach Alter und Geschlecht) und die festgelegten Grenzwerte relevant. (Bengel et al. 1999)

## 11.) **Funktionale Norm von Gesundheit:**

### Merkmale:

11.1 Ist eine Person in der Lage, die durch ihre sozialen Rollen gegebenen Aufgaben zu erfüllen?

Zustand bestmöglicher individueller Befähigung zu sozial wirksamen Handeln mit dem Ziel eines als sinnvoll erlebten Daseins.

11.2. Die Bestimmung funktionaler Normen setzt wiederum die Gültigkeit übergeordneter Werte voraus. (Bengel et al. 1999; Erben et al. 1986; Wetzel 1980)

11.3. Eine Person ist funktional gesund, wenn, vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren (Umweltfaktoren, persönliche Faktoren), ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen,

### **Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen**

sie nach Art und Umfang das tun oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsprobleme erwartet wird,

### **Konzept der Aktivitäten**

sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise (Art und Umfang) entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigungen der Körperfunktionen oder -strukturen erwartet wird.

### **Konzept der Partizipation**

Die Gesamtheit aller Aspekte der funktionalen Gesundheit wird von der **WHO Funktionsfähigkeit (functioning)** genannt.

Eine Beeinträchtigung in wenigstens einem Aspekt der funktionalen Gesundheit wird von der **WHO Behinderung (disability)** genannt. (Greß-Heister2003)

## 12.) **Medizinisch-sozialwissenschaftliche mehrdimensionale**

### **Betrachtungsweise der Gesundheit:**

Gesundheitsebenen:

Körperliches Wohlbefinden, z.B.

- Positives Körpergefühl
- Fehlen von Beschwerden
- Fehlen von Krankheitszeichen

Psychisches Wohlbefinden, z.B.

- Freude
- Glück
- Lebenszufriedenheit

Leistungsfähigkeit

Selbstverwirklichung

Sinnfindung

## Widerstandsressourcen

### Merkmale:

- Verstehbarkeit
- Handhabbarkeit
- Sinnhaftigkeit
- Soziales Eingebundensein (Bengel et al. 1999)

### **13. Phänomenologische Beschreibung des Konstruktes Gesundheit**

„Gesundheit hängt ab vom Vorhandensein, von der Wahrnehmung und dem Umgang mit Belastungen, von Risiken und Gefährdungen durch die soziale und ökologische Umwelt, sowie vom Vorhandensein, von der Wahrnehmung, Erschließung und Inanspruchnahme von Ressourcen.“ (Bengel et al. 1999; Berger et al. 1966)

14. PS: Woran scheitern u.a. die Faktoren des gesunden Lebens?

1. Dominanz von Werten:

Andere Sachen sind wichtiger, z. B. Fernsehen ist wichtiger als Reden

2. Erworbene Vorurteile:

z. B. Ausreden: „Nerven brauchen Fett!“

„Durchs Leben gerollt ist besser als durchs Leben geklappert!“

„Lieber von Rubens gemalt als vom Leben gezeichnet.“

3.1 Durch Informationsflut aus dem Zusammenhang gerissene Teile.

z. B. Butter ist gut!

Butter ist schlecht!

Gehirnjogging ist gut!

Gehirnjogging ist schlecht!

3.2 Dadurch fühlt sich der Informant ermächtigt, seine passive Lebensweise

beizubehalten

## Definitionen von Krankheit

### 1. Instrumentelles Krankheitsverständnis

#### Biomedizinisches Krankheitsverständnis

**Merkmal:** Eindimensionale  
Ursache- Wirkungsbeziehung (Bengel et al. 1999;  
Faltermaier 1994)  
= **Defizitmodell**

**Dimensionen:** Anatomische Defekte  
Physiologische Defekte

#### Fehlende

**Dimensionen:** Mensch als Subjekt  
Mensch als Handelnder  
Psychische/soziale Wirklichkeit  
(Bengel et al. 1999)

### 2. Funktionales Krankheitsverständnis

**Merkmal:** Komplexes Ursachen- Wirkungsgefüge (Engel 1979)

= **Disuse/ und Kompetenzmodell**

- Dimensionen:**
- Multidimensionalität
    - Synopsis der Befunde aus den
      - Biologischen
      - Psychologischen
      - Sozialen
      - Geistig/mentalen
    - Bereichen
  - (Borgers1981; Oyen et al. 1982)
  - Synopsis der Widerstandsressourcen
  - (Bengel et al. 1999)

**Fehlende** -

**Dimensionen:** - Teile der Multitemporalität; Teile der  
Multipersonalität incl. Teile der  
partizipatorischen Orientierung



### 3. Rehabilitatives Krankheitsverständnis (Abb. 1)

**Merkmale: - Multidimensionalität**

(Synopsis der Befunde aus dem BPSG<sup>1</sup> - Bereichen)

(Abb. 2)

- **Multitemporalität**

-- **Ressourcenorientierung**

--- Verstehbarkeit

--- Handhabbarkeit

--- Bedeutsamkeit (Sinnhaftigkeit)

--- Soziale Erlebbarkeit

-- **Kompetenzorientierung (Abb. 3)**

-- **Prozessdynamische Krankheitsorientierung**

--- Multimorbidität

--- Multiorganität

--- Verlauf

--- Prognose

---

<sup>1</sup>B = Biologische, P = Psychologisch, S = Sozial, G = Geistig/mental

-- **Prozessdynamische Therapieorientierung**

--- Voraussetzung zur Erreichung von

Rehabilitationszielen:

Erstellung eines positiven und negativen

Leistungsbildes:

Positives Leistungsbild:

Was kann er/sie noch?

Was darf er/sie noch?

Was soll er/sie noch?

Welche Umwelteinflüsse sind  
möglich?

Negatives Leistungsbild:

Was kann er/sie nicht mehr?

Was darf er/sie nicht mehr?

Was soll er/sie nicht mehr?

Welche Umwelteinflüsse sind nicht  
mehr möglich?

--- Festlegung von vorläufigen Therapiezielen  
und Therapiemitteln

--- Permanente Aktualisierung der  
Festlegungen

- **Multipersonalität**

-- **Prozessdynamische Kommunikationsorientierung**

--- Konvergenz/Divergenz der Modellvorstellung

Patient/Umwelt/Therapeut

in bezug auf:

Diagnostik

Therapeutische Möglichkeiten

Verlauf

Prognose der Erkrankung

(Fischer et al. 1994)

--- Partizipatorische Orientierung

Patient ist autonomes und gleichberechtigtes

Subjekt in allen Bereichen des diagnostischen,

therapeutischen und interpersonell

kommunikativen Handelns.

= **Ressourcen und ergebnisdynamisch-  
orientiertes partizipatorisches**

**Autonomiemodell**

(Fischer et al. 1993, 2000, 2001)

**System des rehabilitativen Assessment:  
Rehabilitatives Handlungsdenken  
Rehabilitative Handlungsvollzüge  
Rehabilitative Handlungsziele**

← Wichtige Einflussgrößen Zielgrößen →

**Rehabilitatives Handlungsdenken**

**Aktualität**

**Multi-Dimensionalität**

(Synopsis der Befunde aus den BPSG-Bereichen)

**Multi-Temporal**

(Prozessdynamik der Erkrankung in Bezug auf Verlauf, Multimorbidität, Prognose, Multiorganität)

**Multi-Personal**

Patient: Modellvorstellung seiner Erkrankung(en)  
Vorstellung(en) der Beschwerden, Leistungsfähigkeit  
Beschwerden, Leistungsfähigkeit und Zukunftsaussichten

Therapeut(en): Modellvorstellungen der Erkrankung(en)  
Patient und Team: Subjekt-Subjekt-Beziehung

**Kompetenz-, Inkompetenz-Status**

**Definition von vorläufigen Therapiezielen und Mitteln**

**Permanente Aktualisierung**

**Rehabilitative Handlungsvollzüge**

Rehabilitative(r) Therapeut(en)

Optimale therapeutische Handlungsbereitschaft

Integrative Therapie

Interdisziplinäres Team

Schlüsselqualifikationen:  
Persönliche Kompetenz  
Kognitive Kompetenz  
(incl. Methodische Kompetenz)  
Kommunikative Kompetenz

**Rehabilitative Handlungsziele**

Patient

Kompetenz  
Teilkompetenz  
Kompetenzgefühl

Lebensqualität

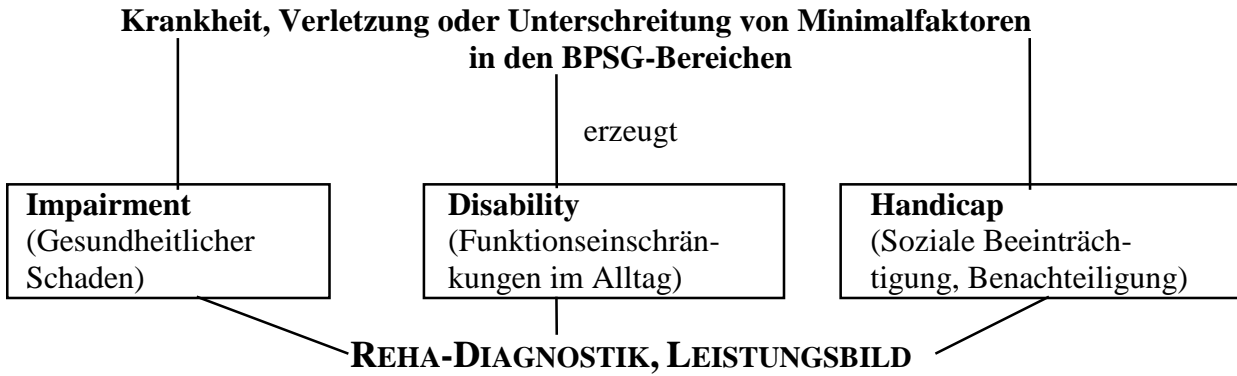
Erweitertes therapeutisches Team:  
Gesellschaft  
Familie  
Patient

Schlüsselqualifikationen:  
Motivation  
Ausdauer

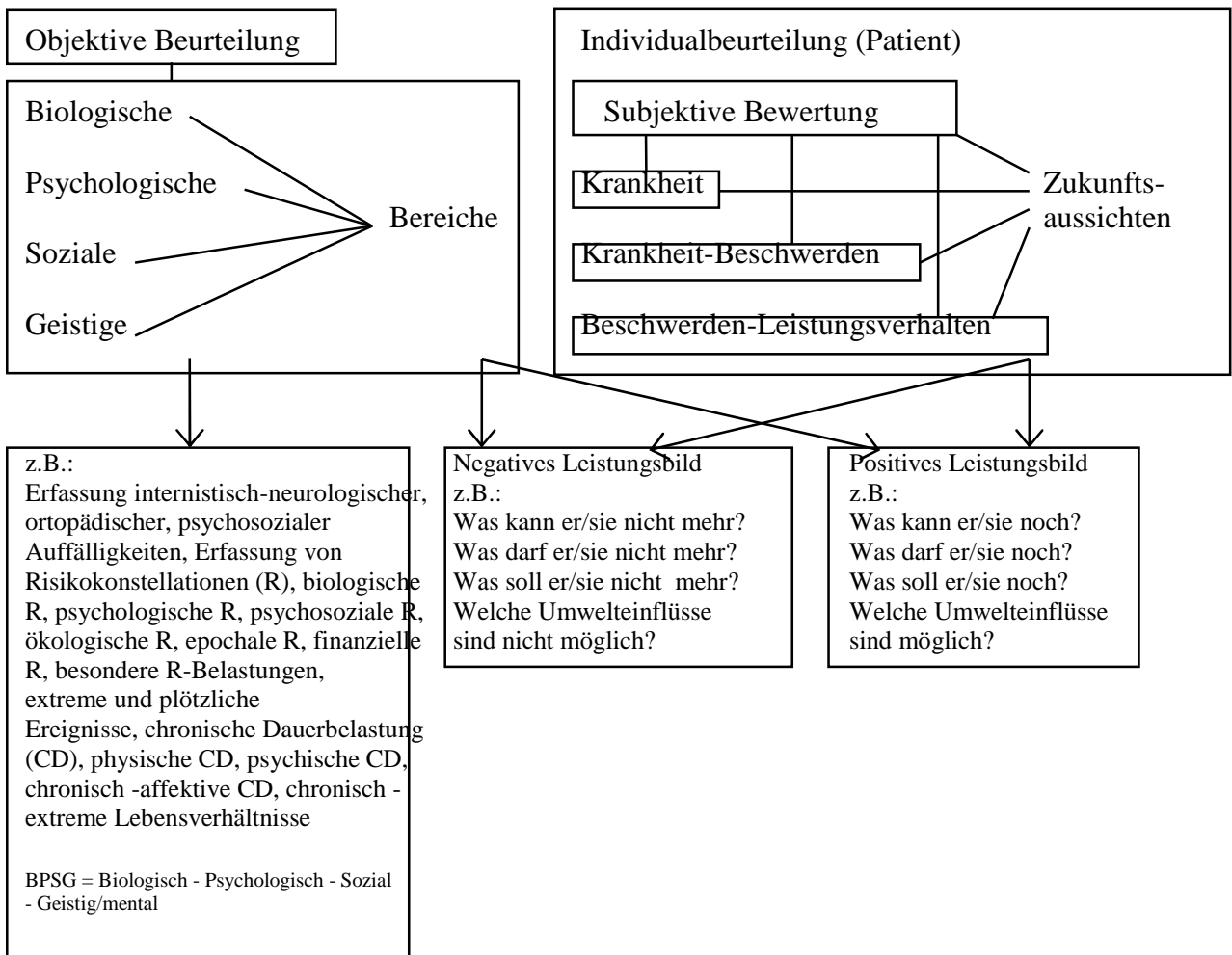
B = Biologisch      S = Sozial  
P = Psychologisch   G = Geistig/mental

**Abb. 1**

(Fischer et al. 1994, Fischer 2001,2009)

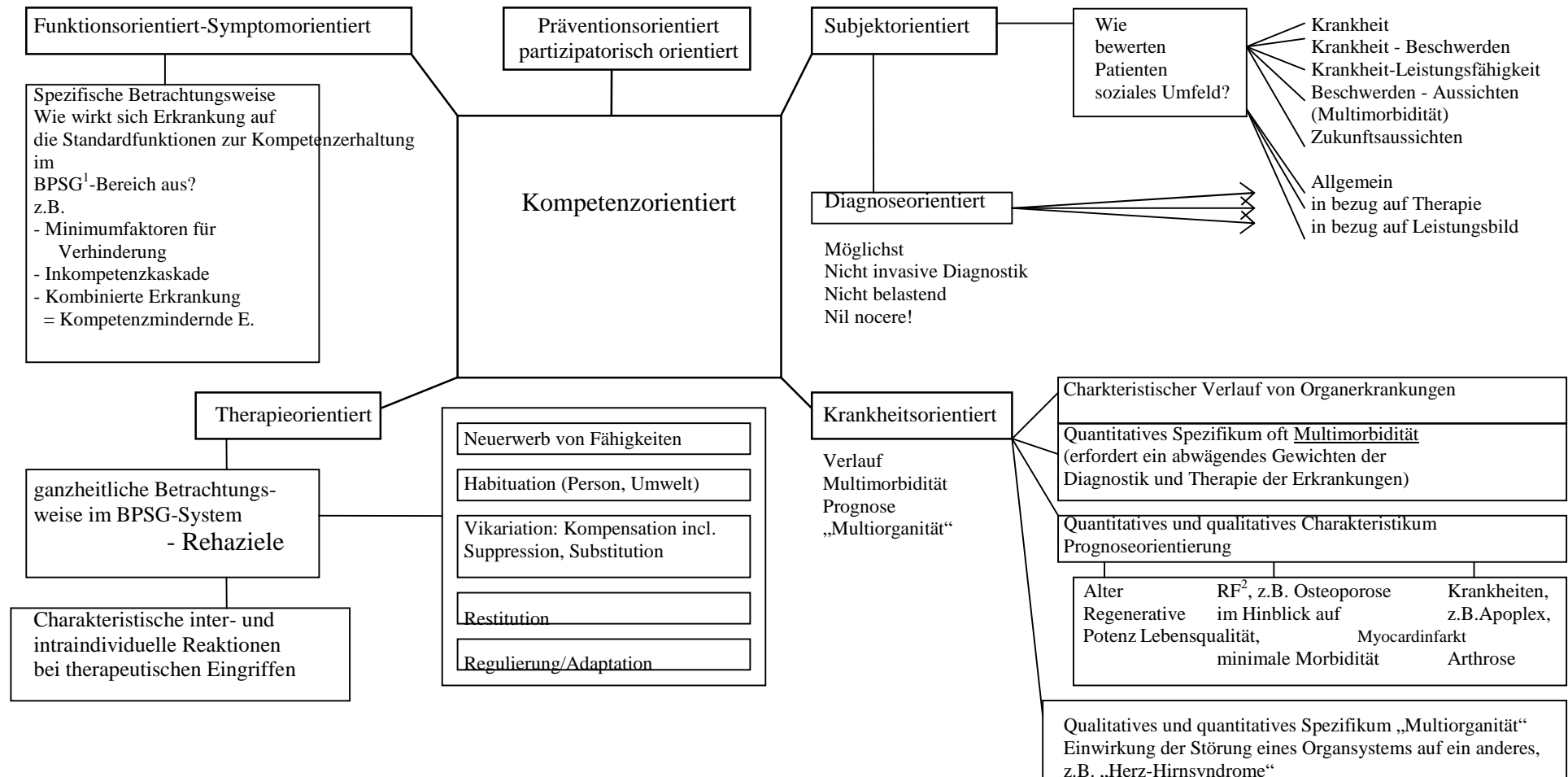


(mehrdimensional und mehrzeitig)  
 Der Fremd-, der Selbst- und der Leistungsbeurteilung, sowie der anamnestischen und klinischen Fähigkeit des Arztes kommt eine besondere Bedeutung zu.



**Stufenschema der Rehabilitation im Alter**  
(Fischer et al. 1994; Fischer 2001)

**Abb. 2**



### Rehabilitation in Rehakliniken

(Fischer et al. 1994; Fischer 2001, 2009)

Abb. 3

<sup>1</sup> BPSG = Biologisch - Psychologisch - Sozial - Geistig/mental

<sup>2</sup> RF = Risikofaktoren

## Definitionen von Rehabilitationsebenen

### Verhalten des Organismus im Lebenslauf und nach Schadenseinwirkung

#### Voraussetzung zur Erreichung von Rehabilitationszielen:

- Erstellung eines positiven und negativen Leistungsbildes:

Positives Leistungsbild:

Was kann er/sie noch?

PS: Ist es ihr/ihm möglich eine sachbezogene Diskussion zu führen?

Ist es möglich, mit ihr/ihm seine Motive zum Gesundheitsverhalten zu analysieren?

Ist es möglich, mit ihr/ihm gemeinsame Lösungsmöglichkeiten zu suchen?

Ist es möglich, mit ihr/ihm objektive Kriterien zu besprechen und darzulegen? (Fisher et al. 2009)

Was darf er/sie noch?

Was soll er/sie noch?

Welche Umwelteinflüsse sind möglich?



### Negatives Leistungsbild:

Was kann er/sie nicht mehr?

Was darf er/sie nicht mehr?

Was soll er/sie nicht mehr?

Welche Umwelteinflüsse sind nicht mehr möglich?

## **Definitionen von Rehabilitationsebenen**

### **Regulation; Adaptation**

#### **Restitution**

- Subtraktion
- Addition
- Variation

#### **Vikariation**

- Kompensation incl. Suppression und Fehlkompensation
- Substitution

#### **Habituation**

**Studium generale: Projekt**

© Herausgeber: Prof. Dr. med. Bernd Fischer [www.wissimed.de](http://www.wissimed.de)

Gesundheit

## **Neuerwerb von Leistungen**

## Regulation, Adaptation

(Engelhard 1982, 1983, 1985, 1987; Holzgraefe 1990; Jänicke 1989; Kruse 1989;

Lindenberg et al. 1989)

- Schonung
- Kräftigung (mehrdimensional: z.B. komplementierend, additiv)

z.B. führt ABCD®-Therapie<sup>4</sup> zu additiven Therapieeffekten.

(Fischer et al. 2001)

## Restitution

Wiederherstellung verlorener Fähigkeiten.

Beseitigung der Dysregulation.

### - *Subtraktion*

*Wegnehmen*

- Destruktion: Zerstörung, z.B. Tumor
- Elimination: Entfernung, z.B. Tumor

### - *Addition*

*Hinzufügen*

- Externa: z.B. Prothese

---

<sup>4</sup>Legende: A = Klient, Patient, Angehörige, Arzt, ärztliches Team, Milieu  
B = Bewegung (u.a. Minimumfaktorentraining)  
C = Cerebrales Training  
D = Diät als Lebensmuster

- Intern: Medikamentös  
Nichtmedikamentös im BPSG<sup>5</sup> - Bereich
- Netzwerk: im BPSG - Bereich  
z.B. Axone wachsen und stellen ihre  
Verbindungen wieder her.  
(Kolb et al. 1996)

- ***Variation***

Verändern

- Extern: im BPSG - Bereich
- Intern: im BPSG - Bereich
- Netzwerk: im BPSG - Bereich

**Z.B.: Diaschisis**

„Bedingt durch den Verlust von Neuronen kommt es zu einer Veränderung der Erregung in den Regionen des ZNS, die von diesen Neuronen innerviert werden. Dieses Phänomen wird als Diaschisis oder neuronaler Schock bezeichnet. Dieser transsynaptischer Effekt ist reversibel. Da sich das Erregungsmuster der denervierten Neurone wieder normalisiert, können die Funktionen dieser Neurone nach einiger Zeit wieder hergestellt werden.“

---

<sup>5</sup>

BPSG; B = Biologisch; P = Psychologisch; S = Sozial; G = Geistig/Mental

Ein Beispiel für den neuronalen Schock ist der Verlust der spinalen Reflexe nach Durchtrennung des Rückenmarks. (Monakow 1914; Sherrington 1906)

Die Periode der Areflexie dauert Minuten bis zu Tagen und scheint spezies-spezifisch zu sein, je nach Menge der kortikospinalen Bahnen. Die Wiederherstellung von Funktionen scheint nicht in allen Systemen des Kortex nachweisbar zu sein, z.B. Hippocampus (West et al. 1976), visuelles System (Rosenquist et al. 1971; Spear et al. 1979; Wickelgren et al. 1969).

Der Funktionsverlust sowie die Funktionswiedergewinnung nach einem neuronalen Schock scheint kein generelles Prinzip im ZNS zu sein. Die Funktionsrückgewinnung ist an die Zahl der synaptischen Innervation gebunden.“ (Holzgraefe 1990)

## **Vikariation**

Ausgleich eines Ausfalls eines Organs oder einer Organfunktion.

### **- Kompensation (inkl. Suppression):**

z.B.

-- Kompensation von erworbenen Doppelbildern, von Schielamblyopie,

von hirninfrakt-bedingten Doppelbildern durch Veränderungen der Augenbewegungen. (Holzgraeffe 1990; Teuber et al. 1960)

-- durch den Organismus (Holzgraeffe 1990; Kolb 1996; Teuber et al. 1960)

--- z.B.: Nervenwachstumsfaktor (NGF: nerve growth factor)  
NGF wird wahrscheinlich von den Gliazellen produziert. Es unterstützt bei geschädigten Neuronen das Wachstum und erleichtert bei durchtrennten Axonen die Regeneration und Reinnervation.

--- z.B.: Aktivierung von stillen Synapsen.

--- z.B.: Aussprossung von Kollateralen: „Sprouting“  
„Wachstum von Axonkollateralen, die degenerierte Axone ersetzen oder Zielgebiete innervieren sollen, die ihre Afferenzen verloren haben.“ (Kolb et al. 1996, 448)

--- z.B.: Aktivierung transienter Kollateralen

„Kollateralen, die zu bestimmten Zeiten während der Autogenese Zielstrukturen innervieren, die sie bei fortschreitender Entwicklung wieder aufgeben.“ (Kolb et al 1996, 468)

--- z.B.: Neuverknüpfung „Rerouting“

„Vorgang bei dem Axone oder ihre Kollateralen in neue Zielareale hineinwachsen, nachdem ihre alten Zielgebiete zerstört wurden.“ (Kolb et al. 1996)

-- durch Medikamente

-- durch Verhalten (Kolb et al. 1996)

„Anwendung einer neuartigen oder andersartigen Verhaltensstrategie, um damit ein Verhalten zu kompensieren, das der Gehirnverletzung zum Opfer fiel.

Zum Beispiel: Notizen zur Kompensation von Gedächtnisverlust zu machen.“ (Kolb et al. 1996)

z.B.:

„Kompensation im ZNS nach einer Läsion beinhaltet, dass die verbliebenen neuronalen Strukturen fähig sind, die Funktion des ausgefallenen Systems zu übernehmen. Kompensation unterscheidet sich von der Substitution in dem Ort, an welchem die Wiedergewinnung der Funktion ausgeht. Während die Substitution ein zweites neuronales System annimmt, findet bei der Kompensation die Rückgewinnung der Funktion im verbliebenen, nicht zerstörten Neopil statt.“

(Holzgraefe 1990)

-- **Fehlkompensationen**



--- z.B.: Denervierungsüberempfindlichkeit

„Zunahme von Rezeptoren an Nerven und Muskeln nach Unterbrechung ihrer Innervation. Dies führt zu einer verstärkten Reaktion auf die Stimulation der verbliebenen Afferenzen oder auf die Gabe chemischer Agonisten.“ (Kolb et al. 1996)

--- z.B. Disinhibition (Enthemmung)

„Aufhebung hemmender Einflüsse eines Systems durch dessen Läsion oder pharmakologische Inaktivierung.“ (Kolb et al. 1996)

- **Substitution:**

Ersatz durch körpereigene/körperfremde Hilfsmittel. (Holzgraefe 1990)

Ersatz durch körperfremde Hilfsmittel.

Körpereigene „Hilfsmittel“:

z.B.: „Das Konzept der Substitution beinhaltet, dass neben einer neuronalen Struktur, die zerstört wurde, eine von dieser getrennte Struktur existiert, die in der Lage ist, die verlorengegangene Funktion zu übernehmen. Diese Theorie unterscheidet sich von der

Redundanztheorie darin, dass ein anderes System in der Lage ist,  
„plastisch“ zu reagieren, indem es eine andere Funktion übernimmt.“

(Holzgraefe 1990)

## Habitation

Passive Gewöhnung an krankheitsbedingte Situationen.

## Neuerwerb von Fähigkeiten

Reflexion            z.B.: über die Endlichkeit des Daseins,  
  
über die Krankheit als Chance  
  
kann zur Entwicklung effizienter Coping-Strategien  
(Problemlösungsstrategien) dienen.

-

Person:            z.B.: Wissen über die Krankheit  
  
Subjektive Bewertung der Krankheit  
  
Subjektive Bewertung des Zusammenhangs zwischen  
Krankheit und Beschwerden  
  
Subjektive Bewertung zwischen Krankheit und  
Leistungsverhalten  
  
Subjektive Bewertung der Zukunftsaussichten  
  
Annahme der Krankheit  
  
Selektion und Optimierung<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup>Legende:            Optimierung: Bemühen, Leistungsreserven auszuschöpfen und bereichsspezifische Fähigkeiten systematisch zu pflegen.  
Selektion: Unwillkürlich eintretende oder bewusst vorgenommene Verringerung der Leistungsbereiche (Lindenberg, U. et al. 1989)

Umwelt: z.B.: Psychosozialer Rückhalt

Daraus folgt:

Aktive Anpassung an die krankheitsbedingte und/oder  
altersbedingte Situation.

## Überlegungen zur Arzt-Patienten Beziehung

([www.univadis.de/medical.de/medical\\_and\\_more](http://www.univadis.de/medical.de/medical_and_more); Bircher J, Wehkamp K\_H: Das ungenutzte Potential der Medizin Rüffer&Hub. ISBN: 3907625315)

Das sog. **Meikirch-Modell** (Wohnort von Johannes Bircher; Vorschlag der Verlegerin Frau Anne Rüffer, das Modell so zu bezeichnen, da an diesem Ort die wesentlichen Konzepte erarbeitet worden sind. [www.meikirch-modell.net](http://www.meikirch-modell.net))

### **Zukünftige Merkmale/Leitgedanken/neue Identität der Medizin:**

„Die Identität der Medizin setzt sich aus vier Elementen zusammen:

1. Definition von Gesundheit und Krankheit
2. Ziele
3. Professionalität und
4. Werte.

In jeder Gesellschaft müssen die Einzelheiten der Identität in einem sozialen Prozess mit den Vorstellungen der Menschen abgestimmt werden.“ (Bircher et al. 2006, S. 198, 199)

## 1. Gesundheitsdefinition und Krankheitsdefinition:

Zentral ist der Begriff des Potentials, das sich aus zwei Komponenten zusammensetzt:

### **1.1. Biologisch gegebenes Potential** (naturwissenschaftliches Denken und Handeln)

Genetische Ausrüstung; „Bei der Geburt hat das biologisch gegebene Potential eine endliche Größe, die zusätzlich durch die Qualität der Schwangerschaft bestimmt wurde und von Mensch zu Mensch verschieden ist.“ (Bircher et al. 2006, S. 57)

### **1.2. Persönlich erworbenes Potential** (geisteswissenschaftlich durch Gespräche (narrativ) erfassbar)

„Das persönlich erworbene Potential schließt alles ein, was sich ein Mensch im Laufe seines Lebens aneignen kann. (vgl. auch Kohärenz: Verständnis für seine Lebenssituation: Kenntnis; Fähigkeit die Umstände seiner Lebenssituation handhaben zu können: Management; die Möglichkeit, in seiner persönlichen Lebenssituation einen Sinn zu finden: Sinn) Dazu gehören verschiedene Komponenten wie die Immunität, motorische und sensorische Fähigkeiten, erlernte Fähigkeiten, psychische und spirituelle Entwicklung sowie soziales Kapital. Die

Entwicklung dieses Potentials beginnt – dem Verhalten der Mutter entsprechend – schon in der Schwangerschaft. Es ist bei der Geburt noch relativ klein und vergrößert sich rasch in der Kindheit und in der Adoleszenz. Grundsätzlich kann es sich während des ganzen Lebens weiter vermehren, kann sich aber auch vermindern...das persönlich erworbene Potential ist für die Gesundheit besonders interessant. (Bircher et al. 2006, S. 57, 58, 59, 60)

Beide Potentiale stehen den alters- und kulturspezifischen Ansprüchen des Lebens gegenüber, denen jeder Mensch in Eigenverantwortung zu genügen hat.

(geisteswissenschaftlich durch Gespräche (narrativ) erfassbar)

Diese Gesichtspunkt begründen die besondere Doppelnatur der Medizin als Natur- und Geisteswissenschaft. Die Reflektion über größere Zusammenhänge des medizinischen Handelns darf im Alltagsgeschäft nicht verloren gehen. (Bircher, 2006, S. 25)

**Definition:**

„Gesundheit ist ein dynamischer Zustand von Wohlbefinden, bestehend aus einem biopsychischen Potential, das genügt, um die alters- und kulturspezifischen Ansprüche des Lebens (Urerfahrung; 1. Mose 3, 19) in Eigenverantwortung zu

befriedigen. Krankheit ist der Zustand, bei dem das Potential diesen Ansprüchen nicht genügt.“ (Bircher et al. 2006, S. 53)

## **2. Die Ziele angemessener Versorgung in Bezug auf die echten Bedürfnisse des Menschen**

Schere zwischen dem Potential und der praktischen Realisierung:

Hinweise auf die Krise der Medizin:

### **Finanzierungsproblematik**

Hier darf Albert Schweizer zu Wort kommen: „Humanität besteht darin, dass niemals ein Mensch einem Zweck geopfert wird.“

„- Die Bestimmungsmacht über die Gestaltung der Medizin ist von den Ärzten an Manager und Politiker übergegangen, die sich in erster Linie darum bemühen, die Kosten zu senken.

- Konsequenzen des Rationalisierungsdrucks sind Verminderung der Zeit in der Arzt-Patienten-Beziehung und verdeckte sowie ungerechte Rationierung.



- Die steigende Arbeitslast, insbesondere bei den Assistenzärzten und in der Pflege, hat bereits bestehende vertikale und horizontale Kommunikationsprobleme verschärft und die Attraktivität des Arztberufes vermindert.

- Der Zwang zur Rechtfertigung ärztlicher Tätigkeiten führt zur Überbewertung somatischer Befunden und zu einer defensiven Medizin.

- Qualitätssicherungsprogramme haben bisher enttäuscht.“ (Bircher et al. 2006, S. 26)

„Wenn Politiker und Manager ihre bisherigen Indikatoren mit der Qualität ärztlicher Leistung gleichsetzen, begehen sie einen folgenschweren Fehler.“  
(Bircher et al. 2006, S.75)

„Die Entwicklung neuer Arzneimittel sowie diagnostischer und therapeutischer Geräte folgt überwiegend wirtschaftlichen Gesichtspunkten.“ (Bircher et al. 2006, S. 134)

„Um die Forschungsplanung auf die großen Gesundheitsprobleme der Menschheit auszurichten, müssten Prioritäten für eine bessere Integration der Medizin in das Gesundheitssystem, für die Problematik der großen Seuchen weltweit und für die

chronischen Krankheiten neu gesetzt werden. Diesem Anliegen stehen zur Zeit ungenügende Ressourcen zur Verfügung. (Bircher et al. 2006, S. 134)

## **„Beispiele von Interessenkonflikten in der Medizin und im Gesundheitswesen**

### **Beispiele auf Seiten der Medizin**

#### 1. Diagnostik

- + mehr Untersuchungen zur Amortisation von Apparaten
- + mehr Untersuchungen dank Unterstützung der Industrie
- + mehr Untersuchungen zur juristischen Absicherung des Arztes
- + weniger Untersuchungen wegen Kopfpauschale

#### 2. Therapie

- + beeinflusste Wahl von Arzneimitteln durch Vergünstigungen der Industrie
- + Abgabe von mehr Arzneimitteln – Gewinn durch Selbstdispensation
- + Operationsindikationen im Interesse der Auslastung der chirurgischen

#### Klinik

- + verlängerte/verkürzte Aufenthaltsdauer im Spital im Interesse der Klinik
- + Verlängerung einer Psychotherapie zur Arbeitsbeschaffung

- + mehr Therapiekontrollen mit dem Ziel, die Praxis zu füllen
- + Wahl der Therapie zum Zweck der wissenschaftlichen Forschung

### **Beispiele auf Seiten des Patienten**

- + Krankheitsgewinn
- + Ausleben verschiedener Ambivalenzen
- + maximale Ausnutzung von Versicherungsleistungen
- + Benutzung der Versicherung für versicherungsfremde Leistungen
- + Rentenbegehrlichkeit
- + ‚Arzt-Hopping‘, von einem Arzt zum anderen gehen

### **Beispiele auf Seiten des Gesundheitssystems**

- + Macht- statt Sachpolitik
- + Wahlgeschenke von Politikern oder politischen Parteien
- + Unterdrückung unangenehmer Wahrheiten durch Politiker (Rationierung)
- + autoritäres Verhalten

### **Beispiele auf der Seite der Partner der Medizin (Verwaltungen,**

Versicherungen, Wirtschaft)

+ Sicherung der finanziellen Basis von Krankenhäusern ist wichtiger als das

Patientenwohl

+ administrative Hürden und Manipulationen der Versicherungen zur

Einsparung von Kosten

+ Verkauf von Medikamenten und diagnostischen Geräten steigern

+ Verkauf von medizinischem Verbrauchsmaterial steigern

(Bircher et al. 2006, S. 105)

### **Rationalisierungsdruck**

„Bewertung medizinischer Dienstleistungen: Evidenzbasierte Medizin;

Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsanalytik (Kosten-Nutzen-Bewertungen;

Qualitätszirkel, Critical Incidence Monitoring (CRI) – Meldesystem für

kritische Ereignisse; Zertifizierungen; Health Outcom Analysis-

Ergebnismessung für Gesundheitsmassnahmen; Bench-Marking-Vergleich

mit den Besten der Branche; Qualitätsberichte mit Veröffentlichungspflicht

im Internet; externe Klinikbewertungen; Patientenbefragungen;

Untersuchung des Empowerment der Patienten)

Qualitätssicherungsprogramme haben bisher enttäuscht.“ (Bircher et al.

2006, S. 25, 26)

A.d.V: Oft werden sie z. B. als Zertifizierungsmanie für eine neue religioide Heilsbotschaft - Wir sind bewiesenermaßen die Besten – ausgeschlachtet.

Die Vertreter der medizinischen Ökonomie in enger praktischer Verbindung zum Qualitätsmanagement stehen“ fordern immer nachdrücklicher einen Wirksamkeitsnachweis medizinischer Maßnahmen. Die persönliche Erfahrung der ärztlichen und pflegerischen Fachpersonen werden zunehmend durch wissenschaftlich begründete Messverfahren auf der Basis großer Datenmengen, das heißt durch evidenzbasierte Medizin verdrängt.“ (Bircher et al. 2006, S. 25)

### **Verrechtlichung**

Interessenkonflikte (Patient als Opfer von medizinischen, pharmazeutischen oder paramedizinischen Verführungen: Anti-Aging; Lifestyle Therapie; Wellness Medizin; Nahrungsergänzung)

Ökonomisierung der Medizin („Moral Hazard: Interesse der Patienten stehen in Konkurrenz zu den eigenen Interessen der Ärzte/der Institution)

Karikatur eines Ökonomiedenkens: Die Schönheitskönigin eines Schweizer Kantons wurde im Auftrag des Schweizer Fernsehens zu verschiedenen Vertretern der „Schönheitschirurgie“ geschickt. Nur einer von ihnen fand sie schön genug und war deshalb nicht bereit, sie zu operieren.

### **3. Die medizinische Professionalität**

Konsequenzen aus dem mehr an

Verantwortungsbereitschaft/Selbstverantwortung des Patienten in Bezug auf ihre Gesundheit:

Zukünftig beschränkt sich immer mehr die Verantwortung der medizinischen Fachpersonen auf die Qualität ihrer Dienstleistungen.

#### **„Regeln für die Verantwortungspartnerschaft**

Regeln für Bürger und Patienten (B/P), Regeln für Ärzte (Ä)

##### **1. B/P**

Suche dir einen Arzt deines Vertrauens.

##### **1. Ä**

Behandle deinen Patienten als Mitmenschen, nicht nur die Symptome

2. B/P

Sei verantwortlich und mündig im Umgang mit deiner Gesundheit und in der Bestimmung der Kriterien deiner Lebensqualität.

2. Ä

Hilf deinem Patienten zu Gesundheitsverantwortung und Gesundheitsmündigkeit.

3. B/P

Vermeide Gesundheitsrisiken und nutze die Möglichkeiten der prädiktiven und präventiven Medizin.

3. Ä

Integriere die Befunde von Blutbild und Weltbild in Diagnose, Intervention und Interventionsprüfung

4. B/P

Erwarte von der Medizin Heilung oder Milderung, sei dir aber der Grenzen und Risiken medizinischer Intervention bewusst.

4. Ä

Sei dir der Leistungen und Grenzen des technisch machbaren bewusst und diskutiere sie mit deinem Patienten.

5. B/P

Verlange Information und Rat von Ärzten und Mitarbeitern und sei ihnen ein verantwortlicher und zuverlässiger Partner.

5. Ä

Sei deinem Patienten in Beratung und Behandlung ein guter Experte; respektiere Werte, Wünsche und Schwächen.

6. B/P

Erkenne die in den verschiedenen Lebensaltern, auch in Krankheiten und Behinderung liegenden Möglichkeiten und Herausforderungen individueller Lebensqualität.

6. Ä

Nutze die Möglichkeiten biomedizinischer und bioethischer Ausbildung und Fortbildung zur Erhaltung und Verbesserung deines Dienstes für den Patienten für den Patienten und die Gesundheitspflege

7 B/P



Benenne einen Betreuer und lege nach Rücksprache mit deinem Arzt diejenigen Werte und Prüfungen fest, an denen sie sich orientieren sollen, wenn du einmal nicht mehr selbst entscheiden kannst.

#### 7. Ä

Hilf Deinem Patienten beim Aufstellen von Betreuungsverfügungen und nutze sie in Absprache mit Deinem Betreuer adjuvantiv oder regulativ bei Therapieentscheidungen und in der Sterbebegleitung.

#### 8. B/P

Trage Deinen Teil bei zum verantwortlichen und solidarischen Umgang mit den Leistungen und Kosten des Gesundheitswesens.

#### 8. Ä

Trage deinen Teil bei zum verantwortlichen und solidarischen Umgang mit den Leistungen und Kosten des Gesundheitswesens.“ (Bircher et al, 2006, S. 101)

Die Systemtheorie kommt zur Erkenntnis, dass bei guten Lösungen alle Systeme profitieren. (übergeordnete System, untergeordnete Systeme; Angehörige der Medizin, Vertreter des Gesundheitssystems; Verwaltung)  
Gute Lösungen können auf keinen Fall „Top down“ oder „Bottom up“

verordnet werden. Jede Anwendung von Macht schädigt die davon betroffenen Systeme.

#### **4. Werte**

**Verantwortungsbereitschaft/Selbstverantwortung** des Patienten in Bezug auf ihre Gesundheit:

**Der Sinn des Lebens** ist die **Entfaltung der Persönlichkeit** und nicht die Anhäufung von ‚Power, Prestige und Profit‘ Dies Erkenntnis zu leben und zu vermitteln gilt gleichermaßen für Politiker, Führungspersönlichkeiten, Hochschullehrer, Ärzte, ärztliches Personal

#### **Zukünftige Wirksamkeit der Leitgedanken:**

1. Wirkungen auf Wirtschaftlichkeit der Medizin
- 2, Konsensfindung bei Therapien
3. Angemessenere medizinische Ausbildung
4. Überlegung, die 3 Grundgedanken der „Mayo Klinik“ evtl. in das eigene System zu integrieren:

#### 4.1 Die „Mayo Klinik“ hat eine offen erklärte Identität:

Exzellenz in der Patientenversorgung

Exzellenz in Forschung und Lehre

In beiden Bereichen steht der Patient immer an erster Stelle.

#### 4.2 Die „Mayo Klinik“ realisiert ihre Exzellenz, indem ihre Arbeitsweise von

der Spitze bis zur Basis in einem ausgefeilten System von

Kommissionen regelmäßig besprochen wird. Dadurch werden die

Dialoge gesichert.

#### 1.3 In der „Mayo Klinik“ liegt die Verantwortung auf allen Stufen - auch bis

zu oberst - nur bei Ärzten, die den Kontakt zur Basis behalten, indem

sie immer auch Patienten betreuen.

**Alle Verwalter sind Ärzten unterstellt.**

„Beispiele für Erfolge, partielle Erfolge und Misserfolge der Sozialmedizin/Public health in entwickelten Ländern.

### **Große Erfolge der Sozialmedizin/Public health**

- + Wasser und Abwassersanierung. Nahrungsmittelsicherheit
- + Ersatz von Spurenstoffen (Jodprophylaxe der Schilddrüsenerkrankungen und Fluorprophylaxe der Karies)
- + Impfungen, die verfügbar sind (Impfungen)
- + Quarantäne (SARS)
- + biomedizinische Forschung (Pocken, HIV, SARS, Vogelgrippe)
- + globale Frühwarnsysteme (SARS, Vogelgrippe)
- + Kariesprophylaxe in der Schule
- + Zugang zu medizinischer Versorgung für alle Einwohner

### **Partielle Erfolge der Sozialmedizin/Public health**

- + HIV-Infektion und AIDS

**Studium generale: Projekt**

© Herausgeber: Prof. Dr. med. Bernd Fischer [www.wissimed.de](http://www.wissimed.de)

Gesundheit

+ sozialer Gradient (Heute sind allerdings die Lebensbedingungen

unterprivilegierter Schichten wesentlich besser als während der industriellen

Revolution des 19. Jahrhunderts)

+ Drogenkonsum (er verläuft in geordneteren Bahnen als ohne

Sozialmedizin/Public health)

+ Sozialpädiatrie, Frühförderung der Kinder

+ Rückgang der Verkehrsunfälle

+ Rückgang der Arbeitsunfälle

**Misserfolge der Sozialmedizin/Public health**

+ Rauchen (Zigarettenkonsum)

+ Fettsucht (Diabetes Typ 2, Metabolisches Syndrom)

+ Kindererziehung: Fernsehen, Mangel an körperlicher Betätigung

+ Alkoholkrankheit

+ körperliche Verletzungen infolge Gewaltanwendung (einschl. sexueller Gewalt)

+ Empowerment der Bevölkerung zur Übernahme der Eigenverantwortung für die  
Gesundheit

+ Übernahme der Verantwortung der Wirtschaft für die Ermöglichung von  
Gesundheit der Mitarbeiter“ (Bircher et al. 2006)

## Literatur

- Antonovsky, A., Sourani, T.:** Family Sense of Coherence and Family Adaptation. Journal of Marriage and the Family 50 (1988), 79 - 92
- Antonovsky, A.:** Health, Stress, and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Well-Being. Jossey-Bass, San Francisco (1979)
- Antonovsky, A.:** The Sense of Coherence as a Determinant of Health. In: Matarazzo, J.D., Weiss, S.M., Herd, J.A. et al. (Eds.): Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention. Wiley, New York (1984), 114 - 130
- Antonovsky, A.:** Unraveling the Mystery of Health. Jossey-Bass, San Francisco (1987)
- Bartsch, H.H., Bengel, J.:** Salutogenese in der Onkologie. Karger, Basel (1997)
- Bengel, J., Strittmatter, R., Willmann, H.:** Was hält Menschen gesund? - Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert / Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Köln 3. Aufl. - Köln : BZgA, 1999 (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung; Bd. 6)
- Berger, P.L., Luckmann, T.:** The Construction of Reality. Doubleday, Garden City (1966)
- Bircher J, Wehkamp K-H:** Das ungenutzte Potential der Medizin rüffer & rub, Zürich 2006
- Borgers, D.:** Primärprävention von Volkskrankheiten. Biotechnischer Eingriff und soziale Prävention. Prävention: Gesundheit und Politik. Argument Sonderband 64 (1981), 27 - 51 Berlin: Argument
- Canguilhem G:** Das Normale und das Pathologische, Hanser, München 1974
- Engel, G.L.:** Die Notwendigkeit eines neuen medizinischen Modells: Eine Herausforderung der Biomedizin. In: Keupp, H. (Hrsg.): Normalität und Abweichung, Fortsetzung einer notwendigen Kontroverse. Urban & Schwarzenberg, München (1979), 63 - 86
- Engelhardt, v.D.:** Chronische Kranke. Eine neue Herausforderung der Medizin. Katholische Ärztarbeit Deutschland. Verlag J.P. Bachem, Köln (1983), 83 - 92
- Engelhardt, v.D.:** Coping - was ist das? Ärztliches Management 5 (1985), 147 - 152
- Engelhardt, v.D.:** Mit der Krankheit leben - Stile und Strategien des Patientencoping. In: Schäfer, H., Schipperges, H., Wagner, G. (Hrsg.): Präventive Medizin. Springer Verlag, Heidelberg, New York (1987), 257 - 258
- Engelhardt, v.D.:** Zur Copingstruktur. Vom Umgang des Kranken mit seiner Krankheit. Erfahrungsheilkunde 31 (1982), 765 - 773
- Erben, R., Franzkowiak, P., Wenzel, E.:** Die Ökologie des Körpers, Konzeptuelle Überlegungen zur Gesundheitsförderung. In: Wenzel, E. (Hrsg.): Die Ökologie des Körpers. Suhrkamp, Frankfurt (1986), 13 - 120
- Faltermaier, T.:** Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. Beltz, Weinheim (1994)
- Fischer, B., Greß-Heister, M., Heister, E.:** Ein komplexes System - Geriatrie / Gerontologie, Geriatriisch-gerontologische Rehabilitation und Geriatriisch-gerontologische Prävention. Vless Verlag, Ebersberg (1993)
- Fischer, B., Greß-Heister, M., Heister, E.:** Rehabilitation, Prävention und Gesundheitsfürsorge im Alter. G. Braun Fachverlage, Karlsruhe (1994)
- Fischer, B., Fischer, U. Mosmann, H.:** Salutogenese (Seminarunterlagen). WissIOMed, Haslach (2000)
- Fischer, B., Fischer, U., Mosmann, H.:** Erfolgreiches Alter - Altern. WissIOMed, Haslach (2000)
- Fischer, B., Fischer, U., Mosmann, H.:** Intergratives Hirnleistungstraining IHT® . WissIOMed, Haslach (2001)
- Fischer, B., Fischer, U., Mosmann, H.:** Plastizität (Seminarunterlagen). WissIOMed, Haslach 2001
- Fischer, B.:** Konzeption der Fachklinik Klausenbach. (uneröffentlichtes Manuskript 2001)
- Fischer B:** Vitalitätskonzept, Seminarunterlagen 2009, unveröffentlichtes Manuskript

**Studium generale: Projekt**

© Herausgeber: Prof. Dr. med. Bernd Fischer [www.wissioemed.de](http://www.wissioemed.de)

**Gesundheit**

- Fisher** Roger, Ury William, Patton Bruce: Das Harvard-Konzept. Der Klassiker der Verhandlungstechnik. 23. Auflage. Campus, Frankfurt a. M. 2009. ISBN 978-3-3593-38982-0
- Gadamer** H-G: Über die Verborgenheit der Gesundheit, Ausätze und Vorträge. Suhrkamp, Frankfurt a. M. 1993, S,143
- Greß-Heister**, M : Früherkennung dementieller Syndrome 13.09.2003. gress@mgh-brainlab.de
- Halhuber**, H.-J.: Hat die „Kur“ eine Überlebenschance? In: Hartmann, B., Große-Ruyken, F.-J., Bassenge, E. (Hrsg.): Prävention und Rehabilitation durch Kuren: Tradition und Zukunft. Heft 2 F.K. Schattauer Verlagsgesellschaft, Stuttgart (1990), 56 - 60
- Hartmann**, F.: Alter, Krankheit, Gesundheit. In: Baltes, M.M., Kohli, M., Sames, K. (Hrsg.): Erfolgreiches Altern. 1. Aufl. Hans Huber Verlag, Bern (1989), 170 - 175
- Haug**, H.: Morphologische Parameter des Alterns in der menschlichen Hirnrinde. In: Baltes, M.M., Kohli, M., Sames, K. (Hrsg.): Erfolgreiches Altern. 1. Aufl. Hans Huber Verlag, Bern (1989), 226 - 232
- Hauser** : Gesundheit und Krankheit im Kontext einer philosophisch-theologischen Anthropologie. In: Hensen P, Kölzer C (HRSG.): Die gesunde Gesellschaft VS Verlag, Wiesbaden 2011, 169-179
- Holzgrafe**, M.: Die morphologischen Grundlagen der Reorganisation im erwachsenen Nervensystem. In: Barolin, G.S. et al. (Hrsg.): Neuro-Rehabilitation in Forschung und Praxis. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart (1990), 26 - 38
- Hurrelmann** K: Gesundheitswissenschaftliche Ansätze in der Sozialisationsforschung. In: Hurrelmann K, Ulich D (Hrsg.): Neues Handbuch der Sozialisationsforschung. Beltz, Weinheim, Basel 1991, S. 189-213
- Jänicke**, B., Schulze, G., Coper, H.: Motor Performance Achievements in Rats of Different Ages. Exp. Geront. 18 (1983), 393 - 407
- Jänicke**, B.: Adaptation als Ausdruck biologischer Plastizität. In: Baltes, M.M., Kohli, M., Sames, K. (Hrsg.): Erfolgreiches Altern. Hans Huber Verlag, Bern, Stuttgart, Toronto (1989), 270 - 276
- Kolb**, B., Whishaw, I.Q.: Neuropsychologie. Hrsg. von M. Prizel aus dem Engl. übers. von Mauch, M. - 2. Auflage Spektrum Akad. Verl., Heidelberg, Berlin, Oxford (1996), 468
- Kruse**, A., Lehr, U.: Intelligenz, Lernen und Gedächtnis im Alter. In: Platt, D., Oesterreich, K. (Hrsg.): Handbuch der Gerontologie (Bd. 5), Neurologie, Psychiatrie. Fischer, Stuttgart, New York (1989), 391 - 417
- Lamprecht**, F., Johnen, R.: Salutogenese. Ein neues Konzept der Psychosomatik? VAS, Frankfurt (1994)
- Lamprecht**, F., Johnen, R.: Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik? 3. überarbeitete Auflage. VAS, Frankfurt (1997)
- Lindenberg**, U., Smith, J., Baltes, P.B.: Das Altern der Intelligenz: Möglichkeiten und Grenzen. Münch. Med. Wschr. 131 (1989) 6, 93 - 96
- Monakow**, C.v.: Die Lokalisation im Großhirn und der Abbau der Funktion durch kortikale Herde. In: Bergmann, J.F., Wiesbaden (1914); (Translated and Excerpted by G. Harris) In: Pribram, K.H. (Ed.): Mood. States and Mind. Penguin, London (1969), 27 - 37
- Nordenfelt** L, Liss P-E (eds.): Dimensions of health and health promotion. Editions Rodopi B. V. Amsterdam 2003
- Oyen**, R., Feser, H.: Entwicklung eines modernen Gesundheitsbegriffes als Grundlage konzeptueller Überlegungen zur Gesundheitserziehung. Prävention 5 (1982), 99 - 103
- Rosenquist**, A.C., Palmer, L.A.: Visual Receptive Field Properties of Cells of the Superior Colliculus After Cortical Lesions in the Cat. Exp. Neurol. 33 (1971), 629 - 652  
Zit. nach Bircher J, Wehkamp K-H: Das ungenutzte Potential der Medizin rüffer & rub, Zürich 2006, S. 101, zit. nach **Sass** H-M: Interventionen in Verantwortungspartnerschaft mit dem Patienten Münch. Med. Wochenschrift 1995, 137:134-137
- Schäfer**, H. Döll, S., Höffler, K.-W. et al.: Schutzfaktoren: Was hält uns gesund? II Seminareinheit. In: Schliehe, F., Schäfer, H., Buschmann-Steinhage, R. et al.: Aktiv Gesundheit fördern - Gesundheitsbildungsprogramm der Rentenversicherung für die medizinische Rehabilitation. Hrsg.: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) Schattauer, Stuttgart, New York (2000), S. 21 - 185
- Schüffel**, W., Brucks, U., Johnen, R. et al.: Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis Ullstein & Mosby, Wiesbaden (1998)
- Sherrington**, C.S.: The Integrative Action of the Nervous System. Yale Univ. Press, New Haven (1906)

**Studium generale: Projekt**

© Herausgeber: Prof. Dr. med. Bernd Fischer [www.wissimed.de](http://www.wissimed.de)

**Gesundheit**

**Spear, P.D., Baumann, T.P.:** Neurophysiological Mechanisms of Recovery from Visual Cortex Damage in Cats: Properties of Lateral Suprasylvian Visual Area Neurons Following Behavioral Recovery. *Exp. Brain. Res.* 35 (1979), 177 - 192

**Teuber, H.-L., Battersby, W.S., Bender, M.B.:** Visual Field Defects after Penetrating Missile Wounds of the Brain. Harvard Univ. Press., Cambridge, Mass (1960)

**West, J.R., Deadwyler, S.A., Cotman, C.W. et al.:** A Experimental Test of Diaschisis. *Beh. Biol.* (1976), 419 - 425

**Wetzel, H.:** Konzepte der Normalität und Abnormalität des Verhaltens. In: Wittling, W. (Hrsg.): *Handbuch der klinischen Psychologie.* Hoffmann, und Campe, Hamburg (1980), 14 - 61

**Wickelgren, B.G., Sterling, P.:** Influence of Visual Cortex on Receptive Field in the Superior Colliculus of the Cat. *J. Neurophysiol.* 32 (1969), 16 - 23

**World Health Organization:** Präambel zur Satzung.  
WHO, Genf (1948)