

Gesundheitserziehung in der Kur

Integration von Kurmaßnahmen und
Nachsorge am Wohnort

070053A

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung



Gesundheitserziehung in der Kur

Integration von Kurmaßnahmen und
Nachsorge am Wohnort

Tagung vom 15. - 17. Januar 1986 in Bad Sassendorf

veranstaltet von der

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

in Zusammenarbeit mit der

Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V.

und dem

Deutschen Bäderverband e.V.

ARCHIVEXEMPLAR

Reg.-Nr.: ~~225/86~~ 100 53
(1.7.6.)

Impressum

Herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, im Auftrag des Bundesministers für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit

Druck: Hausdruckerei der BZgA, Köln
Erscheinungsdatum: August 1986
Auflage: 500

Nachdruck und Vervielfältigung - auch teilweise - sind ohne weitere Genehmigung für nichtgewerbliche Zwecke unter Angabe der Quelle und des Erscheinungsdatums gestattet.

Diese Schrift ist kostenlos erhältlich bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Postfach 91 01 52, 5000 Köln 91.

I N H A L T S V E R Z E I C H N I S

	Seite
I. Teil: Begrüßungsansprachen	
- Dr. med. Elisabeth Pott, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	6
- Prof. Dr. med. Karl Triebold Bundesvereinigung für Gesundheits- erziehung	8
- Kurdirektor Rudolf Hilger, Bad Sassendorf Deutscher Bäderverband und Kurver- waltung Bad Sassendorf	11
II. Teil: Zusammenfassender Bericht	
1. Zusammenfassung	12
2. Ausgangsproblem und Zielvorstellung für die Durchführung der Tagung	12
3. Hauptaussagen der Referenten	14
3.1 Perspektiven der Gesundheitserziehung vor, während und nach der Kur aus der Sicht verschiedener beteiligter Professionen, Einrichtungen und Träger	14
a) Kurkliniken	14
b) Niedergelassene Ärzte	16
c) Angebote der Gesundheitserziehung am Wohnort	17
3.2 Beispiele für die praktische Koppelung von Kurmaßnahmen und Nachbetreuung	19
a) Unna (Der Beitrag der Volkshochschule)	19
b) Schleswig-Holstein (Rheumaversorgung)	20
c) "Kombinationsmodell Bad Oeynhausen"	21
d) Mönchengladbach ("Gesundheit trainieren")	21
e) Bad Sachsa (AOK-Kurklinik und -Nachbetreuung)	22
f) Bad Pyrmont (Herz-Kreislauf-Kurcenter)	22
g) Hannover (Müttergenesung)	23

	Seite
4. Ergebnisse der Tagung: Anforderungen für die zukünftige Arbeit	24
4.1 Die Vorbereitung der Patienten auf die Kur	24
a) Auswahl der Patienten für die Kur	24
b) Informations- und Beratungsgespräche am Wohnort	25
c) Kontakte bzw. Informationsaustausch zwischen den Ärzten und Einrichtungen am Wohnort sowie am Kurort	26
4.2 Formen der Gesundheitserziehung am Kurort	27
a) Gesundheitserziehung als Bestandteil der Kur	27
b) Vorbereitung auf die Fortführung der Gesundheitserziehung nach der Kur	28
4.3 Formen der Nachbetreuung	29
a) Kontakte und Informationsaustausch zwischen Ärzten bzw. Einrichtungen am Kurort und am Wohnort nach Kurende	29
b) Gesundheitsförderung am Wohnort: Anlaufstellen, Koordinationsstellen, Vermittlungsstellen und Anbieter	30
c) Inhalte und Methoden der Gesundheitserziehung in der Nachbetreuung	31
d) Die Verselbständigung des Erlernten	32
4.4 Formen der Wirksamkeitsüberprüfung	33
a) Begleituntersuchung am Kurort	33
b) Begleitung der Nachbetreuung	34
c) Überprüfung der Langzeitwirkungen	34
4.5 Schwerpunkte notwendiger zukünftiger Verbesserungen (im Überblick)	35
 III. Teil	
1. Programm	37
2. Referate	
- Dr. med. Ch. Kirschner Rahmenbedingungen der klinischen sowie der freien Kur	40

- Josef Wolters und Dr. med. F.-W. Kaufmann Gesundheit selber machen	48
- Dr. med. Otto Forstmeyer Die Rolle des niedergelassenen Arztes in der Führung seiner kurenden Patienten	60
- Reinhard Mann-Luoma Kurssysteme der BZgA Einsatz in der Kur und am Wohnort	66
- Wolf-Dieter Fischer Bewegungstherapie am Wohnort - indikationsspezifische und unspezifische -	75
- Helmut Breitkopf Der Beitrag der Volkshochschule in der Kurvor- und -nachbereitung	88
- Dr. Uwe Prümel Modell "Wohnortnahe, interdisziplinär- kooperative und kontinuierliche Ver- sorgung von Kranken mit chronischer Polyarthritits in Schleswig-Holstein	97
- Karlheinz Allwicher Gesundheit trainieren Kommunales Pilotprojekt	122
- Dr. med. Friedrich Haux Bericht über ein Modellvorhaben zum Zusammenhang von Kurmaßnahmen und nachgehender Betreuung	127
- Daniela Walter Gesund leben - fit bleiben! DAK Herz-Kreislauf-Kurcenter "Haus Weserland"	136
- Gabriele Diers und Dorothea Vesper Modellprojekt "Aufsuchende und begleitende Hilfen in der Müttergenesung"	151
3. Teilnehmerliste	160

Begrüßung

Dr. med. Elisabeth Pott,
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Ich möchte mich vorstellen, mein Name ist Pott. Ich leite die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Einige von Ihnen kennen mich ja schon aus früherer Zusammenarbeit. Bad Sassendorf habe ich heute zum ersten Mal gesehen, aber ich muß sagen, der erste Anblick hat mich schon sehr beeindruckt. Ich darf Sie alle hier ganz herzlich begrüßen, insbesondere natürlich die Mitveranstalter, nämlich die Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung, vertreten durch Herrn Prof. Triebold und den Geschäftsführer Herrn Neuhaus und den Deutschen Bäderverband vertreten durch Herrn Kurdirektor Hilger. Ich möchte mich sehr herzlich bedanken, daß es zu einer Zusammenarbeit auf dem Gebiet "Gesundheitserziehung in der Kur" gekommen ist. Der Deutsche Bäderverband und die Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung haben sich schon sehr viel länger mit dem Thema "Gesundheitserziehung in der Kur" befaßt und verfügen auf diesem Gebiet bereits über große Erfahrungen. Die Bundeszentrale hat dieses Thema erst neu aufgegriffen, aber angesichts verschiedener Aspekte, denke ich, daß es so wichtig ist, daß auch wir uns mit dem Thema in Zukunft näher befassen müssen. Wir werden in Kooperation mit anderen versuchen, einen Beitrag zu leisten, damit die Gesundheitserziehung in der Kur noch verbessert werden kann. Der Stellenwert der Gesundheitserziehung in der Kur hat in den letzten Jahren ständig zugenommen. Es gibt zwar die Richtlinien des Deutschen Bäderverbandes für Gesundheitserziehung in der Kur, es ist aber bei weitem noch nicht überall alles verwirklicht, was dort empfohlen wird und ich denke wir müssen noch gemeinsam erste erfolgversprechende Ansätze vertiefen und ausbauen.

Für das Jahr 1986 rechnet man mit rund 650.000 Kuren. Allein diese Zahl zeigt, welche Möglichkeiten in einem solchen Ansatz "Gesundheitserziehung in der Kur" stecken.

Nachdem ich die Vorüberlegungen der Bundeszentrale kurz dargestellt habe, möchte ich noch herausstellen um welche Phase im Gefüge einer Kur - Vorbereitung einer Kur, Durchführung einer Kur, Nachsorge nach der Kur - es uns bei der heutigen Veranstaltung, und in den Projekten, die hier vorgestellt werden, besonders geht. Das ist die Phase am Wohnort nach Beendigung der Kur. Der Kurerfolg hängt wesentlich davon ab, wie sich der Kurpatient nach der Rückkehr aus der Kur in seiner normalen Umgebung zu Hause verhält. Schafft er es, das während der Kur erlernte gesundheitsgerechte Verhalten zuhause weiter fortzuführen? Welche Institutionen gibt es, die ihn dabei unterstützen könnten? Sind ihm diese Institutionen bekannt, hat er Zugang zu ihnen oder welche Hindernisse stehen einer Inanspruchnahme entgegen?

Es ist sicherlich hilfreich und wertvoll, wenn wir gerade zu diesem Thema einen Erfahrungsaustausch mit Experten und Einrichtungen durchführen, die sich schon intensiv mit diesen Problemen unter den verschiedensten Bedingungen befaßt haben. Deshalb ist diese Runde heute hier zusammengesetzt aus Vertretern verschiedener Fachrichtungen und aus verschiedenen Institutionen und Verbänden. Ich hoffe, daß dieser Erfahrungsaustausch für Sie einige neue Erfahrungen und Erkenntnisse bringt. Dieser Erfahrungsaustausch hat das Ziel, Projekte aus dem ganzen Bundesgebiet miteinander und durch Veröffentlichung eines Tagungsberichts - auch einer größeren Gruppe von Interessierten bekannt zu machen. Darüber hinaus soll er der BZgA als Grundlage für die Entscheidung über weitere Maßnahmen auf diesem Gebiet dienen.

Er soll also vor allem die Frage beantworten, wohin soll die BZgA angesichts bereits bestehender Modelle und vorhandener Erfahrungen ihre diesbezüglichen Aktivitäten in Zukunft lenken? Welche Materialien kann die BZgA entwickeln um sich abzeichnende Lösungsansätze zu unterstützen? Voraussetzung für die Beantwortung dieser Frage ist natürlich eine konkretere Definition der Probleme und eine Ableitung dessen, was hier noch zusätzlich getan werden sollte.

Ich bin Ihnen sehr dankbar, daß Sie alle gekommen sind und daß Sie uns bei dieser Aufgabe helfen wollen. Ich hoffe, daß Sie einige neue Erfahrungen und Erkenntnisse mit nach Hause nehmen können. Ich wünsche uns allen einen regen Austausch und für jeden einen Gewinn von dieser Tagung.

Vielen Dank.

Prof. Dr. med. Karl Triebold, M.A.
Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung

Als Vizepräsident der Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung darf ich Ihnen im Namen des Vorstandes, insbesondere der heute leider verhinderten Präsidentin, Frau Dr. Neumeister, MdB, herzliche Grüße überbringen und vor allem der heutigen Zusammenkunft einen erfolgreichen Verlauf wünschen.

Gleichzeitig danke ich der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung für die Einladung, bei dieser Tagung als Mitveranstalter tätig zu sein und hoffe, daß damit unsere Zusammenarbeit weiter verstärkt wird. Dieser Wunsch bezieht sich auch auf den Deutschen Bäderverband, für den das heutige Tagungsthema "Gesundheitserziehung in der Kur" besonders wichtig ist.

In den letzten Jahren wird die Bedeutung gesundheitsfördernder Lebensweise zunehmend erkannt und damit der Gesundheitserziehung steigende Bedeutung zugewiesen. Doch sind diese Bestrebungen keineswegs neu, wie ein kurzer Rückblick zeigt: So schloß sich bereits 1921 in Berlin ein "Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung" zusammen, dessen Wiedergründung 1954 in Bonn als "Bundesausschuß für gesundheitliche Volksbelehrung" erfolgte. Er wurde 1969 in "Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung" umbenannt, nachdem die "Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung" in Köln als staatliche Institution ins Leben gerufen war.

In der Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung arbeiten heute rund 150 Mitgliedsorganisationen, wie Verbände der Ärzte und anderer Heilberufe, der freien Wohlfahrtspflege, der Krankenversicherungen, der Sozialpartner, Frauen- und Lehrerverbände und andere gesellschaftliche Gruppierungen zusammen, sowie auch weiterhin 100 Einzelmitglieder. Diese verschiedenartigen Gruppen deuten bereits die unterschiedlichen Arbeitsschwerpunkte an.

Schon recht früh erkannte man die ausgezeichnete Möglichkeit der Kur für die Gesundheitserziehung. So findet sich bereits vor fast 20 Jahren im "Handbuch der Gesundheitserziehung von A-Z", das von der Bundesvereinigung in Lose-Blatt-Form jährlich ergänzt und aktualisiert wird, ein umfassender Beitrag "Gesundheitserziehung im Kurort" von Dr. Kleinschmidt, Chefarzt der Oberlandklinik Bad Tölz.

Eine eigene Tagung "Gesundheitserziehung in der Kur" wurde vom 29. - 31. Mai 1975 in Freudenstadt in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Bäderverband und dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger durchgeführt. Die 200 Teilnehmer beschlossen einstimmig, "daß die auf dieser Tagung von den beteiligten Verbänden und ihren Vertretern - Ärzte, Kurdirektoren, Pädagogen, Verhaltenstheoretiker und -praktiker und die vielen anderen Berufsgruppen -

vorgetragene und vielfach begründete, moderne, multidisziplinär-wissenschaftlich konzipierte Gesundheitserziehung als ein geeignetes zusätzliches therapeutisches Instrument systematisch in das gesamte Kurwesen eingeführt, als obligatorische Kurleistung anerkannt und abgefordert und, nach ärztlicher Veranlassung, zu weitgehender Eigenständigkeit entwickelt wird."

Dieser EntschlieÙung folgten 1976 die "Richtlinien für die Gesundheitserziehung in Heilbädern und Kurorten". In der Einleitung betonte der Kurdirektor Dr. Kleinert, Bad Nauheim: "Die Einführung der Gesundheitserziehung in Heilbädern und Kurorten bedeutet eine Fortentwicklung der Heilbehandlung und Kuren entsprechend dem neuesten Stand der Medizin, Psychologie und Soziologie".

Im November 1979 erörterte die Bundesvereinigung im Rahmen einer Informationstagung in Bad Münstereifel den Stand der Gesundheitserziehung in Heilbädern und Kurorten. Es wurde ein Ausbau der Forschung zur Gesundheitserziehung in der Kur als notwendig erachtet, um die Kurerfolge nicht nur in der geschlossenen Kur, sondern auch bei den zahlreichen freien Kurteilnehmern zu erfassen. Ebenfalls wurde eine Fortsetzung der Gesundheitserziehung nach Abschluß der Kur am Heimatort gefordert.

Bei einer Tagung im Dezember 1980 in der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte in Berlin wurde empfohlen, durch intensivere Zusammenarbeit innerhalb des Kurortes die Möglichkeiten der Gesundheitserziehung der geschlossenen Kur für die offene Badekur zu nutzen. Dazu sei entsprechende Fort- und Weiterbildung des Personals notwendig.

Diese wenigen Daten zeigen, wie früh die Bundesvereinigung die einmaligen Möglichkeiten der Kur für eine erfolgreiche Gesundheitserziehung erkannte und zur Lösung dieser wichtigen Aufgabe die beteiligten Institutionen und Berufe zusammenführte, nicht zuletzt im Einvernehmen mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und dem Deutschen Bäderverband.

Die Bundesvereinigung schätzt darüber hinaus die deutschen Heilbäder und Kurorte ganz besonders für die Durchführung ihrer Arbeits- und Informationstagungen, da sich im Kurortmilieu stets günstige Rahmenbedingungen für solche Veranstaltungen finden, so auch bei der letzten Tagung vor zwei Monaten in Bad Krozingen mit dem Thema "Gemeindenähe Gesundheitserziehung", die u.a. auch die Integration von Kurmaßnahmen und Nachsorge am Wohnort behandelte.

Erlauben Sie mir als Kinderarzt an dieser Stelle die eindringliche Bitte, die besonderen Probleme der Kinderkuren trotz sinkender Geburtenzahlen, bei unseren Überlegungen nicht zu vergessen, denn die Erziehung zur Gesundheit, aber auch Erholungs- und Kurmaßnahmen, bringen bei den in ihrem Verhalten noch nicht so festgelegten Heranwachsenden günstige Erfolge - oft für ein ganzes Leben.

Abschließend darf ich noch einige persönliche Worte anfügen: Ich bin heute auch deshalb sehr gerne hierher gekommen, weil ich 1950 eine nach Bad Sassendorf verlagerte Außenstation der Kinderklinik Dortmund leitete. Zusammen mit einem jüngeren Kollegen betreuten wir 120 aktive Tuberkulosefälle vom Säuglings- bis zum Jugendalter, vornehmlich, wie damals üblich, mit Freiluftliegekuren und Lebertran. Der freundliche Ort ist mir seither in guter Erinnerung, damals zwar noch mehr als Dorf mit Badebetrieb, nicht so wie heute als modern ausgebautes Heilbad in noch immer gut überschaubaren Dimensionen. - Die Aufgabe hier wurde mir damals vor allem übertragen, da ich 1949 einen sogenannten "Badearzt-kursus" in Gießen absolviert hatte. Dort referierte man zwar über den neuesten Stand der Balneologie und der Klimatherapie, die Möglichkeiten gezielter Verhaltensänderungen durch die Kur wurden aber kaum angesprochen.

Aus meiner persönlichen Erfahrung vermag ich daher erfreut festzustellen, daß innerhalb einer Generation die Kurorte nicht nur ihr Erscheinungsbild zu ihrem Vorteil veränderten, sondern auch ihre Heilbehandlung durch die Einbeziehung der Gesundheitserziehung entscheidend fortentwickelten. Auf diesem Wege wünsche ich Bad Sassendorf und unseren anderen Kurorten weiterhin viel Erfolg!

Kurdirektor Rudolf Hilger,
Deutscher Bäderverband und Kurverwaltung, Bad Sassendorf

Im Namen des Deutschen Bäderverbandes darf ich Sie in Bad Sassendorf alle herzlich willkommen heißen und Ihnen die Grüße des Präsidenten überbringen. Der Bäderverband freut sich, daß Sie jetzt über das Thema GESUNDHEITSERZIEHUNG NACH DER Kur für die Krankenkassen-Patienten beraten wollen, nachdem vor einigen Wochen der Verband der Rentenversicherungsträger hier in Bad Sassendorf das Programm GESUNDHEIT SELBER MACHEN vorgestellt hat.

Auch als Kurdirektor von Bad Sassendorf und als Hausherr heiße ich Sie herzlich willkommen. Haben Sie keine Angst, daß ich Sie jetzt - wie das bei vielen Tagungen der Fall ist - mit der ganzen Geschichte unseres Kurortes, beginnend bei Adam und Eva, langweilen werde.

Wir haben eine Ton-Dia-Schau vorbereitet, aber nicht, wie Frau Bah schon befürchtet, um Ihnen unseren schönen Kurort darzustellen, sondern um Ihnen zu zeigen, wie man für die Kur und einen Kurort werben kann und werben sollte. Gleichzeitig wollen wir damit auch der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zeigen und sagen, wie in den deutschen Kurorten gearbeitet wird und wie sich die Kur und die Aufgaben der Kurorte verändert haben.

Wir haben uns heute als Fremde zusammengefunden und wollen in einer fast 3-tägigen Tagung zusammenarbeiten, was auch eine Gemeinschaft voraussetzt. Damit wir uns etwas schneller kennenlernen, laden wir Sie heute abend in eine Blockhütte in unserem Kurwäldchen ein.

Wir wünschen allen Tagungsteilnehmern neben der vielen Arbeit auch einige schöne Stunden in Bad Sassendorf.

Es folgt eine 13-minütige Ton-Dia-Schau mit dem Thema MEHR VOM LEBEN - BAD SASSENDORF

Tagung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in
Zusammenarbeit mit der Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung
und dem Deutschen Bäderverband

Gesundheitserziehung in der Kur - Integration von Kurmaßnahmen
und Nachsorge am Wohnort

15. - 17. Januar 1986 in Bad Sassendorf

1. Zusammenfassung

Ziel der Tagung war es, den Erfahrungsaustausch zwischen jenen Personen, Professionen und Einrichtungen zu fördern, die für die Gestaltung der Gesundheitserziehung während und nach der Kur (d.h. in der Nachbetreuungsphase am Wohnort) verantwortlich sind. Als besonders wichtiges Diskussionsthema wurde die Abstimmung zwischen Gesundheitserziehungsmaßnahmen im Kurort und den Angeboten am Wohnort angesehen. Der Übergang sollte für die Patienten inhaltlich, zeitlich und organisatorisch möglichst nahtlos erfolgen. Vom Erfolg gesundheitserzieherischer Maßnahmen läßt sich in der Regel erst dann sprechen, wenn das veränderte und verbesserte Gesundheitsverhalten dauerhaft im Alltag stabilisiert ist.

Die Referate befaßten sich dementsprechend mit notwendigen Beiträgen der verschiedenen Beteiligten (Patienten, Hausärzte, Kurärzte und -kliniken, Kostenträger, Anbieter am Wohnort), die erst das gemeinsame Ziel zu erreichen erlauben. Darüber hinaus wurden mehrere Praxismodelle vorgestellt, die innovative Lösungen für die Verknüpfung von Kur und Kur-Nachbetreuung entwickelt haben.

Die Diskussion in den Arbeitsgruppen zeigte jedoch, daß diese Modelle der "Normalsituation" sowohl für die Gesundheitserziehung in der Kur als auch für die Nachbetreuung weit voraus sind. Zur Erreichung des gesteckten Zieles bedarf es noch weiterer koordinierter Anstrengungen in allen Phasen der Kurdurchführung: bei der Patientenauswahl und -vorbereitung; bei der Gestaltung der Gesundheitserziehung in der Kur; und bei der Absicherung der Nachbetreuung.

2. Ausgangsproblem und Zielvorstellung für die Durchführung der
Tagung

Mit der Tagung in Bad Sassendorf sollte erreicht werden, daß sich Personen und Einrichtungen, die die Gesundheitserziehung in der Kurklinik mit einer Fortführung der neuerworbenen Verhaltensweise im Alltag (am Wohnort) wirksam machen wollen, kennenlernen und ihre Erfahrungen untereinander austauschen. Sie sollten darüber hinaus einen Überblick über die derzeitigen Kurmaßnahmen bekommen, die systematisch mit Kurnachsorgeaktivitäten gekoppelt sind. Dementsprechend nahmen etwa 30 Fachleute aus verschiedenen, mit

Gesundheitserziehung befaßten Einrichtungen, Trägerorganisationen und Verbänden an dieser Tagung teil. In Referaten und in Gruppenarbeit wurde die Frage untersucht, wie die während der Kuraufenthalte eingeleitete Veränderung von Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitsverhalten nach der Kur (also am Wohnort) fortzusetzen bzw. zu stabilisieren ist. Neben der eher grundsätzlichen Erörterung der Rolle verschiedener beteiligter Personen, Professionen und Institutionen wurde auf die Beschreibung und Diskussion konkreter Praxismodelle besonderes Gewicht gelegt.

Im Rahmen der Begrüßungsworte wiesen die Veranstalter, Elisabeth Pott (Leiterin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), Karl Triebold (für die Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung) und Rudolf Hilger (als Kurdirektor von Bad Sassendorf und Vertreter des Deutschen Bäderverbandes) auf die Bedeutung der Gesundheitserziehung während und nach der Kur hin. Sie tritt als zweite wichtige Aufgabe neben die "klassischen" Kuranwendungen (wie z.B. Sole- und Moorbäder). Zugleich stellten die Veranstalter in ihren kurzen Stellungnahmen fest, daß zwischen der Einsicht in die Bedeutung und Notwendigkeit der Gesundheitserziehung in der Kur und ihrer wirksamen praktischen Umsetzung noch viel koordiniertes Engagement der beteiligten Institutionen notwendig ist. So wies Karl Triebold darauf hin, daß bereits vor mehr als zehn Jahren entsprechende Entschlüsse zur Gesundheitserziehung in der Kur formuliert worden seien. Kurt Hilger wies auf die Bemühungen der Kurorte hin, ihr diesbezügliches Angebot auch dann zu verbreitern, wenn die finanzielle Absicherung durch Krankenkassen und andere Versicherungsträger noch nicht voll gesichert war. Elisabeth Pott hob hervor, daß trotz der erheblichen Fortschritte in den letzten Jahren besondere Schwierigkeiten noch bei der Fortführung der Gesundheitserziehung nach der Kur, d.h. am Wohnort der Kurpatienten bestehen. Es sei notwendig, gemeinsam herauszufinden, wie die bestehenden Möglichkeiten ergänzt, die verfügbaren Angebote besser koordiniert und aufeinander abgestimmt werden können. Wichtiger Ausgangspunkt dieser Überlegung war die Tatsache, daß die Kur sich als besonders günstige Situation erweist, eine Änderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen bei den Kurpatienten zu erreichen. Ebenso wichtig ist jedoch die Feststellung, daß dies nur dann zu dem gewünschten dauerhaften Erfolg führen kann, wenn es gelingt, diese Veränderungen in das Alltagshandeln (am Wohnort) einzubinden und zu stabilisieren. Dabei spielt die zunehmende Bereitschaft der Kostenträger, eine auch längere Zeit in Anspruch nehmende Gesundheitserziehung zu finanzieren sowie mit eigenen Programmen zu unterstützen, eine wesentliche Rolle. Für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat sich in diesem Zusammenhang die Frage gestellt, was sie zur Unterstützung der Entwicklung beitragen kann. Dabei wurde rasch deutlich, daß die Übergangsprobleme von der Kur zur Nachkurphase als ein Problem der Gestaltung gesundheitserzieherischer Maßnahmen ausführlich erörtert und fortentwickelt werden sollte.

3. Hauptaussagen der Referenten

(Da im II. Teil des Tagungsberichtes die Referate abgedruckt werden, kann sich die folgende zusammenfassende Darstellung auf die wichtigsten Gesichtspunkte der Referate konzentrieren.)

3.1 Perspektiven der Gesundheitserziehung vor, während und nach der Kur aus der Sicht verschiedener beteiligter Professionen, Einrichtungen und Träger

a) Kurkliniken

Den ersten Vortrag hielt Christoph Kirschner über "Rahmenbedingungen der klinischen sowie der freien Kur". Er betonte noch einmal, daß sich alle Verantwortlichen in den Institutionen des Gesundheitswesens über die Notwendigkeit der Gesundheitserziehung während der Kur einig sind. Dies bedeute u.a., daß eine Kur nicht nur aufgrund der Krankheitsdiagnose sondern auch mit Bezug auf die Krankheitsphase, in der Funktions- und Regulationsstörungen zum Bezugspunkt der Therapie gemacht werden, verordnet werden sollte. "Der Begriff der Kurfähigkeit bezieht sich also sowohl auf die Reaktionslage des kranken Organismus als auch auf die seelische Einstellung und Fähigkeit des Patienten zur aktiven Mitarbeit." Die Hauptaufgabe der Heilbäder und Kurorte im Medizinsystem besteht deshalb in der Prävention und der Rehabilitation sowie in der Behandlung von Funktionsstörungen bei chronischen Erkrankungen - im Sinne einer Stärkung der Restgesundheit durch Kurmittel und Verhaltensänderungen.

Allerdings bestehen nach Einschätzung des Referenten noch erhebliche Schwierigkeiten bei dem Versuch, eine angemessene Gesundheitserziehung für alle Patienten in die Kur zu integrieren. Dies betrifft vor allem die offenen Badekuren, die gegenüber den klinischen Heilverfahren sowie den Anschluß-Heil-Behandlungen wesentlich weniger bzw. in sehr viel engeren Formen möglich sind. Als wichtigste Ursache hierfür wird die enge Definition von diesbezüglichen Leistungsvoraussetzungen durch die Krankenkassen und Rentenversicherungsträger hervorgehoben. Dies betrifft gerade jene Anwendungen und Leistungen, die der Prävention, der Gesundheitserziehung bzw. der Veränderung des Lebensstils dienen. Die Kurorte haben zum Teil aus eigener Initiative und mit eigenen Mitteln das entsprechende Angebot zur Prävention und Gesundheitserziehung erweitert, doch ist eine angemessene Erfüllung dieser Aufgaben - vor allem im Rahmen der offenen Badekur - ohne Aufnahme in den Finanzierungskatalog der Krankenkassen dauerhaft nicht möglich. Besser dagegen sei die Situation bei den anderen, zuvor erwähnten Kurformen. Hier schließe der komplexere Therapieansatz mehr Möglichkeiten der Gesundheitserziehung ein, so daß die notwendigen Voraussetzungen für eine wirksame Prävention in der Kur gegeben sind. Zumindest aber herrscht hier nicht mehr der deutliche Mittelcharakter vor, der nur eine Anwendung der klassischen Reiz-Reaktionstherapie als Grundlage ortsgebundener Kurmittel fest-

schreibt. Insgesamt sei also eine Neuordnung der Aufgaben offener Badekuren sowie der kassenrechtlichen Finanzierungsgrundlagen erforderlich, um eine wirksame und ganzheitliche Gesundheitserziehung auch außerhalb der klinischen Heilverfahren zu ermöglichen.

Eine weitere Schwierigkeit für die wirksame Gesundheitserziehung am Kurort sei allerdings auch in der Erwartungshaltung der Kurpatienten zu sehen, die nicht zuletzt durch das Medizinsystem selbst auf eine Behandlung eingestellt seien. Viele Patienten kämen nach wie vor mit der Erwartung zur Kur, daß sie dort "fit gemacht" werden. Sie bringen nur geringe eigene Handlungsbereitschaft mit. Es ist deshalb erforderlich, ihnen zunächst einmal zu erläutern, daß und warum sie selbst Verantwortung für ihre Gesundheit bzw. Restgesundheit übernehmen müssen. Die Situation der Kur sei zwar geeignet, diese Orientierungsveränderungen zu bewirken und zu unterstützen. Allerdings sei nach wie vor die Auffassung dominierend, die gesundheitliche Verbesserung sei nur durch spezifische Mittel, durch Heilmittel im Sinne von Medikamenten oder einer bestimmten Heiltechnik, die von außen herangetragen wird, möglich. Zur Überwindung dieser Fehleinschätzung sei auch die Kurvorbereitung vor wichtige Aufgaben gestellt. Nur durch eine entsprechende Vorbereitung der Patienten auf die Kurinhalte und -ziele sei während des Aufenthaltes am Kurort ein entsprechendes Angebot wirksam nutzbar.

In dem folgenden Vortrag "Gesundheit selber machen" betonte Josef Wolters die Bedeutung, die die Rentenversicherungsträger der Gesundheitserziehung in der Kur inzwischen beimessen. Dazu gehört sowohl die Primärprävention als auch eine verbreiterte Grundkonzeption der Rehabilitationsmaßnahmen. Solche Reha-Maßnahmen müssen sowohl berufliche, soziale als auch individuelle/persönlichkeitsbedingte Aspekte der Lebensgestaltung berücksichtigen. Als Grundprinzipien der Rehabilitation wurden genannt: "Hilfe zur Selbsthilfe", "Motivation und Mitwirkung", "Übung und Training" sowie "Prävention" im Sinne der Verhinderung oder Eindämmung fortschreitender Entwicklung der bestehenden Krankheiten sowie Vermeidung zusätzlicher neuer Krankheitsentwicklungen. Rehabilitation umschließe also in diesem Sinne sowohl primäre als auch sekundäre Prävention.

Der Referent betonte, daß die Gesundheitserziehung den ganzen Katalog von Rehabilitationsaufgaben flankierend unterstützen müsse. Grundvoraussetzung dafür ist jedoch, daß Patienten zum veränderten Gesundheitsverhalten motiviert werden und daß sie sich dabei aus ihrer traditionellen Behandeltenrolle herauslösen. Aktive Mitwirkung der Patienten ist als Voraussetzung für eine wirksame Gesundheitserziehung unerläßlich. Gesundheitserziehung wird deshalb von den Rentenversicherungsträgern gefordert und gefördert - als fester Bestandteil der Kur und der Kur-Nachbetreuung. Die große Bedeutung, die man dem Gesundheitserziehungsprogramm beimißt, wird auch daran deutlich, daß inzwischen ein eigenes Konzept mit fünf Unterrichtspaketen entwickelt worden ist.

Das im Vortrag vorgestellte Programm (Gesundheit selber machen) soll sowohl für die Einführung während der Kur als auch für die Fortführung nach der Kur geeignet sein. Es umfaßt fünf Unterrichtspakete:

1. Grundgedanken ("meine Gesundheit, meine Aufgabe");
2. Streß;
3. Übergewicht;
4. Körperliches Training;
5. Alltagsdrogen.

Daneben wird für die sechste Stunde die Abfassung eines "Briefes mit Vorsätzen für zu Hause" vorgeschlagen. Das Programm ist konzipiert als praktische Hilfe für die in der Gesundheitserziehung Tätigen zur Vermittlung der allgemeinen Information, Einstellung und Motivation zu gesundheitsgerechtem Verhalten; und zwar als ein Basisprogramm für das Gesundheitstraining aller Patienten in den medizinischen Rehabilitationseinrichtungen, unabhängig von bestimmten Indikatoren. Das Programm wird in Form von Gruppenarbeit, die sich auch wegen ihrer unterstützenden, vielschichtigen psychodynamischen Wirkungen sowie aus organisatorischen Gründen als eine geeignete Form erwiesen habe, durchgeführt. Jedes einzelne Unterrichtspaket umfaßt vorgegebene Lernziele, eine Kurzfassung, einen Lehrplan und einen ausgearbeiteten Muster-Textvorschlag für die Durchführung der Seminarstunde, eine Prüfliste für die organisatorischen Vorbereitungen, zahlreiche Arbeitsmaterialien sowie alternative Unterrichtsvorschläge. Außerdem gehören zu jeder Seminarstunde Faltblätter als Kurzfassung für die Teilnehmer. Das Programm soll in den nächsten Monaten in vielen verschiedenen Einrichtungen zur Anwendung kommen. Wegen der knappen Zeit, die jedem einzelnen Thema gewidmet wird, ist der Einsatz zunächst hauptsächlich während der Kur vorgesehen. Nach einem Jahr soll ein Erfahrungsaustausch mit den Anwendern stattfinden, um gegebenenfalls Veränderungen und weitere Anwendungsmöglichkeiten zu überprüfen.

b) Niedergelassene Ärzte

Otto Forstmeyer sprach über "Die Rolle des niedergelassenen Arztes in der Führung seiner kurenden Patienten". Dabei wies er auf eine Reihe von Schwierigkeiten hin, die gegenwärtig noch die Zusammenarbeit zwischen Kostenträger, Hausarzt, Gebietsarzt und Vertrauensarzt sowie den Kurärzten und Kureinrichtungen bestimmen. Die mangelnde balneologische Ausbildung und Erfahrung der niedergelassenen Ärzte ist dabei ebenso bedeutsam wie die unzureichenden Informationen über die Angebote und Leistungsmöglichkeiten der Kurkliniken (und -orte) - gerade im Hinblick auf die Gesundheitserziehung. Dadurch ergeben sich nicht nur Probleme der richtigen Platzierung der Patienten sondern auch ihre angemessene Vorbereitung ("Kuraufgaben" für den Patienten). Der Mangel an Informationsaustausch und Kooperation zwischen Hausärzten und

Badeärzten wurde besonders betont. Aus der Sicht der Hausärzte betrifft dies vor allem die Bezugnahme der Kurärzte auf Diagnosen und Therapien, die bisher bereits am Wohnort praktiziert worden sind; die Information der Hausärzte über die gesundheitserzieherischen Programme einzelner Kurkliniken und Kurorte; die Rückfrage beim Hausarzt im Falle von Unklarheiten über Diagnose und Therapieansätze bei einzelnen Patienten; und schließlich die rasche Rücksendung des Entlassungsbriefes an den Hausarzt.

Nur wenn der Zusammenhang zwischen Kurvorbereitung, Kurdurchführung und Nachbetreuung im Hinblick auf das Gesundheitsverhalten Kontinuität aufweist, führt dies zu einer dauerhaften Besserung der Situation des Patienten. In diesem Sinne sollte nach Auffassung des Referenten der Hausarzt der Koordinator aller sich vor, während und nach der Kur ergebenden gesundheitsfördernder Maßnahmen sein. Diese Koordination und Kooperation könnte auch dadurch erleichtert werden, daß nicht jeder Hausarzt im Hinblick auf die einzelnen Patienten mit sehr unterschiedlichen weit verstreuten Kurkliniken zu tun bekommt. Eine gewisse räumliche Konzentration und der wiederholte Besuch einer bestimmten Kurklinik durch einzelne Patienten wäre in diesem Zusammenhang wünschenswert. Allerdings kommen in diesem Zusammenhang Hindernisse auch von den Kostenträgern, die die Begründung einschränkender Entscheidungen ("Kostendämpfung") auf die Ärzte abwälzen und zudem eine Erfahrungsbildung durch einen engen Kooperationszusammenhang mit den Kurorten durch den Hinweis auf "Gemeindebildung" unterlaufen. Schwierigkeiten bestehen allerdings auch noch am Wohnort im Hinblick auf die Wahrnehmung und sachgerechte Einschätzung unterschiedlicher Angebote - im Spektrum zwischen fachärztlicher Spezialbehandlung bis zur Selbsthilfegruppen-Teilnahme. Ärztliche Fortbildung ist notwendig, um die örtlichen Angebote zu kennen und die Patienten dann an die richtigen Einrichtungen zu verweisen.

c) Angebote der Gesundheitserziehung am Wohnort

Ein Beispiel für die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung entwickelten Kurssysteme zur Gesundheitserziehung wurde von Reinhard Mann-Luoma dargestellt. Seit vielen Jahren engagiert sich die BZgA in der Entwicklung, Überprüfung, Verteilung und Einübung von Kursen zur Gesundheitserziehung. Damit wird angestrebt, Kurse bundesweit und für die verschiedensten Multiplikatoren und Einrichtungen zur Verfügung zu stellen, deren Wirksamkeit belegt sind und die Langzeiterfolg garantieren. Kurse wie "Nicht-raucher in 10 Wochen", Übergewichts-Trainingsprogramm für Kinder" oder "Abnehmen - aber mit Vernunft", wurden von der BZgA deshalb unter Rückgriff auf die Methoden der Verhaltenstherapie ausgearbeitet und getestet. Sie werden interessierten Anwendern zur Verfügung gestellt und durch Kursleiterausbildung bzw. -betreuung flankierend unterstützt.

Für den Kurs "Abnehmen - aber mit Vernunft", der den Hauptgegenstand des Vortrages bildete, sind 23 Sitzungen (im Verlauf eines

halben Jahres) vorgesehen, in denen Schritt für Schritt eigenes falsches Ernährungsverhalten beobachtet bzw. kennengelernt wird, das eigene Verhalten analysiert und zum Teil verändert wird und das neue, richtige Ernährungsverhalten stabilisiert wird. Es handelt sich dabei um ein Gruppen-Trainings-Programm, das für etwa 10 - 15 Teilnehmer angelegt ist. Das Kursprogramm wird seit 1980 angeboten, im letzten Quartal (1985) wurden in der Bundesrepublik insgesamt 500 solche Kurse durchgeführt.

Die darin langfristig eingebundene Begleitforschung bestätigt die vergleichsweise hohe Wirksamkeit des Programms. Die Erfolgsaussagen beziehen sich insbesondere auf einen verbesserten allgemeinen Gesundheitszustand, ein aktiveres Leben, Selbstbestätigung und weniger Alkohol- bzw. Medikamentengebrauch. Eine kritische Phase besteht vor allem etwa ein halbes Jahr nach Kursende. Das Programm hat auch eine multiplikatorische Wirkung auf die Familie, da etwa in 40 % der Fälle Familienmitglieder indirekt an dem Kursprogramm (zu Hause) teilnehmen. Die Ergebnisse zur Langfristwirkung - nach fünf Jahren - stehen noch aus, werden aber in Kürze vorgelegt werden können.

Die Frage, wie ein solches Programm, das nicht in den Kur-Zeitrahmen paßt, auf Kur und Nachkur verteilt werden sollte, wird von der BZgA mit der Empfehlung beantwortet, die Vorbereitung während der Kur durchzuführen, das konkrete Verhaltensänderungsprogramm aber erst nach der Kur zu beginnen.

Die Notwendigkeit, die "Bewegungstherapie am Wohnort" stärker als bisher zum Bestandteil der Gesundheitserziehung zu rechnen, wurde in dem nachfolgenden Referat von Wolf-Dieter Fischer betont. Dabei ging es ihm zunächst um die Präzisierung dessen, was unter Bewegungstherapie zu fassen ist: "Ärztlich verordnete Bewegung mit physischer und psychischer Beanspruchung, die vom Fachtherapeuten geplant und dosiert, gemeinsam mit dem Arzt kontrolliert und mit dem Patienten allein oder in der Gruppe regelmäßig durchgeführt wird". Außerdem wurde die Bedeutung fachlicher Anleitung und Betreuung hervorgehoben, die entsprechend qualifizierte Fachausbildung (als Fachpersonal oder als Übungsleiter) notwendig macht. Nur so lasse sich die in fast allen Städten und Kommunen vorhandene Lücke zwischen Bewegungstherapie am Kurort und der am Wohnort verkleinern oder sogar ganz schließen.

Zu den bewegungstherapeutischen Angeboten am Wohnort sollten folgende indikationsspezifische Formen gehören:

- ambulanter Behindertensport (Herz-Rheuma-Tumorgruppen);
- funktionelle Gymnastik (Extremitäten-, WS-Gymnastik);
- Entspannungstherapie (Atemtherapie, autogenes Training) sowie
- Schwimmtherapie (Behinderten-, orthopädisches Schwimmen).

Als unspezifische Formen der Bewegungstherapie (ohne ärztliche Verordnung) gelten:

- Spilsportarten (Fußball, Tennis, Volleyball);

- Zweckgymnastik (Frauen-Senioren-, Skigymnastik);
- Ausdauertraining (Lauf-Radler-Wandertreffs) sowie
- Krafttraining (Bodybuilding).

Zur Sicherung dieser Angebote und zur Koordination mit früheren Kurmaßnahmen sollten am Wohnort folgende Veränderungen/Verbesserungen eingeführt werden:

- Schaffung einer Koordinierungsstelle mit dem primären Auftrag, die Gesundheitsbildung - hier die Bewegungstherapie - von Kur- und Wohnort anzugleichen;
- Erstellung eines bewegungstherapeutischen Bedarfsplanes und Einrichtung zielgruppenspezifischer Therapieangebote in Krankenhaus, freier Praxis, Sportverein, Volkshochschule, Arbeitsstätte und Altenheim;
- Einsatz von Fachkräften (Sporttherapeuten, Krankengymnasten), die neben dem Aneinanderreihen praktischer Übungssammlungen auch in der Lage sind, den zu Behandelnden über seine Aktivitäten fachgerecht zu informieren und zu langfristiger Eigenverantwortung zu motivieren;
- Kenntnis von Gesamtvereinbarung über den ambulanten Behindertensport um sicherzustellen, daß die Bewegungstherapie am Wohnort als ergänzende Leistung zur Rehabilitation im Rahmen der geltenden Vorschriften nach einheitlichen Grundsätzen finanziert werden.

Zum Schluß des Referates wurde über ein nach diesen Grundsätzen organisiertes therapeutisches Bewegungszentrum in Isny-Neutrauchburg berichtet.

3.2 Beispiele für die praktische Kopplung von Kurmaßnahmen und Nachbetreuung

Nach diesen eher grundsätzlichen Ausführungen zum Tagungsthema wurden in einer Folge von Kurzreferaten sieben konkrete Modelle vorgestellt, in denen eine beschriebene Verknüpfung von Kur und Nachbetreuung zur dauerhaften Stabilisierung des veränderten Gesundheitsverhaltens praktiziert bzw. erprobt wird.

a) Unna (Rheumaversorgung)

Im Beitrag von Helmut Breitkopf wurden die Möglichkeiten der Volkshochschulen bei der Nachbereitung von Kuren dargestellt. Mit Blick auf ein konkretes wohnortzentriertes Versorgungsmodell für Rheumakranke (in Unna) wurde geschildert, wie in der Kur erprobtes Gesundheitsverhalten im Alltag (am Wohnort) stabilisiert werden kann. Ein praktiziertes Beispiel besteht in folgender Abfolge von Schritten:

1. Kurseminar von neun Tagen am Ort, in dem Kurerfahrungen wieder aufgefrischt werden; zum Kurseminar gehören Trocken- und Warmwassergymnastik, Kochen von Vollwertnahrung, Yogaübungen, Informationen, Vorträge und gesellige Aktivitäten.

2. Durchführung zum Teil von den Teilnehmern selbst organisierter Kurseminare;
3. Selbstorganisierte Gruppentreffen (Selbsthilfegruppen).
4. Gegenseitige Unterstützung bei der Einbindung der neuen Verhaltensweisen in den Familienalltag, den Arbeitsalltag und in den Freizeitbereich.

Als schwierigstes Problem wird der letzte Schritt angesehen, der letztlich verhindern soll, daß dem Kuraufenthalt eine dauerhafte Nachbetreuung folgt. Um dies zu erreichen, müssen am Wohnort zunächst alle faktischen und potentiellen Anbieter gesundheitserzieherischer Maßnahmen mobilisiert werden, damit ein hinreichend differenziertes Angebot für diese Aufgabe gesichert ist. Die notwendige Varietät ergibt sich dabei sowohl durch verschiedene Ausgangssituationen und Mitwirkungsbereitschaften der Patienten als auch aus der unterschiedlichen Akzeptanz einzelner Anbieter von seiten der Nutzer. Im hier beschriebenen Beispielfall wurde deshalb eine Gesundheitsarbeitsgemeinschaft gebildet, in der Ärzte, Krankenkassen, Gesundheitsamt, Volkshochschulen u.a. zusammenkommen, um die Gestaltung des Angebotes abzustimmen. Das Modell läuft seit etwa einem Jahr und wird kontinuierlich wissenschaftlich begleitet. Umfassende Ergebnisse sind also noch nicht vorhanden, über Einzelaspekte des Modellprogramms - insbesondere über die Annahme und Bewertung des Kurseminars - liegen (meist sehr positive) Teilergebnisse vor.

b) Schleswig-Holstein (Rheumaversorgung)

Uwe Prümel berichtete über das Modell "Wohnortnahe, interdisziplinär-kooperative und kontinuierliche Versorgung von Kranken mit chronischer Polyarthritits in Schleswig-Holstein". Das Modell ist im gleichen politischen Förderkontext entstanden wie das zuvor beschriebene Modell aus Unna. Es konzentriert sich ebenfalls auf den Ausbau sogenannter komplementärer, d.h. nichtärztlicher Hilfen, die allerdings bei der Rheuma-Liga angebunden sind und flächendeckend für das Gesamtgebiet von Schleswig-Holstein angeboten werden sollen. Zu den komplementären Hilfen zählen hauptsächlich die Krankengymnastik, Die Ergotherapie, sozialpädagogische und sozialrechtliche Hilfen, psychologische Hilfen und Unterstützung von Selbsthilfeaktivitäten. Damit sollen folgende Ziele erreicht werden:

- Mehr cP-Kranke sollen einer Versorgung zugeführt werden;
- die Versorgung soll wohnortnah angeboten werden;
- die Versorgungsleistungen sollen interdisziplinär-kooperativ gestaltet werden;
- die Versorgungsleistungen sollen kontinuierlich angeboten werden und
- es soll dafür gesorgt werden, daß diese Leistungen von kompetenten Fachkräften oder Laienhelfern erbracht werden.

Eine wichtige Aufgabenstellung ist zugleich die Verbesserung der Kooperationen zwischen verschiedenen Anbietern ambulanter und stationärer medizinischer Leistungen. Dazu gehört die Verstärkung des Informationsaustausches zwischen den Beteiligten und Betroffenen, der Abschluß von Kooperations- und Finanzierungsverträgen mit den zuständigen Trägern, die Einrichtung mobiler Leistungseinheiten, um regionale Ungleichheiten abzubauen und um die Vernetzung des bestehenden Angebotes zu fördern. Erste Schritte in dieser Richtung sind bereits erfolgreich durchgeführt worden: Insbesondere informatorische Aktivitäten, um den Zugang zu den cP-Kranken zu verbessern bzw. die cP-Kranken auf die neuen Angebote aufmerksam zu machen; mobile Dienste sind eingerichtet worden und Kooperationsabsprachen mit verschiedenen Verbänden und Anbietern sind hergestellt worden. Zukünftige Schritte sollen auch dadurch gefördert werden, daß eine "interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft" als Beirat zum Modellvorhaben gebildet wurde und daß erste strukturelle Verfestigungen im Sinne von Verträgen zwischen Anbietern ambulanter Dienste entstanden sind. Eine Bilanzierung von Ergebnissen bzw. Erfolgen des Modellprogramms ist zur Zeit noch nicht möglich. Schwierigkeiten bestehen nach wie vor beim Zugang zu den Patienten, bei der Abstimmung des Angebotes auf die verschiedenen Krankheitsbilder, durch fehlende Warmwasserbäder und durch fehlende Fahr- und Transportgelegenheiten. Auch die Anbindung an die Rheuma-Liga ist nicht unproblematisch, weil ihre Basisstruktur in den einzelnen Gemeinden dieses großen Flächenlandes sehr unterschiedlich entwickelt ist. Zudem ist auch das Verhältnis von Rheuma-Liga und autonomen Selbsthilfegruppen, die ein wichtiges Element in der Versorgung von Rheumakranken darstellt, oft schwierig und konfliktreich.

c) Bert Saurbier stellte ein Modell zum Thema Nachsorge am Wohnort nach stationärer Heilbehandlung vor, das zum Zeitpunkt des Referates noch in der Planungsphase war.

d) Über ein ähnliches Projekt, das in Mönchengladbach bereits vor drei Jahren durchgeführt wurde, berichtete Karlheinz Allwicher. "Gesundheit trainieren" stand auch hier auf dem Programm einer am Wohnort organisierten Nachbetreuung, an der sich neben der Stadtverwaltung auch die Volkshochschule, die Allgemeine Ortskrankenkasse und Vereine (mit Gesundheitsprogramm) beteiligten. Der Ablauf erfolgte mit den Schritten "Bekanntmachung - Information - Motivation - problemorientierte Weiterarbeit - Verselbständigung". Die Themen waren "Gesunder Lebensrhythmus", "Bewegung", "Ernährung", "Streß", "Fehlverhalten (Rauchen, Trinken)". Obwohl keine Begleit- und Wirkungsuntersuchung durchgeführt wurde, kann nach der Einschätzung des Referenten von einem erfolgreichen Verlauf gesprochen werden. Die Vorträge der zweiten Phase waren kontinuierlich gut besucht. Die Kurse der dritten Phase laufen zum Teil immer noch. Insgesamt ständen in den Kommunen hinreichende Kapazitäten und Ressourcen zur Verfügung, um eine gut organisierte und wirksame Nachbetreuung der Kurpatienten sicherzustellen.

e) Bad Sachsa (AOK-Kurklinik und Nachbetreuung)

Besonders gute Ausgangsbedingungen für eine Verknüpfung der Gesundheitserziehung während und nach der Kur ergibt sich für die Arbeit der AOK-Kurklinik in Bad Sachsa, über die Friedrich Haux berichtete. Während der Kur werden die Patienten stimuliert und motiviert, ihr Gesundheitsverhalten zu ändern. Die Langzeittherapie läuft dann am Wohnort - wobei in diesem konkreten Modell die Stadt Hildesheim ausgewählt wurde. Der Vorteil dieses Modells liegt in der Kontinuität der Betreuung der Patienten (neben dem Hausarzt) auch durch die AOK. Die Kur beginnt für die einzelnen Patientengruppen zur gleichen Zeit. Sie lernen sich in der Kur kennen und können - da sie aus dem gleichen Wohnort stammen - auch nach der Kur ihre Kontakte fortsetzen. Auch der Informationsaustausch zwischen Kureinrichtung und den Anbietern der Nachbetreuung läßt sich in diesem Modell (zum Teil eben über die AOK) effektiver organisieren als in anderen Modellbeispielen. Schon in der Klinik werden die Patienten auf die Nachbetreuung vorbereitet. Sie werden ausdrücklich darauf hingewiesen, daß sie eigenes Engagement einbringen müssen, um dauerhaft zu einem verbesserten Gesundheitsverhalten zu gelangen. Der Referent betonte in diesem Zusammenhang, daß er sich deshalb in der Rolle des Beraters darstellt und nicht als jemand, der die Patienten "trägt". Dies ist umso wichtiger, als der Patient nicht nur das "neue" Verhalten im Alltag durchhalten muß, sondern sich auch mit seinen Ansprüchen an bestimmte Nachbetreuungsleistungen in der Kommune äußern und durchsetzen muß. Zu diesen Anforderungen gehören: Anleitung zur Selbsthilfe; Gesundheitsinformation; praktische Übung; verhaltenstherapeutische Maßnahmen; soziale Betreuung; Unterstützung gesundheitsbezogener Freizeitaktivitäten; medizinische Versorgung. Nur ein derart breites und koordiniertes Angebot am Wohnort sichert nach Auffassung des Referenten die Fortführung dessen, was in der Klinik innerhalb von vier Wochen, die die Patienten dort verbringen, begonnen und entwickelt wurde.

Die Umsetzung des erlernten Verhaltens im Alltag wird in der Kur vorbereitet und abgeklärt. Bei der Durchführung der Nachbetreuung, die sich auf die üblichen Risikofaktoren bezieht, wird mit örtlichen Anbietern zusammengearbeitet. Angebotslücken werden gegebenenfalls direkt von der AOK geschlossen. Seit Ende 1984 wird das schon seit sechs Jahren praktizierte Modell im Hinblick auf Hildesheim nun auch wissenschaftlich begleitet.

f) Bad Pyrmont (Herz-Kreislauf-Kurcenter)

Von Daniela Walter wurde über die Arbeit im DAK-Herz-Kreislauf-Kurcenter "Haus Weserland" in Bad Pyrmont berichtet. Mit dem Programm "Gesund leben - fit bleiben" werden hier vor allem Personen angesprochen, die noch keine manifesten Organschäden aufweisen. Während der vierwöchigen Kur stehen deshalb Gesundheitsbildung und aktive Bewegungskur im Mittelpunkt. Begonnen wird mit einer umfassenden Ergotherapie, die den Kurenden ihren Gesundheitszustand sowie ihr Leistungsvermögen verdeutlichen soll.

Darauf sind dann die konkreten therapeutischen Maßnahmen bezogen. Gegenstand von Gesprächen und Gruppensitzungen sind Trinkgewohnheiten, Rauchen, Übergewicht, Kreislaufstörungen, psycho-vegetative Erschöpfungszustände. Auf diese Weise werden wichtige Risikofaktoren für Herz-Kreislaferkrankungen beschrieben und für die Patienten verständlich gemacht; sie erhalten konkrete Unterlagen, die ihren Gesundheitszustand bzw. seine Verbesserung im Kurverlauf aufzeigen. Medikamente werden soweit wie möglich abgesetzt und es wird erst einmal durch fettarmes Essen, mehr Bewegung, salzarme Ernährung usw. eine Situationsverbesserung angestrebt.

Daneben spielt die Sporttherapie eine wichtige Rolle. Die Patienten werden in fünf Leistungsgruppen eingeteilt, die im Hinblick auf sportliche Betätigung unterschiedlich belastbar sind. Die Ärzte und andere Mitarbeiter des Kurcenters haben hier eine wichtige Vorbildfunktion, indem sie an den sportlichen Aktivitäten teilnehmen. Dies fördert ein besonderes "Klima des Hauses", das auch für die nachsorgende Betreuung eine wichtige Rolle spielt, da die Patienten sich langfristig mit dem Kurcenter verbunden fühlen und auch zum Teil mehrmals entsprechende Kuraufenthalte durchführen. Durch regelmäßigen schriftlichen Kontakt mit dem Kurcenter bleiben die Patienten nach der Kur in Kontakt. Nach zwei Jahren wird eine Wirksamkeitsuntersuchung der Kur sowie der Kurnachbetreuung durchgeführt, wobei die Entwicklung einzelner Risikofaktoren überprüft wird. Über Ergebnisse der ersten auf diese Weise befragten und untersuchten Kohorte wird in Kürze berichtet.

g) Hannover (Müttergenesung)

Der abschließende modellbezogene Beitrag kam von Gabriele Diers und Dorothea Vesper. Er befaßte sich mit der "aufsuchenden und begleitenden Hilfe in der Müttergenesung", einem Modellprojekt in Hannover, das aber auch in vierzehn anderen niedersächsischen Städten vom Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband durchgeführt wird. An diesem Beispiel wurde besonders deutlich, daß hinsichtlich der verschiedenen Gruppen von Kurpatienten große Unterschiede in der Bereitschaft und Fähigkeit zu erwarten sind, gesundheitsfördernde Angebote anzunehmen und dauerhaft in ihren Familien- und/oder Arbeitsalltag einzubinden. Maßnahmen der Müttergenesung betreffen vor allen Dingen berufstätige Frauen, Mütter in kinderreichen Familien und Sozialhilfeempfängerinnen. Viele von ihnen weisen starke Risiken auf, die sich in der Regel nicht medizinisch behandeln lassen. Deshalb sind Kuraufenthalte und psychosoziale Kurnachsorge von großer Bedeutung für eine wirksame Hilfe und mittelfristige Situationsverbesserung dieser Mütter. Anhand von mehreren Fallbeispielen wurden die Schwierigkeiten der Kurvermittlung, der Heimauswahl, der Kurvorbereitung und -nachbetreuung bei Sozialhilfeempfängerinnen dargestellt. Häusliche Verpflichtungen, Kommunikationshemmungen, Gruppenscheu usw. erschweren die Einzelberatung und Gruppenbetreuung. Im Mittelpunkt der Nachsorgearbeit stehen Vermittlung zusätzlicher Hilfen, Teilnahme an Frauengruppen (in Form von Selbsthilfegruppen), Vermittlung von Familienhelferinnen-

nen, regelmäßige Telefonkontakte, Kleidertausch, Probleme mit Behördenkontakten bewältigen u.a.m. Ebenso schwierig wie die Arbeit mit den Müttern stellt sich oft die Kooperation mit den Anbietern nachgehender Beratung und Betreuung dar, insbesondere mit niedergelassenen Ärzten. Vielfach fehlt es an der Bereitschaft, auf diese Personengruppen einzugehen oder zumindest mit anderen Helfern zusammenzuwirken, um diese Personengruppen wirksam zu unterstützen.

4. Ergebnisse der Tagung: Anforderungen für die zukünftige Arbeit

Der zweite Teil der Tagung war der Gruppenarbeit und dem weiteren Erfahrungsaustausch gewidmet. Dabei ging es vor allem um die Bestimmung zukünftiger Aufgabenschwerpunkte. Trotz vieler erfolgversprechender Ansätze war insgesamt deutlich geworden, daß noch viel Engagement aller Beteiligten notwendig ist, um die Gesundheits-erziehung in der Kur mit der Nachbetreuung wirksam zu verknüpfen. Die als notwendig angesehenen Verbesserungen beziehen sich auf alle Phasen der Vorbereitung, Durchführung und Nachbetreuung einer Kurmaßnahme. Im folgenden werden wichtige Ergebnisse dieser Diskussion zusammengefaßt.

4.1 Die Vorbereitung der Patienten auf die Kur

a) Auswahl der Patienten für die Kur

In der Diskussion der Tagungsteilnehmer wurde betont, daß die "richtige Auswahl" der Patienten als Grundvoraussetzung wirksamer Kurmaßnahmen angesehen werden muß, gleichwohl aber erhebliche diesbezügliche Schwierigkeiten zu beobachten sind. Die Platzierung der Patienten in der "richtigen" Kurklinik zum "richtigen" Zeitpunkt ist eine höchst voraussetzungsvolle Aufgabe. Dabei bestehen durchaus Unterschiede zwischen verschiedenen Kurformen. Allgemein wurde festgestellt, daß diese Platzierungsprobleme bei Anschluß-Heil-Behandlungen weitgehend gelöst sind; dies dürfte damit zusammenhängen, daß die Kurmaßnahme vor dem Hintergrund der vorausgegangenen Therapie festgelegt wird. Wesentlich größere Schwierigkeiten bestehen dagegen in der offenen Badekur sowie in der Klinikkur, wenn sie großes Gewicht auf Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung legen. Die Frage, wer kurbedürftig ist, muß unter solchen Bedingungen gegebenenfalls ganz anders bzw. neu definiert werden. Hier bestehen zur Zeit noch erhebliche Unsicherheiten. So wurde allgemein die Auffassung vertreten, daß angesichts der zunehmenden Chronifizierung von Krankheiten die Ziele des Kuraufenthaltes neu bestimmt werden müßten. Wichtig sei auch, daß nicht nur Schwerstkranke zur Kur geschickt werden, sondern daß auch im Frühstadium der Chronizität Kurmaßnahmen eingeleitet werden.

Eine wichtige Ursache für diese Schwierigkeiten ist zur Zeit in den kassenrechtlichen Bestimmungen zur Finanzierung entsprechender

Maßnahmen zu sehen. Das Versicherungsrecht, die oft unübersichtliche Finanzierungsstruktur und die Strategien der Sparpolitik führen häufig zur Konkurrenz zwischen den verschiedenen Trägern und verhindern damit auch manche notwendige Abstimmung untereinander. Nach Auffassung der Diskussionsteilnehmer veranlaßt jedoch nicht nur die verstärkte Berücksichtigung von Gesundheitserziehungsmaßnahmen in der Kur zu einer Überprüfung von Auswahlverfahren und Plazierungsentscheidungen. Auch im Hinblick auf die "traditionellen" Angebote während der Kur zeigen sich vielfach unerwünschte Formen der Selektivität. So gibt es einerseits immer wieder Beispiele für eine massive Fehlplazierung von Patienten in bestimmten Kurmaßnahmen; andererseits scheint vielen Diskutanten die Charakterisierung der Kurmaßnahmen als "mittelschichtorientierte Angebotsstruktur" weitgehend zuzutreffen. Zu diesen Auswahl- und Plazierungsproblemen tragen verschiedene Merkmale sowohl des Patienten und seines sozialen Umfeldes bei als auch Merkmale der Versorgungsinstitutionen. Als besonders wichtige Einflußquellen auf die Inanspruchnahme einer Kur werden neben der Initiative des Hausarztes und des Patienten die Angehörigen, die Krankenhäuser, die Krankenkassen mit ihren Vertrauensärzten, die Werksärzte, die Wohlfahrtsverbände als auch die Mängel und Möglichkeiten der am Ort vorhandenen Infrastrukturen benannt. Obwohl systematische Untersuchungen über die Zusammensetzung und die "Repräsentativität" der Kurpatienten nicht verfügbar sind, ergeben sich doch deutliche Hinweise auf die unzureichende Berücksichtigung von Unterschichtpersonen, von ländlichen Regionen, von bestimmten Arbeitsorganisationen, die in wirtschaftlichen Schwierigkeiten stecken, von Frauen und von Personen, die in einer kinderreichen Familie leben.

Insgesamt wurde deshalb empfohlen, diese Sachverhalte etwas genauer zur Kenntnis zu nehmen, die Auswahl- und Plazierungsentscheidungen auf ihre jeweiligen Hintergründe zu überprüfen, um in gewissen Bereichen bewußt gegenzusteuern. Dabei wurde nicht ausgeschlossen, daß auch eine Neuorientierung im Hinblick auf das Verhältnis von Wohnort/Patienten und Kurort/Kurkliniken notwendig ist. Der Versuch der Kostenträger, sogenannte Gemeindebildung im Verhältnis von niedergelassenen Ärzten an bestimmten Wohnorten und bestimmten Kureinrichtungen zu vermeiden, führt unter Umständen zu einer zusätzlichen Erschwerung der Auswahl- und Plazierungsprozedur. Am wichtigsten blieb für alle die Feststellung, daß eine stärkere Akzentsetzung auf Gesundheitserziehung während der Kur und die damit erforderliche enge Verknüpfung mit der Nachbetreuung eine grundsätzliche Revision bisheriger Auswahl- und Plazierungskriterien erforderlich macht. Bisher ist dies kaum in Ansätzen vorhanden.

b) Informations- und Beratungsgespräche am Wohnort

Die Gespräche zwischen Hausarzt und Patient vor einer Kur sind wichtige Voraussetzungen sowohl für die angemessene Auswahl und Plazierung der Patienten als auch für die Vorbereitung auf die Kur.

Unzureichend ist nach Auskunft der Gesprächsteilnehmer noch die Kurzielbestimmung. Viele Hausärzte machen ihren Patienten nicht hinreichend deutlich, aus welchen Gründen und mit welchen Zielen sie eine solche Kur vorschlagen. Dieser Mangel wirkt sich allerdings erst dann wahrnehmbar aus, wenn es um Fragen der Gesundheitserziehung in der Kur geht. Die Motivation der Patienten durch den Hausarzt bzw. die Vorbereitung der Patienten auf die notwendige Eigeninitiative zu gesundheitsförderlichem Verhalten ist eine unabdingbare Voraussetzung für eine wirksame Durchführung diesbezüglicher Maßnahmen während und nach der Kur. Informations- und Beratungsgespräche am Wohnort müssen also erheblich umgestellt werden. Dabei können auch Krankenkassen wichtige Funktionen übernehmen, da sie bestimmte Informationen über die Rahmenbedingungen der Kur (Kurort, Kureinrichtung, usw.) beisteuern können.

Als besonders wichtig wurde hervorgehoben, daß die im Hinblick auf die Patientenauswahl erwähnten Sachverhalte und Schwierigkeiten auch bei den Informations- und Beratungsgesprächen berücksichtigt werden. Dies bedeutet einerseits, daß die hemmenden und fördernden Faktoren für die Kurteilnahme - wie z.B. berufliche Einbindung oder familiäre Verpflichtung - ausdrücklich berücksichtigt werden. Auch die Bedeutung unterschiedlicher grundsätzlicher Fähigkeiten und Bereitschaften verschiedener Sozialschichten, die Verantwortung für die Verbesserung des Gesundheitsverhaltens zu übernehmen, muß zu Unterschieden in der Gesprächsführung führen. Mehr als bisher zu beachten ist dabei auch der Hinweis auf die später erfolgende Nachbetreuung, damit den Patienten deutlich wird, daß die Kur keine isolierte Einzelmaßnahme darstellt, sondern ein kontinuierliches mittelfristiges Bemühen um eine Verbesserung des gesundheitsbezogenen Verhaltens beinhaltet. Insofern sind standardisierte Informationen sowohl über die Möglichkeiten am Kurort als auch über die späteren Möglichkeiten der Nachbetreuung wichtige Hilfsmittel in der Hand des beratenden Arztes oder gegebenenfalls der beratenden Krankenkassen. Gleichwohl müssen diese Informationen individuell zugeschnitten und aufbereitet werden.

c) Kontakte bzw. Informationsaustausch zwischen den Ärzten und Einrichtungen am Wohnort sowie am Kurort

Als besonders unzureichend wurde in den Gesprächen immer wieder die Kontaktaufnahme zwischen den niedergelassenen Ärzten am Wohnort und den Ärzten und Einrichtungen am Kurort beschrieben. Dabei muß der Informationsaustausch wechselseitig sein. Zur Absicherung der Informations- und Beratungsgespräche müssen den Hausärzten und gegebenenfalls den Krankenkassen Informationen über die Kureinrichtungen, die konkreten Angebote - gerade auch im Hinblick auf die Gesundheitserziehung - sowie die Ausrichtung auf besondere Patienten- oder Zielgruppen vorliegen. Dabei könnte sich im übrigen auch eine stärkere Kopplung von Region und Kurklinik als vorteilhaft erweisen, weil die Hausärzte damit zusätzliche Feedback-Informationen auch von ihren Patienten erhalten, so daß

sie sich ein umfassendes Bild über die Angebote und Leistungsfähigkeit einzelner Kureinrichtungen machen können. Dies könnte sogar ergänzt werden um gelegentliche Besuche in den Einrichtungen - was jedoch nur möglich ist, wenn die Patienten nicht beliebig über alle Einrichtungen in der Bundesrepublik verteilt werden.

Auf der anderen Seite ist es wichtig, daß die Hausärzte bzw. einweisenden Ärzte Informationen über die Patienten an die Kurorte bzw. die Kurärzte weitergeben: Befunde, bisherige Therapie, den Patienten übermittelte Kurziele u.a.m. Nur auf diese Weise läßt sich mittelfristig eine stärkere Abstimmung der Inhalte und Zielrichtungen hausärztlicher und kurärztlicher Tätigkeit verwirklichen.

4.2 Formen der Gesundheitserziehung am Kurort

a) Gesundheitserziehung als Bestandteil der Kur

Obwohl alle Teilnehmer von der Bedeutung der Gesundheitserziehung während der Kur überzeugt waren, wurde doch immer wieder zumindest indirekt darauf hingewiesen, daß eine solche Auffassung und erst recht eine diesbezügliche Praxis in den Kureinrichtungen noch keinesfalls durchgesetzt seien. Hier müsse nicht nur im Hinblick auf die Patienten Überzeugungsarbeit geleistet werden, sondern auch im Hinblick auf das ärztliche und nichtärztliche Personal der Kureinrichtungen, das bisher wenig mit Gesundheitserziehungsaufgaben zu tun hat und oft die Patienten eher demotiviert, an diesbezüglichen Aktivitäten teilzunehmen. Auch die Kostenträger, seien es die Krankenkassen oder die Rentenversicherungsträger usw. - tragen nach Auffassung der Diskussionsteilnehmer zu diesen Schwierigkeiten bei. So wurde gefordert, daß die Rentenversicherung Gesundheitserziehung in das Pflichtprogramm der Kur aufnehmen sollte; die kassenrechtliche Definition und die Finanzierungsfrage bezüglich Gesundheitserziehung in der Kur sollte noch einmal überprüft werden. In diesem Zusammenhang wurde erneut die Problematik der sogenannten freien Badekur diskutiert, die nach Auffassung der Krankenkassen gar keine Kur im rechtlich definierten Sinne ist. Allerdings könne man immer wieder beobachten, daß die sogenannten "Urlaubskurer" im Hinblick auf gesundheitsbezogene Angebote und Aktivitäten besonders motiviert seien.

Diese hinderlichen Voraussetzungen aber auch die ganz konkreten praktischen Schwierigkeiten in der Entwicklung geeigneter Formen der Gesundheitserziehung in der Kur führen zu einem derzeit noch unbefriedigenden Zustand. Die in der Tagung berichteten Modelle seien insofern keineswegs Standardaktivitäten einzelner Kureinrichtungen. Auch die kritische Beurteilung des neu entworfenen Konzeptes der Rentenversicherung zur Gesundheitserziehung während der Kur haben deutlich gemacht, daß auch in diesem Zusammenhang noch wichtige Entwicklungs- und Forschungsarbeit zu leisten ist. Einerseits müssen die Patienten erheblich umlernen, wenn sie sich von der passiven Rolle eines "Behandelten" zur aktiven Rolle eines "für seine Gesundheit selbst Verantwortlichen" entwickeln sollen. Vor

allem wurde in den Gesprächen betont, daß die Informationsübermittlung und die Gesprächsgruppen zu dominierend sind, die Einübung neuer Verhaltensweisen in der Kur dagegen kaum stattfindet. Besondere Schwierigkeiten dürfte dabei auch der Anspruch machen, mit der Gesundheitserziehung in der Kur den Grundstein für die Fortführung nach der Kur zu legen. Der damit erforderliche Bezug zu den individuellen und sozialen Bedingungen der Alltagsgestaltung (am Wohnort) wird von den Patienten nicht ohne weiteres akzeptiert, da für sie der Kuraufenthalt gerade ein Abschalten vom Alltag, eine Distanz zu den häuslichen Gegebenheiten beinhaltet: Eine Distanz und ein Abschalten, die möglicherweise gerade positive Erholungs- und Besserungseffekte mit sich bringen. An diesem Punkt zeigen sich, wie auch in anderen Zusammenhängen, deutliche Variationserfordernisse im Hinblick auf die Gesundheitserziehung in der Kur. Kurmotive und Kurziele, der physische und psychische Zustand der Patienten sowie ihre gesundheitsbezogene Motivationslage müssen zu einer Differenzierung des gesundheitsbezogenen Maßnahmenkataloges in der Kur führen. Die Modellbeispiele (z.B. Bad Oeynhausen, Bad Sachsa und Bad Pyrmont) haben dies nachdrücklich belegt. Ein Standardprogramm "für alle Situationen und alle Fälle" dürfte deshalb nur geringe Chancen wirksamer Gesundheitserziehung eröffnen. Um die notwendige Differenzierung und Flexibilisierung des Vorgehens zu eröffnen, ist allerdings nicht nur eine entsprechende Überprüfung und Veränderung vorhandener Gesundheits-erziehungsmaßnahmen erforderlich, sondern vielfach auch eine entsprechende Schulung des Personals in den Kureinrichtungen bis hin zur grundsätzlichen Motivation des Personals, gesundheitserzieherische Aufgaben ernsthafter als bisher in den Katalog der Kurmaßnahmen einzubinden.

b) Vorbereitung auf die Fortführung der Gesundheitserziehung nach der Kur

Wenn bereits bei der grundsätzlichen Ausrichtung der Kureinrichtungen auf gesundheitserzieherische Aktivitäten noch erhebliche Schwierigkeiten und Mängel bestehen, so gilt dies in besonderem Maße für die Berücksichtigung der Kurnachbetreuung. Von allen Teilnehmern wurde die Auffassung geteilt, daß nur eine entsprechende vorausgehende Berücksichtigung späterer Nachbetreuungsaufgaben und -probleme in dem Kurprogramm die notwendige Kontinuität der Veränderung und Stabilisierung gesundheitsgerechten Verhaltens ermöglicht. Wenn es gelingt, dem Kurpatienten zu vermitteln, daß er die Gesamtverantwortung für seine Gesundheit trägt und daß die Kur kein singuläres Ereignis bei diesem Bemühen darstellt, so wäre eine wichtige Voraussetzung für die Fortführung diesbezüglichen Verhaltens nach der Kur gesichert. Dabei ist es wichtig, den sozialen bzw. familiären, den beruflichen und den freizeitbezogenen Rahmen zu berücksichtigen, in dem die veränderten gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen der Patienten später eingebunden werden müssen. Insofern kann es von erheblichem Vorteil sein, wenn die Patientengruppen in der Kureinrichtung aus dem gleichen Wohnort kommen und dort auf ihre schon in der Kur etablierten Kontakte und

gegenseitigen Unterstützungsformen zurückgreifen können. In diesem Zusammenhang haben die Beispiele Bad Sachsa und Bad Oeynhausen die Vorteilhaftigkeit dieses Gestaltungsprinzips aufgewiesen.

Neben der Motivation zu einer Beteiligung an der Nachbetreuung müssen auch konkrete Hinweise auf vorhandene Möglichkeiten am Wohnort gegeben werden. Insofern ist die Kureinrichtung und das dort tätige Personal auf entsprechende Informationen und Unterlagen aus den jeweiligen Wohnorten angewiesen. So können mit dem Arztbrief konkrete Empfehlungen formuliert werden: Einmal hinsichtlich spezifischer therapeutisch-medizinischer Sachverhalte und andererseits im Hinblick auf verhaltensstabilisierende Nachbetreuungsaufgaben. Soweit entsprechende Informationen über das Nachbetreuungsangebot vorliegen, können sogar konkrete Vorschläge für die Auswahl einzelner Nachsorgeformen formuliert werden. In jedem Fall sollte das Personal am Kurort in der Lage sein, den Zugang zur Nachbetreuung und ihren Ablauf für die Patienten zu erläutern. Der Grad der Schematisierung ist in diesem Zusammenhang begrenzt, da die verschiedenen Patientengruppen in der Regel unterschiedliche Anknüpfungspunkte für die Nachbetreuung benötigen. Hierin zeigt sich noch einmal die dringende Notwendigkeit, stärker als bisher die Konzepte der Gesundheitserziehung während der Kur mit den Konzepten der Kur-Nachbetreuung zu koordinieren. Wird dies nicht verbessert, so bleibt es wie bisher überwiegend bei "zufälligen" Anknüpfungs- und Verkoppelungsmöglichkeiten - mit dem entsprechenden wenig wirksamen Ausgang der gesundheitserzieherischen Initiativen.

4.3 Formen der Nachbetreuung

- a) Kontakte und Informationsaustausch zwischen Ärzten bzw. Einrichtungen am Kurort und am Wohnort nach Kurende

Die Notwendigkeit eines Informationsflusses von den Kureinrichtungen zu den Ärzten und Einrichtungen am Wohnort wurde im vorangegangenen Abschnitt schon betont. Hinweise auf den Ablauf der Kur, die konkreten Inhalte der Gesundheitserziehung und die aus Sicht der Kurärzte erforderlichen Nachbetreuungsmaßnahmen sind wesentliche Inhalte solcher Informationstransfers. Als wichtige Frage wurde im Rahmen der Gruppenarbeit diskutiert, wer der direkte Ansprechpartner für diese Kontakte bzw. diesen Informationsaustausch sein sollte. Allgemein wurde die Auffassung vertreten, daß hier hauptsächlich der behandelnde Arzt, der Hausarzt, in Frage kommt. Er ist derjenige, der den Arztbrief erhält und in der Regel als erster mit dem von der Kur zurückkommenden Patienten wieder Kontakt aufnimmt. Es wurde jedoch auch die Möglichkeit erörtert, daß die Krankenkassen ersatzweise diese erste Anlaufstelle mit entsprechenden Informationsmöglichkeiten bilden. Auch die Krankenkassen erhalten entsprechende Unterlagen nach der Kur, so daß sie den Zeitpunkt der Kurentlassung, die konkrete Kur-Maßnahmen und die weiteren Erfordernisse der Kur-Nachbetreuung mitgeteilt bekommen. Im Rahmen der Diskussion dieses Themas wurde im übrigen

darauf hingewiesen, daß der diesbezügliche Informationsaustausch nicht nur auf das Ende der Kur festgelegt sei. Vielfach sei es auch notwendig und sinnvoll, während des Kuraufenthaltes mit den entsprechenden Ärzten und Einrichtungen am Wohnort bestimmte Einzelfragen zu klären, die sowohl für die Gesundheitserziehung am Kurort als auch für den späteren Übergang in eine Nachbetreuung wichtig sind.

b) Gesundheitsförderung am Wohnort: Anlaufstellen, Koordinationsstellen, Vermittlungsstellen und Anbieter

Im Hinblick auf die Nachbetreuung standen besonders organisatorische Fragen im Mittelpunkt der Diskussion. Dabei wurde im großen und ganzen davon ausgegangen, daß in der Regel hinreichend Kapazitäten in den einzelnen Gemeinden bestehen, um die Nachbetreuung der Kurpatienten zu sichern. Auch konkrete Ansätze und Programme seien im Prinzip vorhanden, es käme nur auf eine angemessene, gut erreichbare Organisation der Angebote an. Die Diskussion bezog sich zunächst hauptsächlich auf die Bestimmung einer kommunalen Anlaufstelle. Es wurde als selbstverständlich angesehen, daß die erste Kontaktaufnahme nach der Kur möglichst früh - meist innerhalb der sogenannten Schonfrist - erfolgen solle, damit gar nicht erst eine Unterbrechung gesundheitsbezogenen Verhaltens möglich sei. Vielfach würde nämlich die Rückkehr in die häuslichen und beruflichen Verhältnisse die guten Vorsätze und die praktischen Verhaltensänderungen wieder zunichte machen. Als Anlaufstelle wird nach wie vor der Hausarzt als beste Lösung gesehen. Ersatzweise scheinen auch Krankenkassen dafür geeignet zu sein. Dies setzt allerdings voraus, daß die Kontaktpartner hinreichend über die Nachbetreuungsangebote informiert sind, um auch eine richtige Zuordnung und Übermittlung vornehmen zu können. Als Inhalte wurden allgemeine und spezielle Kurnachsorge, Gesundheitsinformationen und soziale Hilfen genannt.

Als Anbieter diesbezüglicher Maßnahmen kommen die Ärzte, das Gesundheitsamt, Sozialarbeiter (z.B. von Wohlfahrtsverbänden), Sportvereine, Krankenkassen, Volkshochschulen sowie Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen in Frage. Diese örtlichen Akteure bieten in der Regel schon bestimmte gesundheitsbezogene Kurse oder Unterstützungsformen an, müssen jedoch im Hinblick auf eine gezielte Kur-Nachbetreuung koordiniert werden. Dies bedeutet sowohl eine Garantie eines bestimmten inhaltlichen Programms, das die ehemaligen Kurpatienten am Ort vorfinden müssen als auch eine hinreichende Differenzierung gemäß den Anforderungen an die Nachbetreuung. Eine solche Koordination von Angeboten kann nach Auffassung der meisten Diskussionsteilnehmer am besten das Gesundheitsamt übernehmen. Vielfach seien auch die Krankenkassen hierzu in der Lage. Von anderen Diskussionsteilnehmern wurde die Gründung örtlicher Gesundheits-Arbeitskreise empfohlen, in denen die wichtigsten oben aufgeführten Anbieter von Nachbetreuungsleistungen vertreten sind. Dies könne die Koordination des Angebotes, die Qualitätssicherung des Angebotes und die umfassende Dokumentation des Angebotes erheblich erleichtern.

Die Notwendigkeit, einen "Atlas für Nachbetreuungsangebote" zu erstellen, wurde von allen Teilnehmern betont. Zwar seien inzwischen vielfältige Dokumentationen (Behindertenführer, Führer für Alteinrichtungen usw.) vorhanden, doch müsse im Hinblick auf die spezifischen Erfordernisse der Kur-Nachbetreuung eine Auswahl getroffen werden oder ein bestimmtes Arrangement entwickelt werden. Dabei spielt auch die Frage eine Rolle, ob bestimmte Einrichtungen und Angebote überhaupt oder für bestimmte Teilgruppen der Kurpatienten geeignet sind. Dies ist besonders schwierig bei Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen zu entscheiden, da nicht immer ausreichende Erfahrungen mit der Angemessenheit und Wirksamkeit diesbezüglicher Aktivitäten und Angebote vorliegen. Überwiegend wurde das Gesundheitsamt als diejenige Instanz bezeichnet, die die Feststellung eines solchen Atlas initiieren und koordinieren sollte. Auch die Krankenkassen wurden als mögliche Initiatoren und Träger einer solchen Maßnahme gesehen. Dabei kommt es zusätzlich darauf an, daß diese Unterlage kontinuierlich überprüft und fortentwickelt wird, damit bei entsprechenden Nachfragen der Kureinrichtungen und Kurärzte die aktuellsten Informationen weitergegeben werden können. Zugleich soll sichergestellt werden, daß alle Anbieter am Ort ihre Informations- und Verweisfunktionen umfassend erfüllen können. Dies bedeutet, daß die Patienten - wo immer sie den ersten Kontakt mit einer gesundheitsbezogenen Nachbetreuung aufnehmen - umfassend über alle Angebote am Ort informiert werden können. Dieses "one window principle" erleichtert den Zugang zum Angebot und verhindert frühen Motivationsverlust, weil man von einer Einrichtung zur anderen geschickt wird.

c) Inhalte und Methoden der Gesundheitserziehung in der Nachbetreuung

Die Tatsache, daß die Gesundheitserziehung in der Kur in vielen Bereichen noch nicht ausreichend konturiert oder generell sehr unterschiedlich organisiert ist, hat auch Auswirkungen auf die Inhalte und Ziele der diesbezüglichen Nachbetreuung. Wie die Modellbeispiele gezeigt haben, wird in manchen Kuren nur die Motivation zur Gesundheitsveränderung (z.B. durch Informationsübermittlung) gefördert, ein konkretes Verhaltensänderungsprogramm aber nicht durchgeführt. In anderen Kurprogrammen wird dagegen schon sehr aktiv das Verhalten der Patienten verändert, wobei es in der Nachbetreuung dann auf die Stabilisierung dieses Verhaltens im Alltagskontext ankommt. Vor diesem Hintergrund ist auch die Frage der Gestaltung der Gesundheitserziehungsmaßnahmen in der Nachbetreuung noch keineswegs klar und eindeutig zu beantworten. Auch hier bleiben noch vielfältige Entwicklungsaufgaben, obwohl sie nicht im Mittelpunkt der Diskussion der Tagungsteilnehmer standen. Übereinstimmend wurde davon ausgegangen, daß die Nachbetreuung den Lernprozess zur Eigenverantwortung für die Gesundheit verstärken und auf Dauer stellen müsse. Dabei sei eine ganzheitliche Betrachtung des Menschen unerlässlich, wozu auch die Einbeziehung des sozialen Umfeldes (insbesondere der Familie) gehöre. Dabei

müsse man auch neue und zum Teil unkonventionelle Wege gehen. Dies betrifft vor allem die Nutzung von Massenmedien zur Präsentation gesellschaftlicher Leitbilder mit ausgeprägten gesundheitsbezogenen Orientierungen.

Das Hauptproblem wird nach wie vor in der Einbindung gesundheitsgerechten Verhaltens in die Alltagszwänge gesehen. Hierbei gelte es besonders, die Patienten in der Nachbetreuung zu unterstützen - bis hin zur Einflußnahme auf den Kontext, wie z.B. den Arbeitgeber und die Familie. Bei dieser Einbindung von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen in das Alltagsgeschehen wird der Selbsthilfe und den Selbsthilfegruppen besonders große Bedeutung beigemessen, weil sie in besonderem Maße in der Lage sein könnten, diesbezügliche Verhaltensweisen dauerhaft zu stabilisieren. So wurde z.B. auch vorgeschlagen, erfahrene Nachsorgepatienten einzusetzen, um in Selbsthilfegruppen oder in Privatkontakten mit Patienten die Nachbetreuung zu unterstützen. Auch das Prinzip "learning by doing" (und das hauptsächlich in der Gruppe) wurde betont und empfohlen. Dabei sei es aber unerläßlich, die unterschiedlichen Dispositionen und Voraussetzungen einzelner Bevölkerungsgruppen bzw. einzelner Patientengruppen zu beachten. Wie das Beispiel der Müttergenesungsmaßnahmen für sozial schwache Frauen und Familien gezeigt hat, sind hier vergleichbare Motivationslagen und Handlungsmöglichkeiten, wie beim Durchschnitt der Patienten, nicht gegeben. Die Ansprache und auch die Intensität der Betreuung muß deshalb andere Formen umfassen, als das im Regelfall notwendig wäre. In diesem Zusammenhang wurde auch über die Frage bestimmter Anreize (Zertifikate, Kurhefte, Tagebücher, evtl. sogar finanzieller Prämien) gesprochen. Allerdings sind solche flankierende Anreize umstritten: Sie könnten allzu leicht der Hauptantriebsfaktor werden und bei ihrem Wegfall dann erneut zu einem Abbau gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen führen.

Ähnlich wie im Hinblick auf die Gesundheitserziehung in der Kur wurde auch bezüglich der Nachbetreuung am Wohnort die Vermutung geäußert, daß viele Ärzte oder auch andere beteiligte Akteure noch nicht von der Bedeutung der Gesundheitserziehung überzeugt seien. Auch hier gelte es, in bestimmten Zusammenhängen noch Motivationsarbeit zu leisten. In vielen Bereichen wird auch ergänzende Ausbildung und Fortbildung des Personals erforderlich sein - ohne daß man damit einen bestimmten Therapieansatz oder eine bestimmte Vorgehensweise ausschließlich und monopolhaft in den Mittelpunkt stellen sollte. Wichtig seien hierfür vor allem auch Begleitforschungs- und Wirksamkeitsuntersuchungen. Sie könnten im Einzelfall belegen und überzeugend darlegen, daß und in welcher Weise die Gesundheitssituation einzelner Patienten durch die gesundheitsfördernden Maßnahmen der Kur und der Nachbetreuung gesteigert werden konnten.

d) Die Verselbständigung des Erlernenen

Wie schon der Hinweis auf Eigenverantwortung, Selbsthilfe und Selbsthilfeorganisationen angedeutet hat, vertraten die Tagungsteil-

nehmer einheitlich die Überzeugung, daß die Kur-Nachbetreuung nicht zu einer Dauer-Nachsorge und einer Dauer-Betreuung der Patienten führen dürfe. Im Endeffekt müssen die Patienten ihren gesundheitsbezogenen Lebensstil selber entwickeln und dauerhaft stabilisieren bzw. kontinuierlich überprüfen und gegebenenfalls weiter verbessern. Langfristig seien jeweils nur Auffrischungsangebote, Verlaufskontrollen und Unterstützung von Selbsthilfeinitiativen angezeigt, um die Verselbständigung des erlernten Gesundheitsverhaltens zu unterstützen. Dabei wurde darauf hingewiesen, daß zur Stabilisierung des gesundheitsförderlichen Verhaltens eine Einbindung in Freizeitaktivitäten und Freizeitangebote hilfreich sein könnte. Dies würde nicht nur die gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen fördern, sondern auch die "Situationsdefinition" akzeptabler machen. Es handelt sich dann nicht um eine bewußte Gesundheitsförderung, sondern um eine Freizeitaktivität, ohne daß sich am Inhalt und an der Auswirkung etwas ändern würde. Außerdem würde dieses weitere Möglichkeiten eröffnen, das gesundheitsbezogene Verhalten in das soziale Netz (insbesondere den familiären Kontext) oder den Selbsthilfeinitiativen etc. einzubinden.

4.4 Formen der Wirksamkeitsüberprüfung

a) Begleituntersuchung am Kurort

Auch die Modellbeispiele haben gezeigt, daß vielfach noch Entwicklungsarbeit im Hinblick auf wirksame Formen der Gesundheitserziehung am Kurort erforderlich ist. Dies schließt auch die Frage nach der richtigen Plazierung und der angemessenen Vorabmotivation der Patienten zur Kur ein. Die Modelle, ebenso wie konkrete neuere Programme zu gesundheitserzieherischen Maßnahmen, können in aller Regel nicht von einer automatischen Wirksamkeit ausgehen. Sowohl im prinzipiellen als auch speziell hinsichtlich einzelner Patienten und Adressatengruppen muß erst durch eine Begleitforschung und Wirksamkeitsanalyse festgestellt werden, was mit welchen Konzepten und Modellen bei welchen Patientengruppen erreicht wird und inwieweit dies dem Anspruch und den Erwartungen an die Leistungsfähigkeit der Kur entspricht.

Vor allem im Rahmen der Kur sind hier neue Wege der Wirksamkeitsprüfung bzw. der Erfolgsmessung erforderlich, da die bisherigen Indikatoren (im Sinne veränderter diagnostischer Befunde) für die Überprüfung der Wirksamkeit von Gesundheitserziehungsmaßnahmen nur teilweise anwendbar sind. In aller Regel werden hier zusätzlich Verhaltensparameter zu erfassen sein, die die Intensität und die Kontinuität der gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen dokumentiert. Darüber hinaus sind auch subjektive Indikatoren der Befindlichkeit, Lebenszufriedenheit und Leistungsbereitschaft zu erfassen, die die organbezogenen Befunde ergänzen müssen. Diese Begleit- und Wirkungsforschung während der Kur ist nicht zuletzt für die Kostenträger von großer Bedeutung, weil oft nur unter solchen Voraussetzungen die Bereitschaft besteht, entsprechende Leistungen als Pflichtprogramm grundsätzlich zu finanzieren.

Die Diskussionsteilnehmer waren sich weitgehend einig, daß bislang die Kurauswirkungen - insbesondere die Gesundheitserziehung - unzureichend überprüft sind. Dieses Erfordernis verweist gleichzeitig zurück auf eine neue Formulierung der Kuraufgaben und der Kurzziele (s.o.). Nur wenn diesbezügliche Ziele klar definiert sind und damit ein bestimmter Erwartungshorizont abgesteckt ist, läßt sich der tatsächliche Kurerfolg ablesen. Auch für die Entwicklung von Verbesserungsvorschlägen und veränderten Programmen lassen sich nur auf diesem Wege solide Grundlagen schaffen. Nach Auffassung der Tagungsteilnehmer fehlen zur Zeit solche Grundlagen, so daß Veränderungen im Gesundheitserziehungsangebot der Kur eher einem diffusen Ausprobieren gleichen als einer gezielten Verbesserung bisheriger Angebote.

b) Begleitung der Nachbetreuung

Auch zur Unterstützung der Nachbetreuung ist vielfach eine Begleit- und Wirksamkeitsuntersuchung erforderlich - zumindest, bis man eine weitgehend zufriedenstellende Versorgungslösung gefunden hat. Sowohl für die Bestandsaufnahme des verfügbaren oder mit verfügbaren Kräften entwickelbaren Angebotes als auch die jeweiligen Leistungsmerkmale einzelner Angebote ist Begleitforschung unerlässlich. So können Disparitäten zwischen unterschiedlichen Gemeinden oder Kreisen identifiziert werden, Angebotslücken im Detail bestimmt werden und der ergänzende Fortbildungsbedarf von Anbietern näher umschrieben werden. Dabei dürfte es sich als zweckmäßig erweisen, die Begleitforschung eng an die Koordinationsfunktion (z.B. beim Gesundheitsamt) zu binden.

Neben dieser grundsätzlichen Koordination und Sicherung des Gesamtangebotes für die Nachbetreuung muß gegebenenfalls auch im Hinblick auf einzelne konkrete Maßnahmen und Betreuungsangebote die Wirksamkeit überprüft werden. Erst mittelfristig kann in der Regel eine Auskunft darüber gegeben werden, welche Angebote bei welchen Patientengruppen unter welchen Bedingungen (Ausgangslagen) besonders hilfreich und wirksam sind. Diesbezügliche Informationen werden auch von all jenen Personen und Institutionen benötigt, die die Patienten über die Angebotsalternativen informieren und sie bei der Auswahl angemessener Nachbetreuungsaktivitäten beraten.

c) Überprüfung der Langzeitwirkungen

Bei allen konkreten Beispielen für Gesundheitserziehungsprogramme, die auf der Tagung beschrieben wurden, gab es auch Hinweise auf die "kritischen Phasen" im Ablauf dieser Programme. Insbesondere in der Phase der Verselbständigung der gesundheitsförderlichen Aktivitäten, d.h. nach dem Abschluß der betreuten Angebote, besteht die Gefahr, daß die Patienten ihr neu erworbenes Gesundheitsverhalten wieder aufgeben. (Dies betrifft sowohl Ernährung als auch Genußmittelkonsum, wie Alkohol, Rauchen, Drogen usw.). Dies führt nicht nur dazu, daß für diese Zeitphasen besondere soziale Unterstützung bereitgehalten werden muß, sondern daß zunächst

grundsätzlich die Kontinuität des gesundheitsbezogenen Verhaltens, d.h. die Fortführung des Erlernten, überprüft wird. Es ist also unumgänglich, daß bei Patienten über längere Zeit (bis zu drei und fünf Jahren) nachgefragt wird, ob sich ihr Verhalten hat stabilisieren lassen. Erst wenn dies geschehen ist, kann man von einem Erfolg bestimmter Gesundheitserziehungsmaßnahmen sprechen. Die wiederholte Nachbefragung im Hinblick auf die Langzeitwirkung der Kurmaßnahmen ist also ein notwendiger Bestandteil der Wirksamkeitsprüfung. Dies vor allem auch deshalb, weil erst unter diesen Bedingungen bestimmte Schätzungen der Kostenvermeidung durch die Prävention in der Kur möglich sind. So wäre es nach Auskunft der Kostenträger von großem Interesse, etwas über die Frühberatungseffekte der Prävention in der Kur zu wissen. Dies läßt sich jedoch nicht mit Wirksamkeitsanalysen erreichen, die nur den engen Zeitraum der Kur oder auch der Nachbetreuung (von etwa einem halben bis zwei Jahren) zum Gegenstand haben. Kostenrelevante Kurwirkungen können nur mittelfristig oder gar langfristig nachgewiesen werden. Hierzu bedarf es gezielter, gegebenenfalls auch organisatorisch verselbständigter kontinuierlicher Begleitforschung.

4.5 Schwerpunkte notwendiger zukünftiger Verbesserungen (im Überblick)

Als zentrale Aspekte zukünftiger Verbesserungen können folgende angesehen werden:

- Die Auswahl der Kurpatienten auch unter dem Gesichtspunkt sinnvoll einsetzbarer Gesundheitserziehungsprogramme muß verbessert werden; dies wäre gefährdet, wenn zunehmend nur noch Schwerstkranke oder schwerbehinderte Patienten zur Kur zugelassen werden.
- Die Verbesserung des Informationsaustausches zwischen Hausärzten und Kurärzten vor der Kur ist notwendig, um eine angemessene Plazierung und eine realistische Beschreibung der Kuraufgaben und -ziele (vor allem hinsichtlich der Gesundheitserziehung) zu gewährleisten.
- Die Überprüfung der Gesundheitserziehungsprogramme während der Kur ist dringend geboten, da ihre Eignung für eine langfristige Stabilisierung im Alltag der Patienten am Wohnort noch keinesfalls gewährleistet ist; außerdem sind auch bei dem Personal noch Überzeugungs- und Fortbildungsaufgaben zu erledigen, damit sie dem Thema Gesundheitserziehung in der Kur die gleiche Aufmerksamkeit widmen wie den traditionellen Kuranwendungen.
- Eine zeitgerechte Übermittlung des Kurberichtes mit Empfehlungen für die Nachbetreuung an die Hausärzte oder gegebenenfalls die Krankenkassen ist dringend erforderlich, damit keine großen Zeitlücken zwischen Kur und Kur-Nachbetreuung entstehen.

- Die Hausärzte (gegebenenfalls die Krankenkassen) sind als Anlaufstellen und Ausgangspunkte für die Nachbetreuung zu fixieren. Informationssammlungs- und Koordinationszentren sollten dagegen eher die Gesundheitsämter oder Gesundheitsarbeitsgemeinschaften am Ort sein; sie fassen die Angebote zusammen und koordinieren ihre Ausrichtungen auf die Kur-Nachbetreuung. Sie sollten auch Informationsunterlagen über örtliche Angebote mit Hinweisen auf ihre Angemessenheit für bestimmte Patientengruppen versehen.
- Als besonders wichtig werden Maßnahmen zur Unterstützung von Selbsthilfeinitiativen (sei es im Kontext von Familie und sozialem Netzwerk oder in besonderen Selbsthilfegruppen) angesehen, damit die Stabilisierung des neuen Gesundheitsverhaltens langfristig in Eigenregie der Betroffenen erfolgen kann (Hilfe zur Selbsthilfe).
- In vielen Fällen werden diese Ergänzungen, Verbesserungen und Intensivierungen der Gesundheitserziehung während und nach der Kur nicht zu gewährleisten sein, ohne daß die Kostenträger die Sicherung von finanziellen und sächlichen Erfordernissen verbreitet. Trotz voller Ausnutzung und Aktivierung der vorhandenen Kapazitäten und Ressourcen am Ort sind gegebenenfalls weitere Angebote zu entwickeln und zu finanzieren.
- "Patentlösungen" für die Sicherung einer wirksamen Gesundheitserziehung vor und nach der Kur sind nicht vorhanden. Alle Angebote müssen lernfähig organisiert sein, d.h. sie müssen aus den Erfahrungen, die während der Durchführung gesammelt werden, Veränderungen und Verbesserungen ableiten. Besonders die neueren Entwicklungen und gezielten Veränderungen im Angebot der Nachbetreuung bedürfen entsprechender Begleit- und Wirkungsforschung, um letztendlich die langfristige Wirksamkeit (und damit auch Kosteneffektivität) der Kurmaßnahmen aufzuzeigen.

Programm

Tagung in Zusammenarbeit mit der Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung und dem Deutschen Bäderverband

"Gesundheitserziehung in der Kur"

Integration von Kurmaßnahmen und Nachsorge am Wohnort
am 15. - 17. Januar 1986 in Bad Sassendorf

Termin: Mittwoch, 15. Januar 1986,	14.00 - 18.30 Uhr
Donnerstag, 16. Januar 1986,	09.00 - 18.00 Uhr
Freitag, 17. Januar 1986	09.00 - 13.00 Uhr

Ort: MARITIM, Hotel Schnitterhof in Bad Sassendorf

Thema: Integration von Kurmaßnahmen und Nachsorge am Wohnort

Mittwoch, 15. Januar 1986

	Anreise bis 13.30 Uhr
14.00 Uhr	Begrüßungsworte durch die Veranstalter <ul style="list-style-type: none">- Kurdirektor Rudolf Hilger, Bad Sassendorf, Deutscher Bäderverband und Kurverwaltung Bad Sassendorf Ton-Bild-Dia-Show: Bad Sassendorf- Prof. Dr. med. Karl Triebold, Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung- Dr. med. Elisabeth Pott, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
14.40 Uhr	Rahmenbedingungen der klinischen sowie der freien Kur Dr. med. Ch. Kirschner, Bad Neuenahr
15.20 Uhr	Gesundheit selber machen Dipl.-Psych. Josef Wolters, LVA Rheinprovinz, Düsseldorf
16.00 Uhr	Die Rolle des niedergelassenen Arztes in der Führung seiner kurenden Patienten Dr. med. Otto Forstmeyer, Hannover

16.30 Uhr	KAFFEPAUSE
17.00 Uhr	Kurssysteme der BZgA Einsatz in der Kur und am Wohnort Dipl.-Psych. Reinhard Mann- Luoma, BZgA
17.30 Uhr	Bewegungstherapie am Wohnort - indikationsspezifische und unspe- zifische - Dipl.-Sportlehrer Wolf-Dieter Fischer, Isny-Neutrauchburg
Voraussichtliches Ende: 18.30 Uhr	
19.00 Uhr	GEMEINSAMES ABENDESSEN

Donnerstag, 16 Januar 1986

9.00 Uhr	Der Beitrag der Volkshochschule in der Kurvor- und -nachberei- tung Dipl.-Soziologe Helmut Breitkopf, Unna Präsentation von 6 Kopplungs- modellen
9.20 Uhr	Modell "Wohnortnahe, interdiszi- plinär-kooperative und kontinu- ierliche Versorgung von Kranken mit chronischer Polyarthritits in Schleswig-Holstein Dr. Uwe Prümel, Kiel
9.40 Uhr	Gesundheit trainieren. Kommuna- les Pilotprojekt K. Allwicher, Mönchengladbach Kombinationsmodell Bad Oeynhau- sen/ VHS Münster Dr. med. B. Saurbier, Bad Oeynhausen
10.20 Uhr	KAFFEPAUSE
10.40 Uhr	Bericht über ein Modellvorhaben zum Zusammenhang von Kurmaß- nahmen und nachgehender Be- treuung Dr. med. Friedrich Haux, Bad Sachsa

11.20 Uhr	Gesund leben - fit bleiben! DAK-Herz-Kreislauf-Kurcenter "Haus-Weserland" Daniela Walter, Bad Pyrmont
12.00 Uhr	Modellprojekt "Aufsuchende und begleitende Hilfen in der Mütter- genesung" Dipl.-Sozialpäd. Gabriele Diers und Dorothea Vesper, Hannover
13.00 Uhr	GEMEINSAMES MITTAGESSEN
14.00 Uhr	Bildung von Arbeitsgruppen 1. Welche Einflußfaktoren deter- minieren die Inanspruchnahme der Kurnachsorgemaßnahmen durch die Kurpatienten? 2. Analyse von Voraussetzungen und Rahmenbedingungen der unterschiedlichen Formen von Kur- und Nachsorge
16.00	KAFFEPAUSE
Voraussichtliches Ende gegen 18.00 Uhr	
19.00 Uhr	GEMEINSAMES ABENDESSEN

Freitag, den 17. Januar 1986

9.00 Uhr	Plenum Berichte der Ergebnisse der Arbeitsgruppen und weiterführen- de Diskussion
10.30 Uhr	KAFFEPAUSE
12.00 Uhr	GEMEINSAMES MITTAGESSEN
Voraussichtliches Ende: 13.00 Uhr	

Moderation: Dr. med. E. Pott

Dr. med. Christoph Kirschner,
Klinik Hochstaden, 5483 Bad Neuenahr-Ahrweiler

Thema: "Rahmenbedingungen der klinischen sowie der freien Kur"

So einig sich alle Verantwortlichen in den Institutionen des Gesundheitswesens über die Notwendigkeit und die guten Möglichkeiten der Gesundheitserziehung während der Kur seit Jahren sind, so schwierig ist es offensichtlich, diese in der Breite der Kurmaßnahmen für alle Kurpatienten sowohl in geschlossenen bzw. stationären Kur als auch besonders in der offenen Badekur durchzuführen.

Die Frage nach den Ursachen der Diskrepanz zwischen Theorie und praktischem Vollzug ist eine Frage nach den Strukturproblemen der Gesundheitserziehung im etablierten Medizinsystem im Allgemeinen und besonders im gegliederten System der Kuren.

Für eine Kurbehandlung und damit für die Einweisung eines Patienten zur Kur ist der Begriff der Phasenindikation von besonderer Wichtigkeit. Er besagt, daß die Notwendigkeit einer Kur nicht nur nach der Krankheitsdiagnose vorgenommen werden sollte, sondern vorwiegend nach der Krankheitsphase, in der Funktions- und Regulationsstörungen durch ein Funktions- und Regulationstraining als kurspezifische Adaptationstherapie unter aktiver Mitarbeit des Patienten erfolgreich sein kann. Der Begriff der Kurfähigkeit bezieht sich also sowohl auf die Reaktionslage des kranken Organismus als auch auf die seelische Einstellung und Fähigkeit des Patienten zur aktiven Mitarbeit.

Aus der Phasenanalyse des individuellen Prozesses des Erkrankens und Gesundens und aus dem Verständnis der Wirkprinzipien der Methoden der Kurorttherapie ergeben sich als Hauptaufgabe der Heilbäder und Kurorte im Medizinsystem die Prävention und die Rehabilitation und die Behandlung von Funktionsstörungen bei chronischen Erkrankungen im Sinne einer Stärkung der Restgesundheit durch Kurmittel und Verhaltensänderungen. Die Kur sollte eine Wandlungsphase im biographischen Prozeß sein. Die Phasenindikation der Kur im ganzheitlichen Prozeß des Erkrankens und Gesundens wird durch das Thema dieser Tagung nochmals herausgehoben.

Die Strukturprobleme der Kur beginnen schon damit, daß der ganzheitliche Aspekt des Erkrankens und Gesundens beim Patienten durch die Prägungen seiner Patientenkarriere im Medizinsystem zu kurz gekommen ist. Ohne diesen ganzheitlichen Aspekt kann der Patient nicht aktiviert und motiviert werden zur Lösung seiner Kuraufgaben. Er begreift ohne diese Einsicht nicht, daß Heilung

aktive Veränderungen des Lebens, seiner Selbstwahrnehmung im körperlichen und seelischen Bereich und seines Lebensentwurfes und damit oft Änderungen liebgewordener Gewohnheiten bedeutet. Er weiß von seiner Krankheit oft viel, von den Bedingungen von Gesundheit als labilem Gleichgewicht im Lebensprozeß relativ wenig.

Gerade die Erfolge der hochentwickelten medizinischen Heiltechnik drängten den Patienten in eine Passivität in der Krankenrolle, die Heilungsprozesse durch Veränderungen des Lebensstils verhindert. Auch die fortgeschrittene medizinische Spezialisierung begünstigt eine Segmentation des Lebensverständnisses im Krankheitsbereich. Die Konsequenz: Auch vor der Kur sind die Behandlungserwartungen im Hinblick auf die Kur hoch, die Handlungsbereitschaft wesentlich geringer.

Aus diesem Sachverhalt ergibt sich, daß bei der Vorbereitung zur Kur dem Patienten schon das angenehme Ambiente der Heilbäder und Kurorte auch als Matrix für solche, zum Teil schmerzhaft und verzichteinschließende Lebensumstellungen deutlich gemacht werden sollte. Die Freistellung von beruflicher Arbeit bei an sich arbeitsfähigen Patienten sollte als Verlagerung von Arbeitskraft in Gesundheitsarbeit dargestellt werden.

Das Versicherungssystem, die Medizinstruktur und die öffentliche Meinung begünstigen eine allgemein verbreitete axiomatische, säkularisierte Heilssehnsucht des Menschen. Er meint, das Heil läge immer nur in einem Mittel, in einem Heilmittel als Pharmakon oder in Heiltechnik als Eingriff von außen. Die Überwindung dieser Ideologie als Vorbereitung auf eine Kur ist so schwierig, weil diese unter dem Wissenschaftsanspruch der kurativen Medizin als Naturwissenschaft von ihr selbst im Gesundheitswesen stabilisiert wird.

Der Wandel vom Ganzheitsaspekt als Lebensschicksal, das man erleidet, zu einem Ganzheitsaspekt selbstverantworteter tätiger Lebenspraxis im biographischen Heilungsprozeß und zur Sicherung der Gesundheit ist für den Patienten schwer zu vollziehen; denn seine Einstellung ist auch in diesem Bereich der Spiegel gesellschaftlicher Strukturen, in diesem Fall der Strukturen des Gesundheitssystems mit vorwiegend kurativ ausgerichteter, krankheitszentrierter Struktur. Es ist nur logisch, daß diese allgemein skizzierten Probleme nicht nur die Kurerwartungen des Patienten prägen, sondern natürlich auch die Strukturen der verschiedenen Formen der Kuren. Es gibt zwar heute ein einheitliches Konzept von Kurortmedizin, aber eigentlich nicht die Kur, weil sich die therapeutischen Möglichkeiten der Kurortmedizin je nach den besonderen versicherungsrechtlichen Rahmenbedingungen bei den verschiedenen Kurformen sehr stark unterscheiden.

Für die Belange dieser Tagung genügt es zu unterscheiden zwischen

- der offenen oder freien Badekur,
- der geschlossenen oder klinischen Kur,
- der Behandlung in Schwerpunkt- und Spezialkliniken in Heilbädern und Kurorten.

Die sogenannte Privatkur entspricht in ihrer medizinischen Problematik weitgehend den Problemen der offenen Badekur, besonders im Hinblick auf die Probleme einer notwendigen integrierten Gesundheitserziehung.

Wenn wir die kassenrechtlichen Rahmenbedingungen der offenen Kur darauf prüfen, wie stark sie als Heilmaßnahme Aspekte einer Ganzheitsmedizin in der Kur und die Notwendigkeit von Aktivität und Veränderungen des Verhaltens des Patienten im Gesundungsprozeß berücksichtigen, so ist das Ergebnis enttäuschend. Das muß erstaunen, da sie versicherungsrechtlich als "Vorsorge"- und "Genesungskur" ausgewiesen ist und gerade eine erfolgreiche Prävention und Rehabilitation solche Änderungen im Lebensvollzug unter ganzheitlichem Aspekt einschließen.

Wie wir sahen, ist in der gesamten Struktur des Therapiesystems der Medizin der Mittelcharakter vorherrschend. Auch im Bereich der Heilbäder und Kurorte hat sich erst in den letzten Jahrzehnten das Verständnis der Charakteristik einer Kur vom angewandten Mittel, von der Anwendung der ortsgebundenen Kurmittel, zu der Bestimmung der Kur aus dem Verständnis der Aufgaben und der Ziele der Kurbehandlung gewandelt. Dieses hat der Anwendung der ortsgebundenen Kurmittel im Therapiespektrum keinen Abbruch getan. Die Strukturierung des Therapiesystems der Kurortmedizin nach den Aufgaben führte aber zur Ergänzung der traditionellen Kurmaßnahmen mit Anwendung ortsgebundener Kurmittel durch Bewegungstherapie, Entspannungstherapie, Diättherapie und Gesundheitserziehung und Training, d.h., zu dem Prototyp der aktiven Kur.

In den Badearztverträgen mit den Krankenkassen für die offene Badekur herrscht aber immer noch der Mittelcharakter vor, da im Vordergrund der Therapie die Verordnung ortsgebundener Kurmittel nach den Vertragstexten stehen soll. Die Einweisung zur offenen Badekur bedeutet deshalb für den Kurarzt gegenüber den Möglichkeiten des Hausarztes schon einen eingeschränkten Behandlungsauftrag mit dem Schwerpunkt der Verordnung von ortsgebundenen Kurmitteln und zur Überwachung der Reaktionslage des Patienten während dieser klassischen Reiz-Reaktionstherapie. Dabei muß eine systematisierte Allgemeintherapie, die die anthropologische Dimension des Krankseins stärker berücksichtigt, oft defizitär bleiben. Kuranwendungen und "Kurleiden" als begrenzte Krankheitsprozesse müssen kassenrechtlich im engen Zusammenhang stehen im Rahmen der besonderen Formen der physikalischen Therapie.

Auf dieser Ebene der Mittelanwendung funktioniert das System der offenen Badekuren in der Interaktion zwischen dem verordnenden Kur- und Badearzt und dem Kurmittelhaus als Leistungserbringer nach den kassenrechtlichen Rahmenbedingungen gut. Auch die Abrechnung dieser Leistungen ist traditionell befriedigend geregelt. Defizitär wird die offene Badekur, wenn unter dem Aspekt einer Ganzheitstherapie oder einer anthropologisch orientierten Allgemeintherapie Leistungen der Prävention und Gesundheitserziehung zur Veränderungen der Lebenspraxis im Rehabilitationsprozeß angeboten werden sollen, obwohl gerade diese Kurform das Etikett der Vorsorge- und Genesungskur trägt. So mußte z.B. aus Schwimmen zur Beseitigung des zivilisatorisch bedingten Bewegungsdefizites in den Heilbädern und Kurorten Bewegungstherapie im Wasser unter Anleitung werden, damit die engen, kurativen Rahmenbedingungen kassenrechtlich erfüllt werden können. Entspannungstherapien in verschiedenen Formen sind nicht immer vergütungspflichtig.

Natürlich ist es selbstverständlich, daß die gesundheitserzieherischen Angebote der Kur auch in die individuelle Beratung des Kurarztes ergänzend zu seiner Verordnungspraxis eingeführt werden müssen. Aber wir wissen alle, daß Gesundheitserziehung mehr sein muß. Wir wissen zum Beispiel, daß schon die Diabetikerschulung durch den Hausarzt aus den gleichen Gründen sehr ungenügend ist und in den Beratungsstrukturen der hausärztlichen Versorgung bis auf wenige Ausnahmen nur ungenügend gelingt, weil die Struktur der Praxis Gruppengespräche, Vorträge mit audiovisuellen Mitteln nicht vorsieht. Aus den gleichen Gründen bleibt Gesundheitserziehung in der offenen Badekur auch defizitär, wenn der Kurarzt nicht den Patienten zu Diätseminaren, zu verhaltenstherapeutischen Ernährungsseminaren, Raucherentwöhnungskursen, Diabetikerschulungen, kursmäßigen Entspannungstherapien usw. nicht überweisen kann. Bei diesen notwendigen Formen kurergänzender Maßnahmen in der offenen Badekur stimmt die Interaktionsebene zwischen verordnendem Arzt und dem Leistungserbringer Kurverwaltung als Träger der Kurmittelhäuser nicht mehr, da diese Seminare und Gruppenveranstaltungen nicht als Kurmittel kassenrechtlich anerkannt sind. Sie sind nicht anerkannt durch kassenrechtliche Rechtsbegriffe, werden aber mit Recht als Notwendigkeit auch für die offene Badekur gefordert. Solche Angebote sind nur strukturübergreifend zwischen den verschiedenen Praxen von Kurärzten und den Kurverwaltungen zu organisieren. Aber es wird nicht gesehen, daß die Lösung dieser Organisationsprobleme nicht gelingt, wenn die kassenrechtliche Struktur solche Angebote nicht als vergütungsfähige Kurmittel anerkennt.

Mit viel Idealismus haben sich in vielen Heilbädern und Kurorten weitschauende Kurdirektoren, engagierte Ärzte und Kur- und kommunale Verwaltungen zu Gremien bzw. Arbeitsgemeinschaften zusammengefunden, um ein solches zusätzliches Versorgungssystem

für eine komplexe offene Kur zu schaffen. Sie taten dies in der Hoffnung, daß bei vorhandener Vorleistung auch eine Kostenstruktur für die Gesundheitserziehung als Kurmittel gefunden werden könnte.

Ein gutes Beispiel dafür ist hier Bad Sassendorf, ein Heilbad, das unter seinem Kurdirektor Pionierleistungen vollbrachte. Eine solche Organisation der Leistung zwischen den verschiedenen Berufsgruppen am Kurort ist notwendig, weil die Aufgaben der Gesundheitserziehung als Teil einer kurspezifischen Gesundheitsmedizin nur multidisziplinär mit verschiedenen Berufsgruppen gelöst werden kann. Diätassistentinnen, Pädagogen, Psychologen und Sozialarbeiter, Beschäftigungstherapeuten u.a. gehören in solche Institutionen, die auch über eigene Räume, Lehrküche, Mediothek, Bibliothek und über Ausstellungsräume und Ausstellungsmaterial verfügen muß. Diese Berufsgruppen gehören aber nicht zu den klassischen Kurberufen wie Ärzte, Kurdirektoren, Masseur, Bademeister usw. und sie haben auch nach den kassenrechtlichen Rahmenbedingungen der offenen Badekur eigentlich keine Existenzgrundlage im Kurort.

Seit Jahren beobachten nun alle Verantwortlichen in den Heilbädern und Kurorten und besonders die, welche sich um eine zeitgemäße Kur bemühen, ein erschreckendes Desinteresse an diesem Strukturproblem und Strukturdefizit der offenen Badekur bei den Krankenkassen, bei der Bundesärztekammer und bei den Verantwortlichen in der Sozial- und Gesundheitspolitik und in den politischen Parteien.

Dieses Desinteresse hat verschiedene Gründe, die deutlich werden, wenn wir jetzt das andere Kursystem, die geschlossene, klinische Kur betrachten und ihre versicherungsrechtlichen Rahmenbedingungen. Gegenüber der offenen Badekur als Kurmittelkur alter Prägung vertraten die Rentenversicherungsträger bei ihren klinischen Heilverfahren, die sie auch nicht als Kuren bezeichnet haben wollen, von vorneherein ein wesentlich komplexeres Behandlungskonzept, das primär nicht am Mittel, sondern an den Aufgaben der Rehabilitation orientiert war und ist. So wurde auch die Diagnostik von Risikofaktoren über die Diagnostik der Kurleiden hinaus nicht durch Sonderleistungspauschalen wesensfremd eingeengt. So ist bei klinischen Heilverfahren die Überprüfung der Risikofaktoren des Stoffwechsels kein Problem. Routinemäßig durchgeführt bringt sie in der offenen Badekur dem Kurarzt Regreßforderungen. Bei den klinischen Heilverfahren bringen die Vorgutachten zum Heilverfahren auch für den Kurarzt an der Klinik bessere Vorinformationen als die nicht- oder unvollständig ausgefüllten Badescheine vieler Patienten in der offenen Kur.

Der Ausbau einer Funktionsdiagnostik, z.B. der Ergometrie als Voraussetzung einer gezielten Bewegungstherapie macht im klinischen Heilverfahren keine Schwierigkeiten. Auch jenseits von Krankengymnastik und krankengymnastischer Bewegungstherapie konnten Gymnastiklehrer und Sportlehrer angestellt werden, um das zivilisato-

risch bedingte Bewegungsdefizit jenseits individueller Krankheitsproblematik und der Notwendigkeit von Krankengymnastik durch allgemeine Bewegungstherapie zu beseitigen. Diätassistentinnen und klinische Psychologen konnten auch leicht in das multidisziplinäre Behandlungskonzept einer Klinik eingefügt werden. Gesundheitserziehung wurde schon durch den Milieueffekt der Klinik erleichtert. Die Angebote konnten schrittweise erweitert werden durch Änderungen im Stellenplan, z.B. auch bei der Besetzung der Klinik mit Ärzten im Verhältnis zur Patientenzahl. Gruppenunterricht und Gruppenseminare bedeuten für eine Klinik keine Strukturprobleme.

Gruppenunterricht und Gruppenseminare für die Patienten in der offenen Badekur bedeuten für die Praxis des Kurarztes aber erhebliche Schwierigkeiten. Die schmale Vergütungsstruktur der offenen Badekur läßt es dem niedergelassenen Kurarzt fast immer ratsam erscheinen, seine wirtschaftliche Sicherung, vorwiegend in der kurativen Versorgung der ortsansässigen Bevölkerung zu suchen, so daß häufig die typische Badearztstätigkeit nur einen kleinen Bereich der Praxis einnimmt, was wiederum den Ausbau gesundheits-erzieherischer Beratungstätigkeit erschwert.

Der Strukturwandel im Bereich der klinischen Heilverfahren mit ihrem Modellcharakter für eine komplexe auch systematisierte kurspezifische Allgemeintherapie und Gesundheitserziehung im Rahmen erweiterter Aufgaben der Kurortbehandlung gelang besser als bei der offenen Badekur, weil nicht jedes Mal eine neue differenziertere Vergütungsstruktur gefunden werden mußte nach Einführung von Zusatzleistungen und einer notwendigen erweiterten interdisziplinären Besetzung der Klinik. Alles konnte über den gleichen Pflegesatz finanziert werden, der natürlich auch stärker erhöht werden mußte.

Soziologisch gesehen stellte sich also für die neuen Kurberufe in den Strukturen der Klinik nicht das Problem, daß die Äquivalenz von Entäußerung und Leistung und von Entschädigung und Entgelt erst die Grundlage für die Einführung und Professionalisierung dieser Berufe auf der Kurortebene sein mußte. Nach von Ferber kann in unserem System der sozialen Sicherheit die Leistungsverwaltung nur finanzielle Mittel zur Verfügung stellen, wenn der Zugang durch Rechtsbegriffe definiert wird. Wo sind aber diese Rechtsbegriffe und Titel für die Leistungen der Gesundheitserziehung in der kulturellen Entwicklung der Kurmedizin geblieben?

Wir sahen, daß für eine Verrechnung dieser Leistungen über den Pflegesatz bei klinischen Kuren Rechtstitel dieser Art entbehrlich sind. Das Fehlen in der offenen Badekur macht aber diese Kurform chronisch defizitär, obwohl die Zahl der offenen Badekuren und Privatkuren die Zahl der klinischen Heilverfahren weit übersteigt.

Es wäre töricht, den Zugang zur offenen Badekur wegen dieser Defizite zu beschränken und die Zahl der klinischen Heilverfahren als komplexere Kur auch für Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen kostentreibend zu erhöhen. Es ist wesentlich kostengünstiger, die Dienstleistungen der Gesundheitserziehung im Bereich der offenen Badekur als unentbehrliches Kurmittel zu bezahlen.

Die Heilbäder und Kurorte haben in den letzten Jahren unter dem Zwang der Erkenntnisse über die Durchführung komplexer Prävention und Rehabilitation in diesen Bereichen improvisiert. Mit Recht stellten geschickte Kurdirektoren diese Aufgaben als Gemeinschaftsaufgabe des ganzen Heilbades dar. Praxisübergreifend übernahmen niedergelassene Ärzte umschichtig Vorträge. Psychologen und Diätassistentinnen und anderes Personal wurden neben Ärzten auch aus den Kliniken (oft ohne Entgeltstruktur) zu Einzelveranstaltungen und zu zusätzlichen Leistungen in die Gesundheitszentren verpflichtet. So kam das Programm zwar voran, vielleicht wurden dadurch aber auch strukturelle Lösungen verzögert.

Der Nachteil der fehlenden Entgeltstruktur liegt aber darin, daß der notwendige Personalaufwand bei diesem Kompromiß nicht in der gewünschten Breite geleistet werden kann. So können für den Kurgast im Jahr zu jeder Kurzeit nicht alle Angebote an Gesundheits- und Krankheitsinformationen und Gruppenseminaren geboten werden. Es bleibt dem Zufall überlassen, ob der Patient gerade in seiner Kurzeit, das nach Krankheit, Lebenssituation und Lebensschicksal gemäße Angebot findet.

Zweifellos macht die kurative Struktur unseres Krankenversorgungssystems es schwer, Gesundheitserziehung als primäre und tertiäre Prävention über Rechtsbegriffe in das System der kurativen Krankenversorgung einzuführen. Die Schwierigkeit ist besonders groß in einer Zeit der Expansion der Kosten mit den Finanzierungsschwierigkeiten. Wenn Methoden der Gesundheitspflege krankensicherungsrechtlich allgemein und generell kostenpflichtig würden, könnte praktisch jeder Bürger, ob gesund oder krank, Ansprüche an das System stellen. Wohl auch deshalb wurde die primäre Prävention erneut aus dem Leistungskatalog der Rentenversicherungen gestrichen. Deshalb ist eine grundsätzliche Lösung des Problems der Verzahnung von Gesundheitserziehung mit individueller kurativer Krankenversorgung über Rechtsbegriffe für alle Bereiche der Krankenversorgung wohl nicht möglich.

So fürchteten z.B. die Krankenkassen in der Vergangenheit, verordnetes Schwimmen in der Kurtherapie zu begleichen, da sie annahmen, daß auch das Schwimmen in Freizeit und Urlaub zur Krankenkassenleistung hochstilisiert werden würde. Gangbar wäre meines Erachtens der Weg für die Krankenkassen, Gesundheitserziehung und Training als vergütungsfähige Seminarleistungen nach den

kassenrechtlichen Rahmenbedingungen in die offene Badekur zu integrieren, wenn die offene Kur nicht mehr nur als reine Kurmittelkur rechtlich definiert und angesehen werden würde, sondern als komplexes Gesundheitsexerzitium im Rehabilitationsprozeß.

Über diesen Weg ließe sich die Verbindung der kassenrechtlichen Struktur der kurativen Krankenversorgung mit der notwendigen Vorsorge und Rehabilitation als primäre und tertiäre Prävention beschränkt auf die Kur verzahnen.

Bei der Organisation der Kurorte als große Wirtschaftseinheiten, die auch betriebswirtschaftlich sowohl als Staatsbad, kommunales Bad oder Privatbad rentabel gehalten werden müssen, kommt es darauf an, aus den Methoden und Leistungen der Gesundheitserziehung verordnungs- und vergütungsfähige Kurmittel zu machen. Es handelt sich hier gerade nach unserem Verständnis von den Notwendigkeiten um qualifizierte, personalintensive und aufwendige Dienstleistungen, die man nicht von den Heilbädern und Kurorten als unbezahlte Kulanzleistungen erwarten kann.

Seit mehr als 10 Jahren ist der Höhenflug der Gedanken zur Gesundheitserziehung ungebrochen. Die Notwendigkeit und Chance der Verwirklichung besonders während der Kur unbestritten. Die Antwort auf die Strukturprobleme, die eine bessere Praxis erst ermöglichen, steht weiter aus. Am Kurort kann Gesundheitserziehung nur verzahnt mit der individuellen Krankenversorgung wirksam sein. Die institutionelle Trennung, wie sie sich in den Bundes- und Landeszentralen für gesundheitliche Aufklärung und in den Gesundheitsämtern von den kurativ tätigen Strukturen im Medizinsystem darstellt, ist im Kurort nicht praktikabel und ineffizient. Zwar begünstigt das geltende Versicherungssystem eine optimale kurative Krankenversorgung mit Mittelcharakter, aber es wirkt den gesellschaftlichen Einflüssen zu ungesunder Lebensführung nicht entgegen.

Eine Gesundheitsmedizin als medizinische und sozialwissenschaftlich begründete Theorie ist nicht identisch mit einem strukturierten System der Praxis, in der die richtige Theorie erst effizient verwirklicht werden kann.

Josef Wolters,

Diplom-Psychologe, LVA Rheinprovinz, 4000 Düsseldorf

Dr. med. F.-W. Kaufmann,

Abt. Direktor, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 6000 Frankfurt

Thema: "Gesundheit selber machen" - Gesundheitstrainingsprogramm des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger

Ich darf Sie alle recht herzlich begrüßen und möchte Ihnen sagen, daß ich hier in Vertretung für Herrn Dr. Kaufmann vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, der auch ursprünglich im Programm angekündigt war und leider terminlich verhindert ist, spreche, und der mich gebeten hat, heute für ihn dieses Referat zu halten.

Sie sehen in dem jetzt aktuell vorgegebenen Programm, daß da steht "Gesundheit zum selber machen". Was mag das wohl sein?

Das ist wohl etwas ungenau wiedergegeben worden, ich wollte über Gesundheit nicht "zum" sondern über "Gesundheit selber machen" etwas sagen und über die Überlegungen, die zu dem Programm geführt haben, das Sie hier in diesen grünen Mappen sehen.

Wir wissen, daß die Bedeutung der Risikofaktoren für die Entwicklung und das Fortbestehen besonders der für die Sozialleistungsträger vor allem relevanten chronischen sogenannten Zivilisationskrankheiten und daraus resultierenden Behinderungen konsequenterweise eine angemessene Berücksichtigung bei Prävention, Therapie und Rehabilitation erfordert. Die Gesundheitserziehung hat hierbei zentrale Aufgaben. Für die primäre Prävention ist dies weitgehend unstrittig; die Probleme liegen in der Realisierung. Nach bereits eingetretenen Gesundheitsschäden - wenn das Kind also in den Brunnen gefallen ist - und zumal in fortgeschrittenem Lebensalter, werden die Einflußmöglichkeiten und damit die Notwendigkeit der Gesundheitserziehung hingegen von Patienten wie Ärzten vielfach noch sehr skeptisch eingeschätzt.

Um die Funktionen der Gesundheitserziehung im Rehabilitationsgeschehen zu kennzeichnen, möchte ich als gemeinsame Plattform für unsere weiteren gemeinsamen Überlegungen kurz die Grundkonzeption von Rehabilitation skizzieren.

Rehabilitation will ja helfen körperlich, geistig oder seelisch Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen im Wortsinn von re-habilitare wieder "fähig zu machen", ihre persönliche und soziale Rolle im Leben in bestmöglicher Weise ausfüllen zu können. Die Eingliederung von Patienten in Arbeit, Beruf und Gesellschaft ist das im Sozialrecht formulierte globale Rehabilitationsziel, wie Sie es auch im § 1 RehaAnglG und dem § 10 SGB I Allgemeiner Teil, nachlesen können. Das gegliederte System der sozialen Sicherheit weist dabei den einzelnen Sozialversicherungsträgern unterschied-

liche Aufgaben zu. So sind die Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherungsträger auf die Eingliederung im Erwerbsleben gerichtet.

Abbildung 1

Unter Behinderung sind nach der Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation die aus angeborenen oder erworbenen, krankheits- oder unfallbedingten Gesundheitsstörungen und Schäden (impairments) resultierenden funktionellen Einschränkungen im täglichen Leben (disabilities) und nachfolgenden sozialen Beeinträchtigungen einschließlich im Arbeitsleben (handicaps) zu verstehen. Sie sehen, daß sich letztendlich aus den funktionellen Einschränkungen, die sich aufgrund der körperlichen Schäden ergeben, handicaps erwachsen können, die sich als persönliche Folgen, als familiäre Folgen und als gesellschaftliche Folgen darstellen. Diese werfen Probleme mit ziemlich weitreichenden Konsequenzen auf.

Bei den persönlichen Folgen haben wir die Einschränkung der Unabhängigkeit, Beweglichkeit, der Freizeitaktivitäten, der sozialen Integration, der wirtschaftlichen, gesellschaftlichen und beruflichen Möglichkeiten usw. die, wie wir sehen, bei den familiären Folgen, je nach Schweregrad der Behinderung, Pflegebedarf, gestörte soziale Beziehungen, wirtschaftliche Belastungen und als gesellschaftliche Folgen den Fürsorgeanspruch an den Staat, den Produktivitätsverlust dadurch, daß der Behinderte seine Arbeit nicht voll oder teilweise gar nicht ausüben kann, entstehen lassen. Nicht zu vergessen ist die gestörte soziale Eingliederung, weil die Betroffenen aufgrund der Krankheit oder Behinderung nicht am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können. Ich kenne etliche Personen, die gerne mal in ein Opernhaus gehen würden und einfach nicht dazu kommen und immer nur mit den Vorstellungen, die im Fernsehen oder Radio gesendet werden, vorlieb nehmen müssen. Aufgabe der Rehabilitation sind somit die Beseitigung solcher drohenden oder eingetretenen Einschränkungen, oder wo dies nicht möglich ist, wie bei vielen chronischen Leiden - denken wir an die Krankheiten des rheumatischen Formenkreises - ihr möglichst weitgehender Ausgleich. Rehabilitation beinhaltet sehr vielschichtige ineinandergreifende Aspekte. Ich habe versucht einige wesentliche Stichworte aufzulisten.

Abbildung 2

Rehabilitation muß Hilfe zur Selbsthilfe sein, ggf. auch zum Lebenlernen mit chronischer Krankheit oder Behinderung. Sie sehen das in der Abbildung 2. Die Gehschule ist z.B. Hilfe zur Selbsthilfe. Der Gehbehinderte soll in der Rehabilitationsmaßnahme lernen, wie er trotz seiner Behinderung wieder einigermaßen sicher gehen kann mit entsprechenden Gehhilfen, oder das Ziel sollte sein - wenn es geht - auch ohne Gehhilfen. Das erfordert auch Motivation und Mitwirkung des Rehabilitanden. Sie wissen, daß im SGB in den §§ 60 ff steht, daß der einzelne, wenn er einen Antrag gestellt hat, zur Mitwirkung verpflichtet ist. Die Rehabilitationsträ-

ger gehen davon aus, wenn bereits ein Antrag auf eine stationäre Heilbehandlung gestellt wurde, daß der Patient nicht von allen möglichen Seiten - von Verwandten, von seinem behandelnden Arzt - dahingedrängt worden ist und er letztendlich nur unter Zwang seine Unterschrift unter den Antrag gestellt hat, sondern daß er selbst der Meinung ist: Ich selbst muß jetzt etwas für meine Gesundheit tun und will auch da mitwirken. Natürlich kann es vorkommen, daß sich der eine oder andere hier und da mal nur unwillig beteiligt, wenn er mitwirken soll.

Rehabilitation bedeutet im weitesten Sinne Übung und Training zur Stabilisierung und Verbesserung gestörter Funktionen sowie zur Förderung und Entwicklung ausgleichender Funktionen und Fähigkeiten zur bestmöglichen Anpassung an die Anforderungen des Alltags- und Arbeitslebens.

Im Rahmen stationärer Heilbehandlungen stehen hierbei im Vordergrund Krankengymnastik und andere Formen der Bewegungstherapie, physikalische Therapiemaßnahmen einschließlich Balneo- und Klimatherapie, Beschäftigungs-, Arbeitstherapie und viele spezielle Verfahren wie z.B. Logopädie, neurolinguistisches Programmieren und neuerdings sogar zerebrales Jogging, aber auch die verschiedenen Formen von Entspannungsübungen (autogenes Training, progressive Muskelentspannung nach Jacobson).

Gleichrangig gehört dazu die Anleitung zum Abbau von Risikofaktoren und der Aufbau und das Training eines den individuellen Erfordernissen angemessenen weniger riskanten Gesundheitsverhaltens. Denn Rehabilitation muß im Interesse langfristiger Erfolge immer auch die Prävention einschließen, nicht nur im Sinne der Verhinderung oder Eindämmung fortschreitender Entwicklungen der bestehenden Störungen, sondern auch zur Vermeidung zusätzlicher neuer Krankheitsentwicklungen. Rehabilitation umschließt somit auch primäre und sekundäre Prävention. Sie wird selbst auch als tertiäre Prävention bezeichnet, wie Dr. KIRSCHNER hier schon ausführte, denn sie soll ja Behinderungen verhindern, beseitigen, erleichtern und die Ausgliederung aus Arbeit, Beruf und Gesellschaft vermeiden helfen, Sie kennen das Stichwort "Reha vor Rente"!

Rehabilitation muß immer auf den ganzen Menschen ausgerichtet sein. Es geht - wie es der Deutsche Ärztetag 1980 formuliert hat - um die Rehabilitation der Person. So genügt etwa eine Bewegungstherapie trotz erreichter Funktionsverbesserung allein noch nicht, sondern der Patient braucht weitere, insbesondere auch psychische und psychosoziale Hilfen, um mit den verbleibenden Einschränkungen und seinem persönlichen Lebensschicksal besser fertig zu werden.

Rehabilitation kann nur als interdisziplinäre Aufgabe, natürlich unter Einschluß des Rehabilitanden selbst, erreicht werden.

Wenn wir nun fragen: Wo liegen in diesem Konzept nun die speziellen Aufgaben der Gesundheitserziehung?, dann kann die Antwort eigentlich nur lauten: In allen aufgelisteten Bereichen!

Auch für das Aufgabenspektrum der Gesundheitserziehung gelten prinzipiell die entsprechenden Stichworte. Auch die Gesundheitserziehung will Hilfen zur bestmöglichen Lebensbewältigung geben; idealerweise durch Vermeidung gesundheitsgefährdenden Verhaltens im Sinne von Primärprävention. Wenn aber bereits Verhaltensdefizite mit nachfolgenden Schäden eingetreten sind, dann soll die Gesundheitserziehung helfen, sie zu beseitigen, zu verringern und ein geeignetes Gesundheitsverhalten aufzubauen. Stichwort: Anleitung und Übung, Gesundheitstraining. Da bei den stationären Heilbehandlungen der Rentenversicherung im Vordergrund die chronischen Zivilisationskrankheiten stehen, liegen hier die Schwerpunkte der Gesundheitserziehung.

Üben, Training, Selbsthilfe, Verhaltensänderung bedeutet lernen. Dieses Lernen in der Rehabilitation muß die Gesundheitserziehung vermitteln und zwar unter Berücksichtigung der intellektuellen, emotionalen und praktischen Handlungsebene. Schon PESTALOZZI hat gesagt: "Der Mensch lernt mit dem Kopf, mit dem Herzen und mit den Händen." Diese drei Ebenen müssen angesprochen werden. Es reicht einfach nicht aus, wenn ein Arzt in einer Kurklinik vor seinen Patienten einen Vortrag hält, und ihnen darin sagt, was sie besser machen sollen. Dann gehen die Patienten raus und sagen: "Schön und gut, was er da sagt, aber wie soll man das machen? Wenn ich an meinen Tagesablauf denke, sind das utopische Vorstellungen!" Das soll einfach nicht sein, sondern das, was vermittelt wird, soll auch umgesetzt werden in der praktischen Handlungsebene. Zu den gesundheitspädagogischen Schlüsselaufgaben gehört dabei die Motivation der Versicherten zur Mitwirkung an ihrer Rehabilitation, zur Selbsthilfebereitschaft und zur ggf. notwendigen Änderung ihres Gesundheitsverhaltens. Gesundheitserziehung muß dem Versicherten die notwendige Einsicht und Einstellung vermitteln, daß er selbst etwas für seine persönliche Gesundheit tun kann und tun muß, auch und gerade, wenn er schon älter, krank oder in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Er muß seine individuellen Chancen und Möglichkeiten erkennen und nutzen lernen, wie er etwa durch sein Verhalten, einschließlich in der Freizeit, mit präziser Einhaltung ärztlicher Verordnungen, durch bestimmte Übungen, und zwar auch weiterhin zu Hause, seine Gesundheitsstörungen und Behinderungen günstig beeinflussen, deren Fortschreiten verhindern und im Alltag besser damit fertig werden kann.

Das erfordert vielfach erst das Herausführen aus der gelernten traditionellen Patientenrolle, die sich am passiven Be-handelt-werden orientiert, hin zum aktiven, in der eigenen Rehabilitation Mitwirkenden. ELLWANGER, der bekannte Sozial-Mediziner, hat einmal gesagt: "Der Patient muß zum Aktienten werden." Er darf nicht nur be-handelt werden, er selbst muß handeln nach entsprechender Anleitung.

Diese mitverantwortliche aktive Einbindung des Rehabilitanden verlangt zwangsläufig auch die geeignete Vermittlung der erforderlichen Einsicht in die Notwendigkeit der Maßnahmen. Für individuelle Einzelmaßnahmen erfolgt dies überwiegend schon immer im ärztlichen

Gespräch, im Vier-Augen-Gespräch zwischen Patient und Arzt. Gesundheitserziehung muß aber darüber hinaus das Gesamtkonzept der Rehabilitation für den einzelnen verständlich und akzeptabel machen. Sie fördert damit die Mitwirkungsbereitschaft (die compliance) in allen Bereichen von Diagnostik und Therapie und entspricht somit einem unmittelbaren ärztlichen Anliegen. Gesundheitserziehung ist idealerweise die gemeinsame Schiene, auf der die Rehabilitation läuft, während der stationären Heilbehandlung und möglichst auch danach. Gesundheitserziehung hat somit als verbindendes Element der verschiedenartig ansetzenden - diagnostischen, therapeutischen, rehabilitativen, präventiven - Detailmaßnahmen eine integrierende Funktion im gesamten Rehabilitationsgeschehen.

Die besondere Lebenssituation während einer stationären Heilbehandlung - zumal nach vorangegangener schwerer Erkrankung, z.B. nach Herzinfarkt - begünstigt die Bereitschaft zur Bilanzierung des eigenen Gesundheitsverhaltens, des Weges bis zu diesem Ereignis, zur Wieder- oder Neubesinnung auf sinnvolle Lebensziele und für erforderliche Verhaltensänderungen. Die Zeit der stationären Heilbehandlung bietet somit günstige innere Voraussetzungen sowie äußere Rahmenbedingungen für eine im weitesten Sinne wirksame Gesundheitserziehung. Sie sollte daher zum Nutzen des Rehabilitationserfolges ausgeschöpft werden. In dieser - im Grunde nicht neuen, aber durch eine vorrangig naturwissenschaftlich orientierte Medizinentwicklung vorübergehend überdeckten - Erkenntnis fordern die Rentenversicherungsträger seit langem die Intensivierung der Gesundheitserziehung als integralen Bestandteil der stationären Heilbehandlung. So wurden schon vor Jahren im Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) Grundsätze verabschiedet und gemeinsam mit dem hier mitveranstaltenden Deutschen Bäderverband und der Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung "Richtlinien für die Gesundheitserziehung in deutschen Heilbädern und Kurorten" erarbeitet. Weiterhin hat der VDR Gesundheitserziehungsseminare für Ärzte, Psychologen und andere Mitarbeiter aus medizinischen Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt. Gerade auch von dort kam immer wieder der Wunsch nach weiteren praktischen Hilfen, wie sie deshalb entsprechend dem Auftrag der Fachgremien im Verband Deutscher Rentenversicherungsträger nunmehr in Form dieses grünen Basisprogramms zur Gesundheitserziehung vorgelegt wurden.

Geeignete Hilfen sind unzweifelhaft notwendig, denn die Realisierung der Gesundheitserziehung soll man sich nicht leicht vorstellen, sie stellt hohe Ansprüche an alle Beteiligten. Sie kann nur in interdisziplinärer Zusammenarbeit von Ärzten, Psychologen, Schwestern, Diätassistentinnen, Krankengymnasten, Badermeistern und anderen - und nicht zuletzt dem Versicherten selbst - erfolgen. Das Gesundheitserziehungskonzept in der Rehabilitationseinrichtung muß von allen Mitarbeitern getragen werden und ihnen soweit vertraut gemacht werden, auch wenn sie nicht unmittelbar an der Durchführung beteiligt sind. Wenn den Patienten der Eindruck widersprüchlicher Informationen und Verhaltensweisen vermittelt wird, ist der Erfolg von vornherein gefährdet. Insoweit kommt auch den Einflußmaßnahmen des von HALHUBER einmal als Primärtherapeuten bezeichneten Hilfspersonals, letztlich bis hin zur Putzfrau, Bedeutung zu.

Der Arzt kann somit die vielfältigen Aufgaben der Gesundheitserziehung nicht allein bewältigen, ganz abgesehen von der zeitlichen Belastung bei seinen übrigen ärztlichen Pflichten und im Hinblick auf seine in diesem Feld meistens begrenzte Kompetenz und Ausbildung. Er hat aber auch für die Gesundheitserziehung - ebenso wie für die übrigen Bereiche der medizinischen Rehabilitation - eine zentrale Verantwortung, ungeachtet der erforderlichen Zusammenarbeit mit den anderen Fachkräften und ihrer Einzelverantwortung. Dem Arzt obliegt die Diagnostik, Feststellung der rehabilitationsbedürftigen Funktionseinschränkungen und Defizite, Aufstellung und Überwachung des Therapie- bzw. Rehabilitationsplanes, und dazu gehören die gesundheitspädagogischen Maßnahmen. Das gilt für jeden einzelnen Arzt in der Rehabilitationseinrichtung und für den leitenden Arzt zugleich im Rahmen seiner ärztlichen Gesamtverantwortung.

Die "Verordnung" von Gesundheitserziehung.

Angesichts der dargestellten Bedeutung auch im individuellen Rehabilitationskonzept ist es konsequent sowie aus psychologischer Sicht geboten, hinsichtlich der Teilnahme an den im Einzelfall indizierten gesundheitspädagogischen Veranstaltungen in gleicher Weise zu verfahren wie bei allen ärztlich verordneten diagnostischen und sonstigen therapeutischen Maßnahmen. Gesundheitserziehung kann im Zusammenhang mit der stationären Heilbehandlung im weitesten Sinne durchaus zur aktivierenden Therapie gerechnet werden. Ein Abweichen von der sonst üblichen Ordnungsweise im Sinne der völligen Freistellung einer Teilnahme müßte bei den Patienten den Eindruck erwecken, daß der Gesundheitserziehung doch keine mindestens gleichgewichtige Bedeutung beizumessen ist, wie anderen ärztlich verordneten Maßnahmen. Entsprechendes gilt natürlich auch, wenn Veranstaltungen zur Gesundheitserziehung im Organisationsplan nur nachrangig plaziert sind, etwa in den Abendstunden, wenn die übrigen Patienten Freizeit haben. Für die Verordnung sprechen auch sozialrechtliche Gesichtspunkte. So ist die Ablehnung einer Wiederholungsmaßnahme etwa bei einem weiterhin adipösen Patienten wegen Nichtbefolgung der notwendigen gesundheitlichen Verhaltensregeln nur möglich, wenn ihm bei der vorangegangenen Rehabilitationsmaßnahme auch tatsächlich die konkrete Chance zum Erlernen des für die Gewichtsreduktion erforderlichen Essverhaltens gegeben worden ist.

Zur Diskussion steht auch immer wieder die Bezeichnung Gesundheitserziehung, weil mit dem Wort "Erziehung" unterschiedliche Begriffsinhalte und Erfahrungen zugeordnet werden. Wenn man - entsprechend einer weiten Definition - Erziehung versteht als "alle Einwirkungen der Gesellschaft auf den Menschen, die zur Entfaltung der sittlichen, geistigen und körperlichen Anlagen sowie zur Formung der Gesamtpersönlichkeit beitragen", so erscheint die Wortverbindung "Gesundheitserziehung" durchaus treffend. Weniger emotional belastet ist bisher die Bezeichnung "Gesundheitstraining", die auch das eigene aktive Handeln dabei deutlicher werden läßt. Diese Bezeichnung wird deshalb auch in unserem Programm, das Sie in den grünen Mappen finden, vorrangig verwendet.

Wichtiger als der, zumal den Patienten weniger drückende Streit um Worte, sind die Inhalte. Über die in der Vergangenheit vorrangig praktizierte Informationsvermittlung hinaus kommt es beim Gesundheitstraining auf die individuelle Motivation und praktische Einübung an, wie dies auch dem praktischen Lernen im Lebensalltag entspricht. Eine Einstellungs- und nachfolgende Verhaltensänderung setzen voraus, daß sich der Betreffende selbst emotional angesprochen fühlt und erfordern ein intensives Verhaltenstraining. Hier müssen deshalb auch die Schwerpunkte im Rahmen der stationären Heilbehandlungen liegen.

Unter Berücksichtigung all dieser Gesichtspunkte wurde das vorliegende Programm entwickelt und unter das bewußt herausfordernde Motto "Gesundheit selber machen" gesetzt.

Es ist konzipiert als praktische Hilfe für die in der Gesundheitserziehung Tätigen zur Vermittlung der allgemeinen Informationen, Einstellung und Motivation zu gesundheitsgerechtem Verhalten und zwar als ein Basisprogramm für das Gesundheitstraining aller Patienten in den medizinischen Rehabilitationseinrichtungen, unabhängig von bestimmten Indikationen. Geplant ist die Ergänzung durch spezielle Programme für die Gesundheitserziehung bestimmter Zielgruppen wie Übergewichtige, Diabetiker, Hypertoniker, Rheumapatienten etc. Das Programm ist ausgerichtet auf die Gruppenarbeit, die sich auch wegen ihrer unterstützenden, vielschichtigen psychodynamischen Wirkungen sowie aus organisatorischen Gründen als eine geeignete Form erwiesen hat. Es ist jedoch ausdrücklich festzustellen, daß damit das wichtige Einzelgespräch zwischen Patient und Arzt über die besonderen individuellen Probleme keinesfalls entbehrlich wird.

Das Programm - das Sie hier in den grünen Mappen sehen - besteht aus fünf Unterrichtspaketen, die jeweils eine Seminarstunde zu einem vorgeschriebenen Thema beinhalten. Außerdem gehört noch eine freie Diskussionsstunde zu dem Programm, für die kein Material vorgegeben wird, sowie als Teil P praktische Hinweise für das Arbeiten mit dem Programm. Die Themen der Seminarstunden sind Grundgedanken zu "Meine Gesundheit - Meine Aufgabe". Die zweite Seminarstunde widmet sich dem Thema "Streß", die dritte dem Thema "Übergewicht", die vierte dem körperlichen "Training" und die fünfte den "Alltagsdrogen". Alle Themen sind durch den übergeordneten Leitgedanken "Ich kann und muß selber etwas für meine Gesundheit tun" miteinander verbunden. Jedes Thema ist ein Beispiel für diesen Leitgedanken.

Ich wiederhole: man kann, wenn es der Zeitplan erlaubt, auch noch eine sechste Stunde einfügen als Aussprache und Planung für zu Hause. Das hat sich in der Vergangenheit als sehr positiv herausgestellt. Wenn die Patienten am Ende der Maßnahme in dieser sechsten Stunde einen Brief an sich selbst geschrieben haben mit den Vorsätzen, was sie jetzt tun wollen zu Hause, was sie weitermachen wollen usw., werden die Patienten dann aufgefordert, dieses Schreiben zwei oder drei Monate nach der Beendigung der Maßnahme selbst zu Hause zu öffnen und zu lesen. Sie sollen dann für sich selbst reflektieren, was hat sich davon in der Tat realisiert, was muß ich noch tun und könnte ich besser machen, was ist aus welchem Grunde schief gelaufen.

Jedes einzelne Unterrichtspaket umfaßt vorgegebene Lernziele, eine Kurzfassung, einen Leitplan und einen ausgearbeiteten Muster-Textvorschlag für die Durchführung der Seminarstunde, eine Prüfliste für die organisatorischen Vorbereitungen, zahlreiche Arbeitsmaterialien (Hinweise zur Durchführung, zur Literatur, zum weiteren Medieneinsatz, grundlegende Sachinformationen zum Thema, Beschreibung der Folien, Fragebogenmuster für eine Überprüfung des Lernerfolges u.ä.) sowie alternative Unterrichtsvorschläge und im Anhang vorgefertigte Folien. Außerdem gehören zu jeder Seminarstunde Faltblätter als Kurzfassung für die Teilnehmer. Die einzelnen Seminarstunden können in der vorgeschlagenen Weise durchgeführt, aber - unter Einhaltung der Lernziele - auch abgewandelt werden oder als Vorlage für die Bearbeitung anderer gesundheitspädagogischer Themen dienen.

Ich will Ihnen zur Illustration jetzt einige Folien, die eingesetzt werden können, beispielhaft zeigen.

Abbildung 3 zeigt z.B. die Kurve der körperlichen Leistungsfähigkeit eines Menschen von etwa 47 Jahren, wie sie bisher gelaufen sein könnte. Sie würde im Normalfall vielleicht entsprechend der gepunkteten obersten Linie zum Buchstaben N hin weiter verlaufen. Bei Vorliegen bestimmter Risikofaktoren kann der Verlauf aber ganz anders sein. Wenn dieser Mensch zu sehr an Gewicht zunimmt, kann die Kurve steiler abwärts laufen (G). Wenn er auch noch raucht (R) und übermäßig Alkohol trinkt (A), dann wird es mit der Leistungskurve schon "arg", und gleichzeitige starke Streß-Belastung kann die Kurve noch weiter drücken. Solche verhaltensabhängige Risikofaktoren können den Menschen also eher in den "Sarg" bringen. Es geht aber nicht nur um eine mögliche Verringerung der Lebenserwartung, sondern zunächst um die Gefahr einer vorzeitigen Einschränkung der Leistungsfähigkeit im Alltagsleben und damit eine Minderung der Lebensqualität: mit 50 wie 70!

Abbildung 4 zeigt eine Folie zum Thema Streß. Ein Mensch geplagt von Hetze, Angst und Sorgen. Das Paket, das er mit sich rumschleppt, drückt ihn nieder. Er braucht eine Krücke; seine Krücke besteht hier aus Cognac, aus Zigaretten, aus Tabletten. Es wird dann im Laufe der Seminarstunde erläutert, welche Alternativen er hat, statt mit dieser gesundheitschädigenden Krücke zu leben.

Abbildung 5 zeigt "Freddy", eine einfach zu zeichnende Figur, "ein Mensch wie Du und ich", an dem verschiedene Verhaltensweisen einfach, bildlich dargestellt werden können. Hier dient er der Erläuterung des Begriffes "Alltagsdrogen". Freddy raucht 20 Zigaretten am Tag, er trinkt vier Flaschen Bier, schluckt öfter einmal eine Tablette. Auf Dauer kann er damit seine Leistungsfähigkeit erheblich einschränken und sich schließlich zugrunde richten.

Die Folie in Abbildung 6 ergänzt die Darstellung des Teufelskreises der "Alltagsdrogen", wenn man versucht jedes "Problemchen" damit aus der Welt zu schaffen. Aus Ärger greift Freddy zur Zigarette; wenn er abends nicht einschlafen kann, schluckt er eine Schlaf-tablette; vor lauter Streß genehmigt er sich immer ein Schnäpschen;

bei Verstopfung, infolge seiner falschen Ernährung, greift er zum Abführmittel. Das kann nicht gut gehen! Alternativbewältigungen der Probleme im Alltag können mit den Patienten sehr gut und bewußt diskutiert werden.

Abbildung 7 gibt eine Folie wieder, anhand der zu Beginn der Stunde "Übergewicht" aufgelistet werden kann, was dem Teilnehmer zum Thema Übergewicht einfällt. Krankheit, Vererbung, Drüsen, Knochen zu schwer, körperlich zu schwere Arbeit, ißt und trinkt viel usw. aber auch negative Folgen werden dann genannt: bringt Kreuzschmerzen, macht krank, bringt Atemnot usw.

Abbildung 8 zeigt aus der Stunde "Übergewicht" eine Zeichnung zur Energiebilanz.

Stehen Energiezufuhr (Nahrung) und Energieabgabe (Arbeit und Wärme) im Gleichgewicht, dann bleibt das Körpergewicht konstant. Wird mehr Energie zugeführt als verbraucht (oberes Bild), dann nimmt der Mensch zu.

Wird mehr Energie verbraucht als zugeführt (unteres Bild), dann nimmt der Mensch ab.

Die Folie in Abbildung 9 aus der Seminarstunde "Training" zeigt "Freddy" in zwei Situationen: beim Laufen und beim Sitzen. "Freddy faul" sitzt vor dem Fernsehapparat, benutzt bei jeder Gelegenheit den Aufzug. "Freddy fit" läuft die Treppen hinauf, auch wo möglicherweise ein Lift als Alternative zur Verfügung steht. Die unterschiedliche Beanspruchung des Herz- und Kreislaufsystems beim Laufen und beim Sitzen soll nacheinander besprochen werden.

Das Ziel dieses Programmes ist lernen "Gesundheit selber machen". Der einzelne Kurpatient soll zu der Erkenntnis geführt werden, daß er zum Beispiel durch körperliches Training seine Leistungskurve anheben kann (Abbildung 10), also durch sein eigenes Verhalten seine Gesundheit verbessern kann. Dazu sollen ihm praktische Hilfen und Anleitungen gegeben werden.

Abbildung 1

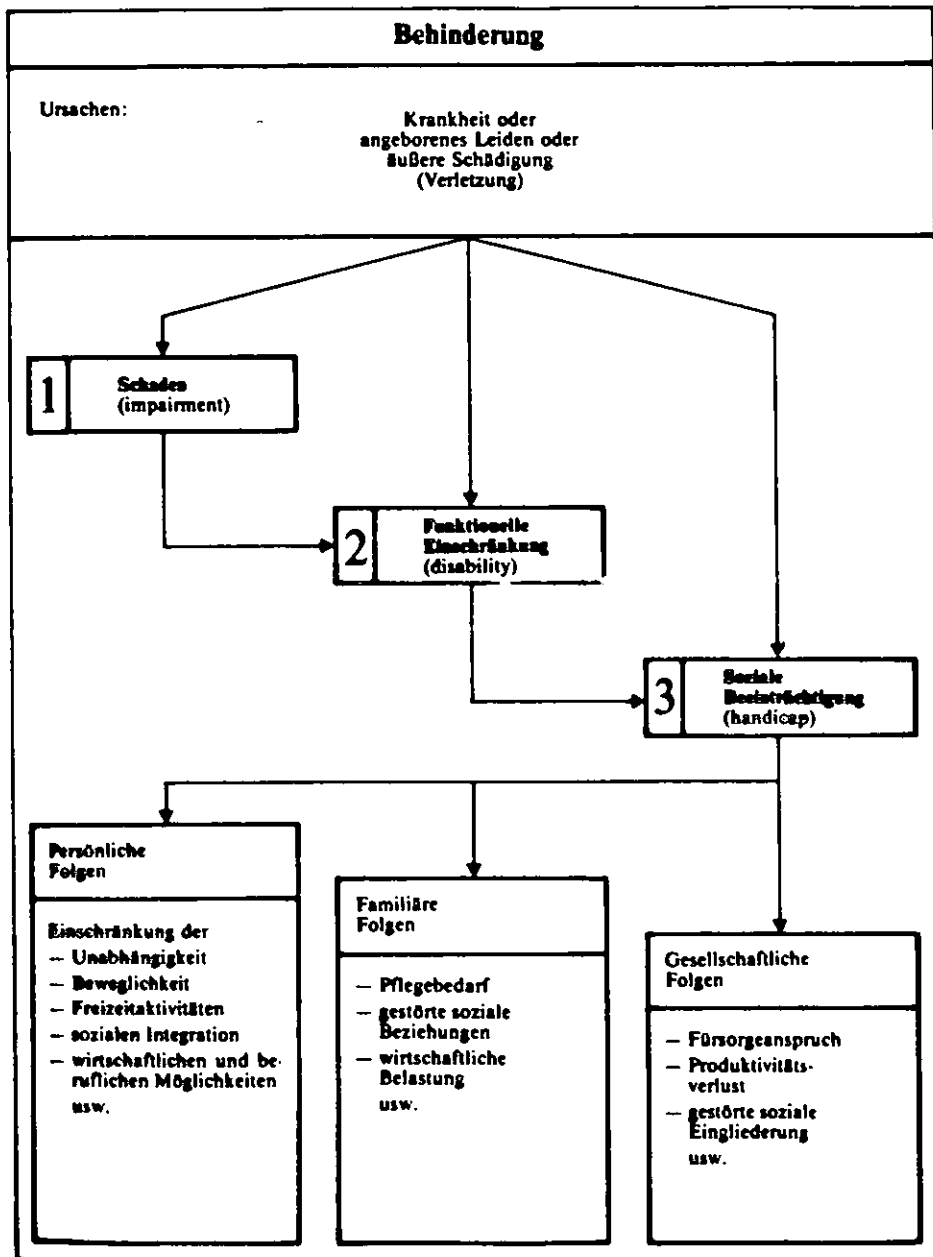


ABBILDUNG 2

SICHWORTE ZUR REHABILITATION

- HILFE ZUR SELBSTHILFE (Z.B. GEHSCHULE)
- MOTIVATION UND MITWIRKUNG
- ÜBUNG/TRAINING (Z.B. ENTSPANNUNGS-/BEWEGUNGS-
ÜBUNGEN, 'CEREBRALES JOGGING')
- PRÄVENTION (GEDANKE: REHA VOR RENTE)
- REHABILITATION DER PERSON (DEUTSCHER ARZTETAG 1980)
- INTERDISZIPLINÄRE AUFGABE

GR 3

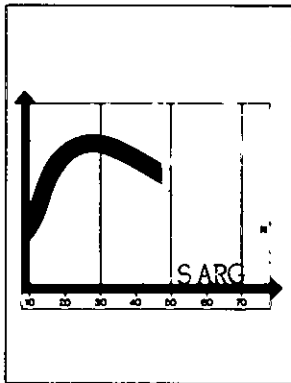


Abb. 3

ÜG 1

Übergewicht –
was (E)h Ihnen dazu ein?

Abb. 7

ST 5



Abb. 4

ÜG 7

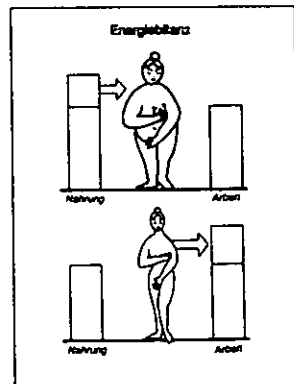


Abb. 8

AD 2

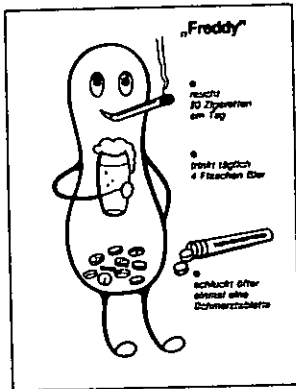


Abb. 5

TR 1

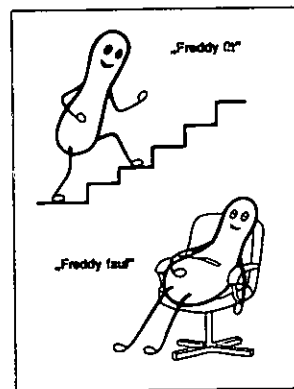


Abb. 9

AD 6

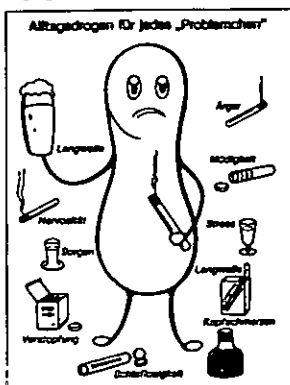


Abb. 6

GR 4

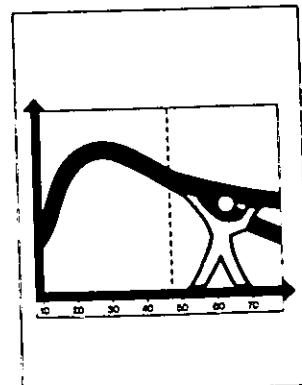


Abb. 10

Dr. med. Otto Forstmeyer,
3000 Hannover

Thema: Die Rolle des niedergelassenen Arztes in der Führung seiner kurenden Patienten

Der Medizinstudent und das waren ja alle diejenigen, die nachher Balneotherapeuten im ärztlichen Bereich sind, irgendwann lernt er von der Balneotherapie die Praxis des Kurlebens. Es sei denn, er wird von irgendeinem Sanatoriumsarzt, irgendeinem Kurdirektor, irgendeinem Badearzt der Nachbarschaft eingeladen, sich einen Kurbetrieb anzugucken. Uns, als Kriegsgeneration ging es vielmehr so, für uns gab es noch viel weniger derartige Möglichkeiten und ich habe deshalb nach dem Krieg, als ich aus der Gefangenschaft nach Hause kam, ganz gezielt und bewußt dieses Gebiet ein wenig aufzufüllen versucht, da habe ich dann ein paar balneologische Studienreisen gemacht. Ich habe mich mit den Kollegen in diesen Bädern und mit den Kurdirektoren, aber eben auch mit dem damals sog. Hilfspersonal in Diskussionen und in Vorträgen beschäftigt. Das gab mir Veranlassung mich für diese Gesamtproblematik die heute auf dem Programm steht, mehr zu interessieren und deshalb stehe ich hier.

Die Folgen, meine Damen und Herren, der Dauerberieselung des Menschen in der heutigen Zeit und damit eben auch der akut Kranken, und vielleicht noch schlimmer, der chronisch kranken Patienten durch die Medien ist etwas, daß hervorragende Erfolge haben kann oder könnte, aber nur zum Teil leider Gottes hat. Denn es wird eine ganze Menge an Sorgen initiiert, aber verhältnismäßig wenig an Motivation zur Besserung. Das erlebt vielleicht niemand so sehr, wie der Arzt in der freien Praxis draußen. Zu dem, nach einer Fernsehsendung ist es doch oft so, daß der Patient es nicht versteht und er dann in den nächsten Tagen - mit schöner Regelmäßigkeit in der Praxis erscheint - und nun Aufklärung haben will. Die Möglichkeiten, meine Damen und Herren, von uns allen die wir hier sitzen und vermutlich der Ärzteschaft, diese Informationen zu korrigieren ist entsetzlich schwierig.

Die zweite Frage, die sich häufig anschließt: Herr Doktor, wie ist das, kann ich mal zur Kur? Und da ist es auch abhängig von dem Thema, das gerade in Presse oder im Funk und Fernsehen behandelt wurde. Es zeigt sich immer häufiger, daß die Initialzündung zu einer kurtherapeutischen Maßnahme im weitesten Sinne vom Patienten ausgeht. Wobei ich sogar zugeben muß, daß manch ein Arzt aufgrund mangelhafter Kenntnis und wie eingangs gesagt, nicht ausreichend informiert ist. Ich bin Mitglied in der Ständigen Konferenz der ärztlichen Weiterbildung der Bundesärztekammer und erlebe dort immer mehr, daß viele balneologisch tätigen Kollegen bemüht sind, die balneologische Ausbildung des Studenten zu bessern. Meine Damen und Herren, es ist entsetzlich schwierig, das noch einzubauen, da von allen Seiten die Fortbildung des jungen Mediziners überfrachtet wird mit neuen Dingen.

Jetzt zu den Auswahlkriterien für den Kurpatienten. Es gehört zu meinem Thema, in der Rolle des niedergelassenen Arztes in der Führung seiner kurenden Patienten. Da sehe ich meine Aufgabe auch schon in der Beratung und Festlegung der Auswahlkriterien des Kurortes, der für den einzelnen Patienten geeignet ist. Sie nehmen es mir nicht übel, daß ich beispielhaft irgendwelche Badeorte erwähne. Es liegt ja nicht im wesentlichen daran, daß der Patient als Diabetiker in Neuenahr besser aufgehoben wäre, sondern er sagt nur, Tante Frieda war in Badenweiler oder in Krotzingen, da es dort so wunderschön war, möchte er auch dorthin. Es ist eine enorme tägliche Schwierigkeit in der Praxis den richtigen Kurort in den Anträgen richtig unterzubringen. Und nun gehts weiter. Jetzt fehlt es an den notwendigen Kooperationen zwischen den Sozialversicherungsträgern und dem Hausarzt. Warum ruft z.B. der begutachtende Vertrauensarzt nicht mal einen Hausarzt an, wenn er ~~anderer Ansicht hinsichtlich des Kurorts ist?~~

Es muß eine bessere Zusammenarbeit stattfinden zwischen Kostenträgern, Hausarzt, Gebietsarzt und Vertrauensarzt im weitesten Sinne. Etwas das der Hausarzt - noch vor der Kur - falsch macht oder oft vergißt, ist die Mitteilung von Befunden und Befundberichten. Das sind die Klagen, die berechtigt, von seiten der Kollegen in den Kurorten immer wieder kommen. Die Kosten, die dadurch entstehen sind oft gravierend, d.h. Befundberichte lagern beim Hausarzt oder beim Gebietsarzt oder aber auch beim Sozialversicherungsträger, der sie benötigt um die Kur zu genehmigen, aber sie werden nicht weitergegeben an die Kollegen im Kurort. Es ist so schlimm, daß schließlich am Kurort die Gefahr besteht, daß therapeutische Maßnahmen stattfinden nur aufgrund mangelnder Information (Doppel- und Dreifachuntersuchungen, etc.).

Mit dem Formularbericht des Hausarztes an den Badearzt ist es nicht getan. Meine Damen und Herren, auf den Formularen - fällt mir gerade so als Gag ein - sind zu wenig Zeilen, als das der weiterbehandelnde Kurarzt zwischen ihnen lesen könnte. D.h. auch wir müssen uns an die Brust klopfen und sagen: Wir haben ein Stück Papier und einen Kugelschreiber und meistens auch ein Diktaphon, eine Sekretärin und eine Schreibmaschine und könnten also den balneologisch tätigen Kollegen am Kurort über Befunde unterrichten, die für ihn von eminenter Bedeutung sein können. Da der Heimatarzt in den meisten Fällen den Kollegen am Badeort nicht kennt und auch nicht kennen kann, würde beim fehlenden Bericht, meine Herren balneologischen Kollegen, eine telefonische oder schriftliche Anfrage für den Patienten dienlich und für die Förderung der kollegialen Zusammenarbeit lobenswert sein. Es passiert ganz selten, das ist ganz bedauerlich.

Die Kur - und das wurde schon von meinen Herren Vorrednern gesagt und davon wird im Laufe der Tage noch weiterdiskutiert werden - und die klimatische und psychologische Änderung in der Kur soll für den Patienten zumindest auch ein Kurs, eine Informationsförderung, eine medizinisch-pädagogische Maßnahme sein - wenn auch die Kunst der Pädagogik für den erwachsenen Patienten auch etwas schwierig zu verkaufen ist - wenn diese Kurmaßnahme

langfristig Erfolg haben soll. Daß so ein Kuraufenthalt für den Patienten neue Informationen über seinen Gesundheitszustand, seine Risikofaktoren - die sich beileibe nicht immer in Laborwerten u.ä. niederschlagen - kurz Fehler in der Lebensführung vermitteln soll, ist einsichtig, jedoch nur bei viel ausgiebigerer Information von Arzt zu Arzt möglich.

Meine Herren Badeärzte und im weitesten Sinne am Kurpatienten Tätige - darf ich mal so sagen - bauen Sie bitte in den 4 - 6 Wochen Kuraufenthalt auch ein wenig an dem hausärztlichen Konzept weiter, das Sie - wie ich hoffe - wenigstens hin und wieder mitgeteilt bekommen oder vom Patienten zu erfragen bestimmt gelernt haben. Nichts ist für den Patienten schädlicher, als eine Unterbrechung der Kontinuität in der Betreuung. Die Art der Betreuung ist am Kurort selbstverständlich anders als zu Hause. Darf ich hier noch einflechten, sprechen Sie doch bitte dem Patienten gegenüber nicht nur von der erst später eintretenden positiven Bäderreaktion und von der Notwendigkeit der Kurwiederholung in 2 oder 3 Jahren, sondern veranlassen Sie unseren gemeinsamen Patienten, daß er sich noch während der sogenannten Nachkur - diesen berühmten 14 Tagen, meine ich - bei seinem Heimatdokter zurückmeldet. Jetzt sage ich etwas ganz leises, möglichst natürlich mit Ihrem Entlassungsbrief zusammen, in dem dann - verzeihen Sie meine Aggressivität - nicht nur stehen sollte: Der Patient erhielt 6 Solebäder, 6 Moorpackungen, 10 Massagen und nahm erfolgreich am autogenen Training teil.

Uns interessiert auch Ihre medizinische und psychologische Ansicht über den Menschen und sein Krankheitsbild unter dem Aspekt des Balneologen. Der ist manchmal anders als unserer, aber es ist durchaus informativ. In diesem Zusammenhang erlaube ich mir noch den Hinweis, daß der Patient ja unter Umständen eine weitere Kur in einem anderen Bade absolviert und es nur selten gelingt, ihn oder den Kostenträger und noch den begutachtenden Kollegen davon zu überzeugen, daß er im selben Bade wie vor drei Jahren bestens aufgehoben sei. Sie können sich kaum vorstellen, wie schwierig das oft ist, die Einsichten der begutachtenden Kollegen da noch vorsichtig zu ändern. Auch da muß man sich drüber klar werden, daß wir heute alle ein Telefon haben.

Über meinen Kollegen, Herrn Dr. Friedrich Haux, dem Chefarzt der AOK- Kurklinik in Pfaffenberg, der auch eigentlich heute hier sein muß, in seinem Artikel in der Zeitschrift "Die Ortskrankenkasse" im April 1983 geschilderte Anleitung zur "Selbsthilfe in der Kur" ist sicher in der Konzeption sehr gut, nur in der Praxis sehr schwer umsetzbar. Der behandelnde Hausarzt, womit ich auch den gebietsärztlich-hausärztlichen Betreuer meine, muß ja letztendlich doch der Koordinator aller sich vor, während und nach der Kur ergebenden Maßnahmen sein. Im Niedersächsischen Ärzteblatt, Herr Kollege Haux, Sie haben erst morgen die Möglichkeit Ihr Referat zu halten und ich wäre gern darauf eingegangen, ich kann aber leider morgen nicht mehr da sein. Ich bedauere das ganz ausgesprochen, deshalb möchte ich das heute mit einflechten. Sie kennen ja den Artikel und zum Teil werden auch der eine oder andere der Anwesenden ihn gelesen haben, daß die während der Kur eingeübten

Verhaltensweisen und therapeutischen Angebote auf die alltäglichen Lebens- und Arbeitssituationen übertragen werden müssen. Und nun heißt es weiter: "und hierbei ist die Mitarbeit des niedergelassenen Arztes unerlässlich."

Ja, sehr geehrter Herr Kollege Haux, die Mitarbeit des Hausarztes, der jahrzehntlang den Patienten betreut, die Eingliederung der balneologischen Aktivitäten in ihrem 6-Punkte-Modell, das muß mit eingebaut werden in die hausärztliche Betreuung und es muß die Kooperation dasein, zwischen 6 oder 4-Wochen therapierenden balneologischen Kollegen in einer Kuranstalt und dem draußen niedergelassenen Arzt. Die Maßnahmen der niedergelassenen Ärzte zu koordinieren, derartige Modelle habe ich einst an der Medizinischen Hochschule in Hannover, mit Herrn Prof. Hähn, dem ersten Ordinarius für Allgemeinmedizin initiiert, indem wir in unseren Praxen Psychologen haben tätig werden lassen bei Patienten mit Hypotonie, Diabetes, etc.

Die allgemeine Kur- und Nachbetreuung in Einzel- und Gruppengesprächen ist absolut wichtig und erforderlich. Aber Herr Kollege Haux wie finde ich das? Nicht das Negative sehen, es gibt auch schlechte Allgemeinmediziner, es gibt auch schlechte Internisten, es gibt auch schlechte Balneologen, darüber zu reden ist jetzt utopisch und Unfug. Die Daueraufgabe des Hausarztes ist auf dem, was in der balneologischen Zeit an positivem erreicht worden ist aufzubauen, ja das ist doch sein innerstes und innigstes Bestreben.

Leider ist es aber auch so, daß sich mit immer wiederkehrenden säuerlichen Kostendämpfungsappellen - hauptsächlich der Arzt - auseinanderzusetzen hat. Ein ganz anderer Bereich, der aber hier mit hineingehört. Die Kostendämpfungsproblematik hat er zwar zu vertreten, der Hausarzt, der Allgemeinarzt, der Internist, der Badearzt in der freien Badekur - wie Herr Kollege Kirschner eben herausgearbeitet hat - es wird aber draußen in der Praxis immer schwieriger den Menschen in der heutigen Zeit den Begriff der Solidargemeinschaft klarzumachen. Es ist deshalb so schwierig, weil die Solidargemeinschaft eben eine Vokabel ist, die beinahe nur wir niedergelassenen Ärzte zu vertreten haben. Wenn andererseits die Sozialversicherungsträger inzwischen eine Marketing-Konzeption entwickelt haben und diese natürlich auch vertreten müssen, so können - wo auch immer im Gesundheitswesen Tätige - nur bedauern, daß sie nichts oder sehr wenig dazu tun, diese Konzeption an das einzelne Mitglied heranzutragen. Müssen wirklich, meine Herren von der Sozialversicherung, soweit Sie hier sind, müssen es wirklich immer nur wir sein, die sagen: Mein lieber Freund, es ist nicht unbedingt nötig. Selbstverständlich können nur wir es beurteilen und nicht irgendein Beamter einer Krankenkasse - um mal einen Beteiligten zu nennen - aber es ist wirklich frustrierend, wenn ein Patient ankommt und sagt: Ich war bei der LVA oder ich war bei der AOK, die sagen wenn Ihr Doktor das für nötig hält, selbstverständlich können sie dann auch nach 2 Jahren wieder zur Kur fahren. Er kommt dann in die Sprechstunde und sagt: Herr Doktor, ich habe so ein Formular gleich mitgebracht. Es ist wirklich entsetzlich schwierig, dann den Patienten ohne einen Vertrauensverlust und ohne einen Abbruch des Arzt-/Patientenverhältnisses auf den Weg der Tugend zurückzuführen.

Wie schwer diese Aufgabe ist, kann nur der beurteilen, der mit ihr ständig konfrontiert ist. Ein solcher Mensch steht vor Ihnen.

Wie ist es nun mit der Frage der Angebote, die für den entlassenden Kurpatienten zur Verfügung stehen? Er ist es während seiner Kur gewohnt, neben seinem Badearzt es mit Masseuren, Sportlehrern, Psychotherapeuten, Diätberatern, Sozialpädagogen, Bewegungstherapeuten usw. zu tun zu haben. Ein langfristiger Kurerfolg ist, wie vorhin schon erwähnt, nur gewährleistet, wenn möglichst bald erlernte Aktivitäten fortgesetzt werden. Und ich darf mich Herrn Wolters anschließen, der das sehr gut herausgearbeitet hat.

In vielen Fällen sind es die inzwischen nach meiner Ansicht unverzichtbaren Selbsthilfegruppen, an die man manchen Patienten mit gutem Erfolg verweisen kann. Wenn auch im gestern erschienenen Exemplar der Ärztlichen Praxis: Machen Selbsthilfe-Gruppen unselbständig? (Sonderdrucke können angefordert werden bei: ÄRZTLICHE PRAXIS, Hans-Cornelius-Str. 4, 8032 München-Gräfelfing) von Michael Lukas Möller und dem Psychotherapeuten Dr. Manfred Pohl aus Marburg, sehr verschiedene Positionen eingenommen werden, die ich Ihnen allen empfehlen möchte mal zu lesen, und wenn als Dritter im Bunde ein MS-Patient, Mitglied einer Selbsthilfegruppe für Multiple-Sklerose-Patienten seine Ansicht dazu äußert, zu den Fragen

1. Stellen Selbsthilfegruppen eine echte Hilfe dar?
2. Für welche Notstände sind Selbsthilfegruppen geeignet?
3. Stärken die Selbsthilfegruppen das Selbstwertgefühl?

Die Selbsthilfegruppen sind nützlich, wenn die Patienten ein wenig selektioniert in die richtigen Selbsthilfegruppen hineingeschleust werden. Das ist wieder eine Aufgabe der Kurdoctoren, der Psychologen am Kurort und des Hausarztes oder Gebietsarztes usw. dafür zu sorgen, daß auch mal einer nicht in einer Selbsthilfegruppe landet. Es gibt auch Patienten, denen dort Unheil geschieht. Aber ein Großteil von Patienten ist dort sehr gut aufgehoben, man muß sie nur manchmal bei einer Krise in der Selbsthilfegruppe motivieren selbst aktiv zu werden.

Daß beileibe nicht jeder Infarktpatient für eine Infarktgruppe, nicht jeder MS-Kranke für eine Selbsthilfegruppe für Multiple-Sklerose-Kranke geeignet ist, hatte ich schon erläutert. Die Diskussion ist erheblich im Gang, Erfolgsstatistiken kann es hier per se nicht geben. Deshalb wird auch eine wissenschaftliche Aufarbeitung hier - trotz aller Bemühungen von Michael Lukas Möller - noch sehr lange auf sich warten lassen. Ich nehme aber an, daß Ihnen allen die Vor- und Nachteile der Selbsthilfegruppen geläufig sind.

Vergessen dürfen wir aber nicht, daß ein Telefonat mit einem Krankengymnasten, eine Motivation, häufiger Schwimmen zu gehen, sich an Kochkursen für Diabetiker eben auch zu Hause oder in der nächsten Kleinstadt, zu beteiligen bis hin zu dem Aufsuchen von kasseneigenen Institutionen - dies aber bitte nur in Absprache mit

dem behandelnden Arzt - und nicht von seiten der Krankenkasse die das nämlich nicht beurteilen kann, sie wäre absolut überfordert und bis hin zum Telefongespräch mit dem Arbeitsamt wegen einer Umschulung oder Einstellung in einer beschützenden Werkstatt, das jetzt erreichte Kurergebnis festigt und möglichst auch dauerhaft werden läßt.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, meine Zeit ist sicher schon um und ich hoffe, Ihnen schlaglichtartig, aber doch ein wenig informativ einige Aspekte über die Rolle des niedergelassenen Arztes in der Führung seiner Patienten vor der Kur, bei der Kommunikation mit den Kollegen während aber dann auch nach der Kur, dargelegt zu haben. Er ist es ja, der seine Patienten oft jahrzehntelang, auch wenn sie nicht kuren, zu betreuen hat. Sie auch vor der Kur bewahren muß, wenn es sinnlos ist.

Viel wäre noch zu sagen, aber eines liegt mir als nicht jungem Allgemeinmediziner besonders am Herzen: Jeder von uns ist des Schreibens kundig, jeder hat Telefon, jeder niedergelassene weiterbehandelnde Arzt kann nicht nur, nein er sollte mit den Kurdoktors, wie man heute so sagt, kommunizieren. Er kann es mit allen behandelnden Mitarbeitern der Kurkliniken oder Sanatorien, mit Psychologen und Sozialarbeitern dieser Institute. Dies wird mit Sicherheit viel zu wenig praktiziert.

Der Kurarzt, der mich als Hausarzt wegen einer unklaren Patientensituation angerufen oder angeschrieben hätte, müßte noch erfunden werden - ich bitte um Pardon.

Ich meinerseits neige mehr zu Schriftlichem. Ich diktiere einen Befundbrief und achte darauf, daß er möglichst noch am gleichen Tage abgeht. Leider bekomme ich eine Antwort, ja, ich weiß nicht wie spät.

Aber seien Sie, meine sehr geehrten hier anwesenden Badeärzte getröstet: In der Medizinischen Hochschule Hannover ist dieses Problem nicht besser gelöst. Ein Vierteljahr dauert es oft bis ich einen Arztbrief nach einer akuten Erkrankung bekomme. Lassen Sie mich schließen mit dem Wort: *communicatio necesse est*. Für den Nichtlatainer heißt das übersetzt: Oh, wenn wir doch mehr miteinander reden würden! Im Interesse unserer Patienten und sicher auch der Sozialversicherungsträger.

Ich danke Ihnen, meine Damen und Herren!

Reinhard Mann-Luoma,
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Thema: Die Kurssysteme der BZgA und ihre Einsatzmöglichkeiten
in der Kur und der Kurnachsorge am Wohnort am Beispiel
"Abnehmen aber mit Vernunft"

Einführung und Zielsetzung der Programme

In einem vorigen Beitrag wurde ja bereits gesagt: Um präventive Maßnahmen und gesundheitserzieherische Maßnahmen an den Patienten oder Klienten zu bringen, muß man wissen, wo es solche Angebote gibt, wohin man einen Patienten schicken kann. Ich möchte mit meinem Beitrag diesen Bereich noch ein wenig erhellen.

Wenn ich hier von Kursprogrammen der BZgA spreche, dann geht es im wesentlichen um drei Programme: das ist zum einen das Kursprogramm "Nichtraucher in 10 Wochen", das ist ein Nichtraucher-Trainingsprogramm.

Zum zweiten wäre da das "Trainingsprogramm für Familien mit übergewichtigen Kindern" und das Dritte wäre das Kursprogramm "Abnehmen, aber mit Vernunft".

Ich möchte mich im wesentlichen auf das Kursprogramm "Abnehmen, aber mit Vernunft" beziehen, auch aus zeitlichen Gründen. Die anderen Programme sind so ähnlich strukturiert und zumindest der allgemeine Teil, den ich erzählen werde, wird für alle BZgA-Programme gelten.

Ein bißchen unwohl ist mir, weil ich viele Leute hier kenne und die wissen alle schon, was ich vorstellen werde. Aber dabei fällt mir ein, was man mit Kaffeesatz machen kann: Die eine Möglichkeit ist, man liest daraus die Zukunft. Die andere ist, man tut ein paar neue Bohnen dazu und brüht neuen Kaffee auf. Ich werde mich bemühen, hier beides zu tun.

Doch nun zu den drei Programmen:

"Nichtraucher in 10 Wochen" ist ein Nichtrauchertrainingsprogramm, von der Bundeszentrale erstellt auf der Grundlage wissenschaftlicher Untersuchungen, die im wesentlichen aus dem Bereich der Verhaltenstherapie kommen. Dieses gilt auch für das Übergewichts-Trainingsprogramm "Abnehmen - aber mit Vernunft". Für das Übergewichts-Trainingsprogramm für "Familien mit übergewichtigen Kindern" gilt das nicht alleine. Dieses Trainingsprogramm ist etwas weiter gefaßt. Hier stehen bewegungstherapeutische Maßnahmen im Vordergrund, die in einem integrativen Ansatz mit kommunikationstherapeutischen und verhaltenstherapeutischen Methoden ein Behandlungskonzept bilden, das es den Kindern ermöglichen soll, zu wachsen ohne zuzunehmen. Das Ziel ist ausdrücklich nicht Abzunehmen.

Allgemein zur Zielsetzung der Programme möchte ich sagen, daß unsere Kursprogramme Methoden als Grundlage haben, die alle auf ihre Wirksamkeit hin erprobt sind. Sie müssen eine klar definierte Erfolgchance bieten, die auch wissenschaftlich belegt sein soll. Außerdem sollen diese Methoden einen Langzeiterfolg garantieren.

Bei den Kursinhalten geht es uns, wie ich eben schon einmal kurz sagte, darum, daß es wesentlich Methoden der Verhaltenstherapie sind, die wir hier zugrunde legen, weil diese Methoden zur Zeit am besten auf ihre Wirksamkeit und auf ihre langfristigen Erfolgchancen hin untersucht sind. Ich möchte deshalb das Kursprogramm "Abnehmen - aber mit Vernunft" kurz beschreiben.

Beschreibung des Kursprogramms "Abnehmen - aber mit Vernunft"

Die Grundlagen des Programms sind Methoden und Techniken der Verhaltenstherapie. Solche Programme sind immer gekennzeichnet durch drei Phasen: Beobachtungs-, Veränderungs-, Stabilisierungsphase. Es geht in diesem Programm darum, zunächst das eigene Eßverhalten kennenzulernen. Im zweiten Teil geht es darum, dieses Verhalten zu analysieren und daraus Veränderungsschritte abzuleiten (Eßverhalten ändern). Und der dritte Bereich wäre der, der die Langfristigkeit garantieren soll, daß dieses neue Eßverhalten stabilisiert wird; daß es in das soziale Gefüge übernommen und vielleicht auch noch einmal auf Wirksamkeit hin überprüft wird und so langsam zum Bestandteil des normalen Lebens wird.

Die Zeitdauer dieser drei Kursphasen ist relativ lang. Alle unsere Kursprogramme sind nicht von heute auf morgen zu bewältigen. Das Nichtraucher-Programm ist das kürzeste mit 10 Wochen, aber das wird man schon in einer Kurmaßnahme nicht abschließen können.

Das Kinderprogramm ist mit (zur Zeit) einem Jahr das längste Programm. Das Programm "Abnehmen - aber mit Vernunft" dauert ein halbes Jahr und in diesem halben Jahr finden 14 Sitzungen statt. An diesen 14 Sitzungen ist ein Kursleiter anwesend, zu dem werde ich gleich noch etwas sagen.

Das ganze Programm ist als Gruppentrainingsprogramm ausgelegt, das heißt, daß nicht einzelne in die Behandlung gehen, sondern daß immer zwischen 10 und maximal 15 Personen in einer Gruppe sind und daran teilnehmen. Für uns ist das nicht nur eine Frage, ob es kostengünstiger oder ökonomischer ist, sondern für uns hat diese Gruppe eine ganz besondere Funktion. Sie soll den Teilnehmer stabilisieren und sie soll ihm auch Möglichkeiten im Umgang mit sich selbst eröffnen, die ein Einzelner nicht bieten kann.

Die inhaltliche Betreuung durch den Kursleiter ist uns ganz wichtig. Wir bilden selbst Kursleiter aus, die dann in der Lage sind, diesen Kurs durchzuführen. Um ihm dieses zu erleichtern, bieten wir Kursmaterialien an. Dieses Kursmaterial enthält für jede der 14 Kurstunden alles Notwendige, was der Teilnehmer und auch der Kursleiter braucht. Nach außen ist der Kurs also recht streng organisiert, denn es gibt ein festes Programm für jede Kursstunde. Nach innen bleiben aber eine ganze Menge Freiräume, die jeder Kursleiter füllen oder auch nicht füllen kann.

Die Kursleiterschulungen dienen auch dazu, dem Kursleiter Gelegenheit zu geben, zu lernen die Freiräume des Programms für eine effektive Kursdurchführung zu nutzen. Zusätzlich wollen wir dem Kursleiter nahebringen, das Potential der Gruppe effektiv zu nutzen, so daß der Kurs kein Frontalunterricht wird, sondern eine gemeinsame Arbeit der Gruppe ist.

Zur Betreuung des Kurssystems kann man noch sagen, daß jeder Kursleiter einen Erfahrungsbericht über jeden durchgeführten Kurs anfertigen muß. Diese sind unterschiedlich lang, manchmal enthält er nur Teilnehmerzahl und abgenommene Pfunde. Aber immer, wenn ein Kursleiter uns was mitzuteilen hat, schreibt er das in diese Erfahrungsberichte hinein. Der Erfahrungsbericht geht an uns zurück und wird dann zentral einmal im Jahr ausgewertet. Diese Auswertung fließt dann immer in die Überarbeitung unseres Kursprogramms mit ein.

Desweiteren gibt es einen sogenannten Erfahrungsaustausch der Kursleiter. Jeder Kursleiter, der mindestens 2-3 Kurse durchgeführt hat, kann dazu eingeladen werden und kann sich dann mit anderen Kursleitern austauschen oder auch Informationen erhalten. Er beteiligt sich so auch an der Veränderung des Programms.

Die Einweisungsseminare werden von Schulungsleitern durchgeführt. Wir haben zur Zeit ein Team von 10 Schulungsleitern. Sie kommen 3- oder 4-mal im Jahr zusammen um ihre Erfahrungen zu diskutieren und beizutragen dieses Kurssystem zu verbessern.

Erfolgskontrolluntersuchungen des Kurssystems

Um die Langzeiterfolge unserer Kurse zu belegen, werden Erfolgskontrollen über mehrere Jahre durchgeführt. Sowohl für das Nichtrauchertrainingsprogramm als auch über das Übergewichtstrainingsprogramm haben wir eine Langzeitstudie von 5 Jahren in Auftrag gegeben.

Wir verfolgen eine Kursgeneration über 5 Jahre (oder wie im Übergewichtsprogramm zwei Kursgenerationen). Wir erheben von diesen Leuten immer wieder Daten um zu erfahren, welchen Erfolg haben die Teilnehmer und findet nach Kursende eine Stabilisierung wirklich statt.

Dies ist sehr aufwendig, aber ich glaube es ist die einzige Möglichkeit zu belegen, daß wir langfristig Erfolg haben.

Erfolgsdaten im Kurs

Zunächst etwas zur Teilnehmerstruktur:

93% sind Frauen, aber ein Teil der Männer macht zu Hause "still" mit - trotzdem sind wir damit nicht zufrieden.

62% sind zwischen 30 und 50 Jahre alt, 51% sind berufstätig und 37% haben einen höheren Schulabschluß als Hauptschule.

Wenn man jetzt schaut, in welcher Bevölkerungsgruppe es die meisten Übergewichtigen gibt, dann treffen wir mit unserem Kursangebot nicht ganz diese Gruppe. Denn je niedriger die Schulbildung um so eher tritt Übergewicht auf.

Aber wir haben festgestellt, daß die Teilnehmerstruktur auch sehr deutlich mit dem zu tun hat, worüber ich anschließend etwas sagen werde, nämlich mit den Institutionen, die den Kurs anbieten. Seitdem diese Kurse nicht mehr ausschließlich von Volkshochschulen angeboten werden, hat sich die Teilnehmerstruktur stark verändert.

Ja, dann Daten zum Abnahmeerfolg. Das ist für mich und auch für diejenigen, die diese Untersuchung gemacht haben, sehr schwierig so einen Erfolg einzuschätzen. Immer wieder wird von absoluten Kilogrammzahlen berichtet, die könnte ich darstellen, dann haben wir mit diesem Kursprogramm mittlerweile den EG-Butterberg abgebaut.

Diese Absolutangaben aber ergeben immer einen sehr, sehr falschen Wert, weil sie natürlich immer in Relation zum Ausgangsgewicht gesetzt werden müssen und dann eine sehr unterschiedliche Bedeutung haben. Jemand kann 10 kg abnehmen und normalgewichtig sein, und jemand anders kann dann immer noch 40% Übergewicht haben. Für den Einzelnen bedeutet aber jedes Kilogramm, das er abnimmt, schon einen sehr persönlichen, individuellen Erfolg. Insofern ist es immer sehr schwierig mit diesen Zahlen zu operieren.

Wenn man aber den Langzeiterfolg messen will, dann wird es noch schwieriger. Ich müßte eigentlich eine Vergleichsstichprobe haben an der ich sehen kann, wie sich diese Leute entwickeln würden, wenn ich sie nicht in dem Kurs hätte. Denn diesen Anteil, den jemand von alleine oder durch "Brigitte" oder sonst was auch abnimmt, den kann ich nicht meinem Erfolg zuschreiben, auch wenn ich das gern möchte. Zum Einschätzen dieser Erfolgsaussichten bei allen Teilnehmern kann ich Ihnen aber wenigstens ein paar Eckdaten nennen: durchschnittliche Gewichtsabnahme bei den Kursteilnehmern liegt bei 11 kg, das ist ziemlich genau das, was wir für eine solche Zeitspanne auch empfehlen (1 Pfund pro Woche). Diese Erfolgszahlen sind ein bißchen damit beschönigt, daß nicht alle Abspringer berücksichtigt sind. Auf das Abspringerproblem will ich jetzt nicht weiter eingehen, aber es ist sehr schwierig bei so lange dauernden Kursen Angaben zu machen, wer wirklich Abspringer ist. Aber die, die bei dem Kurs dabeibleiben, die haben erstmal diese Erfolgsaussicht. Insgesamt nehmen 92 % der Kursteilnehmer überhaupt ab und 42 Monate nach Kursende - da sind wir heute - haben immer noch 70 % ein reduziertes Gewicht in bezug auf ihr Ausgangsgewicht. Da ist so eine gewisse Stabilisierung eingetreten. Das sagt aber noch nichts darüber aus, ob diese Person nicht im Laufe dieser 42 Monate immer wieder zugenommen und abgenommen hat. Über diese persönlichen Verlaufsanalysen verfüge ich zur Zeit noch nicht. Die werden noch erstellt. Was sich aber als Tendenz sagen läßt ist, daß zumindest wenn es eine Wellenbewegung bleibt, daß es eine sehr abgeflachte ist. Ein großer Teil der ehemaligen Teilnehmer hat aber sein Gewicht stabilisiert.

Die Teilnehmer selber - und das ist ja auch ganz wichtig - schätzen ihren Erfolg als sehr positiv ein und geben sehr häufig an, daß ihre Erwartungen, die sie hatten, weit übertroffen wurden.

Zur Gewichtsentwicklung nach Kursende müßte ich noch sagen, daß es die meisten Erfolgseinbrüche im ersten halben Jahr nach Kursende gibt, dies scheint die schwierigste Phase zu sein.

Aber was auch ganz interessant ist: nach diesem halben Jahr tritt wieder eine Stabilisierung ein, d.h. ein Großteil derer die wieder zugenommen haben, erinnern sich an den Kurs, holen ihre Unterlagen evtl. auch wieder raus (der allergrößte Teil der Teilnehmer behält die Unterlagen) und setzen mit den Möglichkeiten des Kurses wieder ein. Das Gewicht geht insgesamt gesehen wieder runter. Soweit also zu den Abnahmeerfolgen.

Es gibt aber noch weitere Erfolgsaussagen, die ich persönlich auch für sehr wichtig halte. Über die Gewichtsentwicklung hinaus, berichten die Teilnehmer über eine Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes, daß sie sich durch den Erfolg in ihrer Willensstärke bestätigt fühlen (es ist also ihr Erfolg), daß sie sich attraktiver und aktiver fühlen und daß sie sich leistungsfähiger fühlen. Das sind die häufigsten Nennungen in einer Vielzahl freier Antworten. Was wir auch festgestellt haben ist eine signifikante Verringerung des Alkoholgebrauchs und eine signifikante Verringerung des Medikamentenkonsums. Als Alkoholreduktionsprogramm ist unser Gewichtsreduktionsprogramm offensichtlich eins der effektivsten Programme überhaupt: 27% der Teilnehmer reduzieren ihren Alkoholkonsum stark. Das ist natürlich in so einem Kursprogramm, in dem man mit Kalorien umgehen muß, gar nicht anders möglich, wenn man erfolgreich sein will. Dann ist mir die große multiplikatorische Wirkung des Programms aufgefallen und die sagt ja etwas aus über die Akzeptanz eines Programms: 28% geben an, daß sich die gesamte Ernährungssituation der Familie verändert hat. 24 % Angehörige nehmen aktiv am Kurs teil, ohne selber hinzugehen. Das sind in der Regel Ehemänner, Schwestern oder Töchter und sechs Monate nach Kursende geben noch 33% der Teilnehmer an, daß in ihrer Familie noch jemand abgenommen hat. Und diese Abnahme beläuft sich im Durchschnitt auf etwa 5 kg. Dann wundert es nicht, wenn 70 % der Kursteilnehmer als abschließende Bemerkung sagen: "Diesen Kurs halte ich für besser, als andere Methoden oder Diäten die ich kenne oder ausprobiert habe." Daß sie wissen wovon sie reden, kann man daran ablesen, daß mehr als die Hälfte schon mehr als zwei andere Methoden ausprobiert hat und daß das Zahlen sind die bis acht oder neun hochgehen. In unseren Kurs kommen also zum großen Teil Personen, die schon relativ häufig Gewichtsreduktionsmaßnahmen mitgemacht haben.

Verbreitung der Kurssysteme

Wir führen das Kurssystem seit 1980 durch und haben bisher über 5.000 Kurse mit etwa 50.000 Teilnehmern veranstaltet. Zur Zeit werden jährlich von uns etwa 250 neue Kursleiter ausgebildet, wobei natürlich ein Großteil der früher ausgebildeten Kursleiter weiter aktiv sind, d.h. das Programm weitet sich zur Zeit noch ziemlich stark aus. In dem letzten Quartal 1984 sind etwa 290 Kurse durchgeführt worden und in dem gleichen Quartal 1985 wurden über 500 Kurse durchgeführt. Im Augenblick ist es so, daß unsere

Kursleiterschulungen für dieses Jahr bereits völlig ausgebucht sind.

Durchführende Institutionen

Die Bundeszentrale verfügt natürlich nicht über Einrichtungen, an denen sie dieses Kurssystem anbieten könnte. Sie ist deshalb darauf angewiesen mit möglichen Trägern zu kooperieren. Mögliche Träger sind zum einen die Einrichtungen der Erwachsenenbildung, das sind die Familienbildungsstätten und die Volkshochschulen. Es sind aber auch Einrichtungen wie Krankenkassen und Gesundheitsämtern und in neuerer Zeit auch vermehrt Sportverbände, die dieses Kursprogramm in Verbindung mit sportlichen Aktivitäten anbieten. Angefangen hat es ursprünglich mit den Volkshochschulen. Zur Zeit liegen bei den kursdurchführenden Organisationen aber die Krankenkassen an erster Stelle. Mit dieser Verschiebung, ich sagte das vorhin schon, hat sich auch die Teilnehmerstruktur deutlich verändert. Es kommen jetzt mehr Personen mit einem niedrigen Bildungsniveau. Wir begrüßen das sehr, weil gerade aus dieser Gruppe die meisten Übergewichtigen resultieren.

Möglichkeiten des Einsatzes unserer Kurse im Rahmen einer Kurmaßnahme

Ich hatte eingangs schon gesagt, unsere Kurse dauern alle viel zu lange um sie in einer Kur durchführen zu können. Ich will ein paar Kriterien nennen, die meiner Meinung nach wichtig sind, wenn man im Bereich Übergewichtsbehandlung einen Beitrag anbieten will, der seriös und erfolgversprechend ist:

1. Die Freiwilligkeit. Derjenige, der an solch einer Maßnahme teilnimmt, muß freiwillig teilnehmen und überzeugt sein, daß er Erfolg haben will.
2. Es geht um Gewohnheitsveränderungen. Das dauert seine Zeit. Ein halbes Jahr erscheint eher zu kurz als zu lang.
3. Solche Veränderungen müssen im sozialen Umfeld stattfinden. In dieses soziale Umfeld sind die Gewohnheiten eingebettet, dort sind sie entstanden, nur dort kann ich sie dauerhaft verändern.
4. Es soll eine reduzierte Mischkost angestrebt werden, keinesfalls eine einseitige Diät.
5. Der letzte Punkt wäre, daß diese Veränderung möglichst in einer Gruppe Gleichgesinnter stattfinden sollte. Nicht nur aus Kostengründen, sondern eben auch aus dem Grunde, daß doch sehr viel Potential in dieser Gruppe steckt, die ein Einzelner nicht bieten kann. Und das hier sehr viele Probleme behandelt und gelöst werden, die der einzelne Therapeut oder Arzt oder Sozialhelfer oder Ernährungsberater sicher gar nicht lösen kann.

Alle diese Kriterien, die ich jetzt genannt habe, sind sicherlich in einer Kurmaßnahme nicht zu realisieren oder zum größten Teil nicht zu realisieren. Es sollte immer ein langfristiger Erfolg angestrebt

werden, weil kurzfristige Erfolge, in meinen Augen häufig, eher schädlich sind. Sie führen eher zum Mißerfolg und die Motivation des Einzelnen leidet unter solchen Mißerfolgen. Ich meine, man kann solche Initiative sinnvoller nutzen. Ich würde solche Maßnahmen nur dann anfangen, wenn ich wirklich eine gewisse Sicherheit habe, daß der Erfolg langfristig da ist und auch bleibt. Deshalb müssen alle diese Maßnahmen über den Kurbereich hinaus stattfinden. Dazu gibt es verschiedene Modelle, die wir versucht haben zu durchdenken und die wir auch teilweise probiert haben.

Ich sehe drei Möglichkeiten:

Die erste Möglichkeit: ich beginne eine Maßnahme, eine Reduktionsmaßnahme in der Kur und die Weiterführung der Maßnahme findet dann zu Hause statt - entweder durch schriftliches Material oder durch direkte Betreuung.

Die zweite Möglichkeit ist, daß die Maßnahme während der Kur vorbereitet wird, insbesondere was die Motivation und Organisation angeht. Beginnen wird die Maßnahme aber erst nach Rückkehr aus der Kur. Denkbar wäre dafür schriftliches Material oder die Teilnahme an einem weit verbreiteten Kurssystem, wie dem der BZgA.

Die dritte Möglichkeit wäre eine Reduktionsdiät während der Kurmaßnahme und eine anschließende Betreuung zur weiteren Reduktion oder Stabilisierung im sozialen Umfeld durch die persönliche Betreuung oder auch durch die Kurssysteme.

Ich möchte diese Modelle mal am Praxisbeispiel erläutern:

Möglichkeit 1: "Beginn mit der Reduktionsmaßnahme in der Kur", ist nach unserem Modell nicht möglich. Wir scheitern sofort mit dem Bereich "Eßverhalten kennenlernen". Während einer Kurmaßnahme kann ich mein normales Eßverhalten, wie ich es zu Hause habe, nicht kennenlernen, das heißt der Kursteilnehmer wird Beobachtungen an sich machen, die sich mit seiner häuslichen Realität nicht decken und das Programm wäre zu Hause nicht übertragbar. Deshalb halte ich diese Möglichkeit (jedenfalls nach unserem Kurssystem) für nicht möglich.

Die zweite Möglichkeit "Vorbereitung der Reduktionsmaßnahme in der Kur und anschließende Kursteilnahme" ist sehr gut machbar. Dazu ist es notwendig, daß am Kurort eine Motivierung der möglichen Teilnehmer stattfindet. Solche Motivierung ist durch geleitete Gruppengespräche möglich.

Unerlässlich ist dabei, daß der Betreuer die Kursprogramme kennt und Kriterien hat, nach denen Programme bewertet werden können. Je konkreter solche Kriterien sind, um so eher ist der Patient in der Lage, zu Hause selbst das Angebot zu sondieren. Insgesamt gilt: Je konkreter die Vorbereitung für die Zeit nach der Kur ist, um so eher wird der Patient mitmachen. Der feste Termin bei einer kursdurchführenden Institution wäre für mich das konkret Günstigste.

Möglichkeit 3 "Reduktionsdiät in der Kur und anschließende Weiterführung zu Hause" ist für mich auch denkbar. Das wäre gerade dann sinnvoll, wenn jemand stark übergewichtig ist. Gerade die stark Übergewichtigen haben in unserem Kurssystem große Probleme: Wenn sie mit Mühe und Not 10 kg abgenommen haben und sehen, ich muß aber noch 40 kg abnehmen, dann ist das auch ein Motivationsproblem. Wir wissen aus der Erfolgskontrolle, daß die stark Übergewichtigen wesentlich häufiger abspringen als die mit mittlerem Übergewicht. Mit "stark übergewichtig" meine ich ab 50 % über dem Normalgewicht, so daß sich unsere Kurse in erster Linie an Leute richten die 20% bis 50 % Übergewicht haben. Also, es wäre denkbar, daß man in der Kurmaßnahme eine Reduktionsdiät mitmacht um dann anschließend in einen Kurs zu gehen, sich zu stabilisieren oder auch weiter abzunehmen. Dann ist wichtig, daß zu Hause keine Überforderung stattfindet und daß zumindest die Prinzipien nach denen gearbeitet wurde, sehr ähnlich oder auch gleich sind.

Wir haben in letzter Zeit mehrfach die zweite Möglichkeit mit gutem Erfolg ausprobiert. Uns hatten viele Kurkliniken angeschrieben und nach dem Programm gefragt. Einige Kliniken haben auch Mitarbeiter des Hauses zu unseren Einweisungseminaren geschickt. Sie werden festgestellt haben: In der Kur kann man damit nichts anfangen, weil kaum jemand ein halbes Jahr in Kur ist. Also muß ich die Motivationsarbeit hier leisten, aber wo schicke ich dann anschließend den Patienten hin? Dafür haben wir dann ein Service-System entwickelt. Wir sind jetzt in der Lage, zu jedem Zeitpunkt jedem Anfragenden mitzuteilen, wo in seiner näheren Umgebung ein Kurs stattfindet. Wenn also ein übergewichtiger Kurpatient abnehmen möchte, dann besteht die Möglichkeit bei uns zu erfahren: Gibt es an seinem Heimatort oder in nächster Umgebung einen unserer Kurse und wann beginnt dieser? Diese Informationen sind über EDV gespeichert und sie sind zur Zeit auch abrufbar über Btx-System. Wenn irgendwo ein Kurort über die Möglichkeit Btx verfügt, kann man diese Information direkt abrufen. Wir haben das mit Erfolg jetzt schon häufiger praktiziert. Wenn die ganze moderne Technik scheitert, können wir auch per Hand Adressen von kursdurchführenden Institutionen verschicken.

Dieser Service funktioniert deshalb, weil wir unser Programm mittlerweile weitgehend flächendeckend anbieten können. Darüber hinaus gibt es auch andere Kurssysteme die den eingangs erwähnten Kriterien entsprechen. Ich möchte einige nennen:

Das Programm der Agrarsozialen Gesellschaft, Göttingen. Es basiert auf der gleichen Grundlage wie unser Programm, ist aber noch mehr auf Selbsthilfe ausgerichtet und wird weitgehend im ländlichen Bereich in Niedersachsen angeboten.

Dann gibt es das Kursprogramm der Deutschen Gesellschaft für Ernährung. Es heißt "Ich nehme ab". Es ist identisch mit dem Kursprogramm der Agrarsozialen Gesellschaft, liegt aber nur als schriftliches Material vor, das kostenpflichtig bei der DGE bezogen werden kann. Eine Kursbetreuung ist nicht vorgesehen.

Dann gibt es das Programm des Instituts für Therapieforschung in München. Das IFT-Programm basiert auch auf den gleichen Untersuchungen (1975-1978), wie das BZgA-Programm. Das gleiche IFT-Kursprogramm gibt es dann wieder bei der AOK in Mettmann und Sie haben vielleicht schon einmal von diesem Modellversuch gehört.

Soweit die mir bekannten Programme, die ich weiterempfehlen kann. Schön wäre es, wir hätten sie alle mit den Kursdaten im Computer und könnten so auch dieses Adressenmaterial zur Verfügung stellen.

Dann gibt es noch etwas ganz neues: Die interdisziplinäre Therapie der Adipositas, entwickelt in Hamburg und Freiburg. Sie wird voraussichtlich diesen Monat veröffentlicht. Das Programm richtet sich aber an stark übergewichtige Personen, die innerhalb der Klinik behandelt werden (über 50% über Normalgewicht). Den Problemen der Zielgruppe entsprechend ist dies auch kein besonders preiswerter Ansatz, wenn auch vielleicht ein kostengünstiger, wenn man an die Folgeprobleme von massivem Übergewicht denkt.

W. D. Fischer,
Therapeutisches Bewegungszentrum, Neutrauchburger-Fachkliniken,
Isny-Neutrauchburg

Thema: Bewegungstherapie am Wohnort
- Indikationsspezifische und Unspezifische -

Einleitung

Wenn im folgenden versucht wird die indikationsspezifische (mit ärztlicher Verordnung) und die unspezifische Bewegungstherapie am Wohnort im Ist- und Sollzustand aufzuzeigen, so bleiben dabei einzelne sportliche Betätigungsfelder (s. Abb. 1) wie "Leistungs- und Hochleistungssport" ganz, solche wie "Breiten- bzw. Freizeitsport" teilweise unbeachtet.

Vielmehr soll zum Thema "Bewegungstherapie" in einer Dreiteilung eingegangen werden auf

- a) begriffliche Abgrenzungen und Einordnungen,
- b) Ziele und Inhalte bei bewegungstherapeutischen Maßnahmen und
- c) auf ein Integrationsmodell von Kurmaßnahmen und Nachsorge am Wohnort.

Die umfassende bewegungstherapeutische Betreuung in der Kur und am Wohnort kann ihren neuen Aufgaben (z.B. Verknüpfung von funktions- und erlebnisorientierten Inhalten) mit traditionellem Aneinanderreihen praktischer Übungssammlungen in Gruppen- oder Einzelarbeit nicht mehr gerecht werden. Der Antrieb zur aktiven Eigenverantwortung wird beim einzelnen langfristig nur dann erreicht, wenn neben gesundheitlichen Aspekten (verbesserte Funktionsweise des Bewegungsapparates oder des Herz-Kreislauf-Systems) Interesse, Freude und Einsicht entstehen, regelmäßig und richtig dosiert in "Bewegung zu bleiben".

Um dieses Ziel zu erreichen ist eine umfassende ganzheitliche Bewegungstherapie erforderlich und dies bedeutet, Inhalte, Methoden und Ziele neu zu überdenken und diese zielgruppenspezifisch auszurichten.

Begriffsbestimmung und Einordnung

Zur Unterscheidung der im Thema gebrauchten Begriffe bleibt festzuhalten:

"Bewegungstherapie ist ärztlich indizierte und verordnete Bewegung, die vom Fachtherapeuten geplant und dosiert, gemeinsam mit dem Arzt kontrolliert und mit dem Patienten alleine oder in der Gruppe regelmäßig durchgeführt wird".

Die Bewegungstherapie vereint somit nach o.g. Definition alle Körpermethoden unter sich; Hauptvertreter hierfür sind die Krankengymnastik und die Sporttherapie.

Abb. 2 zeigt Beispiele von indikationsspezifischen bzw. unspezifischen bewegungstherapeutischen Maßnahmen wie sie heute schon vielerorts angeboten werden. Am Wohnort sind dabei größtenteils die Krankenhäuser, Volkshochschulen oder Krankengymnastikpraxen für das Angebot der indikationsspezifischen Therapieformen zuständig, für das der unspezifischen in der Hauptsache die Sportvereine.

Zielsetzung der Bewegungstherapie

Setzen wir einmal das "Freudvolle, Gesunde Leben" als übergeordnetes Lernziel der Bewegungstherapie voraus, so ergeben sich daraus Einzelziele, die - in unserem speziellen Fall der Integration von Kurmaßnahmen und Nachsorge am Wohnort - im Sinne einer Erwachsenenbildung unter dem Aspekt einer umfassenden ganzheitlichen Gesundheitsbildung auszurichten sind.

Abb. 3 gibt die Vierteilung der in der bewegungstherapeutischen Betreuung wichtigsten Ziele wieder, wobei diese nicht isoliert, sondern im Verbund mit anderen gesehen werden müssen.

Abhängig von der Indikationsstellung bzw. von dem jeweiligen Angebot wird mit geeigneten Methoden und Verfahren der Bewegungstherapie versucht:

- a) durch differenzierten Einsatz der fünf motorischen Hauptbeanspruchungsformen (HOLLMANN, HETTINGER, 1980) die körperliche Funktionstüchtigkeit wiederherzustellen unter besonderer Berücksichtigung des Zusammenwirkens von Atmung und Bewegungsabläufen;
- b) über das Erspüren und Empfinden des individuell wirksamen Belastungsbereichs, das passende Verhältnis von An- und Entspannung herauszufinden;
- c) durch entsprechende Information und Beratung gesundheitliche Zusammenhänge aufzuzeigen, die zu Selbsterkenntnis und eventuell notwendiger Umorientierung führen und
- d) soziale Beziehungen befriedigend zu gestalten, um durch Selbstakzeptanz und Partnerverständnis einen Gewinn von mehr Eigeninitiative, Kontakt- und Konfliktfähigkeit zu entwickeln.

Istzustand der Bewegungstherapie am Wohnort

Ausgehend von dem bewegungstherapeutischen Angebot eines heilklimatischen Kurorts (s. Abb. 4) mit oben aufgeführten Zielvorstellungen und ausgehend von der Wunschvorstellung derer, die nach Beendigung ihrer stationären oder ambulanten bewegungstherapeutischen Betreuung auch ohne ärztliche Verordnung, zuhause weiterhin in Bewegung bleiben wollen, sollen der gegenwärtige Istzustand und damit zusammenhängende Schwachstellen beleuchtet werden.

Im einzelnen seien genannt: Übungsangebot - Qualifikation der Betreuer - Teilnehmer (Patienten-) Gruppen - finanzielle Vergütung, Platz- und Raumangebot.

Übungsangebot

Am Beispiel des Großvereins "VFB Stuttgart" und des Kleinvereins "MTG Wangen im Allgäu" (s. Abb. 5) wird schnell ersichtlich, daß die während eines Kuraufenthaltes durchgeführten bewegungstherapeutischen Maßnahmen (z.B. Geh- und Lauftraining; Atem-, Fuß-, Rückengymnastik; Wassergewöhnung und Wassergymnastik; Freizeitspiele für Neulinge) wegen des fehlenden Angebotes nicht fortzusetzen oder auszubauen sind.

Auffallend hierbei erscheint die Tatsache, daß vielerorts - und nicht nur im vorgestellten Beispiel - der Kleinverein für den "Otto-Normal-Verbraucher" ein sinnvoller gefächertes Übungsangebot vorgibt als der Großverein, von dem innerhalb seiner Öffentlichkeitsarbeit, mehr als nur Überlegungen und praktische Möglichkeiten zu Leistungs- oder Profisport zu erwarten wären.

Qualifikation der bewegungstherapeutischen Betreuer

Die Maßnahmen der Gesundheitsbildung und die damit direkt zusammenhängenden methodisch/didaktischen Überlegungen zur Durchführung der Bewegungstherapie erfordern die bestmögliche Qualifikation des Bewegungstherapeuten. An dieser Stelle sei nochmals daran erinnert, daß der Begriff "Bewegungstherapeut" keine eigenständige Berufsgruppe widerspiegelt, sondern lediglich einen Sammelbegriff für Personen darstellt, die in irgendeiner Weise bewegungstherapeutisch tätig sind, unabhängig von ihrer primären Qualifikation (W. D. FISCHER, 1985).

Eine Trennung zwischen dem Fachpersonal mit Hochschul- bzw. Fachhochschulabschluß und den nebenberuflich tätigen nicht wissenschaftlich ausgebildeten Übungsleitern (s. Abb. 6) scheint für die Inhalte und Ziele der Bewegungstherapie von allergrößter Wichtigkeit.

Teilnehmergruppen, finanzielle Vergütung, Platz- und Raumangebot

Gehen wir wiederum von den Gegebenheiten am Kurort aus, wobei Teilnehmer- (Patienten-)gruppen indikationsspezifisch vorgegeben, die finanzielle Regelung durch Tarifvereinbarungen festgelegt und die Raumfrage relativ leicht zu lösen sind, so erkennen wir die vorhandenen Schwierigkeiten, was die bewegungstherapeutische Betreuung am Wohnort anbetrifft, sehr schnell.

Teilnehmergruppen sind alters-, leistungs- und intelligenzmäßig inhomogen; die Honorierung der erbrachten Betreuerleistungen ist kaum geregelt und wenn ja, dann - für heutige Verhältnisse - völlig unzureichend; schließlich muß das zur Verfügung stehende Raumangebot als ungenügend bezeichnet werden.

Nach Aufzählung der einzelnen Schwachstellen ist die Lücke zwischen Kurmaßnahmen und Nachsorge am Wohnort nicht zu übersehen und das vor allem von den Rentenversicherungsträgern propagierte: "Gesundheit selber machen" bleibt bezogen auf die bis heute durchgeführte Bewegungstherapie, vielerorts ein vielversprechender aber wertloser Spruch.

Integrationsmodell von Kurmaßnahmen und Nachsorge am Wohnort

Zur Verkleinerung dieser Lücke bzw. zur Verbesserung und Weiterentwicklung der bewegungstherapeutischen Betreuung sind Maßnahmen notwendig, die als Ziel eine individuell richtig dosierte Bewegung beinhalten und das sowohl im präventiven (vorbeugenden) als auch - wie in unserem Thema angesprochen - im rehabilitativen (wiederherstellenden) Sinne. Abb. 7 zeigt in einer Übersicht Ansätze, die nach Meinung des Verfassers, einer zukünftigen bewegungstherapeutischen Integration von Kurmaßnahmen und Nachsorge am Wohnort mehr gerecht werden können.

Ausgehend von den in Abb. 7 genannten Zielsetzungen und pädagogisch-psychologischen Prinzipien innerhalb bewegungstherapeutischer Maßnahmen, könnte das Integrationsmodell wie folgt aussehen:

1. Schaffung einer Koordinierungsstelle

Die notwendigen Maßnahmen zur Qualitäts- und Quantitätsverbesserung bewegungstherapeutischer Betreuungsmöglichkeiten und die sich daraus ergebenden Aktivitäten der zu Betreuenden sind in ihrer Gesamtheit für alle Beteiligten sehr vielschichtig und kaum überschaubar. Es bleibt deshalb zu überdenken ob zukünftig in Städten oder Kommunen, Abteilungen geschaffen werden, deren spezieller Auftrag Informationsaustausch bzw. Informationsweitergabe innerhalb sämtlicher bewegungstherapeutischer Betreuungsfelder sein muß. Die Abteilungen, die z.B. in Gesundheitsämtern, Volkshochschulen oder Rathäusern angesiedelt sein können, hätten schwerpunktmäßig die Aufgabe zu koordinieren (zwischen Kur- und Wohnort), zu motivieren (Gesundheit selber machen), und zu organisieren (Kursangebote und Zielgruppen).

2. Ambulante Behandlung im Krankenhaus (Klinik)

Trotz schon teilweise vorhandener positiver Ansätze im Krankenhaus muß die Bewegungstherapie verbessert und ergänzt werden. Dazu gehört nicht nur der gezielte Therapeuteneinsatz (s. Abb. 6) und die Einführung von erlebnisorientierten (neben den dominanten funktionsorientierten) Inhalten, sondern auch die Erstellung eines regionalen Nachsorge-Bedarfsplanes, bezogen auf die Bewegungstherapie, das Wissen um die finanzielle Vergütung (Gesamtvereinbarung über den ambulanten Behindertensport, 1981) und eine verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Arzt, Patient, Therapeut und Vertreter der Krankenkasse.

3. Praxis für Sporttherapie

Es stellt sich die Frage, ob neben der therapeutisch so wertvollen Einrichtung der Krankengymnastik Praxis die Praxis für Sporttherapie eine gesundheitsfördernde, und eine für das Gemeinwohl langfristig gesehen, kostensparende Ergänzung bzw. Erweiterung darstellen könnte? In Anlehnung an das Grüne Rezept (GOSSNER, 1979) und die eingangs genannte Definition der Bewegungstherapie, kann die Sporttherapie vom Arzt verordnet, vom Sporttherapeuten angeleitet und von den Krankenkassen vergütet werden. (Die Abrechnung muß derzeit von Fall zu Fall zwischen Betreiber und der jeweiligen Krankenkasse vereinbart werden). Als Beispiele für notwendige Heilbehandlungen unter der Aufsicht eines Sporttherapeuten seien genannt: Ambulante Behindertensportgruppen, Ausdauer-Trainingskurse für Ungeübte, Krafttraining nach Krankheit, Gesundheitsrückenschwimmen, Wasserentängstigungskurse, Individuelle Trainingsberatung.

4. Betreuung im Sportverein

Neben dem schwerpunktmäßigen Angebot von unspezifischen Betreuungsmaßnahmen bieten einige Sportvereine - auch heute schon - Teile einer gezielten indikationsspezifischen Bewegungstherapie an (z.B. Koronar- und Rheumagruppen). Für die zukünftige Arbeit im Sportverein stehen drei Veränderungen im Vordergrund:

- a) Verbesserte Qualifikation der Betreuer durch Ausbau der Übungsleiter "S"-Ausbildung (Sonderausbildung für Sport mit Problemgruppen);
- b) damit zusammenhängende Erweiterung von "S"-Gruppen (indikationsspezifische Bewegungstherapie) z.B. für Funktionelle Gymnastik - Ausdauertraining und Spielangebote für Neulinge - Entspannungstechniken und
- c) eine Erhöhung der Übungsleiter-Honorare, um einerseits die sinkenden Zahlen der zur Verfügung stehenden Übungsleiter aufzuhalten und andererseits die verbesserte Qualität zukünftig ausgebildeter und zum Einsatz kommender Betreuer anzuerkennen.

5. Funktionsfähiges Netz von Volkshochschulen

Das bewegungstherapeutische Angebot der Volkshochschulen bzw. der Volksbildungswerke muß noch besser ausgebaut werden. Hierbei kann auf ein vorhandenes, gut organisiertes und funktionierendes, flächendeckendes Netz von Einrichtungen zurückgegriffen werden, welches - mit und ohne Verordnung und Überweisung anderer Stellen - qualifizierte Mitarbeiter, preisgünstige Kursgebühren und geeignete Räumlichkeiten anbieten kann.

6. Forderung für Arbeitsplatz und Altenheim

Betriebsangehörige bzw. Betriebs- oder Personalrat müssen immer wieder dafür eintreten, zukünftig den Betriebssport als festen

Bestandteil in die Arbeitswoche zu integrieren und dabei den Einsatz von bewegungstherapeutischen Fachkräften zu fordern.

Für die Arbeit im Altenheim müssen Lehrpläne überarbeitet, Ausbildungsschwerpunkte neu gewichtet und die Auswahl der Berufspraktika aufgabenspezifischer zusammengestellt werden. Ein Hauptaugenmerk muß hierbei auf Lernprogramme der Wahrnehmungsförderung und auf den Gymnastik- und Spielbereich (GRÖBING, 1980) gerichtet werden.

Ich möchte mit einem hoffnungsvollen Gedanken schließen. Wenn es allen an der Bewegungstherapie interessierten und für deren Planung und Durchführung verantwortlichen Personen gelingt, die aufgezeigten Möglichkeiten des Gesamtmodells nicht nur zu überdenken, sondern auch Teile davon in die Praxis umzusetzen, braucht uns um die Integration von Kurmaßnahmen und Nachsorge am Wohnort für die Zukunft weniger bange zu sein.

Zusammenfassung

Die zur Zeit praktizierte Bewegungstherapie wird am konkreten Beispiel von Klinik (Kurmaßnahmen) und Sportverein (Wohnort) in ihrem gegenwärtigen Istzustand aufgezeigt.

Dabei wird eine große Lücke zwischen den Möglichkeiten der Nachsorge am Wohnort und denen innerhalb eines stationären Kuraufenthaltes aufgedeckt. Die Hauptursachen hierfür sind abhängig von Übungsangeboten, Qualifikation der Betreuer, Zielgruppen, finanziellen Vergütungen und von räumlichen Gegebenheiten.

Über Modellvorstellungen, die auf die zukünftige Arbeit von Krankenhäusern, Sportvereinen, Sportpraxen, Volkshochschulen, Arbeitsstätten und Altenheimen eingehen, wird versucht, einerseits die Nachsorge am Wohnort zu verbessern, andererseits die bewegungstherapeutische Integration von Kurmaßnahmen und Nachsorge zu fördern.

Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation:
"Gesamtvereinbarung über den ambulanten Behindertensport vom Juli 1981",
6000 Frankfurt, Eysseneckstr. 55, 1981

FISCHER, W. D.:
"Bewegungstherapeutische Berufsgruppen", in: Binkowski, H.: "Sport- und Bewegungstherapie, 5. Neutrauchburger Wochenendseminar, S. 105 - 130
Pharma Schwarz GmbH, Monheim, 1985

GOBNER, E.:
"Das grüne Rezept", Druck der Firma Adenylchemie GmbH, Berlin, 1979

GRÖBING, E.:
"Senioren und Sport", Limpert, Homburg, 1980

HOLLMANN, W.; HETTINGER, T.:
"Sportmedizin - Arbeits- und Trainingsgrundlagen", Schattauer Verlag,
Stuttgart, 1980

DIE 4 HAUPTGRUPPEN SPORTLICHER BETÄTIGUNG

1. Gesundheitssport $\hat{=}$ Bewegungstherapie

- 81 -

2. Breitensport $\hat{=}$ Freizeitsport

3. Leistungssport $\hat{=}$ Amateursport m.E.

4. Hochleistungssport $\hat{=}$ Profisport m.E.

BEWEGUNGSTHERAPIE AM WOHNORT

Indikationsspezifisch

(mit ärztlicher Verordnung)

1. Ambulanter Behindertensport
- Herz-, Rheuma-, Tumorgruppen -
2. Funktionelle Gymnastik
- Extremitäten-, WS-Gymnastik -
3. Entspannungstherapie
- Atemtherapie, AT, MT, KWN -
4. Schwimmtherapie
- Behinderten-, Orthop.Schwimmen -

Unspezifisch

(ohne ärztliche Verordnung)

1. Spielsportarten
- Fussball, Tennis, Volleyball -
2. Zweckgymnastik
- Frauen-, Senioren-, Skigymnastik -
3. Ausdauertraining
- Lauf-, Radler-, Wandertreffs -
4. Krafttraining
- Body-Building -

ZIELE DER BEWEGUNGSTHERAPIE

1. Motorischer Bereich

Mot. Grundeigenschaften, Atmung und Bewegung

2. Emotionaler Bereich

Entspannung; Belastungsbereich; Selbstwertgefühl

3. Kognitiver Bereich

Selbsterkenntnis; Alternativen; Umorientierung

4. Sozialer Bereich

Selbstakzeptanz; Partnerverständnis

WALDBURG-ZEIL KLINIKEN
THERAPEUTISCHES BEWEGUNGSZENTRUM
ISNY-NEUTRAUCHBURG

A AUSDAUER

- 1 Ergometertraining
- 2 Geh- und Lauftraining
- 3 Jogging
- 4 Radfahren
- 5 Skilanglauf
- 6 Trimm-Treff
- 7 Waldlauf
- 8 Wandern
- 9 Zirkeltraining

B GYMNASTIK

- 1 Allgemeine Gymnastik
- 2 Atemgymnastik
- 3 Frühgymnastik
- 4 Fußgymnastik
- 5 Jazzgymnastik
- 6 Körperwahrnehmung
- 7 Rhythmische Gymnastik
- 8 Rückengymnastik
- 9 HWS-Gymnastik

C SCHWIMMEN

- 1 Anfängerschwimmen
- 2 Ausdauerschwimmen
- 3 Freies Schwimmen
- 4 Übungsschwimmen
- 5 Wassergewöhnung
- 6 Wassergymnastik
- 7 Behindertenschwimmen
- 8 Sauna
- 9 Entspannung im
Wasser

D SPIELE

- 1 Boccia
- 2 Eisstockschießen
- 3 Federball
- 4 Freizeitspiele
- 5 Volleyball Anfänger
- 6 Tennis
- 7 Tischtennis
- 8 Völkerball
- 9 Volleyball Fortg.

BWZ-THERAPIEPROGRAMM

ÜBUNGSANGEBOT IN SPORTVEREINEN

VfB Stuttgart

Fußball

Handball

Hockey

Leichtathletik

Tischtennis

Faustball

Freizeitsport

a) Kegeln für Jedermann

b) Aerobic-Kurse

MTG Wangen

Badminton

Faustball

Fechten

Geräteturnen

Handball

Leichtathletik

Rhythmische Gymnastik/Tanz

Sportkegeln

Volleyball

23 weitere Freizeit- und

Hobbygruppen

z.B. Frauengymnastik

Kinderturnen

Koronargruppe

Spielegruppen

Versehrtensportgruppe

" BEWEGUNGSTHERAPEUTEN "

FACHPERSONAL

A AKADEMISCHER HOCHSCHULABSCHLUß (6 - 8 SEMESTER)

DIPLOMSPORTLEHRER - SPÖRTPHILOLOGE (-MAGISTER)

B FACHSCHULABSCHLUß (1 1/2 - 3 JAHRE)

KRANKENGYMNAST (3 JAHRE) - MOTOPÄDE (2 - 3 JAHRE)

GYMNASTIKLEHRER (2 1/2 JAHRE) - FACHSPORTLEHRER (1 1/2 JAHRE)

-86-

ÜBUNGSLEITER

C LEHRGANGSABSCHLUß (ZUZÜGLICH FACHAUSBILDUNG)

MEDIZINISCHE ÜBUNGSLEITER (MASSEUR UND
MED. BADEMEISTER) (+ 6 WOCHEN)

ÜBUNGSLEITER "S" (BEHINDERTENSPORT) (+ 4 WOCHEN)

ÜBUNGSLEITER "F" (FACHSPORTGRUPPEN) (+ 3 WOCHEN)

ÜBUNGSLEITER "A" (FREIZEITSPORT) (+ 3 WOCHEN)

INTEGRATION VON KURMASSNAHMEN UND NACHSORGE AM WOHNORT

INDIKATIONSSPEZIFISCHE BEWEGUNGSTHERAPIE
(mit ärztlicher Verordnung)

UNSPECIFISCHE "BEWEGUNGSTHERAPIE"
(ohne ärztliche Verordnung)

ABT. FÜR
GESUNDHEITSBILDUNG
Informieren, Koordinieren,
Motivieren, Organisieren

Krankenhaus
Ambulante Behandlung

Praxis
Für Krankengymnastik
und Sporttherapie

Sportverein
Ausbau von
"S"-Gruppen

VHS/VBW
Spezielles
Kursangebot

Arbeitsstätte
Fachkräfte beim
Betriebssport

Altenheim
Änderung der
Ausbildungsinhalte

Z I E L S E T Z U N G

Leistungserhaltung/Verbesserung - Entspannung - Umorientierung - Ich/Partnerverständnis

PÄDAGOGISCH-PSYCHOLOGISCHE PRINZIPIEN

Gruppenführung - Didaktisches Konzept - Auswahl der Übungsinhalte

Helmut Breitkopf,
Diplom-Soziologe, Unna

Thema: Der Beitrag der Volkshochschule in der Kurvor- und
-nachbereitung

Guten Morgen,

als ich mir heute früh mein Referat noch einmal durchgelesen habe, kam es mir zu trocken vor und es schien mir etwas von der Dynamik, dem Leben aber auch den Problemen, die in der praktischen Arbeit bestehen, verlorenzugehen. Zudem möchte ich die Anregung von vorhin aufgreifen, das Referat kurz zu halten, um so mehr Zeit für den Erfahrungsaustausch heute nachmittag zu gewinnen. Ich werde versuchen, mich etwas vom Manuskript zu lösen und möchte Ihnen einen Eindruck vermitteln um was es uns in der Gesundheitsbildung, die wir an der Volkshochschule Unna zusammen mit anderen Kooperationspartnern durchführen, geht. Um gleich zum Kern der Sache zu kommen. Ich möchte Ihnen ein Projekt vorstellen und erste Erfahrungen bei der Durchführung des Projektes vermitteln. Es geht uns in Unna darum, etwas zur Lösung der Frage beizutragen, wie man Menschen ermutigen, helfen kann, gesundheitsförderndes Verhalten, das sie beispielsweise in Kuren gelernt haben, zu Hause, am Wohnort selbständig zu praktizieren. Und wir glauben, daß es eine sehr anspruchsvolle Aufgabe ist, einen solchen Lernprozeß zu initiieren - in diesem Fall durch die Aktivitäten einer Volkshochschule - der die Selbsthilfefähigkeit von Menschen verbessert. Bevor ich auf einige inhaltliche Einzelheiten eingehe, kurz einige organisatorische Rahmenbedingungen unserer Arbeit.

Diese Arbeit an der Volkshochschule in Unna ist Bestandteil eines Projektes mit dem Titel "Komplementäre Versorgung Rheumakranker (insbesondere chronische Polyarthritiden) durch das Laiensystem". Dieser Titel bringt schon zum Ausdruck, daß es Aufgabe des Projektes ist, sich darüber Gedanken zu machen, welche - die medizinische Versorgung ergänzende - Hilfen (insbesondere Laien-Selbsthilfe) entwickelt und gefördert werden können. Das Projekt ist an die Stadt Unna vergeben und wird in ihrer Trägerschaft durchgeführt. Inhaltlich ist das Projekt in eine kommunale Gesundheits-Arbeitsgemeinschaft (GAG), eingebunden. Mitglieder dieser Gesundheits-Arbeitsgemeinschaft sind die örtlichen Krankenkassen, ein besonderer Kooperationspartner ist die AOK. Das Kreisgesundheitsamt arbeitet mit und etwa 20 niedergelassene Ärzte, die sich der GAG zugehörig fühlen. Wobei insbesondere wichtig ist, daß die drei niedergelassenen Orthopäden aktiv mit dabei sind. Zudem arbeiten wir auch mit Apothekern zusammen, die aber in diesem Zusammenhang nur eine randständige Rolle spielen.

Dieser organisatorische Hintergrund ist in unserem Projekt wichtig, da auch geprüft werden soll, ob sich durch kommunale GAG in der gesundheitsfördernde Aktivitäten koordiniert werden, Verbesserungen im Angebot gesundheitlicher Hilfen erreichen lassen. Wichtig ist ferner, daß unser Projekt wissenschaftlich begleitet wird. Die wissenschaftliche Begleitforschung hat die Projektgruppe "Verwaltung und Publikum" an der Gesamthochschule Kassel übernommen.

Jetzt noch eine letzte Bemerkung zu unseren Rahmenbedingungen. Das Projekt Unna ist ein Teilmodell im Forschungsverbund "Wohnortnahe, kooperative und kontinuierliche Betreuung von Rheumakranken". In diesem Forschungsverbund arbeiten wir seit Beginn 1984 mit. Im Anschlußreferat von Uwe Prümel wird auf diesem Forschungsverbund bzw. speziell auf das Schleswig-Holstein Modell noch genauer eingegangen. Soweit zu unserem organisatorischen Hintergrund.

Ich will jetzt auf einige Einzelheiten eingehen. Ich möchte nicht das Modell Unna im Ganzen vorstellen, sondern ein Modellelement, das wir im Rahmen des Projektes durchführen. Dieses Modellelement nennen wir "Kur-Seminare", Kurkuren am Wohnort. Diese Kurz-Kuren am Wohnort sind ein neues Angebot für Rheumakranke im Einzugsgebiet der Stadt Unna. Sie dauern 9 Tage und sollen so etwas wie eine Kurz-Kur in Wohnungsnähe sein. Angeboten wird - und darauf gehe ich im einzelnen noch näher ein - Warmwasser-Gymnastik und Trockengymnastik, Entspannung, Yogaübungen mit Rheumakranken, Gespräche und Vollwert-Ernährung. Das sind die zentralen Elemente dieses Angebotes. Wir verfolgen mehrere Ziele mit der Durchführung dieser Kur-Seminare. Es soll erreicht werden, daß

- Rheumakranke die in Unna vorhandenen medizinisch-therapeutischen Einrichtungen privater Institutionen (Kur-Badeanstalten u.a.), der Krankenhäuser und öffentlichen Bäder kennenlernen und nutzen;
- der Kurerfolg, der bei auswärtigen Kuraufenthalten erreicht wurde, aufgefrischt und stabilisiert wird (Kur-Nachsorge);
- die gesundheitsfördernden Aktivitäten von den Rheumakranken zunehmend in Eigeninitiative und Selbsthilfe durchgeführt werden. Dieses wichtigste Ziel unseres Projektes soll durch eine systematische Förderung des Laienpotentials erreicht werden.

Bevor ich auf Einzelheiten eingehe, wie wir versuchen die Ziele zu erreichen, möchte ich einige allgemeine Anmerkungen zur Selbsthilfediskussion machen.

Ich habe hier ein sehr vereinfachtes Schema aufgemalt (Übersicht 1, s. S. 94) welche Bereiche heute unter gesundheitlicher Selbsthilfe gefaßt werden. Allgemein könnte man Selbsthilfeaktivitäten definieren als "Individuelle und kollektive Handlungsformen, die der

Vorbeugung und besseren Bewältigung von Krankheiten, psychischen und sozialen Problemen ohne Inanspruchnahme professioneller Hilfen" dienen. Ursprünglich hatte ich vor, zwischen den einzelnen Punkten noch genauere Ausführungen zu machen, aber wegen der Zeitknappheit lasse ich das jetzt mal aus und konzentriere mich auf zwei Bereiche die besonders wichtig sind für den Fortgang der Diskussion. Bei der Selbsthilfe von Laien, chronisch Kranke meine ich hier hauptsächlich damit, unterscheiden wir institutionalisierte Selbsthilfe und inszenierte Selbsthilfe. Das sind die Begriffe, die ich von Hegner übernommen habe. Institutionalisierte Selbsthilfe wird naturwüchsig erfahren, ist historisch gewachsen und gesellschaftlich verankert. Beispiele für diese Art von Hilfe sind Aktivitäten der gegenseitigen Unterstützung in Familie und Nachbarschaft. Im Unterschied dazu gibt es Sozialgebilde (Selbsthilfegruppen), die aufgrund einer Übereinkunft zwischen beteiligten Individuen neu gegründet werden. Erst im Laufe der Zeit entstehen engere Bindungen. Auch bei Selbsthilfegruppen lassen sich eine Reihe von Typen unterscheiden, die hier nicht weiter ausdifferenziert werden sollen. Neben dem klassischen "engen" Verständnis von Selbsthilfegruppen als psychologisch-therapeutische Gesprächsgruppen werden neuerdings auch andere kleine Netze und informelle Sozialsysteme in die Diskussion einbezogen (z.B. Bürgerinitiativen, Kurse, Lerngruppen).

Im Rahmen des Projektes in Unna machen wir uns zu beiden Formen der Selbsthilfe - Selbsthilfe in der Familie, Selbsthilfe in Selbsthilfegruppen - Gedanken. Wir überlegen, wie man die Ressourcen, die im Rahmen primär sozialer Netze vorhanden sind, "diagnostizieren" und ihre Ausschöpfung fördern kann. Darauf will ich aber hier nicht weiter eingehen. Vielmehr soll der zweite Bereich, die inszenierte Selbsthilfe näher beschrieben werden. Unsere Frage ist:

Wie kann man die Bildung von autonom arbeitenden Gruppen chronisch Kranker unterstützen und so einen Beitrag zur wohnortnahen Gesundheitsförderung leisten?

Was hat das jetzt alles mit Kuren zu tun? Wir glauben, daß das Modellelement, das wir Kur-Seminare nennen, ein Startpunkt selbsthilfebezogener Erfahrungsbildung sein kann. Wir brauchen solche Startpunkte, da dadurch ein "Raum" geschaffen wird, der Erfahrungen mit Selbsthilfe möglich macht und dabei hilft, daß solidarische Beziehungen unter chronisch Kranken sich entwickeln können. Wir wissen aus empirischen Untersuchungen, daß Selbsthilfe sehr voraussetzungsvoll ist. Nur etwa 1 - 3% der Menschen sind ohne Unterstützung überhaupt in der Lage sich in Selbsthilfegruppen zu organisieren. Demgegenüber steht bei etwa 50% der chronisch Kranken der Wunsch sich u.U. solch einer Gruppe anzuschließen. Sie finden aus unterschiedlichen Gründen keinen Zugang zu bestehenden Gruppen bzw. sehen nicht, wie sie selbst eine Gruppe gründen könnten. Wir suchen in unserem Projekt nun Wege, wie diese latenten oder offenen Wünsche nach Kontakten und Aktivitäten mit anderen chronisch Kranken realisiert werden können.

Unser Ausgangspunkt ist ein Programm, das im einzelnen auf dieser Folie aufgezeichnet ist (Übersicht 2, s. S.95). Es ist das Programm der neuntägigen Kur-Seminare, von denen wir bisher drei durchgeführt haben. Der Unterschied zu einer normalen Kur besteht u.a. darin, daß die Teilnehmer zu Hause schlafen und sich tagsüber treffen, um dieses Programm zu absolvieren.

Am ersten Tag ist eine ärztliche Einführung vorgesehen, in der traditionelle und biologische Behandlungsmöglichkeiten rheumatischer Erkrankungen dargestellt werden. Der zweite Tag dient dem Kennenlernen der Teilnehmer. In Gruppengesprächen werden Motivation zur Teilnahme, Erwartungshaltung und persönliche Erfahrungen thematisiert. Erst vom dritten Tag an wartet auf die Teilnehmer das "Kur"-Programm.

Der Morgenblock besteht aus Warmwassergymnastik, Einzelanwendungen und Ruhepausen. Mittags wird unter Anleitung gemeinsam mit den Rheumakranken die Vollwertkost zubereitet und anschließend gemeinsam gegessen, was ein sehr wichtiger Faktor ist für das Kennenlernen und für die Entwicklung von Beziehungen unter den Teilnehmern und Teilnehmerinnen. Am Nachmittag werden Entspannungsübungen, Yoga und Informationen, teilweise auch gesellige Aktivitäten organisiert und durchgeführt. An einem Tag machen wir einen kleinen Ausflug. Bisher sind wir zur Rheumaklinik nach Sendenhorst gefahren. Der Leiter der Rheumaklinik, Herr Professor Fricke, steht dann zur Verfügung. Er führt die Kältekammer vor, was immer ganz großen Eindruck macht und es ist auch eine ärztliche Sprechstunde integriert, meistens sind das dann Gruppengespräche, was Prof. Fricke auch noch anbietet ist die lokale Kältebehandlung. Dann haben wir auch mit der Ergotherapie, der Beschäftigungstherapie engeren Kontakt, wo die Rheumakranken sich informieren können und eine Einführung über die Möglichkeiten der Ergotherapie erhalten.

Angehörige sind teilweise integriert. Insbesondere bei den geselligen Anlässen und am Essen können sie teilnehmen, wobei wir die Erfahrung gemacht haben, daß es für einige Teilnehmer günstiger ist ohne Frau, ohne Mann dieses Kur-Seminar zu absolvieren, weil starke Kontrollen durch die Ehepartner ausgehen können und die Bildung von Gruppen und von Kontakten der Rheumakranken untereinander sich nicht entwickeln kann, wenn die Angehörigen dabei sind. Soweit zu den Kur-Seminaren. Wie geht es weiter?

Wir haben festgestellt, daß sich bei allen drei Kur-Seminaren - sie wurden mit 8 bzw. 9 Personen durchgeführt, Kerngruppen gebildet haben und zwar Gruppen von etwa 6 Personen, 2/3 der Teilnehmer haben sich zusammengefunden, die haben sich als Gruppe verstanden, die den Wunsch haben, weiter zusammenzubleiben. Wenn man nun nichts unternimmt, nach diesem fremd organisierten Angebot der ambulanten "Kur" am Wohnort, zerläuft die Gruppe wieder. Die Frage ist: Wie kann man jetzt Hilfestellung anbieten, daß diese Kontakte nicht verloren gehen, so daß der Wunsch und die Bereitschaft - nicht nur sich weiter treffen und zu reden, obwohl

das auch ein sehr wichtiger Punkt ist, der Erfahrungsaustausch muß gefördert werden, - sondern es geht auch darum, in dieser Gruppe weiter gesundheitsfördernde Aktivitäten durchzuführen z.B. gemeinsam in die Sauna zu gehen, zusammen Bewegungsübungen zu machen. Es gilt einen Zwischenschritt zu machen, Hilfestellung zu geben, daß diese Gruppen in einer neuen Form zusammenarbeiten. Wir haben deshalb Nachbesprechungen organisiert mit den Teilnehmern der Kur-Seminare und beginnen jetzt mit der Durchführung von einem Angebot, das wir Kur-Seminare mit vermindertem Betreuungsaufwand nennen oder selbstorganisierte Kur-Seminare. Wir haben die Leute zusammengetrommelt und haben gesagt: Wir möchten unterstützen, daß die Gruppe weiter existieren kann und wir sind auch in der Lage gewisse Rahmenbedingungen dafür zu schaffen. Was braucht ihr? Was ist für euch besonders wichtig? - Ich habe eine Übersicht, aus der hervorgeht, was sich die Interessenten für ein zweites selbstorganisiertes Kur-Seminar gewünscht haben (Übersicht 3, s. S. 96).

Auf der Übersicht wird das Kur-Seminar mit vollem Betreuungsaufwand und mit vermindertem Betreuungsaufwand verglichen. Die Gesamtkoordination und die Leitung von Gesprächsgruppen ist nicht mehr nötig, wenn die Leute sich kennengelernt haben. Das machen sie in eigener Regie. Wir brauchen ihnen nur zu sagen, welche Räumlichkeiten zur Verfügung stehen. Sie haben soweit als Gruppe zusammengefunden, daß sie das selbst organisieren, Fahrgemeinschaften machen, sich gegenseitig abholen und sich zu Gruppengesprächen treffen.

Unverzichtbar schien den Rheumakranken allerdings die Unterstützung bei der Gymnastik. Obwohl sie ja während dieser 9 Tage, von denen an 5 Tagen Warmwassergymnastik war, sie auch die Übungen praktiziert und kennengelernt haben, haben sie sich gewünscht durch eine Krankengymnastin Anleitung dazu zu bekommen.

Bezogen auf den Mittagsblock, sehen sie, daß die Rheumakranken die Köchin für entbehrlich halten. Ich will jetzt nicht mehr weiter darauf eingehen, aber man sieht, daß eine Reihe von Kostenpunkten vor allem beim Personaleinsatz entfällt, weil eben ziemlich viel in eigener Regie durchgeführt werden kann. Auch das, ich möchte damit abschließen, ist ein Zwischenschritt der noch weiter hinführen soll zu völlig autonom organisierten Gruppen.

Die ersten Erfahrungen deuten darauf hin, daß dies ein erfolgreicher Weg ist, über fremdorganisierte Angebote schrittweise an selbstorganisierte Aktivitäten heranzuführen. Es scheint deshalb erfolgreich zu sein, weil Rheumakranke Gelegenheit hatten sich kennenzulernen und solidarisches Verhalten in der Gruppe zu entwickeln. Allerdings klappt dieses Hinführen zu einer selbstorganisierten Gruppe nur dann, wenn bestimmte organisatorische Voraussetzungen gegeben sind und wenn - gerade am Anfang - bei

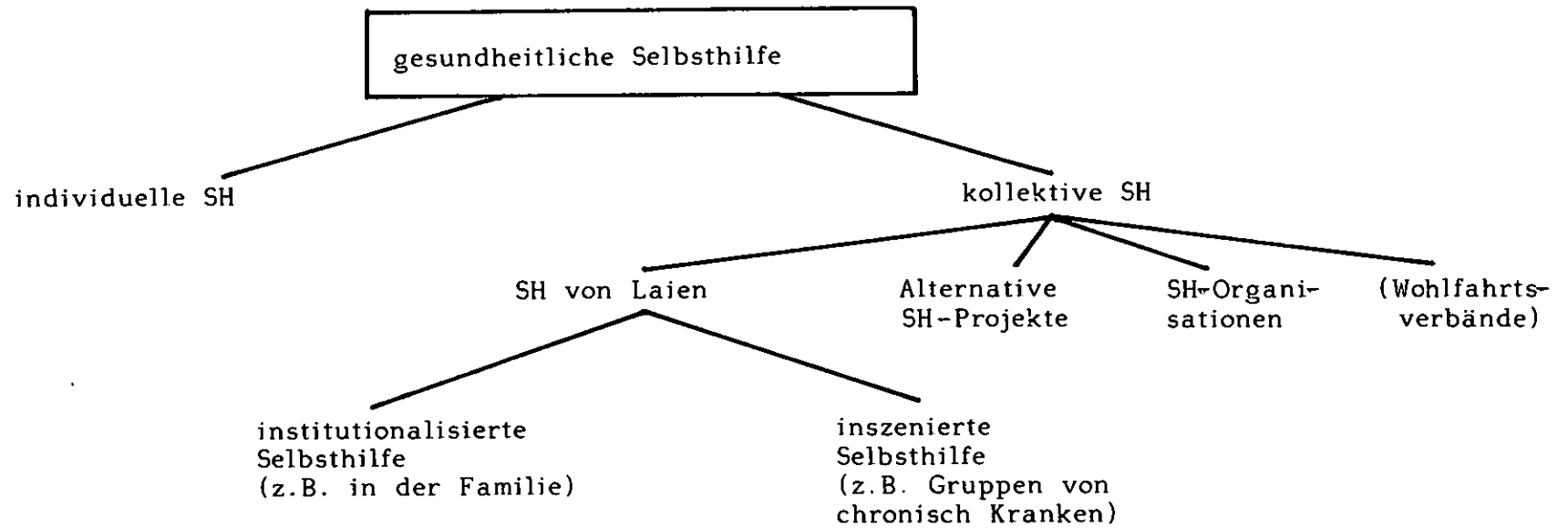
der Initiative zur Gruppenbildung inhaltliche Hilfestellung gegeben wird. Es wird die wichtigste zukünftige Aufgabe in unserem Projekt sein, diesen Prozeß - Entwicklung und Förderung der Selbsthilfefähigkeit und des Laienpotentials, weiter zu beschreiben und herauszubekommen, wie dieser Prozeß unterstützt werden kann.

Zusammenfassend möchte ich sagen: Ich habe hier ein Konzept vorgestellt und über erste praktische Erfahrungen berichtet, wie gesundheitsfördernde Aktivitäten von chronisch Kranken stabilisiert werden können. Kernpunkt des Konzeptes ist es, schrittweise selbsthilfebezogene Erfahrungsbildung zu ermöglichen und infrastrukturelle und organisatorische Hilfestellung bei der Realisierung von Selbsthilfeaktivitäten zu geben. Ziel ist es nicht so sehr irgendwelche Inhalte vorzuschreiben, der chronisch Kranke soll dies oder jenes machen, das sei für ihn gut, sondern wir wollen auf die Vielzahl von Möglichkeiten die Gesundheit zu erhalten hinweisen und entsprechende Angebote machen. Menschen mit Gesundheitsproblemen (in unserem Fall die Rheumakranken) sollen selber die Chance haben, Erfahrungen zu sammeln was ihnen guttut und welche Möglichkeiten sie haben, selber, allein oder mit anderen Betroffenen, etwas für ihre Gesundheit zu tun. Die Arbeit besteht darin organisatorische Hilfestellungen zu geben, damit sich selbstorganisiertes gesundheitsbezogenes Handeln entfalten kann. In dem beschriebenen Projekt sind Startpunkte der Arbeit vollbetreute und angeleitete Kur-Seminare. In einem zweiten Schritt werden Teile der Aktivitäten und Betreuungsaufgaben von den Rheumakranken selbst übernommen. Diese Art selbstorganisierte Kur-Seminare sollen von interessierten chronisch kranken Menschen regelmäßig wahrgenommen werden. Weiteres Ziel ist es, bei der Realisierung von Wünschen nach Gruppenkontakten auch außerhalb von Angeboten der Volkshochschule behilflich zu sein und für die Zukunft stellt sich das Ziel, die Bildung von gänzlich autonom arbeitenden Kleingruppen zu erleichtern.

Danke schön.

Übersicht 1

Individuelle und kollektive Handlungsformen, die der Vorbeugung und besseren Bewältigung von Krankheiten, psychischen und sozialen Problemen dienen ohne Inanspruchnahme professioneller Hilfen



	9.00 - 12.00	12.00 - 14.30	15.00 - 16.00	16.00 - 17.30	20.00
1. Tag Sa.			Begrüßung / Eröffnungsvortrag		
2. Tag So.	Persönliches Kennenlernen, anschl. ca. 45 Min. Trockengymnastik				
3. Tag Mo.	Trockengymnastik	Gemeinsames Kochen und Essen, anschl. Ruhepause	Dia-Vortrag: Natur erleben, wie lange noch?	Entspannung durch Yoga	
4. Tag Di.	Warmwassergymnastik anschließend Sauna oder Ruhen	Gemeinsames Kochen und Essen, anschl. Ruhepause	Erfahrungsaustausch in der Gruppe / Mittagsruhe	Entspannung durch Yoga	
5. Tag Mi.	Warmwassergymnastik anschließend Sauna oder Ruhen	Gemeinsames Kochen und Essen, anschl. Ruhepause	Erfahrungsaustausch in der Gruppe/ Mittagsruhe	Entspannung durch Yoga	
6. Tag Do.	Vormittagsfahrt zur Rheumaklinik Sendenhorst		f r e i	f r e i	Abendessen
7. Tag Fr.	Warmwassergymnastik anschließend Sauna oder Ruhen	Gemeinsames Kochen und Essen, anschl. Ruhepause	Erfahrungsaustausch in der Gruppe/ Mittagsruhe	Entspannung durch Yoga	
8. Tag Sa.	Trockengymnastik	Gemeinsames Kochen und Essen, anschl. Ruhepause	Erfahrungsaustausch in der Gruppe/ Mittagsruhe	Entspannung durch Yoga	
9. Tag So.	Entspannung durch Yoga	Gemeinsame Essensvorbe- reitung f. Nachmittag	Abschlußfest mit Kulturprogramm (Folklore)		

Die nachfolgende Übersicht vergleicht Personaleinsatz und Kosten der beiden Typen von Kur-Seminaren

Übersicht 3

Personaleinsatz Kosten	Kur - Seminare	
	mit vollem Betreuungsaufwand	mit vermindertem Betreuungsaufwand (selbstorg. Kur. Sem.)
Kurs-Leiterin für Gesamt- koordination und Leitung von Gesprächsgruppen	x	entfällt
Krankengymnastin für Warmwasser- und Trocken- gymnastik	x	x
Köchin	x	entfällt
Yogalehrerin	x	x
Referentenhonorare	x	entfällt bzw. 50 %
Eintritt ins Bad	x	x
Busfahrt	x	entfällt

Eigenbeteiligung pro Teilnehmer: Die Lebensmittel für das Mittagessen bezahlen die Teilnehmer selbst (4,-- DM pro Tag). Hinzu kommt 1,20 DM pro U.-Std., an denen eine Kursleiterin beteiligt ist, sowie ein Zuschuß zur Busfahrt (5,-- DM).

Dr. Uwe Prümel,
Rheuma-Liga Schleswig-Holstein e.V., 2300 Kiel

Thema: "Wohnortnahe, interdisziplinär-kooperative und kontinuierliche Versorgung von Kranken mit chronischer Polyarthritits in Schleswig-Holstein"
(Schaubild 1: "Gliederung", s. S. 111)

1. Zur Konzeption des Modellversuchs

Eingebunden in ein übergreifendes Konzept von bundesweiten Forschungsaktivitäten zu Krankheiten des rheumatischen Formenkreises (vgl. Rheumabericht der Bundesregierung vom 30.12.1983, Drs. 10/850) hat sich am 1.1.1984 ein Verbund von mittlerweile insgesamt 6 Modellen konstituiert, der als gemeinsames Ziel die Verbesserung der wohnortnahen Versorgung von Kranken mit chronischer Polyarthritits (cP) hat. (Schaubild 2: "Schicksalskreis", s. S. 112)

Die drei charakteristischen Merkmale der hier vorzustellenden Schleswig-Holsteiner Modellkonzeption sind:
(Schaubild 3: "Merkmale", s. S. 113)

1. die Anbindung des Modells an die Rheuma-Liga Schleswig-Holstein e.V., also an die Hilfs- und Selbsthilfeorganisation der Betroffenen selbst ("Betroffenenansatz"),
2. die Konzentration der Modellmaßnahmen auf die nichtärztliche Versorgung durch die medizinischen Heil- und Hilfsberufe sowie durch eine ergänzende psychosoziale Betreuung der cP-Kranken;
3. der Versuch, eine Verbesserung der Versorgung für diesen Patientenkreis flächendeckend für das gesamte Bundesland Schleswig-Holstein zu organisieren.

Zentraler Kern dieser Modellkonzeption ist es also, vor allem durch intensive Aktivitäten des Rheuma-Liga-Landesverbandes das Angebot an komplementären, nicht-ärztlichen Versorgungsleistungen und ihre Inanspruchnahme durch die cP-Kranken zu verbessern, wobei dem Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe besonderes Gewicht zukommt.

Die "komplementären Hilfen", von denen hier die Rede ist, sind
(Schaubild 4: "Modellelemente", s. S. 114)

1. die Krankengymnastik
2. die Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)
3. sozialpädagogische und sozialrechtliche Hilfen
4. psychologische Hilfen und
5. Unterstützung von Selbsthilfeaktivitäten.

Was ist nun in diesem Zusammenhang unter "Verbesserung" zu verstehen?

Der komplizierte Titel des Schleswig-Holsteiner Modells weist bereits auf die einzelnen, konkreten Ziele der Modellaktivitäten hin: (Schaubild 5: "Zielbereiche", s. S. 115)

Es sollen

1. mehr cP-Kranke einer Versorgung zugeführt werden;
2. soll diese Versorgung wohntnah angeboten werden;
3. sollen die Versorgungsleistungen interdisziplinär-kooperativ gestaltet werden;
4. soll die Kontinuität dieser Versorgungsleistungen gewährleistet werden und
5. soll dafür gesorgt werden, daß diese Leistungen von kompetenten Fachkräften oder Laienhelfern durchgeführt werden.

Anhand dieser Aufgaben bzw. Zielvorgaben können die wesentlichen Arbeitsbereiche des Modells skizziert werden:

1. Der Zugang zu mehr cP-Kranken muß in erster Linie über eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit, also eine quantitative Ausweitung und qualitative Verbesserung von Informationen und Aufklärung zur Krankheit und den Möglichkeiten komplementärer Hilfen hergestellt werden, aber auch durch eine bessere Zusammenarbeit der bei der Versorgung cP-Kranker beteiligten Institutionen und Personenkreise (Überweisung, Vermittlung, Information).
2. Das Ziel der Wohnortnähe impliziert für unser Modell zunächst den möglichst flächendeckenden Ausbau der Rheuma-Liga, die z.Zt. bereits 23 Arbeitsgemeinschaften in ganz Schleswig-Holstein besitzt. Es impliziert zugleich die Notwendigkeit einer wie auch immer gearteten "Vernetzung" verschiedener Leistungsträger, und es impliziert den Aufbau oder Ausbau von vor allem "mobilen" Dienstleistungen. Weiterhin bedeutet "Wohnortnähe" natürlich auch eine Steigerung von Selbsthilfe- und Laienhilfeaktivitäten vor Ort.
3. Bereits im Gedanken der "Vernetzung" angesprochen, bedeutet interdisziplinär-kooperative Versorgung die inhaltliche Abstimmung der Leistungsangebote und die u.U. institutionell abgesicherte Zusammenarbeit der einzelnen Leistungsanbieter. Inhaltlich bedeutet dies für unser Modell vor allem die Vernetzung ärztlich-medizinischer mit "komplementären" Leistungen. Institutionell bedeutet dies die Notwendigkeit der Schaffung eines Gremiums aller wichtigen Kooperationspartner im Bereich der Versorgung Rheumakranker - diese Kooperationspartner haben wir bereits 1984 in einer sogenannten "Interdisziplinären Arbeitsgemeinschaft", unserem Modellbeirat, zusammengeführt.

4. Die Gewährleistung von Kontinuität in der Versorgung vor allem mit "komplementären Hilfen" kann nur erreicht werden durch strukturelle Verfestigungen derjenigen Maßnahmen, die sich im Verlauf unserer Arbeit als erfolgreich erweisen; d.h., es müssen dann Verträge geschlossen, Absprachen getroffen oder Institutionalisierungen verschiedener Abstufungen erreicht werden.
5. Kompetenz auf seiten der Fachkräfte, aber auch auf seiten der Laien Helfer und der Betroffenen selbst, kann nur durch ein thematisch breit gestreutes, aber zielgruppenorientiertes Angebot an Fortbildungs- und Ausbildungsveranstaltungen erreicht werden.

Welche konkrete Arbeit in diesen Bereichen bereits geleistet wurde, soll im zweiten Teil des Referates ausgeführt werden.

Ein weiterer Bestandteil der Schleswig-Holsteiner Modellkonzeption ist die lokale Begleitforschung, deren Aufgabe es ist, den Besonderheiten unseres Modells in Fragestellung und Evaluationsstrategie Rechnung zu tragen. Der Evaluationsauftrag für das vorliegende Vorhaben wurde spezifiziert und in Form von drei unabhängigen Fragestellungen präzisiert: die Fragen nach dem Behandlungs-, dem Organisations- und dem Motivationserfolg des Modells. (Schaubild 6: "Evaluation", s. S. 116)

- Ist die komplementäre, interdisziplinär-kooperative, wohnortnahe und kontinuierlich durchgeführte Behandlung des cP-Kranken erfolgreich?
- Ist eine solche Behandlung durch ein von der Rheuma-Liga zu schaffendes Kooperationssystem landesweit flächendeckend organisierbar?
- Sind die Maßnahmen zur Aktivierung der cP-Kranken erfolgreich?

Für jede dieser Fragestellungen wurde in Absprache mit der zentralen Evaluation in Marburg (Leitung: Prof. Dr. Siegrist) und unter Berücksichtigung der dort erarbeiteten Materialien und Rahmenvorgaben eine gesonderte Evaluationsstrategie entwickelt, da der alltagsbezogene, psychosoziale Ansatz des Schleswig-Holsteiner Modells für die Effekt- und Prozeßevaluation spezifische Erhebungsinstrumente neben denen, die die zentrale Evaluation dem gesamten Modellverbund zur Verfügung stellt, erfordert.

Ein weiterer Aspekt der Begleitforschung, der aber nicht Aufgabe der lokalen Begleitforschung in Schleswig-Holstein ist, ist die Auswertung der Effizienz des Modells - dies wird durch eine gesondert durchgeführte Kosten-Wirksamkeitsanalyse geschehen.

Zur Organisationsstruktur des Modells ist auszuführen, daß es von der Rheuma-Liga Schleswig-Holstein e.V. getragen wird, deren Präsident, Dr. med. Jochen Tolk, zugleich der Projektleiter ist. (Schaubild 7: "Organisationsstruktur", s. S. 117)

Die Modellzentrale in Kiel ist die organisatorische Mitte zur Planung, Initiierung, Steuerung und Evaluation der Modellmaßnahmen. In ihr arbeiten

- das Modellteam (einschließlich der lokalen Begleitforschung) sowie
- die Modell-AG.

Dem Modellteam obliegen vor allem die Organisation wohnortnah durchzuführender Versorgungsleistungen sowie die Sicherstellung ihrer Dauerhaftigkeit (Prinzip der zentralen Initiierung und Organisation dezentral durchzuführender Versorgung) - nur dort, wo notwendige wohnortnahe Versorgungsleistungen durch Regelleistungsträger nicht erbracht werden können, müssen die Fachkräfte des Modells diese Leistungen selbst in der Form mobiler Dienste von Kiel aus erbringen. Der Projektmanager leitet das Modellteam und ist für die Umsetzung der Modellziele verantwortlich.

Planung und Steuerung des Modells im ganzen obliegen der 14-tägig tagenden Modell-AG der Rheuma-Liga Schleswig-Holstein e.V., der Vorstandsmitglieder, Geschäftsführerin und Pressereferent der Rheuma-Liga sowie der Projektmanager, die zwei Wissenschaftler der lokalen Begleitforschung und einige Vertreter der Rheuma-Liga-Arbeitsgemeinschaften als ständige Mitglieder angehören.

II. Erste Ergebnisse der Modellarbeit in 1984 und 1985 (Schaubild 8: "Ergebnisse", s. S.118)

Im Jahr 1984 wurde die Modellzentrale in Kiel aufgebaut und bestimmte Rahmenbedingungen für die Modellarbeit wurden geschaffen.

Außerdem bestand die wichtigste Aufgabe darin, die Modellkonzeption zu überarbeiten und in Form eines detaillierten "Organisationshandbuches" einem Gutachtergremium beim Bundesminister für Forschung und Technologie in Bonn vorzulegen.

Ende 1984 wurde die oben erwähnte "Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft", also der Modellbeirat, offiziell gegründet, wobei das Modell der Öffentlichkeit in einer entsprechenden Großveranstaltung erstmalig bekanntgemacht wurde. Die praktische Arbeit des Modells und seiner Mitarbeiter begann am 1. Januar 1985.

1. Zugang zu den cP-Kranken

Auf der Basis eines eigens konzipierten, umfassenden Medienkonzeptes wurde zunächst eine Reihe von Faltblättern, Informationsbroschüren, Aufklärungsschriften und Plakaten sowie anderer Medien erstellt, die dazu dienen sollten, sowohl bei den Betroffenen und ihren Angehörigen, als auch bei den Fachkräften und der breiten Öffentlichkeit auf die neuen Hilfsmöglichkeiten der Rheuma-Liga aufmerksam zu machen, bzw. über die Krankheit "chronische Polyarthritits" und ihre medizinischen und psychosozialen Aspekte aufzuklären.

Mehrere Wanderausstellungen, die z.B. auch den Einsatz und Gebrauch von ergotherapeutischen Hilfsmitteln zeigten, wurden eingesetzt.

Ungefähr 40 Veranstaltungen zur Information und Aufklärung wurden durchgeführt, eine ganze Reihe von Rundfunkberichten, Fernsehberichten und über 40 Pressenotizen, Reportagen etc. wurden erstellt oder initiiert.

Überregional wurden auf 7 Fachtagungen, Kongressen u.ä. das Rheuma-Liga-Modell und die Idee der "komplementären Versorgung" vorgestellt.

Ende des Jahres 1985 konnte mit Hilfe einer entsprechenden Förderung durch die Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein erstmalig eine sogenannte "Mobile Rheuma-Beratung" in insgesamt 8 Orten in Schleswig-Holstein begonnen werden, womit völlig andere Zielgruppen als bisher, nämlich jüngere Leute und Berufstätige, über die Problematik der Rheumaerkrankungen und die Hilfsmöglichkeiten des Modells aufmerksam gemacht werden können.

Von großer Bedeutung waren in diesem Zusammenhang auch verstärkte Aktivitäten in der Rheuma-Liga selbst, um etwa die genaue Anzahl der cP-kranken Rheuma-Liga-Mitglieder und ihre spezifischen Bedürfnisse herauszufinden, neue Betreuungskonzepte durch ehrenamtliche Helfer zu entwerfen und umzusetzen etc.

In enger Kooperation mit der Rheuma-Klinik in Bad Bramstedt wurden auch Initiativen ergriffen, ehemalige Patienten dieser Klinik, die an "chronischer Polyarthritits" leiden, auf das Modell und die Rheuma-Liga aufmerksam zu machen sowie diejenigen Patienten, die derzeit stationär in der Klinik untergebracht sind, auf die komplementären Leistungen am Wohnort hinzuweisen.

Ein wichtiges Medium der Information und Aufklärung von Betroffenen, ihren Angehörigen und den Fachkräften ist schließlich die Broschüre "Wegweiser für Rheumakranke in Schleswig-Holstein", die, nach Kreisen und kreisfreien Städten gegliedert, ab März '86 von uns herausgegeben wird.

2. Zur Verbesserung der wohnnortnahen Versorgung dienten bereits eine Reihe von Informations- und Kontaktgesprächen mit den einzelnen Leistungsanbietern (Berufsverbände, Landesorganisationen, Wohlfahrtsverbände etc.), mit denen konkrete Möglichkeiten der Zusammenarbeit erörtert wurden.

Wichtigste Zielgruppen waren hier zunächst die Physiotherapeuten und Krankengymnasten, die Gemeindeschwestern, die Sozialstationen, Psychologen, Wohlfahrtsverbände auf Kreisebene und natür-

lich die Ärzteschaft. Große Anstrengungen wurden unternommen, aufgrund der desolaten Situation der Ergotherapie in Schleswig-Holstein eine "Mobile Ergotherapie" aufzubauen. Dies war insofern erfolgreich, als nicht nur 10 ergotherapeutische Fachkräfte zur Mitarbeit gewonnen und ausgebildet werden konnten, sondern auch zur finanziellen Absicherung dieser Honorarkräfte ein entsprechender Vertragsentwurf mit den Kassen vereinbart wurde, der z.Zt. kurz vor dem Abschluß steht und voraussichtlich am 1.3.1986 in Kraft treten kann.

Die dann zur Verfügung stehende "Mobile Ergotherapie" wird es erstmals ermöglichen, daß eine wohnortnahe ergotherapeutische Versorgung vor allem nicht-mobiler CP-Kranker und anderer schwerkranker Rheumatiker im gesamten Bundesland durchgeführt werden kann.

3. Zum Zwecke der institutionellen Verankerung der Zusammenarbeit aller an der Versorgung Rheumakrankter Beteiligten im Lande wurde, wie oben erwähnt, bereits 1984 eine sogenannte "Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft" gegründet, deren konstituierende Sitzung Anfang 1985 stattfand. (Schaubild 9: "Kooperationssystem", s. S. 119)

Während es bei dieser Sitzung zunächst noch um die detaillierte Vorstellung des Modells, seiner Ziele und Maßnahmen ging, konnten durch die Benennung von festen Ansprechpartnern aller dieser Kooperationspartner über das Jahr hinweg bereits konkrete und fruchtbare Kontakte aufgebaut und bestimmte Ziele der alltäglichen Modellarbeit gemeinschaftlich umgesetzt werden.

So wurde bei konkreten Einzelfällen durch das Zusammenwirken mehrerer unterschiedlicher Leistungsanbieter "Interdisziplinarität" schon verwirklicht - eine Verankerung auf lokaler oder regionaler Ebene (z.B. durch lokale Arbeitskreise) konnte in 1985 allerdings noch nicht verwirklicht werden.

In der Hauptsache mußte es zunächst darum gehen, die Idee der komplementären Versorgung bzw. deren Notwendigkeit den unterschiedlichen Fachgruppen nahezubringen.

4. Das Letztgesagte berührt zugleich die Problematik der notwendigen strukturellen Verfestigungen von verbesserten Maßnahmen.

Während die Konstituierung einer "Interdisziplinären Arbeitsgemeinschaft" einen ersten Schritt zur Gewährleistung der besseren Umsetzung verbesserter Leistungen in der Praxis darstellt, kann natürlich zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht ernsthaft von tatsächlichen "Verfestigungen" solcher Leistungen gesprochen werden.

So ist z.B. die Laufzeit des Vertrages zur "Mobilen Ergotherapie"

zunächst auf die Laufzeit des Modells befristet, da es sich hier ja um eine völlig neuartige Form der ergotherapeutischen Versorgung handelt.

Sicherlich ist es realistisch vorherzusagen, daß es im Bereich der nicht-ärztlich-medizinischen Leistungen sicherlich eher zu strukturellen Verfestigungen kommen wird als im Bereich psychosozialer Leistungen, also bei der Sozialpädagogik, der Psychologie und der Selbsthilfe.

5. Im Hinblick auf die Steigerung der fachlichen Kompetenz von Angehörigen der medizinischen Heil- und Hilfsberufe sowie der psychosozialen Berufe hat es in 1985 bereits sehr rege Fortbildungsaktivitäten gegeben, die zum einen zentral an der Rheuma-Liga-Akademie in Bad Bramstedt durchgeführt wurden, die zum anderen auch dezentral, also ebenfalls wohnortnah, für Fachkräfte angeboten wurden.

Im Mittelpunkt standen hierbei zunächst die rheumatologischen Fortbildungsveranstaltungen für Ergotherapeuten und für Krankengymnasten.

Zusätzlich gab es Veranstaltungen zum Problem "chronische Krankheit", also zu den psychosozialen Aspekten der "chronischen Polyarthritits" wie auch anderer schwerer Rheumaerkrankungen.

Weiterhin wurden Angebote zur Fortbildung ehrenamtlicher Mitarbeiter der Rheuma-Liga gemacht, die teilweise als Berater und Betreuer vor Ort tätig, teilweise auch als Übungsleiter von Gymnastikgruppen eingesetzt sind.

Auf Initiative des Modellteams hin wurden Struktur und Konzeption der Rheuma-Liga-Fortbildungsakademie verbessert - ein Ergebnis davon ist das in 1986 erneut erweiterte und spezifizierte Fortbildungsprogramm der Rheuma-Liga.

Dezentrale Fortbildungen werden sich - wie schon in 1985 - auch in diesem Jahr auf die Angehörigen der Kranken sowie auf Pflegekräfte beziehen, da nach entsprechenden Kontakten auch hier rheumatologische Kenntnisse dringend gewünscht und nachgefragt werden.

Ein weiterer wichtiger Beitrag im Bereich "Fortbildung" bezieht sich auf die Mitarbeit unserer Ergotherapeutin bei der erstmaligen Erstellung eines Curriculums für Ergotherapeuten und das Mitwirken unserer Krankengymnastin an der Differenzierung der bereits existierenden curricularen Überlegungen zur Krankengymnastik.

Des Weiteren wurde von unseren Psychologinnen in Zusammenarbeit mit den Experten Dr. Höder, Dr. Köhler und Herrn Koopman ein Konzept zur psychologischen Schmerzbewältigung bei "chronischer Polyarthrits" ausgearbeitet; zugleich wurde in Zusammenarbeit mit unserer lokalen Begleitforschung ein Evaluationskonzept dieser neuartigen Trainingskurse erstellt, so daß im Laufe der nächsten zwei Jahre wissenschaftlich gesicherte Ergebnisse über die Effektivität dieses psychologischen Trainings für schwerkranke Rheumatiker vorgelegt werden können.

III. Die bisherigen Aktivitäten des Modells haben natürlich auch bereits einige Hauptprobleme erkennen lassen.
(Schaubild 10: "Probleme", s. S.120)

Diese liegen

1. bei Hindernissen im Zugang zu den cP-Kranken,
2. in der Heterogenität der Patienten-Zielgruppe,
3. bei den fehlenden Warmwasserkapazitäten,
4. bei der Problematik der Fahrdienste und
5. bei Finanzierungsfragen.

Zu 1.

Es hat sich im vergangenen Jahr gezeigt, daß breit gestreute, also eher zielgruppenunspezifische Aktionen der Öffentlichkeitsarbeit anscheinend nicht dazu taugen, die cP-kranken Patienten zu motivieren, Zugang zum Modell zu finden.

Zwar wird der allgemeine Kenntnisstand zum Problem "Rheumatismus" über solche breit gestreuten Öffentlichkeitsmaterialien verbessert, aber eine ausreichende Motivation zu spezieller Nachfrage seitens der Betroffenen oder ihrer Angehörigen scheint damit nicht erweckt werden zu können.

Das zweite Problem ist, daß viele Betroffene von den bisherigen Strategien unserer Öffentlichkeitsarbeit gar nicht erreicht werden.

Und schließlich gibt es eine sicherlich nicht unbedeutende Gruppe von Schwerkranken, die aufgrund ihrer Krankheit Hoffnung und Mut verloren haben und nicht glauben, daß ihnen die von uns angebotenen oder beschriebenen Hilfen im jetzigen Stadium ihrer Krankheit dienlich sein können.

Weitere Probleme stellen sich bei der Vermittlung von cP-Kranken an das Modell über die einzelnen Fachkräfte einschließlich der Ärzte, was im Klartext sicherlich eine Einschränkung in der Bereitschaft zur interdisziplinären Zusammenarbeit bedeutet.

Vorurteile z.B. gegenüber der Rheuma-Liga, gegenüber den jeweils anderen Berufsgruppen, vor allem zwischen den medizinischen Heil- und Hilfsberufen und den sozialen Berufen, und auch Konkurrenzängste verhindern somit, daß Informationen an die Kranken weitergegeben oder konsiliarische Dienste in Anspruch genommen werden.

In diesem Zusammenhang muß auch erwähnt werden, daß ein "Betroffenenansatz" wie der von uns verfolgte auf eine erhebliche Anzahl von Widerständen stößt, die zu tun haben mit der Angst vor dem "emanzipierten Kranken" - dieser jedoch ist - wie unsere Erfahrung bisher zeigt -, auch innerhalb einer Betroffenenorganisation derzeit sicherlich noch nicht die Regel.

Des weiteren wird die Zusammenarbeit mit den unterschiedlichen Medien erschwert durch die wenig "publikumswirksamen" Aspekte rheumatischer Erkrankung, die aufgrund der eben mangelhaften Informiertheit im allgemeinen als wenig "dramatische" Erkrankung, ja nahezu als "Bagatellkrankheit" angesehen wird.

Die ständige Verwässerung des Rheumabegriffs (wie z.B. in der Formulierung "Fast jeder Dritte leidet an Rheuma") in der Öffentlichkeit hat mit dazu beigetragen, daß Offensiven der Rheuma-Liga im Interesse ihrer Mitglieder als journalistisch uninteressantes Terrain gelten.

Nicht vergessen werden dürfen im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit Institutionen auch die Probleme der Einhaltung von Datenschutzbestimmungen, die dann entstehen, wenn die Rheuma-Liga z.B. Kassen, Kliniken oder Rentenversicherungsträger bittet, gezielte Informationen an z.B. cP-kranke Mitglieder dieser Institutionen weiterzugeben.

Zu 2.

Obwohl bislang die verbandsinternen Daten der Rheuma-Liga in Schleswig-Holstein noch nicht erschöpfend ausgewertet werden konnten, zeigt die Erfahrung der vergangenen Jahre, daß auch innerhalb der Rheuma-Liga die Gruppe der cP-Kranken eine Problemgruppe darstellt: gerade bei ihnen ist der Anteil nicht-mobiler Personen sehr hoch, so daß sie von vielen Angeboten der Rheuma-Liga gar keinen Gebrauch machen können und außerdem problematische, da schwierige Betreuungsfälle für die ehrenamtlichen Mitarbeiter der Liga darstellen.

Es zeigt sich außerdem, daß bei dieser Zielgruppe selbst noch von unterschiedlichen Untergruppierungen ausgegangen werden muß.

Zu vermuten ist z.B., daß die Anzahl von sog. "aufgegebenen" oder "späten" Fällen in der Rheuma-Liga sehr hoch ist: Schwerkranke, bei denen eine Verbesserung des Krankheitsverlaufs nicht mehr in

Aussicht steht oder die sich selbst aufgegeben haben, lediglich an regelmäßigen Informationen des Verbandes (wie der zweimonatlich erscheinenden Mitgliedszeitschrift "mobil") interessiert sind und allenfalls "auf ein Wunder hoffen".

Weiterhin gibt es eine Gruppe derjenigen, die - wie wir denken - aufgrund ihrer Krankheit zu "Nörglern" geworden sind, d.h. zu Menschen, denen keine Hilfe, in welcher Form auch immer, mehr recht ist, die zwar alles in Anspruch nehmen und "ausprobieren", aber zugleich auch an allem etwas auszusetzen haben und nach kurzer Zeit die Inanspruchnahme dieser Leistungen abbrechen.

Hier wird ein weiteres Problem sichtbar, das sich durch alle Gruppierungen der Kranken zieht, nämlich die durchgängig zu beobachtende "Versorgungshaltung", die auch in einer Hilfs- und Selbsthilfeorganisation wie der Rheuma-Liga durchaus noch vorherrschend ist.

Innerhalb und außerhalb der Rheuma-Liga sind fernerhin diejenigen cP-Kranken zu beachten, deren Krankheitsverlauf wenig dramatisch ist und die es daher nicht für nötig erachten, sich in irgendeiner Form mit hier notwendigen prophylaktisch wirkenden Maßnahmen auseinanderzusetzen.

Auch die Altersstruktur der Erkrankten macht es zum Teil schwierig, bestimmte Angebote für an der gleichen Erkrankung leidende Personen zu organisieren.

Entlang des Begriffs der "Mobilität" bzw. der Einschränkung der Mobilität verläuft sicherlich die stärkste Differenzierung unserer Zielgruppe. Wir unterscheiden in unserer Arbeit sehr häufig zwischen "noch mobilen" oder "mobilen" cP-Kranken und solchen, die wir als "nicht-mobil" oder "immobil" bezeichnen.

Es ist unmittelbar einsichtig, daß sich für diese beiden großen Gruppen von cP-Kranken ganz unterschiedliche Probleme ergeben und entsprechend unterschiedliche Leistungsangebote erforderlich werden.

Zu 3.

Aus krankheitsbedingten Gründen ist die Nachfrage nach der Gruppentherapie im warmen Wasser, dem sogenannten "Funktionstraining", äußerst hoch, zumal nach der im vergangenen Jahr getroffenen Vereinbarung mit den Kassen eine zunächst doch befriedigende Regelung der Abrechnungsmodalitäten dieser Warmwasser-Gymnastik gefunden werden konnte.

Gerade in einem Flächenstaat wie Schleswig-Holstein ist jedoch das Angebot an Warmwasserkapazitäten sehr begrenzt, so daß man sogar in den größeren Städten davon ausgehen muß, daß die Nachfrage der dortigen Rheumatiker auch mittelfristig nicht befriedigt werden kann.

Es kommt zu Wartelisten und zu Frustrationen, die auch die Motivation zur Inanspruchnahme anderer Leistungen mindern. Da es sich bei der Schaffung von mehr Warmwasserkapazitäten oder einer u.U. teilweise auch nur besseren Organisation der Ausnutzung vorhandener Warmwasserkapazitäten um komplizierte Probleme von Zuständigkeiten, Bedarfsplanung und Kommunalpolitik handelt, ist derzeit nicht abzuschätzen, inwieweit unsere Arbeit hier während der Modell-Laufzeit Abhilfe schaffen kann.

Zu 4.

Ebenfalls mit dem Charakter des Flächenstaates hängt das Problem der Fahrdienste bzw. der Anfahrtswege für Kranke zusammen, die auch bei bester Motivation bestimmte Leistungsangebote nicht wahrnehmen können, weil die Dienste zu kostspielig sind oder die Anbindung ans öffentliche Verkehrsnetz fehlt. "Wohnortnähe" bedeutet ja nicht in jedem Falle kurze Entfernungen in unserem Bundesland, so daß zur Wahrnehmung durchaus bestehender Angebote eine bestimmte Infrastruktur vorhanden sein oder geschaffen werden muß, da von diesen Angeboten sonst eben kein Gebrauch gemacht werden kann.

Trotz vieler Eigeninitiativen von privaten Fahrdiensten, die wiederum mit rechtlichen Problemen belastet sind, kann bereits jetzt festgestellt werden, daß Fahrdienste von Verbänden o.ä. unverzichtbar sind.

In der Regel sind die Preise pro Fahrt oder pro Fahrtkilometer von diesen Fahrdiensten jedoch (der Wohlfahrtsverbände z.B.) zu kostspielig; teilweise, weil spezielle Behindertenfahrzeuge eingesetzt werden müssen, wo es normale Personenbusse auch täten, teilweise aber auch einfach wegen der zu langen Entfernungen und umständlichen Abholdienste einzelner verstreut wohnender Kranker. Auch die Fahrpläne öffentlicher Verkehrsmittel sind auf dem Lande in Schleswig-Holstein zum Teil völlig unzureichend - die Alternative "Taxi" oder dergleichen greift lediglich bei kurzen Entfernungen.

Zu 5.

Wie bereits angedeutet, lassen sich finanzielle Regelungen im Bereich der medizinischen Heil- und Hilfsmaßnahmen über Krankenkassen und Rentenversicherer umstandsloser durchführen als dies bei den Leistungen der psychologischen und sozialen Berufe der Fall ist.

Als Illustration hierzu mag die Vision einer "ambulanten psychologischen Versorgung" und eines "niedergelassenen Sozialpädagogen" angeführt werden.

Was im Rahmen von stationären Aufenthalten ohne größere Probleme möglich (und abrechenbar) ist, nämlich die Beratung durch den Psychologischen oder Sozialpädagogischen Dienst, wird bei der wohnortnahen Versorgung zu einem großen Problem.

Psychologen dürfen nicht ambulant versorgen, und der Stellenschlüssel für Sozialpädagogische Dienste im Gesundheitswesen ist sicherlich zu knapp bemessen.

Ein konkretes Beispiel aus unserer Arbeit ist die Finanzierung des Schmerzbewältigungstrainings.

Obwohl vom Status her die Verfahren des Schmerzbewältigungstrainings den Verfahren des Autogenen Trainings gleichgestellt sind, ist eine Abrechnungsmöglichkeit wie beim Autogenen Training bislang nicht in Sicht, da die Zuordnung zu "Therapie" oder "Prävention" strittig ist.

IV. Perspektiven

(Schaubild 11: "Perspektiven", s. S.121)

Es ist sicherlich die Erwartung des Projektträgers dieses Modellverbunds, der Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung mbH in München, daß sich bei der Evaluation der unterschiedlich strukturierten Vorhaben über den Projektzeitraum hin auch eine "Komplementarität der Ergebnisse" zeigen wird.

Das heißt, jedes Modell arbeitet mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen an der Verwirklichung des gemeinsamen Zieles, nämlich der Verbesserung der Situation der cP-Kranken, aber jedes Modell wird auch zu diesen Schwerpunkten einen spezifischen Beitrag im Hinblick auf Erfolg oder Mißerfolg der Arbeit leisten.

Die Absicht aller Bemühungen ist es ja, einen großen Schritt im Hinblick auf die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes bei der "chronischen Polyarthrititis" zu machen.

Dies könnte sich aufgrund der unterschiedlichen Ansätze und unterschiedlichen Zielgruppen von cP-Kranken in der Tat als sehr fruchtbar erweisen.

Sicherlich geht es im Rahmen des Modellverbundes nicht um die Beweisführung der Vorrangigkeit einer "ambulanten" gegenüber einer "stationären" Versorgung der Kranken - dies ist ohnehin eine falsche Alternative.

Wünschenswert ist es dagegen, alle drei Aspekte, nämlich die ambulante, wohnortnahe, aber auch die teilstationäre und stationäre Behandlung als integrierte Momente im Gesamtbehandlungsplan bei der cP zu betrachten und die sinnvolle Verzahnung miteinander aufzuzeigen.

Vor diesem Hintergrund wird es in den nächsten Jahren sicherlich von hoher Bedeutung sein, zunächst den Schritt von der mobilen, ambulanten wohnortnahen Versorgung auf die teilstationären und stationären Einrichtungen vorzunehmen, d.h. zu einer sinnvollen Zusammenarbeit dieser unterschiedlichen, aber gleichermaßen notwendigen Leistungsanbieter zu finden.

Das Modell der Rheuma-Liga in Schleswig-Holstein wird dies in 1986 versuchen, über eine verstärkte Zusammenarbeit nicht nur mit der Rheuma-Klinik in Bad Bramstedt, sondern auch mit anderen Kliniken und Kreiskrankenhäusern in unserem Bundesland zu erreichen, wobei die jeweils unterschiedlichen Angebote und Leistungen gemeinsam gestaltet werden müssen.

Ein erster Ansatz war die o.e. intensive Zusammenarbeit mit der Rheuma-Klinik im Hinblick auf die Information und Aufklärung der dort behandelten cP-kranken Patienten sowie eine Zusammenarbeit mit dem dort vorhandenen Sozialen Dienst.

Ein zweiter Ansatz ist die in 1985 begonnene Zusammenarbeit mit der II. Medizinischen Universitätsklinik in Kiel, in der wir eine ergotherapeutische Sprechstunde einrichten konnten. In dieser Sprechstunde wird bereits auf die Versorgungsmöglichkeiten vor Ort aufmerksam gemacht und erste Vermittlungsleistungen werden vorgenommen.

Ein nächster Schritt könnte die Ausweitung gerade der ergotherapeutischen Beratung an anderen Kliniken und Krankenhäusern werden, da im Bereich der Ergotherapie, wie bereits mehrfach erwähnt, kaum Leistungsangebote in Schleswig-Holstein für Rheumakranke vorhanden sind.

Es muß weiterhin versucht werden, gemeinsam mit stationären Einrichtungen auch eine ambulante Ergotherapie oder einen ambulanten ergotherapeutischen Dienst aufzubauen, der im Unterschied zur ergotherapeutischen Sprechstunde, wie wir sie jetzt durchführen, fest in der entsprechenden Einrichtung verankert wäre.

Schließlich muß in Erwägung gezogen werden, daß auch teilstationäre ("Tagesklinik") Einrichtungen im Hinblick auf die spezifischen Bedürfnisse schwerkranker Rheumatiker gestaltet werden müssen.

Weiterhin sollte überlegt werden, ob nicht auch die Bildung von Wohngruppen schwerbehinderter Rheumakranke vorgenommen werden sollte - u.U. in Zusammenarbeit mit anderen Betroffenen-Organisationen wie etwa der Multiple-Sklerose-Gesellschaft, die ja ebenfalls vor dem Problem einer angemessenen Versorgung von Schwerkranken steht.

Um diese oder ähnliche Perspektiven konkretere Gestalt annehmen zu lassen, ist diese Tagung angesetzt worden - deshalb beende ich meine Überlegungen an dieser Stelle. Ich glaube, daß die folgenden Diskussionen weitere Anregungen zu konkreter Arbeit in diesem Bereich bieten werden.

Abschließend noch eine Anmerkung zum Begriff der "Nachsorge".

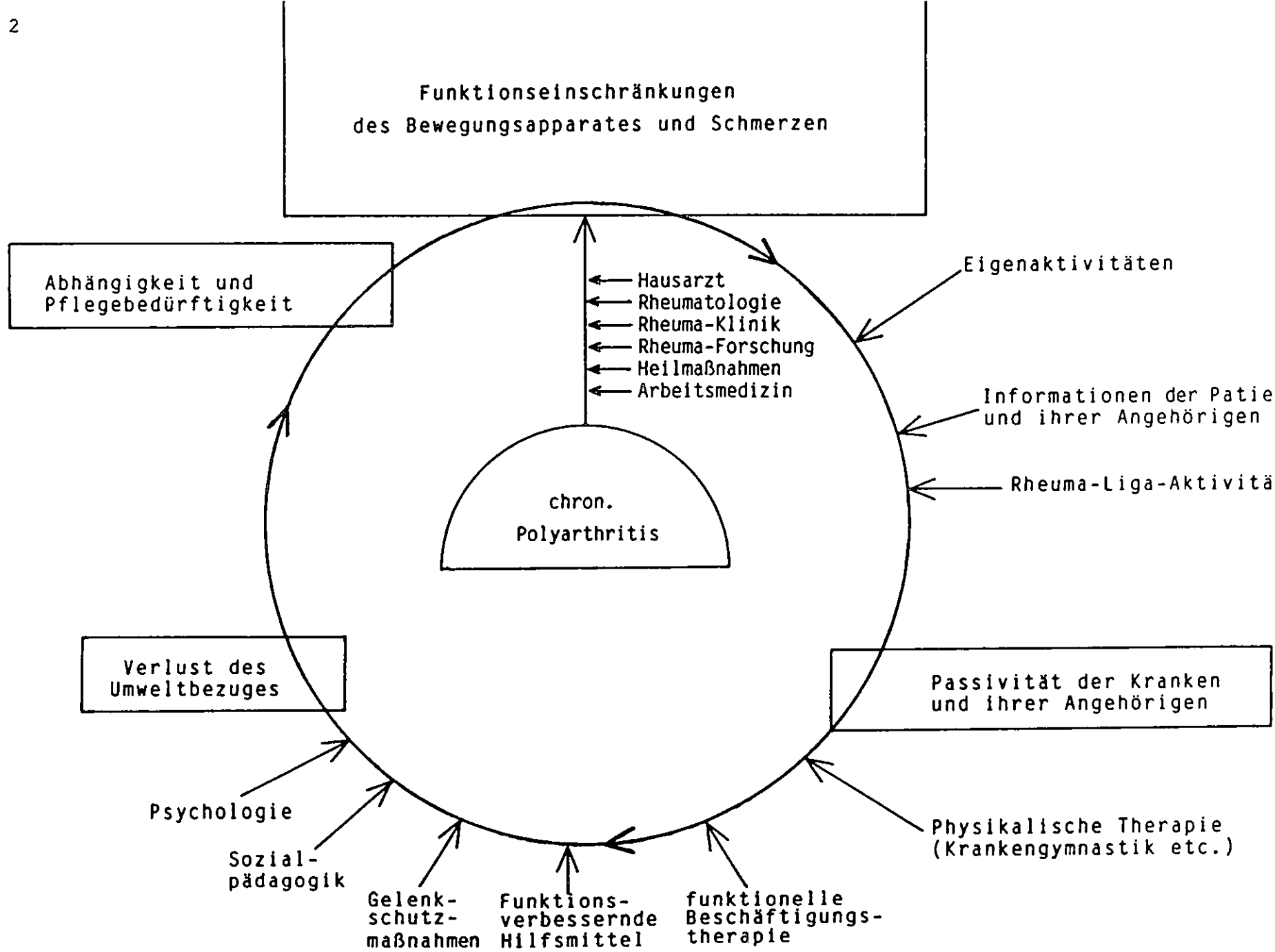
Im Rahmen unseres Modells wurde dieser Begriff bisher weitgehend nicht eingesetzt, weil wir der Ansicht sind, daß stets von einer Gleichrangigkeit der Versorgungsarten ausgegangen werden sollte und insofern der Begriff der "Sorge" eigentlich zutreffender wäre als der Begriff der Nachsorge, der ja zumindest auf den ersten Blick suggeriert, die stationäre Versorgung sei das Primäre und die außerhalb der stationären Einrichtung vorzunehmenden Maßnahmen hätten lediglich stützenden oder einen einmaligen Therapieerfolg erhaltenden Charakter.

Wir sind bei unseren Überlegungen bisher nur von einer Maxime ausgegangen, nämlich der, daß der schwer rheumakranke Patient in keinem Falle in ein "Versorgungsloch" geraten darf - die Indikation der jeweils notwendig werdenden Versorgungsart wird sich im Einzelfall stets am Krankheitsstadium und am tatsächlich zur Verfügung stehenden Leistungsangebot zu orientieren haben.

GLIEDERUNG

- I. Zur Konzeption des Modellversuchs
- II. Erste Ergebnisse der Modellarbeit in 1984 und 1985
- III. Probleme
- IV. Perspektiven

Schaubild 2



Charakteristische Merkmale des Schleswig-Holsteiner

Modells sind:

1. seine Anbindung an den dortigen Landesverband der Rheuma-Liga, also an die Hilfs- und Selbsthilfeorganisation der Betroffenen selbst,
2. der Versuch, eine verbesserte Versorgung von cP-Kranken flächendeckend für ein gesamtes Bundesland zu organisieren,
3. die Konzentration der Interventionsmaßnahmen auf die nicht-ärztliche Versorgung durch die medizinischen Heil- und Hilfsberufe sowie durch eine psychosoziale Betreuung der cP-Kranken ("komplementäre Hilfen").

Die Schwerpunkte der Modellaktivitäten
liegen in den Bereichen

- Krankengymnastik
- Ergotherapie
- Sozialpädagogik/Sozialrecht
- Psychologie
- Laien- und Selbsthilfe

ZIELBEREICHE

1. mehr CP-Kranke
2. wohntnahe Versorgung
3. interdisziplinär-kooperative Versorgung
4. Kontinuität der Versorgung
5. Kompetenz bei Fachkräften, Laienhelfern und Betroffenen

EVALUATION

Drei Bereiche werden getrennt evaluiert:

Aspekt:	Anbieter	Versorgungsleistung	Nachfrager
Aufgabe:	Organisation	Optimierung	Motivierung
Ziel:	Verbesserung des Informations- und Versorgungsangebots für den Patienten vor Ort	Verbesserung der Versorgungsleistungen	Verbesserung der Information für den Patienten, so daß sein Interesse die Hemmnisse einer Inanspruchnahme aufwiegt
Schlagwörter:	wohnnah, flächendeckend	komplementär, interdisziplinär, kontinuierlich	Eigeninitiative wecken Compliance fördern
zu evaluieren:	"Organisationserfolg"	"Behandlungserfolg"	"Motivierungserfolg"

ORGANISATIONSSTRUKTUR DES MODELLVORHABENS IN SCHLESWIG-HOLSTEIN

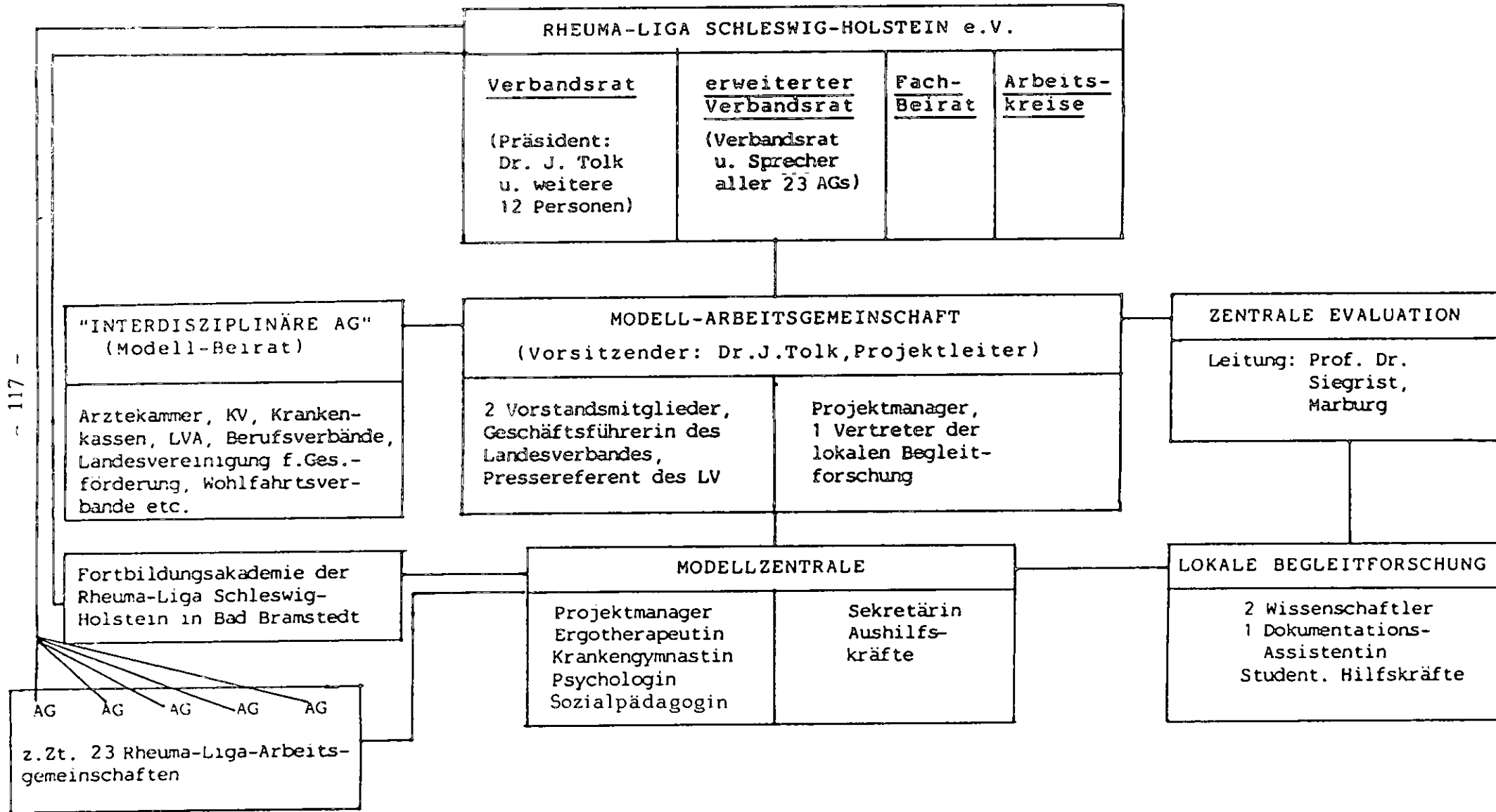


Schaubild 8

ERSTE ERGEBNISSE

1. Zugang zu den cP-Kranken
 - Informations- und Aufklärungsmaterial
 - Wanderausstellungen
 - ca. 40 Informationsveranstaltungen
 - Pressemeldungen, Reportagen, Berichte, etc.
 - Fachtagungen, Kongresse u.ä.
 - "Mobile Rheuma-Beratung"
 - Verbandsarbeit
 - Kooperation Rheuma-Klinik Bad Bramstedt
 - "Wegweiser für Rheumakranke"

2. Wohnortnähe
 - Kooperation Berufs- und Wohlfahrtsverbände
 - Aufbau einer "Mobilen Ergotherapie"
 - Verhandlungen zur "Mobilen Krankengymnastik"

3. Gremien Kooperationssystem:
 - "Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft"
(= Modell-Beirat)

4. Strukturelle Verfestigungen:
 - Vertrag "Mobile Ergotherapie" (bis 1988)

5. Kompetenz:
 - Rheuma-Liga-Akademie in Bad Bramstedt
 - dezentrale Fortbildung
 - Erarbeitung eines Curriculums "Ergotherapie"
 - Mitarbeit am Curriculum "Krankengymnastik"

Kooperationssystem (Übersicht)

<p>Niedergelassene Ärzte (Allgemeinmediziner, Internisten, Orthopäden, Kinderärzte, Röntgenologen) Arbeitsmediziner Schulärzte Rheumaklinik Bad Bramstedt andere Kurkliniken Krankenhäuser Universitätskliniken Kassenärztliche Vereinigung Schlesw.-Holst. Arztekammer Schleswig-Holst. Berufsverband der Rheumatologen (Schleswig-Holst.) Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V. Landesverband der Vereinigung Deutscher Arbeitsmediziner, Verband Deutscher Betriebs- u. Werksärzte Verein zur Förderung der Erforschung u. Bekämpfung rheumatischer Erkrankungen e.V.</p>	<p>Krankengymnasten Ergotherapeuten Sozialpädagogen/ Sozialarbeiter Psychologen Physiotherapeuten Gemeindefschwester Krankenpfleger und deren Berufsverbände</p>	<p>Rheuma-Liga: Modellzentrale Modell-Arbeitsgemeinschaft regionale Arbeitsgemeinschaften der Rheuma-Liga Fortbildungsakademie Verbandsrat Fachbeirat Geschäftsführung Arbeitskreise</p>	<p>Krankenkassen Rentenversicherungsträger Landesversorgungsamt Freie Wohlfahrtsverbände Soziale Dienste (Kommune, Kirchen) Sozialstationen u.a. ambulante/ pflegerische Dienste Beratungsstellen Gesundheitsämter Arbeitsämter</p>	<p>Sozialministerium - Gesundheitsabteilung - Schleswig-Holsteinischer Landkreistag Schleswig-Holsteinischer Gemeindetag e.V. Städteverbund Schleswig-Holstein</p>	<p>Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V. Volkshochschulen Rundfunk Fernsehen Zeitungen</p>
---	---	---	---	---	---

PROBLEME

1. beim Zugang zu den cP-Kranken
2. wegen der Heterogenität der Patienten-Zielgruppe
3. durch fehlende Warmwasserkapazitäten
4. bei den Fahrdiensten
5. in Finanzierungsfragen

PERSPEKTIVEN

- Kooperation mit Kliniken und Krankenhäusern
- Kooperation mit Gesundheitsämtern
- "Ergotherapeutische Sprechstunde"
- "Ambulante Ergotherapie"
- rheumatologische Versorgung in der Tagesklinik
- Wohngruppen

K. Allwicher,
Stadtoberamtsrat beim Gesundheitsamt der Stadt Mönchengladbach

Thema: Gesundheit trainieren - Kommunales Pilotprojekt -

Durch das Gesundheitstraining ist beabsichtigt, eine individuelle Motivation der Patienten zu gesundheitsgerechterem Verhalten zu bewirken.

In Form einer Ganzheitsmethode wird Gesundheitstraining seit Jahren in der Kurklinik Bad Oeynhausen mit Erfolg praktiziert. Ihr ärztlicher Direktor, Herr Dr. Saurbier, kam deshalb zu der Frage: "Läßt sich das Gesundheitstrainingsprogramm auch im ambulanten Bereich durchführen?" Er wandte sich dieserhalb an das Institut für Dokumentation und Information über Sozialmedizin und öffentliches Gesundheitswesen, Bielefeld (idis), mit dem seitens der Stadt Mönchengladbach bereits guter Kontakt bestand. Die Stadt Mönchengladbach ist dann schließlich dieser Frage in Form eines kommunalen Pilotprojekts nach dem Leitspruch:

"Gesundheit trainieren: Aus der Kommune in der Kommune"
nachgegangen (Abb.1, s. S. 125).

Im Vorfeld der Aktion mußten zunächst wichtige Voraussetzungen geschaffen werden, die einen längeren Zeitraum beanspruchten:

- Zunächst war es wichtig, von den zuständigen Ratsgremien die Zustimmung für diese Aufgabe zu erlangen.
- Auch mußten die hierfür unverzichtbaren finanziellen Mittel (rd. 10.000 DM) bereitgestellt werden.
- Für die Durchführung war das Gesundheitsamt verantwortlich. Es stellte die Koordination mit anderen Trägern als Mitveranstalter her, wie Volkshochschule und Allgemeine Ortskrankenkasse. Die Einbeziehung weiterer Träger, wie Vereine, wäre denkbar gewesen, doch stellte sich hier diese Frage nicht.

Zweck des kommunalen Pilotprojekts ist es, beim Mitbürger gesundheitliche Risikofaktoren zu vermeiden und die Verbesserung des gesundheitsbezogenen Lebensstils zu erwirken. Die hierzu notwendigen Maßnahmen entsprechen der Ganzheitsmethode und umfassen inhaltlich die Bereiche

- gesunder Lebensrhythmus,
- Bewegung
- Ernährung,
- Streß sowie
- Risikofaktoren einschl. Rauchen.

Im einzelnen gliedern sich die Maßnahmen in folgende Themenbereiche (Abb. 2, s. S. 126):

- Gesund durch Bewegung
- Streßbewältigung
- Gesunder Schlaf
- Autogenes Training
- Gesunde Ernährung und Verdauung
- Schlank und Gesund
- Gesundheit oder Rauchen
- Natürliche Abhärtung
- Risikofaktoren gefährden unsere Gesundheit.

Das Projekt setzt in der Nicht- oder Vorkrankheitsphase an. Seine Methoden entstammen der Lernpsychologie und Pädagogik und gehen davon aus, daß bestehende und meist kurzfristig angebotene Gesundheitsaktivitäten im allgemeinen nur eine Beeinflussung des Gesundheitsbewußtseins oder der Gesundheitseinstellung bewirken. Um jedoch eine Veränderung des Gesundheitsverhaltens zu erwirken, beinhaltet das Gesundheitstraining einen länger andauernden Umlernprozeß.

Die Durchführung des Pilot-Projekts verlief in 4 Phasen:

1. Bekanntmachung
2. Information und Motivation
3. Problemorientierte Weiterarbeit in Gruppen
4. Verselbständigung bzw. Verhaltensstabilisierung.

Phase 1: Bekanntmachung

Die Bekanntmachung des Projekts erfolgte durch

- a) die Berichterstattung in der örtlichen Presse. Neben mehreren Pressebesprechungen, die das Gesamtprojekt und seine Durchführung betrafen, erhielt die Lokalpresse über mehrere Wochen hindurch themen- oder gesundheitsbezogene Artikelserien, die sie veröffentlichte. Außerdem erschienen gleich oder ähnlich lautende Artikelserien in Fachblättern, wie beispielsweise in den Mitteilungsblättern der Krankenkassen, des Kneipp-Vereins u.a.
- b) Es wurden an allen wichtigen Stellen der Stadt und öffentlichen Gebäuden, Apotheken, Banken etc. Plakate ausgehängen sowie Aufkleber und Handzettel verteilt.
- c) Im Regionalprogramm des Hörfunks und des Fernsehens erschienen Hinweise auf das Programm.
- d) Durch den Einsatz eines Blutdruckmeßwagens in den Zentren des Stadtgebietes erfolgte gleichzeitig eine Informationsweitergabe.
- e) Zudem wurde die Bevölkerung noch durch die Aussetzung von Preisen zur Teilnahme angehalten.
- f) Letztlich erhielten alle Teilnehmer über ihre Teilnahme eine Urkunde.

Die Phase 2 betraf die Information und Motivation der interessierten Mitbürger. Sie wurde durch eine Vortragsfolge eines berufenen Arztes, nämlich von Herrn Dr. Saubier, in 10 Einführungsveranstaltungen auf das Projekt und seine Themenbereiche hingewiesen und zur Teilnahme an einem Gruppenprogramm motiviert.

Die problemorientierte Weiterarbeit vollzog sich in Phase 3. Hier wurde versucht, in Gesprächs- und Übungsgruppen zu den verschiedenen Problembereichen eine gesundheitsbezogene Verhaltensänderung zu erzielen.

Zu den einzelnen Themenbereichen standen unterschiedliche Gesundheitstrainer zur Verfügung, die durch eine besondere Schulung mit der Ganzheitsmethode des Gesundheitstrainings vertraut waren. Es waren im einzelnen:

- 2 Diplom-Sportlehrer und 1 Gymnastiklehrerin, sie widmeten sich dem Thema: Gesund durch Bewegung;
- 1 Diplom-Psychologin, ihre Gesprächs-Gruppenarbeit galt den Themen: Streßbewältigung und gesunder Schlaf;
- 1 Ärztin führte Kurse zum autogenen Training durch;
- 1 Hauswirtschaftsmeisterin und 1 Ernährungsberaterin hatten die Themen Gesunde Ernährung und Verdauung und Schlank und Gesund zum Inhalt ihrer Gruppenarbeit.

Außerdem gab es noch

- 1 Masseur und med. Bademeister zum Thema: Natürliche Abhärtung

und

- 1 Kursleiter für das Thema: Gesund oder Rauchen.

Die Teilnehmer der Einführungsveranstaltungen meldeten sich (je nach Interesse und Bedürftigkeit) zu den einzelnen Gesprächs- oder Übungsgruppen an, die von der Volkshochschule über mehrere Wochen durchgeführt wurden.

Wie gesagt betraf die Phase 3 die Verhaltensänderung, während die sich anschließende (letzte) Phase 4 der Verselbständigung also der Verhaltensstabilisierung diente. Der Teilnehmer war jetzt motiviert, durch Selbsthilfe sein neu gewonnenes gesundheitsbezogenes Verhalten zu steuern und zu stabilisieren. Nur noch in Zweifelsfragen (also in Einzelgesprächen) stand noch der jeweilige Gesundheitstrainer zur Verfügung.

Abbildung 1

Gesundheit trainieren: Aus der Kommune in die Kommune

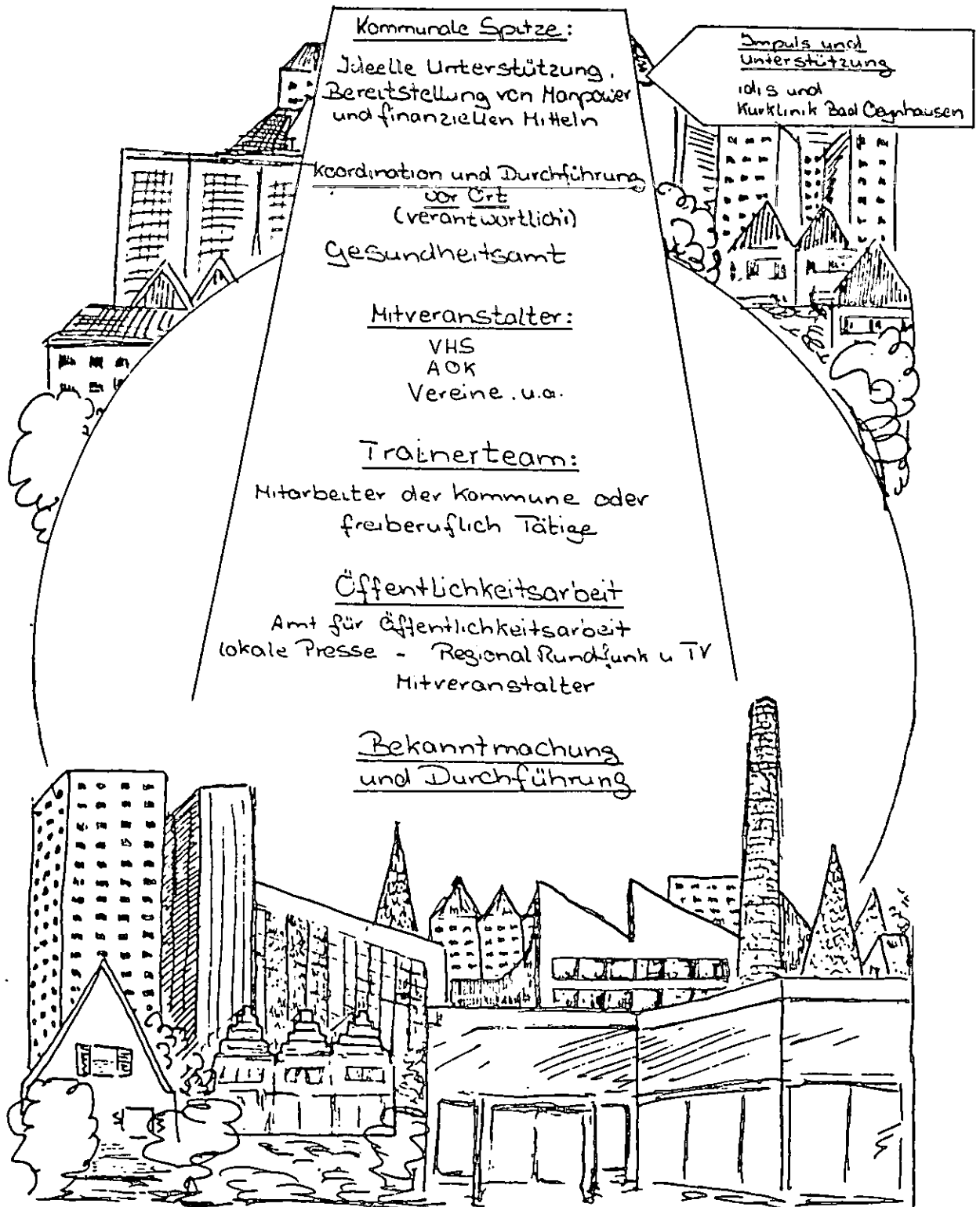
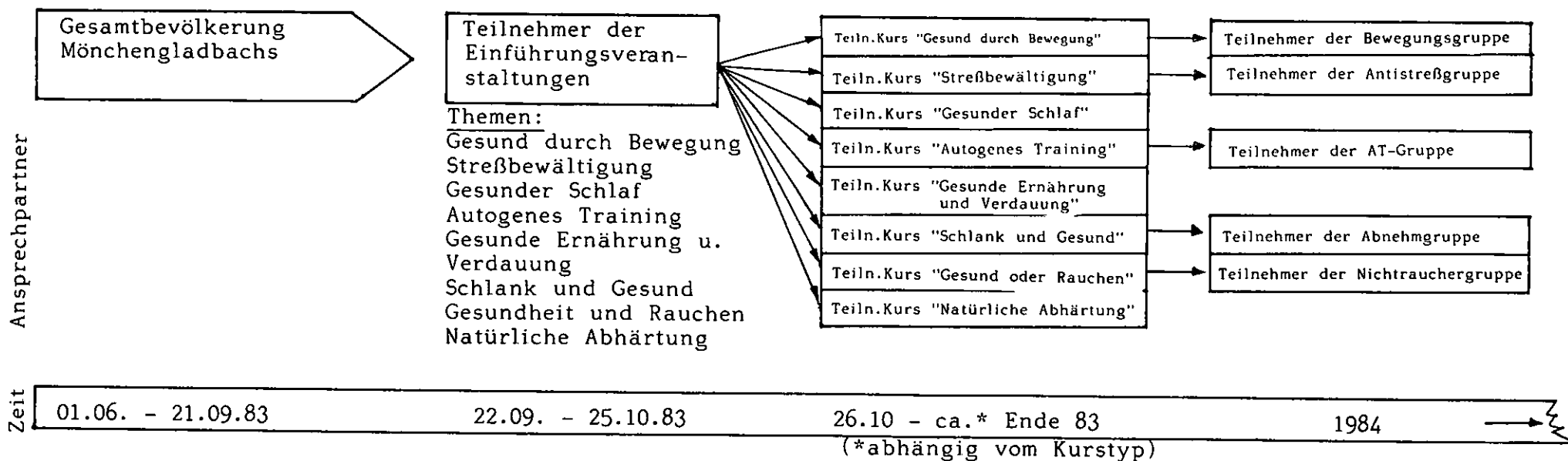


Abbildung 2 Mönchengladbach: Bürger trainieren ihre Gesundheit
 Gesundheitsbewußtere Lebensführung als Ziel eines kommunalen Pilotprojektes

	Phase 1: <u>Bekanntmachung</u>	Phase 2: <u>Information</u> <u>und Motivation</u>	Phase 3: <u>Problemorien-</u> <u>tierte Weiterarbeit</u>	Phase 4: <u>Verselbständigung</u>
Intention	<ul style="list-style-type: none"> * Information der Bevölkerung * Motivation zur Teilnahme am Gesamtprogramm 	<ul style="list-style-type: none"> * Einführung in das Programm * Gesundheitsinformation * Motivation zur Teilnahme an den Gruppenprogrammen 	<ul style="list-style-type: none"> * Verhaltensänderung 	<ul style="list-style-type: none"> * Verhaltensstabilisierung
Medium	<ul style="list-style-type: none"> * Presseartikel * Plakate * Handzettel * Informationsgespräche * Werbeveranstaltungen etc. 	<ul style="list-style-type: none"> * 10 Einführungsveranstaltungen, durchgeführt von Herrn Dr. Saurbier 	<ul style="list-style-type: none"> * Gesprächs- und Übungsgruppen, durchgeführt von den Gesundheitstrainern aus Mönchengladbach 	<ul style="list-style-type: none"> * eigengesteuerte Kurse, Selbsthilfegruppen, evtl. Betreuung durch die Gesundheitstrainer

- 126 -



Dr. med. Friedrich Haux

Chefarzt der AOK-Kurklinik für Prävention und Rehabilitation, 3423
Bad Sachsa

Thema: Effektive Gesundheitserziehung durch Integration stationärer
und ambulanter Maßnahmen

Achtjährige globale Kostendämpfungspolitik hat die Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht verhindern können. Das bundesrepublikanische Sozialsystem steht weiterhin im Brennpunkt sozialpolitischer Auseinandersetzungen; Arbeitnehmer spüren die drückende Last kontinuierlich steigender Krankenkassenbeiträge; Arbeitgeber beklagen ihre eingeschränkte Wettbewerbsfähigkeit durch die höchsten Lohnnebenkosten aller Industriestaaten und die ökonomischen Leistungsträger des Gesundheitswesens bangen um ihre Zahlungsfähigkeit. Ordnungspolitische und strukturelle Korrekturmöglichkeiten, wie auf der einen Seite Zulassungsbeschränkungen, Ausbildungsänderungen, Honorarformvarianten etc. und auf der anderen Seite Vergütungs- und Beitragssatzänderungen, Großgeräteversorgungsrichtlinien etc., genügen alleine nicht, um auf Dauer stabile, einnahmeorientierte Beitragssätze zu erzielen. Die üblichen wirtschaftswissenschaftlichen Preistheorien von Angebot und Nachfrage sind in der Gesundheitsökonomie nicht unmittelbar anwendbar. Insbesondere der Marktfaktor "Gesundheit", der sowohl von Patienten- als auch von Arztseite definiert wird, läßt eine eindeutige Bestimmung und Steuerung des Marktes für Gesundheitsgüter nicht zu. Sinnvolle Problemlösungen lassen sich nur in einer geschlossenen Konzeption, die alle Beteiligten einschließt, erarbeiten. Ein Ansatz in dieser Richtung ist die effektive Gesundheitserziehung durch Integration stationärer und ambulanter Maßnahmen, wie sie das "Modell Bad Sachsa" darstellt.

1. Grundkonzeption

Chronische Erkrankungen dominieren im heutigen Krankheitsspektrum der modernen Industriestaaten. Um wirkungsvolle Präventionsmaßnahmen ergreifen zu können, ist die Kenntnis möglicher Ursachen chronischer Erkrankungen notwendig. Aus heutiger Sicht kann festgestellt werden, daß weder bestimmte Persönlichkeitsstrukturen, noch einzelne Risikofaktoren, spezifische Stresssituationen oder entscheidende Lebensereignisse allein für die Entstehung chronischer Erkrankungen verantwortlich zu machen sind. Man muß vielmehr von einer multifaktorellen Genese bei ihrer Entstehung ausgehen. Durch eine Korrektur von Fehlverhaltensweisen und Lebensstilveränderungen lassen sich häufig positive Therapieergebnisse erzielen. Um eine dauerhafte Korrektur riskanter Lebensweisen zu etablieren, sind je nach Stärke der sozialen Störfaktoren in Familie, Freizeit und Beruf

auch kurklinische Phasen bei der Betreuung chronisch-kranker Patienten erforderlich. In einer selbstkonzentrierten, alltagsabgeschiedenen und lernfördernden Interventionssituation, wie sie die Kur darstellt, können die ersten Schritte zu einer dauerhaften Verhaltensänderung unternommen werden.

1.1 Prämissen für ambulante und stationäre gesundheitserzieherische Maßnahmen

Voraussetzungen für einen wirkungsvollen, gemeinde- und klinikbezogenen Präventionsansatz können auf verschiedenen Ebenen definiert werden, die in einem wechselseitigen Verhältnis zueinander stehen. Adressatenbezogene und angebotsorientierte Ebenen können dabei differenziert werden.

1.1.1 Adressatenbezogene Ebene

Die selbstverantwortliche Entscheidung und Eigenaktivität des Adressaten präventiver Interventionen ist Voraussetzung für eine erfolgreiche, dauerhafte Verhaltenskorrektur; der Patient muß im Rahmen seines sozialen Netzwerkes die Umsetzbarkeit des medizinisch-geforderten, gesundheitsbewußten Lebensstils überprüfen; er wird in der Regel nur solche Lebensweisen annehmen, die ihm ein weiteres Verbleiben in seinem angestammten sozialen Umfeld ermöglichen; er wird hierbei die sozialgruppen- und schichtenspezifischen Rollenerwartungen und Normwerte seines Bezugsfeldes in Familie, Freizeit und Beruf mit berücksichtigen müssen. Dem therapeutischen Team obliegt die schwierige Aufgabe, die in vielen Fällen offenbar werdende kognitive Dissonanz zwischen hinlänglich bekanntem Wissen um Gesundheit einerseits und tatsächlichem, alltagspraktiziertem gesundheitsbeeinträchtigendem Verhalten andererseits bewußt zu machen und gemeinsam mit dem Patienten mögliche Therapiestrategien zu besprechen und durchzuführen. Dieser Vorgang wird vom Patienten oft als existentielle Bedrohung erlebt; er sieht integrierte, langjährige Elemente seines sozialen Identitätsprofils in ihrer Wertigkeit in Frage gestellt, befürchtet einen Prestigeverlust und die Zuteilung einer Außenseiterrolle in seinem sozialen Umfeld. Die Entscheidung über die Art der Umsetzung individueller Bedürfnisse und Erwartungen kann deshalb nur in der Kompetenz des Adressaten präventiver Maßnahmen selbst liegen.

1.1.2 Angebotsorientierte Ebene

Die multifaktorielle Genese chronischer Erkrankungen erfordern ein interdisziplinäres Therapeutenteam. Neben medizinisch-fundierter Diagnose und Therapie sind pädagogische, psychologische und sozialwissenschaftliche Sachkompetenz gefordert. Die gesundheitsbezogenen ambulanten und stationären Programme müssen inhaltlich am Interessens- und Erfahrungsbereich des Patienten orientiert sein. Die Therapieangebote müssen attraktiv, glaubwürdig und zielgruppendifferenziert sein; sie sollten die soziale Einbindung fördern und

den Patienten helfen, auf risikoreiche Verhaltensmuster und auf die häufig damit verbundene Bedürfnisbefriedigung zu verzichten. Die lokalen und kurklinischen Programminhalte müssen zwischen Klinik-, Haus- und Kurarzt abgestimmt werden, so daß eine kontinuierliche therapeutische Betreuung gewährleistet ist. Ambulante und stationäre Therapiestrategien und ihre erfolgreiche Implementation erfordern eine stabile strukturell- materielle Basis. Die gesundheitsförderlichen Aktionen lokaler und kurklinischer Angebotsträger präventiver Maßnahmen müssen koordiniert und dem Adressatenkreis erschlossen werden. Der Rückgriff auf bereits bestehende Infrastrukturen entsprechender Dienstleistungen sichern die Dauerhaftigkeit der Intervention ebenso, wie die Initiierung weiterer innovativer gesundheitsbezogener Aktionen. Die Motivation und Unterstützung bisher nicht beteiligter professionell und selbsthilfeorientierter Träger gesundheitlicher Angebote zählt mit zu den Hauptaufgaben der Interventoren und gewährleistet eine Erweiterung der Auswahlmöglichkeiten der Adressaten.

1.2 Koordination und Integration rehabilitativer Maßnahmen

Das Kriterium für eine erfolgreiche Rehabilitation ist der langfristig nachweisbare positive Einfluß auf die Gesundheit des Patienten. Entscheidend für einen langfristigen Rehabilitationserfolg ist die Vernetzung ambulanter und stationärer therapeutischer Maßnahmen. Kuren müssen bei der Behandlung und Betreuung chronisch kranker Patienten mit ihrem Innovationspotential in die ambulante und stationäre Kette verankert werden. Kurklinische Angebote müssen einerseits die vor Ort begonnenen Therapien aufgreifen und ergänzen, andererseits selbst initiiierend wirken und neue therapeutische Angebote im Sinn einer ganzheitlichen Medizin in die Gesamtherapie mit einbringen. Die Aufgaben der Rehabilitationseinrichtungen liegen neben der medizinischen Betreuung und Beratung vor allem auf dem pädagogischen, psychologischen und sozialen Feld. In örtlicher und zeitlicher Distanz zu den sozialen Störfaktoren in Familie, Freizeit und Beruf gewährleistet die Alltagsabgeschiedenheit der Kur eine intensive Gesundheitserziehung mit Wissensvermittlung und gleichzeitigem Erproben und Einüben neuer risikoarmer Lebensweisen, vor allem in den Bereichen Bewegung, Ernährung, Entspannung und Genußmittelkonsum. Im gegenwärtigen, medizinischen Versorgungssystem sind die während der Kur vorhandenen Umfeldbedingungen für gesundheitserzieherische Impulse einzigartig. Die in dieser Zeit erreichten Fortschritte im kognitiven, affektiven, motorischen und sozialen Bereich und die bei den Patienten erzeugte Initialcompliance müssen am Wohnort des Patienten auf sozialgruppenspezifischer und soziostruktureller Ebene aufgegriffen und fortgeführt werden. Durch erfolgreiche Kurteilnehmer kann in der Gemeinde ein gesundheitsförderndes Sozialklima geschaffen werden, das Auslöser für weitere gesundheitsbezogene Aktionen sein kann, in dem bestehende Strukturen präventiver Dienstleistungen besser genutzt, die Bevölkerung gesundheitlich motiviert und dadurch die Nachfrage intensiviert wird; dies hat zur

Folge, daß die Anbieter gesundheitlicher Maßnahmen zur Etablierung weiterer präventiver und bedürfnisorientierter Angebote angehalten werden. Auf diese Weise können ehemalige Kurpatienten in ihrem Heimatort Funktionen von Multiplikatoren im Sinne gemeindebezogener Prävention übernehmen. Neben einer Veränderung der individuellen Verhaltensweisen in definierten Sozialgruppen ließe sich zusätzlich eine qualitative und quantitative Verbesserung der Angebote am Patientenwohnort erreichen.

2. Beschreibung des "Modell Bad Sachsa"

2.1 Die stationäre Phase

Die stationäre Phase dieses Modells findet in der AOK-Kurklinik in Bad Sachsa statt. In dieser Präventions- und Rehabilitationseinrichtung werden unter der Leitung eines internistischen Chefarztes, 110 vorwiegend bei den niedersächsischen Ortskrankenkassen versicherte Patienten von Ärzten, Schwestern, Sozialpädagogen, Bewegungstherapeuten und Diätassistentinnen betreut. Besondere Indikationsgruppen sind die Risikofaktorenträger.

2.1.1 Therapeutisches Angebot

Neben der medizinischen Basisversorgung liegt der Schwerpunkt des therapeutischen Angebotes auf dem pädagogischen, psychologischen und sozialen Sektor. Die koordinierten, ineinandergreifenden, therapeutischen Angebote umfassen:

1. Selbsterfahrung und Anleitung zur Selbsthilfe.

Thema dieses im Vordergrund stehenden Angebotes ist die Beziehung des Patienten zu seiner Psyche, zu seinem Körper und zu seiner Umwelt. Ernährung, Biorhythmus, Erfahrung von Anspannung und Leistung einerseits, Entspannung und Muße andererseits, Regulation des Affektlebens, Umgang mit sich selbst und dem sozialen Umfeld etc. sind die wichtigsten Programmpunkte. Ausgehend von der oben dargestellten Grundkonzeption ist die Anleitung zur Selbsthilfe das bedeutendste Therapieelement. Es versetzt den mündigen Patienten in die Lage unabhängig von anderen seine Gesundheit, also seine Lebensqualität, zu erhalten, zu fördern und wieder herzustellen. Die Therapie ist individuell angepaßt und kann auf Dauer zu Hause fortgeführt werden. Neben der Bewegungstherapie mit allgemeiner und spezieller Gymnastik werden auch entspannungstherapeutische Maßnahmen, wie Autogenes Training, Yoga, Meditation etc., kneippische Anwendungen, Selbstmassage, Inhalationen, Blutdruckmessungen, Verbandstechnik, Erste Hilfe, Diätkochen etc. angeboten.

2. Soziale Betreuung

Die Krankheitsgenese ist in der Regel multifaktoriell bedingt. Neben den somatischen und psychischen Ursachen darf der soziale Hintergrund nicht vernachlässigt werden. In Zusammenarbeit mit den Ärzten und den Krankenschwestern führt eine Sozialpädagogin dieses Angebot durch. Ihre Aufgabe besteht in der Ermittlung sozialer Faktoren, die eine Gefährdung der Gesundheit darstellen und den Patienten offenkundig belasten, Hilfe bei Problemlösungsmöglichkeiten und Vermittlung von Kontaktadressen der ortsansässigen, für die Probleme in Frage kommende Organisationen. Die soziale Betreuung beinhaltet auch die Gestaltung des Freizeitangebotes, die Integration einzelner Außenseiter und ihre spezielle Betreuung, sowie die Vermittlung von notwendigen Kontakten dem Personal und den Patienten sowie es erforderlich ist. Es gilt eine entspannte, gesprächsbereite Atmosphäre zu schaffen.

3. Gesundheitsinformation

Das Wissen über die Funktionsweise des Körpers ist eine wichtige Voraussetzung zur Gesundheitspflege. Neben den pro Woche zweimal stattfindenden, einstündigen, speziellen Gesundheitsinformationen für Risikofaktorenträger wird allen Patienten jeden Donnerstag und Freitag eine einstündige Gesundheitsinformation über Herz-, Kreislauf- und Lungenfunktion, sowie Bewegungs- und physikalische Therapie angeboten. Hierbei werden keine Spezialkenntnisse vermittelt. Ziel dieser Angebote ist, die Aufmerksamkeit und das Interesse der Patienten auf ihren Körper zu lenken. Diese Verhaltensmerkmale sollen über den Wunsch gesund zu bleiben oder zu werden, die Motivation zur Aktion steigern. Die Information findet im Rund-Tisch-Gespräch unter Einsatz von Medien, wie Filmen, Tageslichtprojektoren, Tafeln, Demonstrationsobjekte etc. statt. Die allgemeine und spezielle Information gliedert sich jeweils in einen theoretischen und einen praktischen Teil. Übergewichtigen wird z.B. nicht nur der Kaloriengehalt von Nahrungsmitteln angegeben, sondern sie lernen in der Lehrküche auch die Zubereitung einer kaloriengerechten Mahlzeit und wählen aus einem Warenkorb die kalorienarmen Energieträger und schätzen den täglichen Kalorienverbrauch. Zusätzlich wird ihnen eine Modeberatung und eine kosmetische Unterweisung angeboten. Ein begleitendes, sich langsam steigerndes Bewegungsprogramm unterstützt die Motivation der Patienten. Extreme Gewichtsabnahmen werden vermieden. Der Schwerpunkt liegt auf den verhaltenstherapeutischen Maßnahmen. Bluthochdruckkranke können z.B. das Blutdruckmessen und Affektmanagement erlernen, Diabetiker die praktische Zusammenstellung einer Mahlzeit mit vorgeschriebener Zahl der Broteinheiten und die Berechnung des täglichen Kalorienverbrauches. Entscheidend bei diesen Informationen ist die Mitwirkung der Patienten. Es gilt ihr Interesse und Neugierde durch an sie gerichtete, praxisnahe Fragen und Demonstrationen zu wecken. Sie sollen Körpersignale

und Körpersprache verstehen lernen und somit gesundheitsbewußter mit ihrem Körper umgehen können. Alle Patienten können aus ihrem Kurheft die eingetragenen Körpersignale, wie Gewicht, Energieaufnahme und Verbrauch, Blutdruck, Ruhe-, Trainings- und Erholungspuls, Vital- und Sekundenkapazität, Blutzuckerwerte etc. entnehmen, ihren Gesundheitszustand ablesen und den Erfolg durchgeführter Therapie überprüfen. Eine objektivierbare Verbesserung der Kreislaufwerte, wie Ruhe-, Trainings- und Erholungspuls oder der Lungenfunktionswerte fördern das Körperverständnis und tragen zu einem dauerhaften Erfolg der Kur bei. An dieser Information beteiligen sich alle Mitglieder der medizinischen Abteilung, Ärzte, Schwestern, Sozialpädagogen, Bewegungstherapeuten, Diätassistentinnen und Ernährungsberater.

4. **Verhaltensorientierte Informationen und Therapie**
Viele chronische Erkrankungen beruhen auf Fehlverhaltensweisen. Ohne eine Verhaltensänderung ist eine kausale Therapie auf die Dauer nicht möglich. Deshalb werden einfache verhaltenstherapeutische Kurse angeboten, damit neue Verhaltensweisen z.B. für Übergewichtige, Hypertoniker, Raucher etc. eingeübt und erprobt werden können. Rollenspiele, Selbstsicherheitstraining, Autogenes Training, Entspannungsübungen und Yoga unterstützen die Bereitschaft des Einzelnen, sein Verhalten zu ändern. Es gilt durch positives Verstärken das Selbstwertgefühl des Patienten zu heben und darauf hinzuweisen, daß z.B. Nikotingenuß, Übergewicht usw. nicht moralisch, sondern allein medizinisch bewertet werden müssen.
5. **Freizeit- und Gruppenaktivitäten**
Ohne ein soziales Miteinander ist ein sinnvolles, erfülltes Leben nicht möglich. Durch ein Freizeit- und Beschäftigungsangebot, das entscheidend durch die Wünsche der Patienten mitgestaltet werden kann, soll im Einzelnen das Wiederentdecken sozialer Kontaktmöglichkeiten und Kontaktgelegenheiten gegeben werden. Diese Gruppenaktivitäten fördern die Selbstkontrolle und die Motivation des Einzelnen erheblich. Das Freizeitangebot umfaßt Filme, Skat, Tischtennisturniere, Basteln, Kegeln, Folklore, Tanzen, Hobbykochen, Beatgymnastik, Blumen- und Gartenkunde, eine Harzrundfahrt etc.. Die Freizeitaktivitäten sollen auch über die Kurzeit hinaus als Anregung für eine sinnvolle und aktivierende Freizeitgestaltung zu Hause dienen.
6. **Medizinische Beratung und Betreuung**
Die medizinische Diagnostik und Therapie sind einer Kurklinik angepaßt. Nur durch eine enge Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten am Wohnort der Patienten kann die initiale Phase der Langzeittherapie sinnvoll durchgeführt werden. Die medikamentöse Therapie wird in Übereinstimmung mit dem Hausarzt festgesetzt und abgesprochen um eine kontinuierliche

Betreuung zu gewährleisten. Im Vordergrund der kurärztlichen Tätigkeit stehen pädagogische und psychologische therapeutische Maßnahmen, die flankierend zur medizinischen Grundversorgung angeboten werden.

2.1.2 Der Kurverlauf

Der Kurverlauf gliedert sich in vier Phasen.

1. Abschalten vom Alltag und Neuorientierung, Konzentration auf die eigene Person und auf den vorliegenden Zeitabschnitt, Besuche und Telefonanrufe sollten auf das Notwendigste beschränkt werden.
2. Erproben des Therapieangebotes und Einübung des neuen Rhythmus.
3. Stabilisierung des neuen, akzeptierten Verhaltens.
4. Vorbereitung auf den Alltag, Festlegen von konkreten Schritten und Tagesabläufen für zu Hause.

Nur wenn es gelingt, neue Verhaltensweisen, die während der Kur eingeübt wurden, in den Alltag zu übernehmen wird die Kur auf Dauer erfolgreich sein. Die Patienten werden bei der Eingangsuntersuchung nach ihrer körperlichen Belastbarkeit in Gruppen, die nach Farben benannt sind, eingeteilt. Farben, statt Rangziffern der Gruppen sollen übertriebenes Konkurrenz- und Leistungsdenken verhindern. Höchstleistungen, schmerzhafte Bewegungen und Überanstrengungen müssen vermieden werden; Ängste und Unbehagen sollen nach dem Prinzip "Lernen durch Erproben", durch geduldige Zuwendungen und Rücksichtnahme auf persönliche seelische und körperliche Schwächen überwunden werden. So soll die Lücke zwischen Wissen und Handeln geschlossen werden. Jeder Patient ist verpflichtet an den verordneten Gruppenaktivitäten teilzunehmen. Die Woche ist für jede Gruppe in aktive (Gymnastik, Wandern etc.) und passive (medizinische Betreuung, physikalische Therapie, Yoga, Autogenes Training etc.) Vormittage und Nachmittage aufgeteilt. Entsprechend der unterschiedlichen Belastbarkeit der einzelnen Gruppen wird ein entsprechend differenziertes Bewegungsprogramm angeboten. Zusätzlich gibt es für Spezialgruppen Angebote wie Venen-, Mobilisations- und Isometrisches Training, Atem- und Wirbelsäulengymnastik etc.. Zu Beginn der Kur wird ein einführender Film gezeigt. Anschließend trifft sich jede Gruppe; Leiter und Gruppenmitglieder stellen sich vor. Es wird ein Sprecher gewählt der die Belange der Gruppe vertritt. Der Kur- und Tagesablauf wird dargestellt. Termine für Massagen, Arzttermine etc. werden abgesprochen. Nach einer Stadtbesichtigung findet abends ein Eingangsfest statt. Im Verlaufe der Kur werden Patientengespräche abgehalten; hierbei werden die allgemeinen und speziellen Probleme die während der Kur aufgetreten sind besprochen, desweiteren werden Verbesserungsvorschläge und Kritiken entgegengenommen. Am letzten

Tag treffen sich die Patienten mit ihren Betreuern. Es wird über den Kurverlauf und die kommende Zeit gesprochen und auf die Möglichkeit und auf die Notwendigkeit der Fortführung dieser stationären Therapie im ambulanten Bereich hingewiesen. Jeder Patient trägt seine gefaßten Vorsätze für den kommenden Alltag in sein Kurheft ein. Zusätzlich werden Kontaktadressen vermittelt.

2.2 Die ambulante Phase

Die in der vierten Kurphase vorgenommenen Verhaltensmodifikationen gilt es in die gelebte und erlebte Wirklichkeit des Patienten zu transferieren und zu stabilisieren. Die Kurpatienten wurden bereits vor der Kur in einem Vorgespräch von den ortsansässigen Rehabilitationssachbearbeitern oder Sozialarbeitern ihrer Kasse über Ziele und Ablauf der Kur informiert. Während der Kur finden mehrere Kontakt- und Informationstermine mit den Sozialarbeitern der Klinik und zum Teil auch mit den Rehabilitationssachbearbeitern der entsendenden Kassen statt. Es gilt ein Vertrauensverhältnis für die Kurnachbetreuung herzustellen. Nach Beendigung der Kur werden die Patienten zu einem Nachgespräch eingeladen. Die bereits während der Kur gegebenen Informationen über das Nachbetreuungsprogramm werden nochmals im Detail erörtert und konkrete Termine vereinbart. Das Nachbetreuungsprogramm soll in erster Linie zwischen den in der Kommune vorhandenen, gesundheitsbezogenen Angeboten und den Patienteninteressen vermitteln. In Anlehnung an die Kurangebote wurde eine Liste der gesundheitsorientierten Aktionen und ihrer Anbieter erstellt, um einen Überblick über bestehende gesundheitsförderliche Maßnahmen und ihre Zielgruppen, sowie über die Arbeitsweisen der angesprochenen Organisationen zu erhalten. Die Angebotsträger umfassen öffentliche Einrichtungen, Wohlfahrtsverbände, Beratungsstellen, Träger der Erwachsenenbildung, Organisationen, Vereine, Initiativen und Selbsthilfegruppen. Im einzelnen umfaßt die ambulante Phase folgende Elemente:

1. Allgemeine Kurnachbetreuung

Unter der Leitung eines Sozialarbeiters oder eines Rehabilitationssachbearbeiters werden in zeitlich und räumlich fixierten Einzel- und Gruppengesprächen der Kurverlauf bewertet und das Nachkurprogramm erörtert.

2. Spezielle Kurnachbetreuung

Bei offenkundigen, psychosozialen Krankheitsdeterminanten wird das soziale Umfeld in die therapeutischen Überlegungen und Strategien mit einbezogen.

3. Gesundheitsberatung

Insbesondere die Risikofaktorenträger werden auf die regelmäßig stattfindenden, ärztlichen Vorträge und Gesundheitsberatungen hingewiesen.

4. Aufbau von Selbsthilfegruppen

Frühzeitig wird der Aufbau von Selbsthilfegruppen initiiert.

5. Soziale Betreuung

Hilfestellung bei sozial- und arbeitsrechtlichen Problemen, Wiedereingliederung in das soziale Umfeld etc. werden durch die Sozialarbeiter angeboten.

2.3 Projekterfahrung

Das "Modell Bad Sachsa" läuft seit sechs Jahren. Im stationären Bereich ließ sich eine gute Adhärenz und Compliance feststellen; die Akzeptanz, Attraktivität und Transferfähigkeit des Programmes haben auch in den Zeiten der Kurkrise zur Vollbelegung beigetragen. In Anlehnung an die Kurangebote wurde an jedem Patientenwohnort eine Liste der gesundheitsorientierten Aktionen und ihrer Anbieter erstellt. Sie umfassen öffentliche Einrichtungen, Wohlfahrtsverbände, Beratungsstellen, Träger der Erwachsenenbildung, Organisationen, Vereine, Initiativen und Selbsthilfegruppen. Die Angebotspalette betrifft insbesondere die Bereiche Bewegung, Ernährung, Entspannung und psychosoziale Hilfe. In Zusammenarbeit mit den lokalen Angebotsträgern wurden kurpatienten-orientierte Angebote etabliert, zusätzlich wurde vereinbart die Patienten gemeinsam bei der Integration in bestehende Gruppen zu unterstützen, laufende Informationen über Angebotsveränderungen auszutauschen und gemeinsam neue Programme zu konzipieren und durchzuführen. In einem seit August 1984 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung geförderten Projekt "Studien zur Prävention - zum Zusammenhang von Kurmaßnahmen und nachgehender Betreuung" soll festgestellt werden, inwieweit auf gesundheitsbezogenes Verhalten ehemaliger Kurpatienten und auf gemeindebezogene, gesundheitliche Strukturen Einfluß genommen werden kann. Das Projektziel wird mittels einer Analyse der kommunalen, sozialen und ökonomischen Umwelt und unter Berücksichtigung sozialpädagogischer Interventionen mit ständiger Überprüfung verfolgt.

Am Beispiel der Stadt Hildesheim soll überprüft werden, inwieweit ehemalige Kurpatienten in das Angebot von Bildungseinrichtungen, Sportvereinen, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen und anderen Trägern integriert und neue gesundheitsbezogene Aktionen initiiert werden können.

Daniela Walter,

- Ärztin -, DAK-Herz-Kreislauf-Kurzentrum Bad Pyrmont

Thema: "GESUND LEBEN - FIT BLEIBEN!"

Unter diesem Motto steht mein Beitrag zu der Tagung "Gesundheitserziehung in der Kur, Integration von Kurmaßnahmen und Nachsorge am Wohnort".

Ich möchte im folgenden unser Kurmodell erläutern, die Gesundheitsbildung während der Kur vorstellen und über Ziel und Weg des Projektes "Nachsorgende Betreuung ehemaliger Kurpatienten" (NB) berichten.

Einleitende Vorbemerkungen:

Die Sterblichkeit an degenerativen Herz- und Kreislaferkrankungen nimmt in der Bundesrepublik Deutschland noch immer zu. Experten der Weltgesundheitsorganisation befürchten, daß "eine Epidemie auf uns zukommt, wie sie in der Geschichte der Menschheit noch nicht bekannt war."

Dieser Gefahr kann mit der Schaffung immer aufwendigerer Intensivpflegeeinheiten oder durch die moderne Herzchirurgie und eine noch so umfassende Rehabilitation nach Herzinfarkt nicht begegnet werden. Aber diese Gefahr stellt eine Herausforderung an die Präventivmedizin dar!

Unsere Konsum- und Leistungsgesellschaft verführt viele Mitbürger zu einem gesundheitsschädigenden Lebensstil. Auch gegenüber dem Gesundheitswesen ist ein passives Konsumverhalten weit verbreitet. Deshalb wird von vielen Seiten der "mündige Patient" gefordert. Mündigwerden, d.h. in diesem Zusammenhang Verantwortung für seine eigene Gesundheit übernehmen, bedarf einer breiten Erziehung zur Gesundheit, einer umfassenden Gesundheitsbildung mit Abbau des bisherigen Fehlverhaltens.

Entsprechend den Erkenntnissen der epidemiologischen Forschung gilt es, krankmachende Verhaltensweisen und Lebensgewohnheiten in breiten Kreisen der Bevölkerung nachhaltig zu ändern. Bei einer Zahl von etwa 5,3 Mio. "Kurgängern" pro Jahr in der Bundesrepublik Deutschland erscheint die Kur als eine geeignete Institution, die Menschen in einer aufnahmebereiten Situation gesunde Lebensführung zu lehren. Das meist unbewußte Fehlverhalten des einzelnen soll in ein bewußtes, aktives Gesundheitsverhalten umgebildet werden. Eine solche Verhaltensänderung bedarf einer wohlgedachten, nach den Methoden der modernen Pädagogik und Psychologie aufgebauten Gesundheitsbildung. Eine ganz entscheidende Voraussetzung für eine erfolgreiche und anhaltende Verhaltensänderung ist die Kombination von theoretischer Schulung mit praktischen Übungen.

Das theoretisch Erlernte muß in der Praxis "am eigenen Leibe" in Erfahrung gebracht werden. Information und Motivation allein reichen nicht aus! Klare Handlungsanweisungen sowie inhaltliche und zeitliche Einigkeit von Theorie und Praxis sind Voraussetzungen für eine erfolgreiche Gesundheitsbildung.

Im folgenden soll über unsere nun mehr 10-jährigen Erfahrungen mit "Gesundheitsbildung als Kurmittel" aus der Praxis eines Herz-Kreislauf-Kurzentrums berichtet werden. Es handelt sich um eine im Mai 1976 in Bad Pyrmont eröffnete 192-Betten-Kurklinik der Deutschen Angestellten Krankenkasse, um ein Zentrum für aktive Gesundheitsvorsorge und Frühbehandlung. Kuren in diesem Hause sind für DAK-Mitglieder gedacht, deren "Kranksein" noch nicht zu schweren oder gar irreparablen Organschäden geführt hat. Um degenerativen Herz- und Kreislaufferkrankungen wirksam vorbeugen zu können, sollen vor allem Menschen mit mehreren Risikofaktoren für Herz und Kreislauf an solchen Kuren teilnehmen. Aus zahlreichen epidemiologischen Untersuchungen ist bekannt, daß mit der Zahl der Risikofaktoren das Risiko, an einem Herzinfarkt zu erkranken, um ein vielfaches steigt. Besonders verbreitet sind die krankmachenden Lebensbedingungen: Zigarettenrauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel und Di-Streß.

Fast jeder 2. Bundesbürger über 40 Jahre und jedes 4. Schulkind sind übergewichtig. Übergewicht wiederum führt häufig zu Stoffwechselstörungen, wie Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen und Gicht, aber auch zu Bluthochdruck.

Mittel und Methoden zur Gesundheitsbildung

Wir bemühen uns, den Gast auf seine Kur, die ja mit der traditionellen Badekur wenig gemein hat, vorzubereiten. Mindestens 3 Wochen vor Kurbeginn senden wir den zukünftigen Kurpatienten unseres Hauses mit dem Einladungsschreiben je einen Fragebogen zur Kranken- und Strahlenvorgeschichte zu. Das Einladungsschreiben selbst enthält bereits Gesundheitsinformationen. Es wird darin auch auf die notwendige aktive Mitarbeit während der Kur hingewiesen, und es werden auch schon "Spielregeln" für das spätere Zusammenleben (im Sinne einer Hausordnung) mitgeteilt. Die Fragebogen zur Vorgeschichte soll das ärztliche Gespräch zu Beginn der Kur nicht ersetzen, sondern vorbereiten und damit effektiver gestalten helfen.

Am Montag jeder Woche reisen 48 zu diesem Zeitpunkt eingeladene Kurpatienten an. Sie werden als geschlossene Gruppe gemeinsam ihre 26-tägige Kur erleben. Bei einer Begrüßung um 17.00 Uhr an diesem Anreisetag machen wir uns gegenseitig bekannt. Verschiedene Mitarbeiter des Hauses, insbesondere die zuständigen Schwestern, Sportlehrer, die Diätassistentin und Ärzte sind anwesend. Jeder der Anwesenden stellt sich mit seinem Namen vor, die angereisten Gäste nennen darüber hinaus ihren Wohnort. Bei dieser ersten Begegnung mit der Gruppe bemühen wir uns, eine entspannte bis heitere Atmosphäre aufkommen zu lassen (Entängstigung, positive Einstim-

mung, Motivation). Neben der Besprechung einiger organisatorischer Fragen wird vor allem die "Philosophie unserer Kur" erläutert. In den nächsten 3 Tagen folgen die Aufnahmeuntersuchungen. Sämtliche Termine sind individuell für jeden Kurgast auf seinem persönlichen Laufzettel programmiert. Lange Wartezeiten werden so vermieden. Über den Umfang der Untersuchungen gibt die folgende Aufstellung Auskunft:

1. ausführliche Anamnese,
2. klinische Untersuchung,
3. Röntgen: Herzfernaufnahme,
4. Ruhe-EKG,
5. Ergometrie zu Beginn und am Ende der Kur,
6. Labor: BKS, Hämoglobin, Leukozyten, Erythrozyten, Cholesterin (einschl. HDL und LDL), Triglyceride, Glukose (bei mehr als 10 % Übergewicht und familiärer Belastung zusätzlich Glukose-Toleranztest), Harnsäure, Kreatinin, GPT, Gamma-GT und Urinstatus.

Falls notwendig, wird dieses diagnostische Routineprogramm durch weitere gezielte Untersuchungen ergänzt (röntgenologische Herzvolumenbestimmung, Herzschall, EKG-Bandspeicheruntersuchungen, Echokardiografie u.a.m.). Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und an Glaukom-Voruntersuchungen während der Kur teilzunehmen.

Parallel zu den medizinischen Untersuchungen beginnen wir mit unserem Gesundheitsbildungsprogramm.

Gesundheitsbildung

Die Gesundheitsbildung ist ein wesentlicher Bestandteil unseres Kurmodells (Gesundheitsbildung als "Kurmittel"). Wir vermeiden im allgemeinen bewußt den Begriff "Patient" (erdulden, erleiden, ertragen). Wenn wir den Ausdruck benutzen, möchten wir ihn im Sinne von "der mündige Patient" verstanden wissen. Der Gast unseres Hauses soll durch die Vermittlung von Wissen zu eigener Aktivität angeregt werden (Information zur Motivation). Er soll eine neue Lebensweise kennen und anerkennen lernen. Die selbst gemachten Erfahrungen sollen dazu beitragen, daß der Kurpatient erkennt und fühlt, daß er selbst für seine Gesunderhaltung Verantwortung übernehmen muß.

Die Veranstaltungen zur Gesundheitsbildung sind fest in den Kurablauf integriert; es gibt keine konkurrierenden oder überschneidenden Termine. Jede Kurgruppe (geschlossene Gruppe) absolviert nach dem Plan zur Gesundheitsbildung dieses Seminar.

Als gesundheitsberatende Dozenten gestalten die Mitarbeiter unseres "therapeutischen Teams" das Seminar zur Gesundheitsbildung an unserem Haus. Als Medien stehen VHS- und Fernsehkassetten, Filme, Folien und Tonbildschauen zur Verfügung. Speziell erarbeitete

Merkblätter, Arbeitsbögen sowie Fragebögen zur Überprüfung des Erlernten werden als methodische Hilfen eingesetzt. Eine gut sortierte Patientenbibliothek gibt die Möglichkeit, sich über einzelne Sachprobleme näher zu informieren (Streß, Nichtrauchertraining, Diätetik etc.).

Auf den Wunsch und die Anregung zahlreicher Kurgäste hin haben wir eine Broschüre, die als Begleitmaterial zur Gesundheitsbildung Verwendung finden soll, erstellt. Sie wird dem Kurgast von seinem behandelnden Arzt bei der Besprechung der Untersuchungsergebnisse ausgehändigt. Auf einer Seite mit dem Titel "Mein persönliches Risikoprofil" tragen wir dem Kurgast bei Kurbeginn und Kurende seine Risikofaktoren (Gewicht, Laborwerte, Rauchgewohnheiten, Blutdruckwerte) ein.

Im folgenden werden unser Team, unser Gesundheitsbildungsprogramm und unsere Medien sowie der zeitliche Ablauf, die Integration des Gesundheitsbildungsprogrammes in die Kur, dargestellt.

Medien zur Gesundheitsbildung, die u.a. im Herz-Kreislauf-Kurzentrum in Bad Pyrmont verwendet werden:

Tonbildschauen:

- Zivilisationskrankheiten unserer Zeit
- Leib und Seele
- (Weser-)Land in Sicht

Video-Kassetten:

- Keiner raucht für sich allein
- Kampf dem Krebs
- Phänomen Streß (6 Folgen)
- Sein Problem, unser Problem
- 20 Jahre 40?
- Wer raucht, lebt kürzer!
- Bluthochdruck

Filme (16-mm-Farb-Tonfilme):

- Drogen
- Wenn ich schlank wär'
- Ergometrie - Herz auf dem Prüfstand
- Heart, Sweet Heart
- Dein Herz - Dein Leben
- Risikofaktor Übergewicht
- Der blaue Dunst
- Symphonie in G-Dur
- Einer von 20 000
- Es geht auch ohne

Dieses Programm wird laufend ergänzt. Gegenwärtig zeigen wir eine Serie Sportfilme zu den Themen:

Wandern/Laufen/Radfahren, Der Weg zum Sportabzeichen, Schwimmen, Badminton, Volleyball, Tischtennis und Tennis.

Praxis der Gesundheitsbildung

Das therapeutische Team:

Das Programm zur Gesundheitsbildung wird von verschiedenen Mitarbeitern des Hauses im therapeutischen Team gestaltet und realisiert. Jede Kurgruppe (48 Patienten) wird in unserer Klinik von einem therapeutischen Team betreut. Zu diesem therapeutischen Team gehören die behandelnden Ärzte (Einzelberatungen), der gruppenbetreuende Arzt (Funktion des Klassenlehrers bei der Gestaltung des Gesundheitsbildungsprogrammes für "seine" Gruppe), ein Gynäkologe (neben zwei Vorträgen ist er für die Krebsfrüherkennungsuntersuchung zuständig), der für diese Gruppe zuständige Sportlehrer (Bewegungstherapeut) mit seinem Assistenten und die betreffenden Abteilungsschwestern. Daneben übernehmen die Oberschwester, die Diätassistentin und der Chefkoch mit seinem Vertreter bestimmte Aufgaben bei der Gestaltung des Gesundheitsbildungsprogrammes.

Die wichtigsten Fragen und Probleme zum Thema Prävention von Herz-Kreislaufkrankheiten werden in den zwei Wochen der 26-tägigen Kur behandelt. Wir vermeiden den "Frontalunterricht" und versuchen unter Einbeziehung der Gruppe das jeweilige Thema zu bearbeiten. Dabei übernimmt der für die Gruppe zuständige Arzt die Themen:

1. Ergometrie - Herz auf dem Prüfstand
2. Risikofaktoren für Herz und Kreislauf
3. Warum Rauchen?
4. Bluthochdruck
(niedriger Blutdruck und Kreislaufregulationsstörungen)
5. Was ist Autogenes Training?
6. Phänomen Streß
7. Leib und Seele: über psychosomatische Zusammenhänge
8. Nichtrauchertraining: es geht auch ohne, wie komme ich von der Zigarette los?

In der Veranstaltung über "Risikofaktoren für das Herz" am zweiten Tag der Kur (Dienstag der ersten Woche) erarbeitet die Gruppe mit dem Arzt die Palette krankmachender Lebensbedingungen (Risikofaktoren). Die einzelnen Risikofaktoren werden dann im Laufe des Seminars zur Gesundheitsbildung intensiver behandelt. So sind zwei Stunden zum Thema Bluthochdruck und zwei Stunden zum Thema Rauchen und bis zu drei Stunden (die Teilnahme ist hier freiwillig) Streß vorgesehen.

Der Begriff Risikofaktor besagt (LANGE, H.J., 1974), daß eine statistische Assoziation zwischen einem solchen Faktor und einer bestimmten Krankheit vorliegt.

Risikofaktoren können, müssen aber nicht, ätiologische Faktoren sein, sie haben eventuell nur hinweisenden Wert (Risikoindikator).

Die Diätassistentin behandelt in zwei Gruppenveranstaltungen den Risikofaktor Übergewicht. Außerdem berät sie Kurpatienten mit Übergewicht und Stoffwechsel-Risikofaktoren in Einzelgesprächen und in kleinen Gruppen. "Leben mit dem Diabetes" ist ein weiteres wichtiges Thema, welches von der Diätassistentin mit der Gruppe diskutiert wird. Unter dem Motto "Der Chefkoch informiert" geben der Chefkoch und seine Mitarbeiter jede Woche (samstags 10.00 Uhr) Informationen zur schmackhaften Zubereitung von Speisen unter Berücksichtigung ernährungswissenschaftlicher Grundlagen.

Der Sportlehrer, der das aufbauende Bewegungstrainingsprogramm in verschiedenen Belastungsgruppen gestaltet, Ausflüge und gesellige Veranstaltungen organisiert (Freizeitberatung), informiert seine Gruppe in einer Doppelstunde über den weit verbreiteten Risikofaktor "Bewegungsmangel". Darüber hinaus werden in der täglichen Sportpraxis Informationen über Sinn und Zweck der betreffenden Trainingsbelastungen gegeben (z.B. Waldlauf: typische Ausdauertrainingsbelastung, Training für Herz und Kreislauf, Dosierungshinweise, Hinweise zu einer zweckmäßigen Ausrüstung, insbesondere Demonstration geeigneter und ungeeigneter Laufschuhe etc.). So werden zur Überwachung der Trainingsbelastung regelmäßige Herzfrequenzmessungen durchgeführt. Der Begriff "Trainingspuls" wird erläutert, einfache Faustregeln zur Dosierung des Trainings werden gegeben: z.B. während des Ausdauertrainings soll die Herzfrequenz etwa 180 minus Lebensalter in Jahren betragen oder beim Ausdauertraining soll man "nicht völlig außer Atem" kommen, man soll sich vielmehr gerade noch sprechend unterhalten können (Dr. van Aaken). Auf den Einfluß verschiedener Medikamente, insbesondere Betablocker auf die Herzfrequenz, wird hingewiesen.

Vor dem ersten Saunatermin gibt der Sportlehrer Informationen zum richtigen Saunabaden. Ferner werden jede Woche an einem Abend (Donnerstag) Sportfilme gezeigt (aus der Serie "Sport mit Spaß", eine Filmserie vom Deutschen Sportbund, Abteilung Freizeitsport).

Die Oberschwester (oder eine gruppenbetreuende Schwester zeigt am Freitag der ersten Woche den Film "Kampf dem Krebs" und informiert über die Möglichkeit zur Teilnahme an Krebsvorsorgeuntersuchungen (einschl. Fahndung nach occultem Blut im Stuhl) während der Kur in unserem Hause.

In 4-wöchigem Abstand, so daß die Teilnehmer jeder Kurgruppe einmal die Gelegenheit zur Teilnahme haben, widmen wir eine Abendveranstaltung (Donnerstag, 19.00 Uhr) dem Thema Alkohol. Wir zeigen Teil 1 und 2 des Films "Ab morgen ist Schluß". Im Anschluß daran besteht im kleinen Kreis die Möglichkeit zur Diskussion über die Probleme, die die Kurgäste entweder mit sich selbst oder mit Angehörigen oder Mitarbeitern, die vom Alkohol betroffen sind, haben. Diese Veranstaltung wird von einem Arzt geleitet, im Beisein einer für den Umgang mit Alkoholkranken ausgebildeten Mitarbeiterin unseres Hauses. Wir haben Kontakt zu den Selbsthilfegruppen AA und Al-Anon in Bad Pyrmont, deren Adressen wir an interessierte Kurgäste weitergeben.

Der Plan zur Gesundheitsbildung hängt auf jeder Etage, auf welcher jeweils 24 Kurpatienten untergebracht sind, aus. "Pflichtveranstaltungen" sind grün umrandet. Freiwillig sind lediglich die Vorträge "Phänomen Streß", "Was ist autogenes Training?" und "Der Chefkoch informiert" sowie die Teilnahme an dem Vortrag über Alkohol. Auf Gastvorträge und andere Veranstaltungen wird in der Eingangshalle der Klinik jeweils durch entsprechende Plakate aufmerksam gemacht.

Der Sportlehrer sieht seine Gruppe täglich mehrmals. Es gehört zu seinen Aufgaben, auch auf die Veranstaltungen zur Gesundheitsbildung und das Freizeitprogramm hinzuweisen. Er nimmt am Gesundheitsbildungsprogramm selbst auch teil (wichtig: alle Mitarbeiter des Teams sollen einheitliche Aussagen zu bestimmten Fragen geben können!).

Programm und Medien:

Montag (Anreisetag): 17.15 Uhr Begrüßung der neu angereisten Kurpatienten. Die jeweils montags anreisenden 48 Gäste des Hauses werden als eine Kurgruppe gemeinsam für die Zeit der Kur das Gesundheitsbildungsprogramm in Seminarform erleben. Nach dem Abendessen um 18.45 Uhr informiert der Arzt der Gruppe über die an den nächsten beiden Tagen stattfindenden Untersuchungen. Im Rahmen dieser Veranstaltung wird eine Video-Kassette (Ergometrie - Herz auf dem Prüfstand) gezeigt. In diesem 10-Minuten-Informationsfilm soll etwa bestehende Angst vor derartigen Untersuchungen abgebaut werden. Fragen im Zusammenhang mit den Untersuchungen werden besprochen.

Dienstag (2. Kurtag) 17.15 Uhr: Thema: Risikofaktoren für Herz und Kreislauf. Gemeinsam erarbeitet die Gruppe zunächst krankmachende Lebensbedingungen. In einer 20-minütigen Tonbildschau "Zivilisationskrankheiten unserer Zeit" von Heyden und Wolff werden zu diesem Thema, systematisch geordnet, weitere Informationen vermittelt. Die Patienten erhalten so bereits zu Beginn ihrer Kur einen Überblick über die bekannten Risikofaktoren. Bei der Besprechung seiner Untersuchungsergebnisse mit seinem betreuenden Arzt am Donnerstag bzw. Freitag dieser Woche kann der Patient sein persönliches "Risikoprofil" so besser verstehen.

In der Begleitbroschüre "Gesund leben - Fit bleiben!" sieht der Patient seine eigenen Risikofaktoren (Erklärungen und Normalwerte zum Vergleich sind auf der selben Seite mit abgedruckt). Seine Motivation, seine Risikofaktoren während der Kur unter Kontrolle zu bringen, wird verstärkt.

Mittwoch (3. Kurtag) 17.15 Uhr: "Organisatorisches zum Kursport". Hier erläutert der Übungsleiter (Sportlehrer) das Bewegungstrainingsprogramm und das Freizeitangebot.

Donnerstag (4. Kurtag) 11.00 Uhr: "Warum Rauchen?" Nach einleitenden Worten wird zunächst eine Video-Kassette gleichen Titels von

Wilhelm Bittorf gezeigt. An dieser Veranstaltung nehmen neben den Rauchern auch alle Exraucher teil. Die Teilnahme der Nichtraucher ist freiwillig. Trotzdem wird das Angebot fast von allen Mitgliedern der Gruppe wahrgenommen, denn auch der Nichtraucher ist als Passivraucher gefährdet. Eine weitere Video-Kassette trägt den Titel "Keiner raucht für sich alleine". Sie wird entsprechend dem Ermessen des gesundheitsberatenden Arztes eingesetzt. Diese Kassette gibt in unterhaltender Weise Information über die Schädlichkeit des Rauchens.

In Form eines Gruppengesprächs berichten Exraucher über ihre Erfahrungen, die sie während der Zeit gesammelt haben, als sie mit dem Rauchen aufhörten. Raucher berichten über ihre Motive, warum sie rauchen und auch über ihre bisherigen vergeblichen Bemühungen, mit dem Rauchen aufzuhören. Eine lebhaft Diskussions kommt in Gang. Vom Arzt wird auf die günstige Gelegenheit hingewiesen, hier und jetzt während der Kur mit dem Rauchen aufzuhören. Die günstigen äußeren Bedingungen machen es dem Raucher leicht: im eigenen und im Interesse der Nicht- und Exraucher wird im gesamten Haus (auch auf den eigenen Zimmern und auf der Sonnenterrasse) nicht geraucht. Den Rauchern steht lediglich ein Raucherzimmer zur Verfügung. Die Patienten sind mit dem Kurprogramm zeitlich sehr in Anspruch genommen. Die Gelegenheit zum Rauchen wird weitgehend genommen. Abseits vom Alltagsstreß und in einer solchen "rauchfreien Umgebung" muß der Raucher für jede Zigarette den Raucherraum aufsuchen. So wird ihm jede Zigarette bewußt gemacht.

Am Mittwoch der zweiten Kurwoche um 17.15 Uhr wird die Diskussion mit den Rauchern und Exrauchern fortgesetzt. Erste "Erfahrungsberichte" werden mitgeteilt. Die Raucher haben Gelegenheit, freiwillig zu berichten, ob sie bereits aufgehört haben oder aber ihren Zigarettenkonsum reduzieren konnten.

Schwierigkeiten und Probleme werden erörtert. Für diese Stunde des Seminars stehen weitere Filme und Tonbildschauen zur Verfügung. Der Therapeut bemüht sich, die Gruppe als "Therapiehelfer" zu gewinnen. Über diese beiden Veranstaltungen hinaus steht der behandelnde Arzt, aber auch die übrigen Mitglieder des therapeutischen Teams, selbstverständlich dem Patienten hilfreich zur Seite.

Donnerstag (4. Kurtag) abends 17.15 Uhr: "Einführung in das Autogene Training". In dieser Stunde informieren wir interessierte Kurpatienten über das Autogene Training. Unter Einsatz einer Video-Kassette aus der Reihe "Mediothek von Dr. Iversen (Bad Segeberg)" wird die Technik des Autogenen Trainings demonstriert, anschließend werden beispielhaft einige Übungen gemeinsam gemacht. Aus Mangel an geeigneten Therapeuten können wir nicht täglich in kleinen Gruppen das Autogene Training trainieren. Dafür spielen wir über den Hausfunk zweimal täglich verschiedene Übungstexte zum Autogenen Training vor, nach denen die Patienten um 13.00 Uhr und 22.30 Uhr für sich allein in ihren Zimmern üben können. In der Bibliothek für die Gäste des Hauses gibt es eine Auswahl von Büchern zum Autogenen Training.

Der Sportlehrer führt im Anschluß an die Gymnastik nach Musik mit den Kurgästen Entspannungsübungen durch zu einer Entspannungsmusik, die ebenfalls über den Hausfunk zu hören ist.

Freitag (5. Kurtag) 11.00 Uhr: "Kampf dem Krebs"

Zunächst schauen sich alle Teilnehmer dieser Seminarstunde die auf einer Video-Kassette zur Verfügung stehende "standardisierte Fachinformation" an. Die anschließende Diskussion steht unter dem Motto "Krebs ist heilbar, wenn er frühzeitig erkannt wird". Eine Schwester informiert dann über die Möglichkeit zur freiwilligen Teilnahme an Krebsvorsorgeuntersuchungen während der Kur hier im Hause für Männer und Frauen. Von dieser Möglichkeit wird von vielen Patienten Gebrauch gemacht. Die Veranstaltung scheint eine gute Motivation zur Teilnahme an diesen Krebsvorsorgeuntersuchungen zu sein.

Freitag (5. Kurtag) 17.00 Uhr: "Risikofaktor Bluthochdruck" und "niedriger Blutdruck - Kreislaufregulationsstörungen". Als Medium steht eine Fernseh-Kassette mit einem Filmbeitrag zum Motto des Weltgesundheitstages: "Achtung! Hoher Blutdruck!" zur Verfügung.

Viele unserer Patienten klagen über Beschwerden bei niedrigem Blutdruck und hypotonen Kreislaufregulationsstörungen. Darauf wird in ca. 8 Minuten im Film eingegangen. Anschließend werden dem Arzt weitere Fragen zu dem Problem "hypotone Kreislaufregulationsstörungen" besprochen. Schwerpunkt dieser Seminarstunde stellt jedoch das Thema Risikofaktor Bluthochdruck dar. Nach ca. 15 Min. Sachinformationen durch die Fernsehkassette wird von dem Arzt auf die besondere Bedeutung einer guten Zusammenarbeit des Bluthochdruckpatienten mit seinem behandelnden Arzt (Compliance) eingegangen. Auf die Bedeutung der Früherkennung und der Vorsorge des Bluthochdrucks wird hingewiesen. In einer zweiten Stunde, an der nur die Bluthochdruckkranken teilnehmen, werden dann spezielle Fragen, insbesondere zur medikamentösen Dauertherapie und zur allgemeinen Lebensführung besprochen. Hier können auch ganz persönliche Fragen in der kleinen Gruppe diskutiert werden. Es besteht die Möglichkeit, bei dieser Kleingruppenarbeit auch einen Fragebogen einzusetzen, um das Grundwissen über die Blutdruckkrankheit nochmals zu erfassen, um auf falsche Vorstellungen korrigierend einwirken zu können.

Die Bluthochdruckkranken erlernen im Haus die Blutdruckselbstmessung unter Anleitung durch die Schwestern. Während des Aufenthaltes im Hause führen sie selbständig ihren Blutdruckpaß, in den die vom Patienten, von der Schwester und vom Arzt gemessenen Werte eingetragen werden.

Samstag (sowohl in der ersten, zweiten als auch dritten Kurwoche) 9.00 Uhr: "Phänomen Streß". Als Sachinformation steht aus der gleichnamigen sechsteiligen Fernsehserie von Dr. Frederic Vester, jeweils eine Fernsehkassette mit 45 min. Spieldauer zu einem der

folgenden Themen zur Verfügung:

- Menschendichte und Verkehr;
- Berufsstreß: Ehrgeiz, Angst, Prestige;
- Berufsstreß: Technik, Lärm, Bewegung;
- Familie und Zusammenleben;
- Urlaub und Erholung;
- Alter und Einsamkeit.

Da jeden Samstag eine andere Folge der Serie gezeigt wird, kann der Kurgast während seiner 26-tägigen Kur drei Veranstaltungen zum Thema Streß besuchen. Diese Veranstaltungen zur Gesundheitsbildung werden jeweils vom diensthabenden Arzt begleitet. Nach einleitenden Worten und nach Erläuterung der Begriffe Streß und Distreß wird die Kassette gezeigt, anschließend besteht für Interessierte die Möglichkeit zur Kleingruppendiskussion mit dem Arzt.

Samstag 10.15 Uhr: "Der Chefkoch informiert". Die Teilnahme an dieser Veranstaltung ist freiwillig. Hier informiert der Chefkoch persönlich über praktische küchentechnische Fragen, über eine gesunde Kochweise. Die ernährungsphysiologischen Informationen der Diätassistentinnen werden durch diese praktischen Kochtips ergänzt.

Montag (8. Kurtag) 11.30 Uhr: "Informationen zum Saunabaden" durch den Bewegungstherapeuten der Gruppe. Hier wird das richtige Saunabaden dargestellt, etwaige Kontraindikationen werden erläutert. Spezielle Fragen werden diskutiert und am Nachmittag desselben Tages geht es dann in die Sauna (dort auch Demonstration einfacher KNEIPP'scher Anwendungen).

Montag (8. Kurtag) 17.15 Uhr: "Leib und Seele". Als Fachinformation steht eine Tonbildschau mit gleichem Titel von Dr. med. Schauwecker zur Verfügung. Mit dem gruppenbetreuenden Arzt werden in dieser Stunde des Gesundheitsbildungsprogrammes psychosomatische Krankheitsbilder vorgestellt und an Beispielen werden die psychosomatischen Zusammenhänge erläutert. Aufbau und Funktion des vegetativen Nervensystems wurden bereits in früheren Veranstaltungen ("Phänomen Streß" und "Was ist Autogenes Training") als Lernstoff vermittelt. Kurze Wiederholungen und anschauliche Beispiele vertiefen das Wissen der Hörer.

Dienstag (9 Kurtag) 11.15 Uhr: "Sein Problem - unser Problem". Als Sachinformation wird eine Filmaufzeichnung mit gleichem Titel eingesetzt. In dieser Stunde werden zum Risikofaktor Übergewicht von der Diätassistentin ernährungsphysiologische Grundlagen dargestellt und diskutiert.

Mittwoch (10. Kurtag) 17.15 Uhr: "Es geht auch ohne (Zigaretten)". Der Einsatz eines Filmes der BfA gleichen Titels steht dem die Veranstaltung leitenden Arzt frei. In dieser bereits erwähnten zweiten Stunde zum Nichtrauchertraining entwickelt sich oft eine so lebhaftige Diskussion, daß auf den Film, der Informationen zur schrittweisen Raucherentwöhnung gibt, verzichtet werden kann.

Donnerstag (11. Kurtag) 8.45 Uhr: "20 Jahre 40?" (Film). Der Film zeigt Untersuchungsergebnisse an älteren untrainierten Menschen, die in höherem Lebensalter erst mit dem Sport begonnen haben. Der Film wurde in dem Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin der Sporthochschule Köln hergestellt. Das Thema dieser Stunde lautet: "Risikofaktor Bewegungsmangel". Die Veranstaltung wird von dem für die Gruppe zuständigen Übungsleiter, einem Sportlehrer/in geleitet. Ausgehend von "Bewegungsmangel als "Krankheitsursache" werden konkrete Hinweise und Empfehlungen für ein sinnvolles körperliches Bewegungstraining zum Ausgleich des uns alle bedrohenden Bewegungsmangels gegeben. Herz-Kreislauftraining bedeutet "Ausdauertraining". Der Begriff "Ausdauertraining" wird definiert, die biologisch wünschenswerten und präventiv-wirksamen Trainingswirkungen werden erläutert. Gemeinsam erarbeitet die Gruppe Möglichkeiten für geeignete Trainingsprogramme für die Zeit nach der Kur. Die theoretischen Hinweise werden am kurbegleitenden aufbauenden Bewegungstrainingsprogramm "praxisnah" erklärt. Ein wesentlicher Bestandteil des Kursportprogrammes ist ein aufbauendes, individuell dosiertes und kontrolliertes Ausdauertraining unter Beachtung etwaiger Kontraindikationen.

Donnertag (3. Kurwoche) 14.00 Uhr: "Iß Dich schlank". Hier werden von der Diätassistentin aufbauend auf die vorangegangene Stunde "Risikofaktor Übergewicht" konkrete Hinweise zur Gewichtsreduktion gegeben. Zusätzlich kommen die Adipösen zu Gesprächen in kleinen Gruppen gemeinsam mit der Diätassistentin zusammen. Auch Einzelberatungen sind vorgesehen (werden ärztlich verordnet).

Montag (4. Kurwoche) 16.15 Uhr: "Leben mit dem Diabetes". Als Sachinformation dient ein Film mit gleichem Titel. Ergänzt wird diese Veranstaltung durch Einzelberatungen für Diabetiker. Für Interessierte stehen auch zu diesem Thema als Informationsmaterial Broschüren und Merkblätter zur Verfügung.

Ab der 3. Kurwoche tritt das Bewegungstraining zeitlich mehr in den Vordergrund. Auch hierbei ist natürlich "Gesundheitsbildung" eingeschlossen. In Pausen werden vom Übungsleiter und von teilnehmenden Ärzten und Schwestern immer wieder an aktuellen Beispielen Informationen gegeben. Beispielsweise wird bei einer Halbtageswanderung während der Rast über das Saunabaden informiert. Am Nachmittag dieses Tages geht dann die Gruppe in die Sauna (Lernen durch Erfahrung).

Wir vermeiden bewußt den Ausdruck "Patient" (Erduldender, Erleidender, Ertragender), denn wir möchten ja zur Aktivität anregen. Durch Wissen und Selbsterfahrung mündig werden! In diesem Sinne wiegen sich Übergewichtige 3 x wöchentlich selbst und tragen ihre Werte in entsprechende Tabellen ein. Bluthochdruckkranke erlernen die Bluckdruckselbstmessung. 2 x pro Woche werden diese Werte von der Schwester oder dem Arzt kontrolliert. Medi-

Medikamente werden soweit notwendig nicht 3 x täglich, sondern mit konkreten Informationen und Dosierungshinweisen für mindestens 1 Woche ausgegeben. Der Kurgast trägt Selbstverantwortung dafür, daß er seine Medikamente regelmäßig einnimmt. Wir möchten auch damit einen Beitrag zum "mündigen Partner" des Arztes leisten. Als Beitrag zur Glaukomfrüherkennung wird bei allen Kurgästen über 40 Jahre der Augeninnendruck gemessen. Der Vordruck mit der Einladung zur Untersuchung enthält hierzu in wenigen Sätzen wesentliche Gesundheitsinformationen. Im Herbst lief eine Aktion zur Teilnahme an der Grippe-Schutz-Impfung. Alle diese Maßnahmen sind auf eine "Aktivierung des Patienten" und die Entwicklung seines Gesundheitsbewußtseins ausgerichtet.

In Einzelgesprächen beim betreuenden Arzt werden die Untersuchungsergebnisse besprochen. Jeder hört über seine Risikofaktoren, über sein persönliches Risikoprofil. Gemeinsam wird der Behandlungsplan besprochen. Soweit wie möglich wird auf Medikamente verzichtet: Stoffwechselstörungen werden immer durch eine sinnvolle Ernährung, Gewichtsreduktion, körperliches Training gebessert oder sehr häufig normalisiert.

Auf unser Bewegungstrainingsprogramm (Gymnastik, Waldlauf, Schwimmen, Zirkeltraining, verschiedene Spiele, Ergometertraining, Radwandern, Wasserwandern und Terrainkuren) sowie das reichhaltige Freizeitangebot: Tennis, Kegeln, Tischtennis, Malen, etc. kann im Rahmen dieser Arbeit nur hingewiesen werden.

Als "Kommunikationszentrum" haben wir im Freizeitbereich einen schönen Clubraum. Am Montag der 3. und am Mittwoch der letzten Kurwoche gestalten die jeweiligen Gruppen hier gesellige Veranstaltungen, natürlich wird dabei nicht geraucht! Die Stimmung ist trotzdem ausgezeichnet. Wir spüren deutlich, wie gut diese aktive Kurform angenommen wird.

Gesundheitsbildung - mit welchem Erfolg? Bei der Beurteilung des Kureffektes ist sicher zu berücksichtigen, daß es sich bei unseren Gästen um ein ausgewähltes Kollektiv von Mitgliedern einer Ersatzkrankenkasse handelt, also um keinen repräsentativen Querschnitt der Gesamtbevölkerung. Zur Beurteilung des Kureffektes dienen subjektive Angaben des Gastes und objektiv messbare Kriterien bei Kurbeginn und bei Kurende. Solche objektiven Kriterien für die Beurteilung des Kureffektes sind das Verhalten von Körpergewicht, Blutdruck und Laborwerten sowie die Rauchgewohnheiten. Die vergleichende Betrachtung der ergometrischen Belastungsuntersuchung zu Beginn und am Ende der Kur gibt Aufschluß über den erzielten Trainingseffekt und die Verbesserung der kardiopulmonalen Belastbarkeit. Bei der objektiven Beurteilung des Kureffektes geht es letztlich um eine Bilanz der persönlichen Risikofaktoren.

Entscheidend ist natürlich der Langzeiteffekt solcher Kuren. Deshalb haben wir im Jahre 1980 eine Studie zur "Nachsorgenden Betreuung ehemaliger Kurpatienten (NB)" durchgeführt. Es handelt sich bei der

"Nachsorgenden Betreuung" ehemaliger Patienten des DAK-Herz-Kreislauf-Kurzentrums um ein Projekt zur "Intervenierenden Prävention arterio-sklerotisch bedingter Herz-Kreislaufkrankheiten". Es soll dabei geprüft werden, wie sich bestimmte Risikofaktoren, bis 2 Jahre nach der Kur, verhalten. Wenn sich ein Langzeiteffekt einstellt, kann nach den Ergebnissen epidemiologischer Untersuchungen erwartet werden, daß durch die Elimination von Risikofaktoren auf lange Sicht, infolge einer nachhaltigen Verhaltensänderung bei diesen Menschen, die Morbidität und die Mortalität an degenerativen Herz- und Kreislaufkrankheiten abnimmt. Zur Kontrolle des Langzeiteffektes und natürlich auch zur Verstärkung des erzielten Kureffektes ("Gebende Epidemiologie" nach NÜSSEL) sind die Briefkontakte im Rahmen der laufenden nachsorgenden Betreuung geplant.

Methodik: Mit allen ehemaligen Kurpatienten des Jahres 1980 ist erneut Kontakt aufgenommen worden. Um den Einfluß einer häufigeren Kontaktrate zwischen dem Kurzentrum und den ehemaligen Patienten auf den Langzeiteffekt beurteilen zu können, wurden 2 Kollektive nach Randomisierungskriterien gebildet, und wurden vergleichend gegenübergestellt. Mit einem Anschreiben erhielt der ehemalige Kurgast zu bestimmten Zeiten nach der Kur einen "Ärztlichen Fragebogen zur Überwachung von Risikofaktoren" zugesandt. Dem Kollektiv A zugeteilten Patienten erhielten den Fragebogen bis 2 Jahre nach der Kur alle 6 Monate zugesandt, also 6, 12, 18 und 24 Monate nach der Entlassung aus der Kurklinik. Die Mitglieder des Kollektivs B erhielten den Fragebogen nur einmal 24 Monate nach der Entlassung aus der Kur zugesandt. Die Randomisierung erfolgte nach einer fortlaufenden Nummer, die vom Text-System vergeben wurde. Diese Nummer diente gleichzeitig als Identifikationsnummer bei der Anonymisierung der Daten. Die Datensammlung wurde von Mitarbeitern des DAK-Kurzentrums sichergestellt. Die Auswertung, Diskussion und Interpretation des Datenmaterials wird von dem Institut für Klinische Sozialmedizin (Prof. Nüssel und Mitarbeiter) der Universität Heidelberg, durchgeführt. Zu einem späteren Zeitpunkt soll entschieden werden, ob, und in welcher Form die NB ein fester Bestandteil des derzeitigen Kurmodells wird. Die Methoden des Projektes können durch praktische Erfahrungen Schritt für Schritt weiter entwickelt werden. Das Projekt kann also laufend, sowohl den wissenschaftlichen Bedürfnissen, als auch den praktischen Belangen angepaßt werden.

Im Rahmen der Untersuchungen bei Kurbeginn wird nach Risikofaktoren gefahndet. Überschreiten bestimmter Parameter festgelegte Kriterien, werden diese Parameter bei Kurende und in bestimmten Intervallen nach der Kur in Zusammenarbeit mit dem Patienten von seinem Hausarzt kontrolliert. Der Kurpatient wird bereits während der Kur über die NB informiert und zur Mitarbeit motiviert. Die Untersuchungsergebnisse bei Kurbeginn und Kurende werden mit jedem einzelnen Patienten besprochen, jedem Patienten wird sein persönliches Risikoprofil aufgezeigt. Ein die Kur begleitendes "Gesundheitsbildungsprogramm" liefert die erforderlichen Sachinfor-

mationen, welche durch Einzel- und Klein-Gruppengespräche mit den Betroffenen weiter vertieft werden. Im Kurprogramm werden konkrete Möglichkeiten angeboten und erprobt, Risikofaktoren zu beeinflussen. Wir erhoffen uns von der NB darüber Auskunft, ob und gegebenenfalls wie lange, die meist guten Kureffekte bezüglich des Abbaus von Risikofaktoren nach der Kur unter den Belastungen des Alltags erhalten bleiben bzw. noch vertieft werden.

Für den ehemaligen Kurpatienten erhoffen wir eine Verstärkung der während der Kur mehr oder weniger erreichten Motivation zu einer gesunden Lebensweise ("Gebende Epidemiologie" nach NÜSSEL). Wir wollen die ehemaligen Kurpatienten erneut an ihre Risikofaktoren erinnern und sie gewinnen, auch nach der Kur weiterhin aktiv mitzuarbeiten, diese Risikofaktoren möglichst langfristig unter Kontrolle zu halten.

"Gesund leben - fit bleiben"

So sollte das Motto nicht nur während der Zeit der Kur lauten. Die Bereitschaft, auch nach der Kur den Lebensstil in Richtung auf ein gesundheitsbewußteres Verhalten zu verändern, können wir bei vielen unserer Kurgäste beobachten. Sie sehen jedoch auch Schwierigkeiten, die während der Kur erlernten Verhaltensweisen langfristig im Alltag in die Tat umzusetzen.

Möge die Tagung neue Erkenntnisse, Wege und Möglichkeiten aufzeigen, diejenigen Menschen zu unterstützen, die nach einer Kur gesundheitsbewußter leben wollen.

BECKER, K., H.GOETZ, CH.LENKEIT und B.SAURBIER: Praktische Gesundheitserziehung am Beispiel einer Kurklinik. Deutsches Ärzteblatt 6 (1980), 361-367

BRAUNER, K.: Gesundheitserziehung - ihre Realisierbarkeit aus pädagogischer Sicht. Deutsches Ärzteblatt 30 (1981), 1446-1448

Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V. Gesundheitserziehung und Kur. Bericht über die Informationstagung v. 29.-31.05.75 in Freudenstadt/Schwarzwald.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Herz- und Kreislaufkrankheiten, die Rolle der Gesundheitserziehung in der Erst- und Zweitprävention. 2. Internationales Seminar für Gesundheitserziehung Höhenried, 05.-10.07.70

DEUTSCHES ÄRZTEBLATT: Sport - Eine Chance der Gesundheitsberatung, 1 (1979), 5-7

FLIEDNER, T.M.: Unveröffentlichte Manuskripte vom SYMPOSION über Gesundheitserziehung als Prävention gegen Krankheit und Behinderung am 2./3. Juni 1981 in Bad Säckingen

Gesundheit spielend lernen refro med.: Bayer A.G., Sofort-Kongress-Diest 12.04.76, Nr. 14 Bericht über eine Arbeitstagung über Gesundheitserziehung in der Schule.

GLEICHMANN, U., S.GLEICHMANN, H.MANNEBACH: Der neue Lebensstil. Z'schr.f. der Deutschen Herzstiftung 4 (1983)

GOODWIN, J., G.ROSE, G.SCHETTLER und K.KÖNIG: Risikofaktoren und Prävention nach Herzinfarkt. Deutsches Ärzteblatt 77 (1980), 2673

GRÜNEWALD, B.: "Kurmittel Gesundheitsbildung: Quo Vadis Opas Badekur?" Der niedergelassene Arzt 22 (1976), 42-56.

GRÜNEWALD, B.: "Sport" als Praeventio: Ist Bewegungsmangel als Risikofaktor gesichert? Therapiewoche 30 (1980), 5205-5209

GRÜNEWALD, B.: Gesundheitsbildung, Bericht aus der Praxis eines Herz-Kreislauf-zentrums. Loccum Protokolle: Der mündige Patient 12 (1976), 61-75

MALHUBER, M.J.: Gesundheitserziehung im Rahmen der kardiologischen Rehabilitation. Fortsch. Med. 21 (1978), 1109-1152

MALHUBER, M.J.: Was soll das sein: Eine Kur? Z'sch.f. Allgemeinmedizin 30 (1975), 1378-1381

HEYDEN, S. und G. WOLFF: Gesunderhaltung trotz Gesundheitsrisiken. Z'schr.f. Allgemeinmedizin 14 (1976), 737-747

HEYDEN, S.: Risikofaktoren für das Herz. Ergebnisse und Konsequenzen der post-Framingham-Studien. Boehringer Mannheim GmbH (1974)

HOLLMANN, W.: Prävention und Rehabilitation degenerativer kardiovaskulärer Krankheiten. Fortschr.Med. 25 (1972), 875-879

HOLTZ, H.: Körperliche Aktivität und Sport in der primären Praeventio der koronaren Herzkrankheit. Dt.Gesundh.-Wesen 31 (1976), 1499-1503

JACOB, W.: Der Arzt und das Thema Gesundheit. Deutsches Ärzteblatt 35 (1979)

KIJANSKI, von, H.-D.: Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung E.V. Gesundheitstraining während der stationären Heilbehandlung. Referat gehalten auf der von der Bundesvereinigung am 4./5.12.80 in Berlin durchgeführten Informationsbesprechung über "Gesundheitserziehung in der geschlossenen Kur"

KLEIN, K.: Praktische Gesundheitserziehung. Quelle und Meyer Verlag, Heidelberg (1976)

KLEIN, K.: Gesundheitsbildung am Kurort: Integraler Bestandteil der Erwachsenenbildung. Der niedergelassene Arzt 6 (1976) 99-144

KLEINSCHMIDT, T.: Zur Praxis der Gesundheitserziehung und Verhaltenstherapie während der Kur. Heilbad und Kurort-Zeitschrift für das gesamte Bäderwesen, 7/8 (1975), 184-188

MENGERSHAUSEN von, J.: Vermeidbare Krankheiten - Anregungen zur Kostendämpfung. Deutsches Ärzteblatt 25 (1976), 1691-1694

Praxis und Probleme der Gesundheitsbildung: Manuskripte der Referate anlässlich des 8. Höhenrieder Symposions am 14. und 15.11.1975

NÜSSEL, E., L.BUCHHOLZ, K.J.EBSCHNER, H.BERGEGGT und W.MORGENSTERN: Die Gemeinde als Ansatzstelle für eine Prävention. Internist 21 (1980), 437-445

RÖMER, F.: Kann Gesundheitserziehung von der Werbung lernen? Bundesvereinigung e.V. Bonn-Bad Godesberg 1 28 (1974)

SAURBIER, B.: Didaktische Grundsätze in der Gesundheitserziehung. Ein Erfahrungsbericht aus der Kurklinik Bad Oeynhausen. Deutsches Ärzteblatt 19 (1981), 943-949

SCHABACKER, M.E.: Gesundheitserziehung für die Praxis. HIPPOKRATES Verlag (1980)

SCHETTLER, G., NÜSSEL, E.: Maßnahmen zur Prävention der Arteriosklerose. Arbeitsmed. Sozialmed. Prävention 10 (1975), 25-29

SCHETTLER, G.: "Arteriosklerose - Eine bedrohliche Entwicklung fordert Präventivmaßnahmen". Deutsches Ärzteblatt 15 (1983), 35-38

SCHIPPERGES, H.: Zur Lage der Gesundheitserziehung. Erste Ergebnisse einer Umfrage - Plädoyer für eine Enquete. Deutsches Ärzteblatt 4 (1979)

SCHLIERF, C.: Arteriosklerose - Möglichkeiten für Prophylaxe und Therapie. Internist 19 (1978), 632-635

SCHMIDT, H.-G.: Heute muß die Kur Gesundheitserziehung (Gesundheitsbildung) sein oder sie wird nicht sein. Phys. Med. u. Reh. 4, (1977), 192-195

STOCKSMEIER, U.: Gesundheitsbildung aber wie? Haug Verlag, Heidelberg (1974)

TROSCHE von, J.: Bausteinprogramm zur Gesundheitserziehung Erwachsener. ROCCOM, Editiones "Roche" F.HOFFMANN-La Roche u. Co. AG, Basel (1978)

WOLFF, G.: Gesundheitserziehung - kein Thema für den Arzt? Medizin 5,3 Verlag Dr. med. Dr. Straube, Erlangen (1977), 255-262

Gabriele Diers,

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband Niedersachsen, Kreisgruppe Hannover

Thema: Integration von Kurmaßnahmen und Nachsorge am Wohnort
"Aufsuchende und begleitende Hilfen in der Müttergenesung"
Modellprojekt des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes in 15 niedersächsischen Städten

Schätzungsweise stehen ca. 1 Million Mütter in der Bundesrepublik Deutschland vor dem physischen und psychischen Zusammenbruch. Die Krankenkassen und Sozialämter geben Millionen aus, um Frauen Kuren zu ermöglichen und dem Zusammenbruch vorzubeugen. Auf Grund meiner 16 Monate Berufserfahrung in der Projektstätigkeit habe ich erfahren, daß Kuren nur dann den gewünschten Erfolg bringen, wenn die Gesamtsituation der Frauen in der Konzeptionierung und Durchführung von Heilmaßnahmen berücksichtigt wird.

Ein Konzept für solche umfassende Heilmaßnahmen hat das Müttergenesungswerk in seinem Kurangebot entwickelt. In der engen Zusammenarbeit mit dem Kurleiter-Team in unserem Müttergenesungsheim in Zorge wird die oft desolante Situation der Frauen nicht als medizinisches, sondern als soziales Problem begriffen. Während des Kurverlaufes werden die medizinischen Heilmaßnahmen begleitet von einer breiten Angebotspalette in musischen und kreativen Bereich. Ebenso werden Beratungshilfen in Ernährungs-, Erziehungs-, Ehe- und Familienfragen angeboten. Autogenes Training, Entspannungsübungen und Selbstbehauptungstraining werden durchgeführt.

Von großer Bedeutung für die Kurteilnehmerinnen sind die Einzel- und Gruppengespräche.

Das Projekt will zweierlei bewirken:

Der humane Aspekt bewirkt Hilfe für die betroffenen Frauen bei der Bewältigung ihrer Lebenssituation, die auch und besonders ihren Familien zugute kommt. Das Projekt will aber auch zur Kostendämpfung beitragen, indem es die Folgekosten mildert oder ganz abwendet, die durch Überforderung von Müttern mit allen medizinischen und sozialen Begleiterscheinungen bis hin zum totalen Versagen entstehen, z.B. ständige Arztkosten, Medikamente, evtl. Krankenhausaufenthalte, schulpsychologische Hilfen u.ä. mehr. Das Projekt hat also eine familienpolitische wie gesundheitspolitische Zielsetzung.

Der Schwerpunkt der Projektarbeit liegt auf gezielter Vor- und Nachsorge-Arbeit bei der Müttergenesungskur, um den Kurerfolg langfristig zu garantieren.

1. Sinn der Vorsorge

In Zusammenarbeit mit Krankenkassen, Ärzte- und Schulärzteschaft, Familienhilfe, Jugendpsychologischer Dienst, Kinderschutzbund u.ä. Einrichtungen, werden Frauen aus dem Patientenkreis ausgesucht, bei denen Überforderungserscheinungen zu beobachten sind, die deshalb überdurchschnittliche medizinische Hilfeleistungen bereits seit längerer Zeit in Anspruch nehmen müssen.

Eine Fallschilderung soll Ihnen meine Arbeit verdeutlichen!

Eine Schulärztin aus Hannover vermittelte mir ein Erstgespräch mit Frau X in ihrem Beisein und bat mich um Mithilfe, damit Frau X kein Opfer halsstarrer Bürokratie wird.

Der erste Hausbesuch bei Frau X wurde so eingeleitet. Eine Analyse der Familiensituation in Zusammenarbeit mit Erziehern der Kindertagesstätten, die die Kinder von Frau X betreuen, mit Familienhilfe und Jugendamt konnte erstellt werden.

Frau X ist 39 Jahre alt und versorgt drei Kinder im Alter von 2, 5 und 9 Jahren. Nach 5 Ehejahren mit einem Alkoholiker lebt sie jetzt in Scheidung. Der Gerichtsbeschluß forderte das Jugendamt in Hannover auf, Frau X zur Unterstützung eine Familienhelferin zu vermitteln, was bisher nicht geschehen war.

Als Sozialarbeiter der Familienhilfe Frau X aufsuchten, um von der Frau die Unterschrift für die Heimeinweisung ihrer Kinder einzuholen, wandte sich die Frau hilfesuchend an ihre Schulärztin. Als ich Frau X aufsuchte, stand die Frau vor einem physischen und psychischen Zusammenbruch. Der terrorisierende Ehemann, Angst vor Sorgerechtsentzug, verbunden mit der Trennung von ihren Kindern die ihr angedroht wurde, waren einige Ursachen dafür.

Die Schulärztin berichtete, daß Frau X jeden notwendigen Arztbesuch für die Kinder gewissenhaft wahrnehmen würde. Ja, man könne bei ihr schon von einer gewissen Arzthörigkeit sprechen. Frau X steht unter dem Erfolgszwang, eine gute Mutter sein zu müssen. Sie wohnt am Rande von Hannover. Die Zweijährige wurde in der Medizinischen Hochschule in Hannover am Ohr operiert, eine eingeschränkte Hörfähigkeit ist zurückgeblieben. Kontrolluntersuchungen in der MHH sind erforderlich. Die fünfjährige Tochter und der neunjährige Sohn müssen sich 2 x wöchentlich einer heilgymnastischen Behandlung unterziehen, Augenarzt-Kontrolluntersuchungen stehen mit auf dem Plan. Der Mutter der Kinder war eine Massagebehandlung 3 x wöchentlich verschrieben. Der Sohn ist verhaltensauffällig und besucht eine Sprachheilschule.

Bei meinem Hausbesuch führte ich mit Frau X ein Gespräch über ihre Erwartungen an die Kur in Zorge, sprach mit ihr über die Finanzierung der Kur und erarbeitete eine Zielvorstellung für den erfolgreichen Verlauf dieser Kur.

Lästige Behördengänge konnte ich Frau X abnehmen. Der Hausarzt wurde über die Art meiner Betreuung von Frau X informiert. Frau X nahm die Möglichkeit wahr, in unserer Frauengruppe Frauen kennenzulernen, die zur gleichen Zeit nach Zorge fuhren. Schwellenangst konnte ihr dadurch genommen werden.

Die Schulärztin hielt es für angezeigt, die drei Bettnässer-Kinder von Frau X zeitgleich zur Kur in ein Kinderkurheim nach Braunlage zu schicken. In Absprache mit Frau X schickte ich an das Kurleiter-Team in Zorge und an das Heimleiter-Ehepaar des Kinderkurheimes einen Informationsbericht.

Die begleitende Hilfe während der Kur beinhaltete meinen Besuch in Zorge nach 14 Kurtagen.

Vom Heimleiter-Team in Braunlage erfuhr ich, daß sich die Kinder gut eingelebt hatten. Mit Hilfe von Tests fanden die Erzieher heraus, daß eine Entfernung der Kinder aus dem Elternhaus noch nicht angezeigt war. Die Kindergartenleiterin der Kindertagesstätte, in der Frau X den Mutter-Spielkreis besuchte, hielt einen Sorgerechtsentzug bei Frau X ebenso für nicht erforderlich und versprach mir gute Zusammenarbeit betreffs Nachsorge für Frau X.

2. Sinn der Nachsorge-Arbeit:

Die Nachsorge-Maßnahme beinhaltet ein Einzelgespräch nach der Kur, evtl. Vermittlung an bestehende Beratungseinrichtungen, wenn zum Beispiel eine psycho-therapeutische Behandlung oder die Wahrnehmung von heiltherapeutischen Maßnahmen angezeigt ist.

Beispiel:

Die Zusammenarbeit mit den Erzieherinnen von den Kindern der Frau X ermöglichte es Frau X, weiterhin an unseren Frauengruppentreffen teilnehmen zu können. Eine Teilnehmerin dieser Gruppe, die in diesem Jahr bereit ist, eine eigene Selbsthilfegruppe aufzubauen, leistete Hilfe bei der Erstellung eines Haushaltsplanes und besuchte regelmäßig einmal wöchentlich Frau X, um sie zu beraten und mit ihr gemeinsam schwierige Behördengänge zu erledigen.

Meine Kollegin, die seit August 1985 mit mir zusammen dieses Projekt in Hannover durchführt, übernahm dann die Aufgaben einer Familienhelferin, bis es dem Jugendamt gelang, im Oktober dieses Jahres eine geeignete Kraft für Frau X stellen zu können.

Das Ziel der Frauengruppenarbeit ist es, mittel- und langfristig die Frauen dazu zu befähigen, Selbsthilfegruppen zu bilden. Weil diese Form der nachsorgenden Hilfe weitgehend von Frauen in Anspruch genommen wird, die uns sogar zum Teil als "ENDSTATION" aufsuchen, gelten hier andere Kriterien der Selbstreflexion und der Lernmotivation, als sie für Frauen aus der Mittelschicht selbstverständlich sind. Ansätze für den Hilfe zur Selbsthilfe-Auftrag sind dennoch erkennbar.

Es bestehen regelmäßige Telefonkontakte untereinander, guterhaltene Kleidungsstücke werden ausgetauscht, Hilfestellung für den "Anderen" wird praktiziert.

Im Beisein von meiner Kollegin und mir ermutigen wir die Gruppenteilnehmerinnen zur eigenen Gestaltung der Treffen, auch Referenten zu uns einzuladen. Einige Frauen waren neulich bereit, dem NDR ein Interview zu geben, das am Freitagabend, dem 17. Januar 1986, um 20.00 Uhr, auf NDR 1 in der Sendung "Sozialpolitik am Abend" gesendet wird.

Dorothea Vesper,

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Kreisgruppe Nienburg

Thema: Integration von Kurmaßnahmen und Nachsorge am Wohnort

"Aufsuchende und begleitende Hilfen in der Müttergenesung"
- Modellprojekt des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes -
Landesverband Niedersachsen -

In diesem Beitrag möchte ich eine modifizierte Vorgehensweise des Modellprojekts "Aufsuchende und begleitende Hilfen in der Müttergenesung" des DPWV Niedersachsen vorstellen und auf die in der täglichen Praxis erfahrene Notwendigkeit einer krankheitsunspezifischen Prävention mit Kurteilnehmerinnen eingehen.

Nach Aussagen des Müttergenesungswerkes (MGW) nimmt der Anteil der Frauen, die mit psychosomatischen Störungen in die Kur kommen, zu. Über die leichteren Befindlichkeitsstörungen klagen Kurteilnehmerinnen durchgängig. Darunter sind diffuse, noch nicht manifeste psychische Störungen oder körperliche Erkrankungen subsumiert. So z.B. Hypotonie, Kreislauf- und Durchblutungsstörungen, Übelkeit und Magenschmerzen, Herzjagen, Angst- und Unruhezustände, Nervosität, Abgespanntheit und depressive Verstimmungen. Den Befindlichkeitsstörungen kommt zwar nicht unbedingt Krankheitswert zu, aber als Vorboten schwerer Erkrankungen und einer erhöhten Chronifizierungsgefahr bei der Zielgruppe des MGW erhalten sie zentrale Aufmerksamkeit.

Zielgruppe der Müttergenesung waren von Anfang an Hausfrauen und Mütter und zwar in erster Linie Hausfrauen und Mütter der unteren Schichten, alleinerziehende Frauen und Mütter behinderter Kinder, sowie die Gruppen der in Familienbetrieben mithelfenden Frauen und Sozialhilfeempfängerinnen. Die psychosoziale Situation und die daraus resultierende Befindlichkeit dieser Familienfrauen ist derart alarmierend, daß sie bereits als "eine neue gesellschaftliche Zeitbombe dargestellt wird, deren Wirkung auf die junge Generation nicht auszumalen ist."¹⁾ Ferner ist zu vermuten, daß die Zielgruppe des MGW auch weitgehend deshalb eine Risikogruppe ist, weil sich ihre Probleme und vegetativen Störungen einer allein medizinisch-orientierten Behandlung meist hartnäckig entziehen.

Der ursächliche Zusammenhang von vegetativen Störungen und psychosozialen Belastungen wurde in die Konzeption der Müttergenesungskuren eingearbeitet und führte zu einem integrierten medizinischen, psychologischen und sozialen Behandlungsangebot.

1) In: DIE ZEIT vom 14.09.1984, "Nur einmal richtig Atem holen";

Für die Stabilisierung des Kurerfolgs ist die Verknüpfung therapeutischer Maßnahmen von Kureinrichtung und medizinischer und sozialer Arbeit am Wohnort entscheidend.

Hier setzt das Modellprojekt des DPWV Niedersachsen an, in dem es den in der Kur initiierten gesundheitsfördernden Prozeß durch eine nachgehende Betreuung aufgreift und fortführt.

Die präventionsorientierte Beratungs- und Sozialarbeit in der Kurnachsorge wird seit 1 1/2 Jahren in Nienburg durchgeführt und Erfahrungen aus der praktischen Arbeit veränderten die Vorgehensweise. Es mußten örtliche Gegebenheiten des ländlichen Einzugsgebietes stärker berücksichtigt werden, wie z.B. die bestehenden Lücken in der psychosozialen Versorgung während die sozialarbeiterischen Strategien differenzierter an der Problematik und den Bedürfnissen der Frauen ausgerichtet wurden.

Die Beratungsarbeit mit Kurteilnehmerinnen weist in Nienburg zwei Besonderheiten auf, die ich als erstes nennen will:

- im Vordergrund der sozialarbeiterischen Tätigkeit steht die psychosoziale Kurnachsorge. Vorbereitung und Vermittlung werden in der Regel wie bisher von der Kurvermittlerin durchgeführt. Sie bereitet auch die Frauen in den Vorgesprächen auf die Nachsorge vor,
- die Nachsorge wird grundsätzlich allen Kurteilnehmerinnen angeboten, d.h. die Zahl der Kureinrichtungen erweitert sich auf ca. 18 Heime und erschwert damit die notwendige Kooperation.

Angesichts der Tatsache, daß in der überwiegenden Zahl der Einrichtungen die Nachsorge kein integraler Bestandteil des Kurkonzepts ist, werden viele Frauen auf eine nachgehende Betreuung nicht vorbereitet. Trotz dieses Defizites haben 75 % der vermittelten Kurteilnehmerinnen im vergangenen Jahr das Einzelgespräch nach Beendigung der Kur wahrgenommen.

Doch am Anfang steht die Kurvermittlung und Vorbereitung, zu der die Frauen entweder direkt kommen, oder sie werden von ihrem Hausarzt bzw. der Amtsärztin an den DPWV vermittelt.

Entsprechend des ärztlichen Gutachtens und den psychischen und sozialen Belastungen der Frau wird das geeignete Heim ausgewählt. Im weiteren Verlauf gibt die Kurvermittlerin Hilfestellung bei Finanzierung und bereitet die Frau auf den Ablauf der Kur vor.

Marlis G., 24 Jahre, verheiratet, 2 Kinder. Wegen einer Thrombose wurde sie im vergangenen Jahr zweimal stationär behandelt. Seitdem befürchtet sie ständig eine erneute Krankenhauseinweisung. Sie leidet häufig unter Migräne, Schwindelgefühlen und Nackenverspannungen und fühlt sich dadurch der Hausarbeit und der Kindererziehung nicht gewachsen. Nein, Probleme habe sie keine. Ihr Mann, der im Schichtwechsel arbeitet, hilft sogar regelmäßig im Haushalt.

Monika H., 37 Jahre, eine sechsjährige Tochter, arbeitet stundenweise als Verkäuferin und erhält seit der Scheidung im Frühjahr zusätzlich Sozialhilfe. Auf Verlangen des Sozialamtes mußte sie sich eine kleinere Wohnung suchen und hat nun Schwierigkeiten, die vollständige Beihilfe für Renovierung und Umzugskosten zu erhalten. Möchte gerne halbtags arbeiten, um von der Sozialhilfe unabhängig zu sein. Nimmt seit längerem täglich Beruhigungstabletten, um den Alltagsanforderungen gewachsen zu sein und um ihrer Tochter eine geduldigere Mutter sein zu können. Ihr Arzt hat jetzt zwei Magengeschwüre festgestellt. Der geschiedene Ehemann drängt sie, wieder mit ihm zusammenzuziehen, dies sei auch das Beste für das Kind. Sie steht dem sehr ambivalent gegenüber. Einerseits wünscht sie sich ein intaktes Familienleben, aber ob sie an seine Versprechungen glauben kann, daß er keine weiteren Affären haben wird

Dagmar L., 26 Jahre, der siebenjährige Sohn leidet an Asthma. Die Ehe hat sich seit der Arbeitslosigkeit ihres Mannes weiter verschlechtert. Sie erhalten zu der Arbeitslosenhilfe zusätzlich Sozialhilfe. Schon seit längerer Zeit denkt sie über eine Trennung nach. Aus Furcht vor ihrem Mann und weil sie nicht weiß, wohin sie mit ihren zwei Kindern gehen soll, bleibt sie. Ihre Mutter ist in der letzten Woche mit der Diagnose Krebs ins Krankenhaus eingewiesen worden. Seit dem versorgt sie ihre jüngeren Brüder (15 und 19 J.) und fährt ständig zwischen den beiden Wohnungen hin und her. Deswegen gab es auch schon Ärger mit ihrem Mann. Sie ist völlig erledigt, ihre Hände zittern vor innerer Anspannung, abends hat sie Einschlafschwierigkeiten.

Eva M., 41 Jahre, ist gelernte Tischlerin, 4 Kinder. Seit dem Tod der Mutter pflegt sie ihren körperlich und geistig behinderten Bruder. Außerdem erledigt sie die Buchhaltung im Betrieb ihres Mannes. Oben im Haus wohnt die Schwiegermutter, zu der sie kein gutes Verhältnis besitzt - hatte vor kurzem einen Kreislaufkollaps.

Bei diesen und ähnlich gelagerten Problemen und Lebenslagen stellt der Kuraufenthalt häufig einen ersten Schritt dar, den verhängnisvollen Kreislauf von Befindlichkeitsstörungen und psychosozialen Schwierigkeiten zu unterbrechen.

Um eine dauerhafte Stabilisierung des Kureffekts zu erreichen, erhalten die Teilnehmerinnen nach Beendigung der Kur ein zusätzliches Beratungs- und Gesprächsangebot, das die in der Kur begonnene sozialtherapeutische Arbeit bei Bedarf und auf Wunsch fortsetzt. - Die Nachsorgearbeit basiert grundsätzlich auf Freiwilligkeit. Eine breite Akzeptanz kann nur durch Attraktivität der Angebote erzielt werden. Den Motivationsbogen berücksichtigend bekommen die Frauen 10 Tage nach Kurende eine schriftliche Einladung zum Einzelgespräch. In dem Nachgespräch wird der Verlauf der Kur bewertet, die initiierte Einstellungs- und Verhaltensänderung exploriert und für deren Umsetzung in den unveränderten Alltag weiterführende Angebote oder unterstützende Maßnahmen ausgewählt.

Dabei gilt es grundsätzlich, an der Eigenverantwortlichkeit der Frau hinsichtlich ihrer persönlichen Gesundheit anzusetzen und unter Berücksichtigung ihrer familiären Situation ein von ihr akzeptiertes Nachsorgeprogramm zu erstellen.

Die örtlich begrenzte Angebotspalette auf dem sportlichen/gesundheitspflegerischen Sektor - sie ist auf die Diätgruppen der AOK, dem Bildungsprogramm der Volkshochschule, den speziellen Angeboten der Rheuma-Liga, den sportlichen Aktivitäten im Rahmen der Sportvereine, einer Suchtberatungsstelle und einer psychiatrischen/psychotherapeutischen Praxis beschränkt - erschweren die Fortsetzung eines aktiven Gesundheitsverhalten im außerhäuslichen Bereich erheblich. Es ist ohnehin für einen Teil der Frauen nicht selbstverständlich, solche Angebote wahrzunehmen. Schwellenängste, sich in eine fremde Gruppe zu begeben, der eventuelle Widerstand der Familie und Zeitprobleme stellen Hindernisgründe dar, die nur hoch motivierte Frauen überwinden.

Angesichts der begrenzten Angebotsstruktur und im Interesse einer zielgruppenorientierten Vorgehensweise, die einen breiten Zugang zu den Problemen der Frauen und mehr Alltagsnähe ermöglicht, werden spezielle Beratungsangebote bereitgestellt:

- EINZELBERATUNG wird in akuten Krisensituationen oder als vorbereitende Maßnahme für die Teilnahme an einer Gesprächsgruppe durchgeführt. Die Notwendigkeit der Einzelgespräche hat sich aus der praktischen Arbeit ergeben. Einige Frauen, die bis dahin lediglich das Kurnachsorgegespräch in Anspruch genommen hatten, meldeten sich in Konfliktsituationen wieder und baten um ein Gespräch. Zum anderen waren Frauen in akuten Belastungssituationen nicht gruppenfähig und benötigten eine individuelle Bearbeitungsmöglichkeit ihrer Probleme. Für Frauen mit schweren psychischen Störungen ist das Beratungsangebot nicht indiziert, sie werden an die örtliche psychotherapeutische Praxis vermittelt.
- SOZIALBERATUNG insbesondere für den sozialhilferechtlichen Bereich sind Informationen über rechtliche Ansprüche und konkrete Hilfestellung bei der Beantragung und Durchsetzung bestehender Leistungsansprüche notwendig. Neben der Vermittlung von Informationen wird auch hier unter dem Vorzeichen "Hilfe zur Selbsthilfe", die soziale Kompetenz der Frauen erweitert, indem sie schrittweise lernen, ihre Interessen und Angelegenheiten selbständig wahrzunehmen.
- Die GESPRÄCHSGRUPPE ist auf 12 Sitzungen begrenzt und soll in diesem Jahr erstmalig im Frühjahr und im Herbst angeboten werden. Die zielgruppenspezifische Gruppenarbeit will die Frauen in ihren Lernbedürfnissen und sozialen Fähigkeiten ansprechen und hat "Hilfe zur Selbsthilfe" als Hauptanliegen definiert. Unter Berücksichtigung des Gruppenprozesses orientieren sich Inhalte und Methoden der Gruppenarbeit an den speziellen Wünschen und dem individuellen Erfahrungsspektrum der Teilnehmerinnen.

Jede Gruppe beginnt mit einer nochmaligen Kurauswertung. Indem die Frauen ihre Erfahrung miteinander vergleichen, deren Bedeutung und Übertragungsmöglichkeiten auf den Alltag überprüfen, wird an den in der Kur initiierten Lernprozeß - soweit dies gelungen ist - angeknüpft. Inhaltlich stellt dieser Einstieg die Basis dar, auf der die inneren Behinderungen und äußeren Barrieren der Frauen, die einer dauerhaften Integration gesundheitsfördernder Verhaltensweisen in die Alltagssituation entgegenstehen, exploriert und bearbeitet werden. Diese und weitere Inhalte beziehen sich ständig wieder neu auf die konkret erlebten Alltagsbedingungen der Teilnehmerinnen. So ist z.B. auch die kontinuierliche Teilnahme an der Gruppe vor allem für Frauen mit kleinen Kindern keine Selbstverständlichkeit. Die Erkrankung eines Kindes, die fehlende Kinderbetreuung für den Abend oder die eigene Erschöpfung nach einem aufreibenden Tagesablauf sind nicht unbedingt einkalkulierbare, aber ganz real hemmende Umstände für eine regelmäßige Anwesenheit. Durch eine bewußte Einbeziehung solcher oder ähnlicher Vorkommnisse des Tagesablaufs lernen sie sich und ihre persönliche Situation näher kennen und können ihre individuellen Erfahrungen und Umgehensweisen mit belastenden Momenten austauschen, vergleichen und korrigieren. Dabei entdecken die Frauen auf ihrem gemeinsamen Lebenshintergrund als Hausfrau und Mutter ähnliche Probleme und Konflikte. Das Erleben, mit dem Problem nicht allein zu sein, entlastet sie von dem Gefühl, versagt zu haben, und ermutigt sie, sich aktiv mit ihren Schwierigkeiten auseinanderzusetzen.

Die Gesprächsgruppe biete zusätzliche Erfahrungs- und Erlebnismöglichkeiten für die Frauen: sie besprechen persönliche Probleme, planen gemeinsame Aktivitäten und zwischen einzelnen Frauen entwickeln sich engere Beziehungen.

Um dem Fernziel "Bildung einer Selbsthilfegruppe" näher zu kommen, gilt es nun, die begonnene Aktivierung der individuellen Selbsthilfekräfte dahingehend weiterzuentwickeln, daß die Bereitschaft zur gegenseitigen Hilfe, das Erkennen gemeinsamer Interessen, die Entstehung eines solidarischen Gruppengefühls und die Herausbildung von mehr sozialer Kompetenz gefördert werden.

Tagung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in
Zusammenarbeit mit der Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung
und dem Deutschen Bäderverband

"Gesundheitserziehung in der Kur"
Integration von Kurmaßnahmen und Nachsorge am Wohnort

15. - 17. Januar 1986 in Bad Sassendorf

Teilnehmerliste:

Karlheinz Allwicher	Stadtoberamtsrat Städt. Gesundheitsamt Am Steinberg 55 4050 Mönchengladbach
Peter Axt, Prof. Dr.	Liegnitzer Str. 17 6415 Petersberg 1
Helmut Breitkopf	Dipl.-Soziologe Volkshochschule Unna Haus der Volkshochschule Hertinger Str. 45 4750 Unna
Fritz Deutzmann	Abteilungsleiter LVA Rheinprovinz Königsallee 71 4000 Düsseldorf
Gabriele Diers	Dipl.-Sozialpädagogin DPWV Bödekerstr. 85 3000 Hannover
Wolf-Dieter Fischer	Dipl.-Sportlehrer Leiter des Therapeutischen Bewegungszentrums Neutrauchburger-Fachkliniken 7972 Isny-Neutrauchburg

Otto Forstmeyer, Dr. med.	Arzt für Allgemeinmedizin In der Steinriede 6 3000 Hannover
Dieter Grunow, Prof. Dr.	Adam-Riese-Str. 8 3502 Vollmar
Friedrich Haux, Dr. med.	Chefarzt der AOK-Kurklinik Pfaffenberg Pfaffenberger Str. 6 3423 Bad Sachsa
Rudolf Hilger	Kurdirektor Saline Bad Sassendorf GmbH Postfach 11 60 4772 Bad Sassendorf
Wolfgang Kammerer	Dipl.-Verwaltungswissenschaftler Bundesverband der Betriebs- krankenkassen Kronprinzenstr. 6 4300 Essen 1
Christoph Kirschner, Dr. med.	Chefarzt der Kurklinik Hochstaden Hochstr. 25 5483 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Renate Klein	AOK Bundesverband der Ortskrankenkassen Kortrijker Str. 1 5300 Bonn 2
Heinz Kowalczyk	Gesundheitskünstlerzieher Saline Bad Sassendorf GmbH Postfach 1160 4772 Bad Sassendorf
Gottfried Neuhaus	Geschäftsführer Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V. Bernkasteler Str. 53 5300 Bonn 2

- Uwe Prümel, Dr. Projektmanager
Rheuma-Liga Schleswig-
Holstein e.V.
Modellzentrale
Melanchthonstr. 31
2300 Kiel 1
- Peter Sabo Gesundheitspädagoge/Journalist
Posener Str. 12
6507 Ingelheim/Rhein
- Bert Saurbier, Dr. med. Ärztlicher Direktor der
Kurklinik Bad Oeynhausen
Am Brinkkamp 16
4970 Bad Oeynhausen
- Mechthild Schmidt Dipl.-Ökotrophologin
Hessische Arbeitsgemeinschaft
für Gesundheitserziehung
Nikolaistr./Ecke Kirchplatz
3550 Marburg
- Josef Sydow Stellv. Geschäftsführer der
AOK Hildesheim - Verw. Direktor
Schützenallee 55-57
3200 Hildesheim
- Karl Triebold, Prof. Dr. med. M.A.
Leitender Direktor der Städt.
Kinderklinik Dortmund-Derne a.D.
Vizepräsident der Bundesvereini-
gung
für Gesundheitserziehung
Oberbeckerstr. 26
4600 Dortmund 14 (Derne)
- Hermi Verheggen Bundesärztekammer
Abt. Fortbildung und Wissenschaft
Haedenkampstr. 1
5000 Köln 41

Dorothea Vesper	DPWV-Landesverband Nieder- sachsen e.V. Kreisgruppe Nienburg Wilhelmstr. 15 3070 Nienburg
Daniela Walter	Ärztin DAK-Herz-Kreislauf-Kurzentrum Vogelreichsweg 49 3280 Bad Pyrmont
Josef Wolters	Dipl.-Psychologe LVA Rheinprovinz Königsallee 71 4000 Düsseldorf 1
Hermann-Dieter Womelsdorf	AOK Siegerland-Wittgenstein Frankfurter Str. 2 5900 Siegen

Teilnehmer der BZgA:

Dr. med. Elisabeth Pott
Hans Schnocks
Günter Welsch
Karin Bah
Reinhard Mann-Luoma
Franz Galliat

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

