
**GESUNDHEITSFÖRDERUNG
UND CHRONISCHE
KRANKHEIT**

**Zur Erschließung
einer neuen Qualität
von Gesundheit**

120006

—

GESUNDHEITSFÖRDERUNG
UND
CHRONISCHE KRANKHEIT

Zur Erschließung einer neuen Qualität von Gesundheit

Ausgewählte Beiträge und Hintergrundpapiere eines internationalen Symposiums, das von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Zusammenarbeit mit dem Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation veranstaltet wurde.

Innovative Ansätze zur Gesundheitsförderung

1

ARCHIVEXEMPLAR

Reg.-No. 120006
(12.6)

Redaktion: Annette Kaplun

Redaktionsbeirat: Jan Branckaerts
Rosmarie Erben
Helmut Milz

INHALTSVERZEICHNIS

Geleitwort.....	VIII
	<i>Jo Asvall</i>
Vorwort.....	X
	<i>Elisabeth Pott</i>
Einleitung.....	XVI
	<i>Rosmarie Erben</i>

TEIL I

Die Bewältigung von chronischen Krankheiten:Konzepte und Ansätze

1. KONZEPTIONELLER BEZUGSRAHMEN	
Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.....	5
Das Gesundheitspotential der Menschen vergrößern.....	11
	<i>Ilona Kickbusch</i>
Bewältigung krankheitsbedingter Belastungen.....	13
	<i>Richard S. Lazarus</i>
"Gesunde Kranke" - sozialer Zynismus oder neue Perspektiven.....	28
	<i>Helmut Milz</i>
2. REHABILITATION NACH HERZINFARKT: SELBSTVERTRAUEN, SELBSTHILFE UND SELBSTBESTIMMUNG	
Einführende Bemerkungen.....	35
Überblick über den Rehabilitationsprozeß: Themen und innovative Ansätze....	36
	<i>Hanneli Döhner & Stefan Görres</i>
Die Notwendigkeit institutionellen Wandels bei der Gesundheitsförderung von Herzpatienten.....	57
	<i>Bernhard Badura</i>
Abschließende Bemerkungen: vier unabdingbare Voraussetzungen.....	65
3. KREBS: AUF DEM WEG ZU INNOVATIVEN ANSÄTZEN	
Einführende Bemerkungen.....	69
Zielgruppen, Modelle, Projekte und drängende Bedürfnisse.....	70
	<i>Millard Waltz</i>
Eine neue Kraft in der Krebstherapie.....	89
	<i>Michael Lerner</i>
Konzeptionelle Perspektiven zur Lebensqualität: Eine unlösbare Aufgabe oder notwendige Herausforderung?.....	104
	<i>Jorn Beckmann & Gert Ditlev</i>
Zusammenfassende Bemerkungen: auf der Suche nach humanen, integrierten Krebstherapien.....	107

4. CHRONISCHER SCHMERZ: EIN NEUES VERSTÄNDNIS	
Einführende Bemerkungen	111
Zur Situation von Menschen mit chronischen Schmerzen im Versorgungssystem- Defizite, Veränderungsvorschläge	112
	<i>Hanne Seemann</i>
Schmerz: ein Kaleidoskop von Ideen, Konzepten und Ansätzen; Jüngste Ergebnisse zur Physiologie und Biochemie des Schmerzes; die Psycho- neuroimmunologie schafft eine neue Perspektive; Beiträge zu einer Soziologie des Schmerzes; Schmerz als Krankheitssymptom; als Verhaltensweise; eine psycho- somatische Reaktion, meist Ergebnis eines Lernprozesses; ein Kommunikations- phänomen; Symptom eines nicht integrierten Lebens; Zersetzung der Integrität des Systems; Signal für eine zerbrochene Einheit; Riß in der Ganzheit des Einzelnen; Holistische Medizin in der rehabilitativen Schmerztherapie; Einige unbeantwortete Fragen	134
Gesundheitsförderung und chronischer Schmerz: Herausforderungen und Wahlmöglichkeiten	154
	<i>David E. Bresler</i>
Abschließende Bemerkungen: Einige klare Ziele und Erfordernisse	170

TEIL II

Innovative Ansätze für die Implementation von Gesundheitsförderungskonzepten

5. DIE ENTWICKLUNG EINER GESUNDHEITSFÖRDERNDEN GESAMTPOLITIK	
Aktives, gesundheitsförderndes Handeln erfordert: Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik	177
	<i>Auszug aus der Ottawa-Charta</i>
Das kanadische System zur Gesundheitsförderung bei chronischen Krankheiten	178
	<i>Barbara Naegele</i>
Stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß - Erfahrungen der Betriebskrankenkassen	181
	<i>Wilfried Berg & Sabine Rinck</i>
Wie kann den Bedürfnissen der Pflegenden entsprochen werden? Ein Zehn- Punkte-Plan für Pflegende	183
	<i>Ann Richardson</i>
Schwerpunkte für die Zukunft	187
6. GESUNDHEITSFÖRDERNDE LEBENSWELTEN SCHAFFEN	
Aktives, gesundheitsförderndes Handeln erfordert: Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen	191
	<i>Auszug aus der Ottawa-Charta</i>
Arbeitsplatz und Allgemeinheit	192
	<i>Horst Noack</i>
Eine Herzgruppe in der Arbeitswelt	194
	<i>Hauke Engelhardt</i>
Foyer-Handicap: eine freundliche und unterstützende Umgebung	196
	<i>Annette Kaplun</i>
Gesunde Nahrungsmittel: ein vielfältiges Thema	198
	<i>Sigrid Arndt</i>

Chronische Krankheit aus der Sicht der Medien	201
<i>C. Michael Shaw</i>	
Schwerpunkte für die Zukunft	205
7. GESUNDHEITSBEZOGENE GEMEINSCHAFTSAKTIONEN UNTERSTÜTZEN	
Aktives, gesundheitsförderndes Handeln erfordert: Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen	209
<i>Auszug aus der Ottawa-Charta</i>	
Im Zentrum von gemeinschaftlichen Aktivitäten: Familien und Selbsthilfegruppen	210
<i>Robert Anderson</i>	
Ambulante kardiologische Rehabilitation im Münchener Gesundheitspark	212
<i>Mark Schmid-Neuhaus</i>	
"Take Heart": frühere Herzpatienten organisieren Unterstützungsgruppen	216
<i>George Morland</i>	
Wohnort als Kurort für Rheumakranke	218
<i>Helmut Breitkopf & Vera Grunow-Lutter</i>	
Stationäre Nachsorge für Krebspatienten und die Verbindung zum Lebensalltag	223
<i>Iris Bartkowiak</i>	
CancerLink: "Niemand muß mehr mit Krebs allein bleiben"	225
<i>Denise Winn & Mike Bieber</i>	
Schwerpunkte für die Zukunft	228
8. PERSÖNLICHE KOMPETENZEN ENTWICKELN	
Aktives, gesundheitsförderndes Handeln erfordert: Persönliche Kompetenzen entwickeln	231
<i>Auszug aus der Ottawa-Charta</i>	
Ein pädagogischer Ansatz für Patienten mit chronischem Schmerz	232
<i>Carmen Franz</i>	
Familien mit einem behinderten Kind: sich mit Schmerz auseinanderzusetzen, ist für den Heilungsprozeß essentiell	235
<i>Joseph Lebeer</i>	
Tonskulpturen als integrative Therapie	239
<i>Michael Rinast</i>	
Schmerzbewältigungstraining für Kranke mit chronischer Polyarthritits	242
<i>Uwe Prümel, Silke Eggerich & Bettina Bunge</i>	
Ein psycho-physiologisches Therapieprogramm bei Migräne	244
<i>Michael Falkenstein & Helga Falkenstein</i>	
Der Gebrauch von Visualisierungen in der Gruppentherapie für Krebspatienten	246
<i>Iris Bartkowiak</i>	
"Die Körperwahrnehmung" - ein neuer Weg der Bewegungstherapie mit Herzpatienten	250
<i>Wolf-Dieter Fischer</i>	
Die Feldenkrais Methode: Bewußtheit durch Bewegung und Funktionale Integration	254
<i>Ulrike Apel</i>	

Ein Gesundheitstagebuch für chronisch Kranke	256
<i>Hermann Baert, Peter Gielen & Mieke Smet</i>	
Schwerpunkte für die Zukunft	259
 9. DIE GESUNDHEITSDIENSTE NEU ORIENTIEREN	
Aktives, gesundheitsförderndes Handeln erfordert: Die Gesundheitsdienste neu orientieren	263
Auszug aus der Ottawa-Charta	
 9.1 <i>Ausbildung: Die Erfordernisse liegen auf zwei Ebenen</i>	
Medizinische Ausbildung: ein ernsthaftes Defizit	265
<i>Rieke Alten</i>	
Ausbildung: Erfordernisse und Möglichkeiten	266
<i>Robert Lafaille</i>	
Ein neuer Ansatz für die medizinische Ausbildung	276
<i>Robert Wiedersheim & Christof Müller-Busch</i>	
Gesundheitsförderung für Gesundheitsberufe: eine zwingende Notwendigkeit ...	278
<i>Rudy P.C. Rijke & Johanna Rijke-de Vries</i>	
"Offenes lernen": Ein neuer Ansatz für die Entwicklung professionellen Wissens und beruflicher Fertigkeiten	280
<i>Tom Heller</i>	
Einige Prioritäten	283
 9.2 <i>Das System der medizinischen Versorgung: die Gemeindeorientierung entwickelt sich</i>	
Gemeinsame Konzepte in der konventionellen und der komplementären Medizin ..	285
<i>George Lewith</i>	
Ayurveda: eine lange Präventionstradition	288
<i>Hans Schäffler</i>	
Dem Patienten helfen, seine eigene Melodie zu singen	291
<i>Marina Schnurre</i>	
Das Duo-Modell: eine ausgewogene Zusammenarbeit zwischen Angehörigen der Heilberufe und Patienten	297
<i>Maria A. Bremer Schulte</i>	
Das Commonweal-Krebshilfeprogramm	299
<i>Michael Lerner</i>	
Das offene therapeutische Kolloquium: ein interdisziplinärer Ansatz für das Schmerzproblem	302
<i>Thomas Flöter</i>	
Medizinische Behandlung und Psychotherapie: Ein integrierter Ansatz in der medizinischen Praxis zeigt positive Resultate	304
<i>Hans P. Rehfish</i>	
Nachsorge: Die Sicht der Patienten	306
<i>Ina Alewell</i>	
Einige Prioritäten	307

9.3 Gesundheitsforschung und chronische Krankheiten: eine unbefriedigende Situation	308
Selbsthilfegruppen: ihre Wirkungen und Möglichkeiten aus der Sicht der Forschung	309
<i>Jan Branckaerts & Ann Richardson</i>	
Die Auswirkungen von Kontakten zwischen Krebspatienten auf ihre psychosozialen Probleme	313
<i>H.W. van den Borne, J.F.A. Pruyn & W.J.A. van den Heuvel</i>	
Eine Studie über die Lebensqualität von Krebspatienten	316
<i>Hanneke de Haes</i>	
Einige Prioritäten	317
Schwerpunkte in der Zukunft	319

TEIL III
Aufruf zum Handeln

Erklärung der Teilnehmer	325
Auf dem Weg in die Zukunft	327
Literaturverzeichnis	329
Autorenliste	351

GELEITWORT

Jo Asvall

Chronische Krankheiten als Zustand stellen in Europa ein viel größeres Problem dar, als häufig erkannt wird. Rund jeder zehnte Mensch muß mit einer chronischen Krankheit oder Behinderung leben, und angesichts der schnell zunehmenden Zahl sehr alter Menschen steigt dieser Anteil ständig an. Chronische Krankheiten verursachen dem Einzelnen und der Familie oft große Leiden und bedeuten eine ernste Herausforderung für das System der Gesundheitsversorgung und die gesamte Gesellschaft.

Menschen mit chronischen Krankheiten und Behinderungen sehen sich einem dreifachen Problem gegenüber. Zum einen dem grundlegenden Funktionsverlust und chronischen Schmerzen oder anderen Symptomen, die die unmittelbare Folge der Krankheit oder des Unfalls sind. Ein weiteres Problem ist auf die Sekundärfolgen der Notlage des Betroffenen zurückzuführen und bezieht sich auf die Fähigkeit des Einzelnen, weiterhin als gesellschaftlich und wirtschaftlich produktives Mitglied des Gemeinwesens tätig zu sein. Hier besteht ein unmittelbarer Zusammenhang mit der objektiven Behinderung und mittelbar auch mit der Einstellung der Gesellschaft. In der Regel besteht die Neigung, die Möglichkeiten eines behinderten oder chronisch kranken Menschen zu unterschätzen, aktiv - wenn auch anders als zuvor - zu der wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Produktivität des Gemeinwesens beizutragen. Das dritte und keineswegs am wenigsten schwierige Problem sind die negativen Auswirkungen der Lage auf das Selbstwertgefühl, die Hoffnung und den Antrieb des chronisch Kranken oder Behinderten selbst. Alle diese Faktoren tragen zu der verhängnisvollen Spirale der Untätigkeit, der Teilnahmslosigkeit und des Gefühls der Hilflosigkeit und Nutzlosigkeit bei, die oft die Lebensqualität chronisch kranker und behinderter Menschen bedroht.

1984 verabschiedeten die 32 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO eine neue gemeinsame Gesundheitspolitik und setzten 38 Ziele fest, die alle Länder innerhalb der nächsten 10-15 Jahre erreichen sollten. Unter dem Schlagwort "Adding life to years" ("Den Jahren neues Leben geben") heißt es in Ziel 2:

"Bis zum Jahr 2000 sollten die Menschen die grundlegende Möglichkeit erhalten, ihr Gesundheitspotential zu entwickeln und zu nutzen, um in ihrem gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Leben Erfüllung zu finden", und Ziel 3 besagt: "Bis zum Jahr 2000 sollten behinderte Menschen die physischen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Möglichkeiten erhalten, die ein gesellschaftliche und wirtschaftliche Erfüllung verschaffendes und geistig schöpferisches Leben zumindest gestatten".

Die Verwirklichung solcher Vorstellungen erfordert nicht nur eine andere Einstellung der Gesellschaft zu den Behinderten. Sie setzt

auch voraus, daß das Gesundheitswesen und viele andere Sektoren, öffentliche und private Einrichtungen und Organisationen sowie die chronisch Kranken und die Behinderten selbst auf einzelstaatlicher Ebene und überall im örtlichen Rahmen energisch ausgesprochen praxisnahe Maßnahmen vorantreiben.

In einer Reihe von Ländern, in denen die Verbände der chronisch Kranken und Behinderten es abgelehnt haben, sich von der Gesellschaft weiterhin als passiv abstempeln zu lassen, haben in den letzten Jahren ermutigende Entwicklungen stattgefunden. Diese Verbände haben eine Reihe neuartiger Programme durchgesetzt, die zu einem neuen Verständnis der Möglichkeiten beitragen, das Potential jedes Einzelnen zur Führung eines gesunden Lebens zu steigern - auch bei Menschen, deren Lebenssituation durch eine chronische Krankheit oder eine Behinderung erschwert wird. Man hat erkannt, daß die Lebensqualität der chronisch Kranken und Behinderten durch sinnvolles Sporttreiben, den Ausbau sozialer Netze, Fachberatung, bessere Wohnraumplanung, ein vernünftig ausgestaltetes öffentliches Verkehrswesen und bei anderen Aspekten des Arbeits- und Lebensbereichs beträchtlich verbessert werden kann.

Solche Programme und Einstellungen haben sich jedoch noch nicht in ganz Europa durchgesetzt, und in unserem Teil der Welt besteht ein dringender Bedarf an der Verbreitung von Kenntnissen und der Schaffung der Motivation zu Veränderungen. Um die komplexen Bedürfnisse von Menschen mit chronischen Krankheiten zu klären und praktische Handlungsmöglichkeiten von Gesundheitseinrichtungen und anderer Institutionen deutlich zu machen, veranstalteten das WHO-Regionalbüro für Europa und sein Kooperationszentrum in der Bundesrepublik Deutschland, die Kölner Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, ein großes Internationales Symposium über Gesundheitsförderung bei chronischen Krankheiten. Ich bin sicher, daß diese Veröffentlichung - ein Ergebnis des Symposiums - wesentlich dazu beitragen wird, die Entschlossenheit der Länder zu Maßnahmen zu verstärken, mit denen sich die Lebensqualität von vielen Millionen unglücklicher Menschen verbessern läßt, die in Europa nicht nur mit den primären Wirkungen chronischer Krankheiten und Behinderungen zu kämpfen haben, sondern denen ebenso oft auch die Möglichkeit verwehrt wird, ihr eigenes Potential zu einem gesunden und erfüllten Leben in vollem Umfang auszuschöpfen.

VORWORT

Elisabeth Pott

Das Thema Gesundheitsförderung bei chronischen Krankheiten erscheint auf den ersten Blick vielleicht widersprüchlich, unlogisch, sogar unverständlich. Schließen sich Gesundheit und Krankheit nicht aus? Es ist schon schwierig genug, zwischen verschiedenen professionellen Gruppen wie auch zwischen Professionellen und Laien Konsens darüber zu erzielen, was unter Gesundheit verstanden werden soll. Noch komplizierter wird es beim Begriff Gesundheitsförderung, besonders was er praktisch bedeutet und wie er in unserem Gesundheitswesen umgesetzt werden kann. Die 1. Internationale Konferenz der Weltgesundheitsorganisation zur Gesundheitsförderung, die im Herbst 1986 in Ottawa stattfand, drehte sich um die Notwendigkeit, Definitionen festzulegen und Strategien zu entwerfen. Weltweite Erfahrungen in der Gesundheitsförderung wurden evaluiert, in Prinzipien zusammengefaßt und wurden schließlich der Kern der Ottawa-Charta, die die Philosophie der Gesundheitsförderung zum Ausdruck bringt und Leitlinien für Aktivitäten und Evaluationsstandards setzt. Zwei Aspekte scheinen mir im Hinblick auf chronische Erkrankungen von besonderer Bedeutung zu sein:

- erstens, der grundsätzliche Gedanke der Selbstbestimmung und Partizipation an der eigenen und der gemeinschaftlichen Gesundheit; er wird ausgedrückt in den Prinzipien Befähigen, Vermitteln, aktive Interessenvertretung;

- zweitens, das ökologische Verständnis von Gesundheit, mit dem Bezug auf öffentlich-politisches Handeln, unterstützende Umwelten, verstärkte soziale Aktionen, Entwicklung persönlicher Fähigkeiten, Umdenken im Bereich der Gesundheitsversorgung.

All diese Faktoren beeinflussen sich gegenseitig und ermöglichen erst das Erreichen von Gesundheit.

Eine Premiere in der Gesundheitsförderung

Das Symposium in Bad Honnef stellt die erste internationale Veranstaltung im Kontext dieses neuen Schwerpunkts "Gesundheitsförderung bei chronischen Krankheiten" dar. 84 Teilnehmer aus 12 europäischen Ländern, Kanada und den USA vertraten ein breites Spektrum von Disziplinen: Medizin (inklusive Spezialisten in Kardiologie, Rheumatologie, Onkologie und chronischem Schmerz), Epidemiologie, Psychologie, Physiologie sowie Entscheidungsträger der Gesundheitspolitik und Vertreter des Gesundheitswesens, Forscher, Medizin-Journalisten, Vertreter von

staatlichen und nichtstaatlichen Organisationen und Selbsthilfegruppen.

Die Konferenz war Teil des kontinuierlichen Prozesses der Programmentwicklung in der europäischen Region der WHO. Es steht in einer langen Reihe internationaler Seminare und Workshops sowie von Forschungen über Lebensweisen, Selbsthilfe und Gesundheitsförderung, von denen viele von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung organisiert worden sind. Dies hat damit etwas zu tun, daß Gesundheitsförderung schon seit geraumer Zeit als Priorität in der Bundesrepublik Deutschland angesehen wird.

Der Workshop "Healthy Cities", der vor zwei Wochen in Düsseldorf stattgefunden hat, ist ein Ergebnis dieser Schwerpunktsetzung. Er bezieht sich auf ein großes Projekt zum öffentlichen Gesundheitswesen (ÖGD-Projekt), das 1982 mit dem ausdrücklichen Ziel begonnen wurde, Gesundheitserziehung/Gesundheitsförderung im öffentlichen Gesundheitswesen zu intensivieren und die Verwirklichung von positiven Modellen und innovativen Ansätzen zu unterstützen. Es konzentriert sich auf die Beteiligung der Gemeinde und der Laien, auf soziale und ökologische Faktoren und auf die Implementation von neuen Strategien auf unterschiedlichen Handlungsebenen. Diese Prinzipien decken sich völlig mit denen der Gesundheitsförderung, wie sie in der Ottawa-Charta zum Ausdruck kommen.

Die Arbeitswelt ist ein weiterer Bereich, in dem die Bundesrepublik Deutschland die Gesundheitsförderung verstärkt. Die zu diesem Thema 1985 gemeinsam von der WHO und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung veranstaltete internationale Konferenz hat die erheblichen Unterschiede im Hinblick auf die Rolle von Stress und den Einfluß von psychosozialen Faktoren am Arbeitsplatz betont, die in diesem Bereich existieren. Während der Konferenz wurden auch einige sehr vielversprechende Ansätze vorgestellt, die ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit vermitteln. Gesundheitsförderung hat also nicht nur in der Bundesrepublik Deutschland, sondern auch in anderen Ländern eine längere Geschichte. Die Ottawa-Charta ist das Ergebnis dieser Erfahrungen und innovativen Ansätze und zeigt deutlich, daß Gesundheitsförderung

- auf dem Gesundheitsbegriff der WHO, d.h. physischem, psychischem und sozialem Wohlbefinden gründet,

- an einem positiven Konzept von Gesundheit ansetzt, das soziale, persönliche und biologische Faktoren umfaßt,

- Gesundheit als Bestandteil des täglichen Lebens - und nicht als einziges Lebensziel versteht,

- schließlich die umfassenden und notwendigen Strategien bietet, um Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000 erreichen zu können.

Um diesen Konzeptionen gerecht zu werden, brauchen wir eine Strategie, die über die konventionellen Ansätze von

gesundheitlicher Aufklärung/Erziehung, von Vorsorge und Gesundheitsschutz hinausreicht. Im Mittelpunkt einer geeigneten Gesundheitsförderungsstrategie muß die Verknüpfung des individuell fördernden Ansatzes mit strukturellen Maßnahmen stehen, die bessere Verzahnung von Einrichtungen des Gesundheitswesens mit Organisationen der Laien- und Selbsthilfe, die bessere Verknüpfung von soziotherapeutischen und medikotherapeutischen Ansätzen. Dabei ist eher die aktive Mitwirkung als die Erziehung der Bürger das eigentliche Kernstück.

Die Menschen dazu befähigen, ein erfülltes Leben zu leben

Die Gesundheitserziehung hat in den vergangenen Jahren ihre Strategien erheblich verändert - von autoritär zu liberal, von Abschreckung zu positiver Motivation. Dennoch wird der positive Gesundheitsbegriff vielfach mißverstanden als ein Ziel, das man am besten mit Fitnessprogrammen, Idealgewicht, Diäten und in jüngster Zeit mit Aerobic erreichen könne. Der Schein der Gesundheit wurde wichtiger als die Gesundheit selbst. Deshalb erscheint es nun so wichtig, hier noch einmal hervorzuheben, daß Gesundheitsförderung nicht zum Ziel hat, die Bürger dazu zu bewegen, für ihre Gesundheit zu leben; Gesundheitsförderung soll vielmehr Menschen befähigen, ein erfülltes Leben zu leben. Voraussetzung für die Erreichung dieses Ziels ist die Entwicklung eines Selbstwertgefühls und von Selbstbewußtsein, die Fähigkeit aktiv zu handeln und zu entscheiden, persönliche Kompetenz zu erwerben, die Unterstützung durch persönliche und kleine Netze und eine gesundheitsfördernde Umwelt. So verstanden wird deutlich, warum Gesundheitsförderung bei chronischen Krankheiten nicht nur möglich, sondern erforderlich ist.

Die chronischen Krankheiten spielen in der Bevölkerung eine zunehmend große Rolle. Je mehr die Menschen bei der Lebenserwartung die Grenzen des heute für biologisch möglich gehaltenen erreichen, eine desto größere Rolle spielt nicht mehr die Frage der weiteren Lebensverlängerung, sondern die Frage der Verbesserung der Gesundheit und Lebensqualität in den gewonnenen Lebensjahren. Deshalb kann es heute nicht mehr nur darauf ankommen, durch Maßnahmen und Politik für die Gesunden Krankheit im Alter zu verhüten, sondern es kommt auch darauf an, für diejenigen, die bereits erkrankt sind, durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung so lange wie möglich eine aktive und selbständige Lebensgestaltung zu erreichen.

Gesundheitsförderung bei chronischen Krankheiten zeigt deutlich, welche enge Verknüpfung zwischen den Bereichen der Prävention (Gesundheitserziehung) und dem Versorgungssystem bestehen; die Notwendigkeit zur Entwicklung persönlicher Fähigkeiten und gleichzeitig die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Umwelt werden deutlich. Auf diesem Hintergrund dürfen auch kritisch diskutierte Punkte wie ungleiche Gesundheitschancen für

unterschiedliche soziale Schichten, der Einfluß psychischer und sozialer Faktoren auf die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten, Umwelt- und Arbeitswelteinflüsse auf die Gesundheit nicht zugunsten eines individualistischen Ansatzes zurückgedrängt werden.

Um die großen Ziele zu erreichen, die wir uns gesetzt haben, dürfen wir nicht nur die Ergebnisse medizinischer Forschungen aufgreifen, sondern auch diejenigen der (Sozial-)Epidemiologie und Psychoneuroimmunologie, die wesentlich intensiver in die praktische Arbeit integriert werden sollten. Sicher werden heute immerhin psychosomatische Forschungsergebnisse und Kenntnisse bei uns sehr breit in der Öffentlichkeit und auch von den Ärzten diskutiert - allerdings folgt aus dieser Tatsache bisher noch nichts für die Gesundheitsförderung; sie führt auch nicht notwendig zu neuen Ansätzen und Therapien.

Vier Schwerpunkte

Welche Defizite spüren die chronisch Kranken nun am meisten, welche Faktoren beeinflussen am meisten ihre Lebensqualität? Die Situation chronisch kranker Menschen ist heute vor allen Dingen noch durch die Übertragung von Behandlungskonzepten aus der Akutkrankenversorgung auf die chronisch Kranken bestimmt. Das heißt einmal, es wird eine Krankheit behandelt und nicht ein kranker Mensch; zum anderen zielt die Behandlung auf Heilung im medizinischen Sinne und nicht auf Leben lernen und Umgehen lernen mit einer nicht heilbaren Krankheit. Charakteristisch ist häufig die Flucht in das Warten auf ein irgendwann zu erwartendes Medikament, mit dem dann doch geheilt werden kann - und damit verbunden der Glaube an die Forschung, sie werde das Problem schon lösen und so lange müsse man eben aushalten. Diese Haltung wird auch heute noch von vielen Ärzten und Patienten geteilt. Dabei wird leicht die Wahrscheinlichkeit übersehen, daß der Patient sein Leben mit der chronischen Krankheit leben muß. Daraus ergibt sich eine Reihe an Konsequenzen:

1. Chronisch Kranke brauchen viel mehr noch als akut Erkrankte Verständnis für ihre lebensgeschichtliche Entwicklung und die Bedeutung ihrer Krankheit. Psychologie und Psychosomatik stellen die theoretische Basis für Interventionen bereit. Allerdings gibt es, wie bereits erwähnt, gegenwärtig nur wenige praktische Anwendungen.
2. Sie müssen lernen, das Leiden an ihrer Krankheit zu bewältigen. Dies erfordert ein Umdenken im Hinblick auf die vermeintliche "Pflicht zur Gesundheit" - ein Ansatz, der häufig nichts anderes mehr meint als sich angemessen zu verhalten, arbeitsfähig zu sein und das Leben zu genießen. Während diese objektive Vorstellung von Gesundheit und Krankheit den Einzelnen als Individuum oft genug gar

nicht mehr wahrnimmt, sondern nur Leistungs-, Arbeits- und Genußfähigkeit als Gesundheit mißt (Diagnostik und Krankheit sich quasi verselbständigen), hat der chronisch Kranke in seiner Persönlichkeit in besonderem Maße das Bedürfnis und Recht, als leidender Mensch ernst genommen, als Subjekt, Mensch bzw. Individuum behandelt zu werden.

3. Sie brauchen Hilfe, damit aus einer chronischen Krankheit nicht weitere Krankheiten durch Ausgrenzung, Isolation oder Abbruch von sozialen Kontakten entstehen. Gerade für die Lebensqualität chronisch Kranker ist die Schaffung kleiner Netze von sozialer Unterstützung und Selbsthilfe eine entscheidende Notwendigkeit, da sie in besonderer Weise auf Zuwendung und persönlichen Kontakt angewiesen sind. Hier bieten sich wichtige Ansatzpunkte für die Gesundheitsförderung.

4. Die mangelnde Kooperation und Koordination der vielfältigen Anlaufstellen im Gesundheitssystem müssen überwunden werden. In vielen Ländern wird gegenwärtig die Versorgung und Fürsorge von bzw. für chronisch Kranke durch diese Situation erschwert. Daß heute immer noch von der inhaltlichen Konzeption Schonung und Verwahrung stärker betont werden als ein aktiver Gesundheitsansatz ist ein bedenklicher Sachverhalt. Hinweise auf die Ottawa-Charta, besonders auf die Stichworte "befähigen" und "ermöglichen" sind notwendig, damit die Menschen ihr Gesundheitspotential umfassend ausschöpfen können.

Ein klares Ziel

Deshalb müssen wir eine Reihe von Faktoren überwinden, die einen negativen Einfluß auf die Lebensqualität von chronisch kranken Menschen haben. Dazu gehören:

- zuallermeist die auf die Gesundheit bezogenen sozialen Normen und die aus ihnen erwachsenen Verhaltenserwartungen, daß jeder Mensch bei "guter Gesundheit" zu sein habe, wobei Gesundheit hier nichts weiter heißt als sich angemessen zu verhalten, arbeitsfähig zu sein und sich selbst zu amüsieren;
- Erwartungen der medizinische Berufe, die sich auf den Fortschritt der Medizin beziehen und demzufolge chronische Krankheiten nicht länger auftreten dürften;
- der Mangel an Unterstützung für chronisch Kranke im Hinblick auf die Bewältigung von Ängsten, sozialer Isolation und Hilflosigkeit; und
- die Unfähigkeit des Gesundheitssystems, auf diese Situation angemessen zu reagieren.

Grundlegend für uns alle sollte die Auffassung sein, daß auch ein chronisch Kranker über große Potentiale zur Gesundheit verfügen kann, die unterstützt, geweckt und gefördert werden müssen. Ein Mensch, der an einer Krankheit leidet, darf nicht auf die Krankheit reduziert werden, sondern muß als kranker Mensch ernst genommen werden. Das Symposium hat hierfür Anregungen und Hinweise gegeben, wie dies verwirklicht werden kann.

EINLEITUNG

Rosmarie Erben

Chronische Krankheiten bedeuten eine besondere Herausforderung für die Betroffenen selbst, ihre Familien und sozialen Bezugsgruppen sowie für verschiedene Einrichtungen, und zwar die Allgemeinheit, die Arbeitsumwelt sowie die ärztlichen und sozialen Dienste. Das Internationale Symposium "Gesundheitsförderung und chronische Krankheiten" wurde von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und dem Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation organisiert, um eine kritische Beurteilung der vorhandenen Erfahrungen und Erkenntnisse vorzunehmen; um den schnell anwachsenden Bedürfnissen der an chronischen Krankheiten leidenden Menschen gerecht zu werden; und um Vorschläge zu unterbreiten, wie von hier aus in Zukunft weitergearbeitet werden sollte.

Die Form der praktischen Hilfe und der erforderlich werdenden Maßnahmen hängt weitgehend von der Art des Auftretens der Krankheit und ihrem erwarteten Verlauf ab. Die hervorgerufene Behinderung sowie die Veränderungen der physischen Integrität und der individuellen Körperfunktion variieren erheblich. Viel wichtiger ist jedoch, daß bei der Entwicklung von Unterstützungsmaßnahmen erkannt wird, daß Personen, die an einer chronischen Krankheit leiden, ist nicht bloß "chronisch krank" sind. Ihr Alltagsleben hat einen anderen Ausgangspunkt erhalten, von dem sie nicht nur sich selbst und ihre Umgebung wahrnehmen, sondern auch ihrerseits von dieser Umgebung wahrgenommen werden.

Feststellung der Bedürfnisse

Welche Möglichkeiten der Selbsthilfe und der gegenseitigen Unterstützung gibt es? Wie können sie gefördert und unterstützt werden? Welche besonderen Anforderungen sind zu erfüllen, um das vorhandene Gesundheitspotential der an chronischen Krankheiten leidenden Menschen zu erschließen und zu fördern? Wie lassen sich ihre sich verändernden Bedürfnisse im Hinblick auf soziale Beziehungen, gesellschaftliche Anerkennung, Ernährung, Aktivität, Zuwendung und Versorgung erfüllen? Wie können gleichzeitig ihre persönliche Entwicklung und ihre Unabhängigkeit als entscheidende Bestandteile ihrer Gesundheit geachtet und gefördert werden? Viele der an chronischen Krankheiten leidenden Menschen haben nach ausgesprochen individuellen Wegen gesucht, eine neue, andere Lebensqualität zu erlangen und haben diese auch gefunden. Das schnelle Entstehen von Selbsthilfegruppen im medizinischen Bereich ist durch Menschen mit chronischen Gesundheitsproblemen nachhaltig beeinflusst worden.

Die für Prävention und Gesundheitsversorgung zuständigen öffentlichen Einrichtungen haben mit dieser Entwicklung bisher kaum Schritt halten können. Chronisch Kranke brauchen mehr als reine Wohlfahrtsmaßnahmen und institutionelle Versorgung; sie sind in gleichem Maße auf Informationen und praktische Anleitung zur Selbsthilfe sowie ungeachtet ihrer "lebensbestimmenden Krankheit" auf Unterstützung bei der Verwirklichung ihres Rechts auf Lebensqualität angewiesen.

Chronische Krankheiten werden nur dann zu einem verletzenden Stigma, wenn die Gesellschaft die Betroffenen pauschal auf den Status "chronisch Kranker" herabstuft.

Ziel des Symposiums war es darum,

- ~ die komplexen Bedürfnisse von Menschen mit chronischen Krankheiten zu klären, insbesondere von Patienten mit chronischen Schmerzzuständen (unter Betonung der rheumatischen Krankheiten), einem Krebsleiden oder einem Herzanfall;
- ~ die persönlichen und gesellschaftlichen Folgewirkungen dieser Krankheiten sowie die verschiedenen Optionen für gesundheitsfördernde Maßnahmen umfassender zu beurteilen;
- ~ den entsprechenden Handlungsbedarf gesundheitlicher und anderer Einrichtungen zu ermitteln, die für die Gemeinschaft soziale Verantwortung tragen.

Die Familie und Selbsthilfegruppen, die Arbeitswelt und Gemeinde sowie das Gesundheitswesen wurden als Bereiche ausgewählt, aus denen gegenwärtig ein Maximum an Erfahrungen dargestellt werden konnte.

Der Prozeß des Symposiums

Auf dem Hintergrund dieser Zielsetzungen, beteiligte die Bundeszentrale eine große Zahl von Einzelpersonen, Gruppen und Organisationen an der Vorbereitungsphase. Dies resultierte in sehr stimulierenden, etwa 80 Beiträgen aus Europa und Nordamerika, die konzeptionelle Bemerkungen, Überblicke über die gegenwärtige Praxis im Hinblick auf die Bewältigung chronischer Schmerzen, Krebs und Myocardinfarkt sowie spezielle Beispiele für innovative Projekte, in denen die Praxis der Gesundheitsförderung beschrieben wird, enthielten.

Das Programm des Symposiums stellte die Erfahrungen auf vier Ebenen zur Verfügung.

Zum ersten die Plenarsitzungen: Nach einleitenden Ausführungen über die Programmperspektiven der WHO auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Überlegungen zu Gesundheitsförderung und chronischen Krankheiten wurde ein Überblick über jüngste Erkenntnisse und neue Konzepte für die Bewältigung krankheitsbedingter Belastungen, chronischer Schmerzen, komplementäre Formen der Krebsbehandlung, institutionelle Veränderungen im Umgang mit Herzpatienten, das Konzept des "gesunden Kranken" und die Notwendigkeit der Fortbildung der Ärzte

und der medizinischen Assistenzberufe gegeben.

Zum zweiten ermöglichten eine Reihe von Arbeitsgruppen den Teilnehmern einen Erfahrungsaustausch über die Gesundheitsförderung bei chronischen Schmerzzuständen, Krebserkrankungen und der koronaren Herzkrankheit; auf weiteren Arbeitsgruppensitzungen wurden unterstützende Tätigkeiten in verschiedenen Bereichen betrachtet: im System der medizinischen Versorgung, im Bereich der Familien und Selbsthilfegruppen sowie in der Arbeitswelt und der Gemeinde.

Der dritte Aspekt des Symposiums waren Workshops, die unmittelbare, persönliche Erfahrungen mit verschiedenen komplementären Therapien vermittelten, zum Beispiel Feldenkrais-Übungen für Patienten mit Rheuma und chronischen Schmerzzuständen, Visualisierungsübungen für Krebspatienten, Körperwahrnehmung in der Therapie des Myokardinfarkts und Diskussionen über die Grundlagen alternativer Medizin.

Die auf die Förderung der Interaktion ausgerichtete vierte Dimension der Tagung wurde auf dem Basar angeboten, einem orientalischen Marktplatz, auf dem Teilnehmer und eingeladene Gruppen am zweiten Tag des Symposiums 24 innovative Gesundheitsförderungsprojekte vorstellten. Dieser Teil der Tagung verdient besondere Erwähnung. Auf dem Basar sollten die Teilnehmer "herumschlendern, miteinander plaudern und Kontakt aufnehmen", und es kam zu einer zwanglosen, entspannten Atmosphäre, die für eine Interaktion sehr förderlich ist. Der Basar wurde um 16.00 Uhr mit einer Pressekonferenz eröffnet und ging -"offiziell"- um 22.30 Uhr zu Ende. Doch um Mitternacht waren immer noch Diskussionen, Streitgespräche, Erklärungen, Experimente mit Kunsttherapie oder neurolinguistischer Programmierung im Gange; die Teilnehmer genossen dieses Erlebnis ganz offensichtlich und lernten sehr viel voneinander. Am Vorabend hatte eine "Praxis- und Ideen-Börse" genannte offene Sitzung als "Eisbrecher" gedient und den Teilnehmern eine zwanglose Begegnung zur Erörterung ihrer Arbeit und ihrer persönlichen Erfahrungen ermöglicht.

Die Teilnehmer des Bad Honnefer Treffens akzeptierten einmütig in ihrer Abschlusssitzung ein Papier, das eine Handlungsstrategie aufzeigt und Bereiche nennt, denen dringend Aufmerksamkeit geschenkt werden muß. Sie brachten auch die Auffassung zur Geltung, daß das Symposium als Modell für andere dienen könne, die mit vergleichbaren Problemen auf nationaler, regionaler oder lokaler Ebene beschäftigt sind. Es stellte einen guten Bezugsrahmen für die Initiierung von Erfahrungsaustausch dar und schaffte Verbindungen zwischen einer großen Zahl von Professionellen, Gruppen und Organisationen, die in der Lage sind, den Verlauf der kommenden Ereignisse zu beeinflussen.

Mit diesem Buch dürfte dieses Netzwerk von Unterstützung und Aktion seine Aufgabe weiter vergrößern und noch viel mehr Menschen in die Bewegung aufnehmen, die Lebensqualität von Menschen, die an chronischen Erkrankungen leiden, zu verbessern.

TEIL I

**DIE BEWÄLTIGUNG VON CHRONISCHEN
KRANKHEITEN: KONZEPTE UND ANSÄTZE**

1.

KONZEPTIONELLER BEZUGSRAHMEN

OTTAWA-CHARTA ZUR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Die erste Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung hat am 21. November 1986 in Ottawa die folgende Charta verabschiedet. Sie ruft damit auf zu aktivem Handeln für das Ziel "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" und darüber hinaus.

Diese Konferenz war vor allem eine Antwort auf die wachsenden Erwartungen an eine neue Bewegung für die Gesundheit in der ganzen Welt. Die Diskussion befaßte sich vorrangig mit Erfordernissen in Industrieländern; es wurden aber auch Probleme aller anderen Regionen erörtert. Ausgangspunkt waren die auf der Grundlage der Deklaration von Alma-Ata über gesundheitliche Grundbetreuung erzielten Fortschritte, das WHO-Dokument "Einzelziele für Gesundheit 2000" sowie die während der letzten Weltgesundheitsversammlung geführte Diskussion zum intersektoriellen Zusammenwirken für die Gesundheit.

Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, daß sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur beim Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin.

Voraussetzungen für die Gesundheit

Grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Jede Verbesserung des Gesundheitszustandes ist zwangsläufig fest an diese Grundvoraussetzungen gebunden.

Interessen vertreten

Ein guter Gesundheitszustand ist eine wesentliche Bedingung für soziale, ökonomische und persönliche Entwicklung und ein entscheidender Bestandteil der Lebensqualität. Politische, ökonomische, soziale, kulturelle, biologische sowie Umwelt- und Verhaltensfaktoren können alle entweder der Gesundheit zuträglich sein oder auch sie schädigen. Gesundheitsförderndes Handeln zielt darauf ab, durch aktives, anwaltschaftliches Eintreten diese Faktoren positiv zu beeinflussen und der Gesundheit zuträglich zu machen.

Befähigen und ermöglichen

Gesundheitsförderung ist auf Chancengleichheit auf dem Gebiet der Gesundheit gerichtet. Gesundheitsförderndes Handeln bemüht sich darum, bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern sowie gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr größtmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen. Dies umfaßt sowohl Geborgenheit und Verwurzelung in einer unterstützenden sozialen Umwelt, den Zugang zu allen wesentlichen Informationen und die Entfaltung von praktischen Fertigkeiten als auch die Möglichkeit, selber Entscheidungen in bezug auf die persönliche Gesundheit treffen zu können. Menschen können ihr Gesundheitspotential nur dann weitestgehend entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluß nehmen können. Dies gilt für Frauen ebenso wie für Männer.

Vermitteln und vernetzen

Der Gesundheitssektor allein ist nicht in der Lage, die Voraussetzungen und guten Perspektiven für die Gesundheit zu garantieren. Gesundheitsförderung verlangt vielmehr ein koordiniertes Zusammenwirken unter Beteiligung der Verantwortlichen in Regierungen im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, in nichtstaatlichen und selbstorganisierten Verbänden und Initiativen sowie in lokalen Institutionen, in der Industrie und den Medien. Menschen in allen Lebensbereichen sind daran zu beteiligen als Einzelne, als Familien und als Gemeinschaften. Die Berufsgruppen und sozialen Gruppierungen sowie die Mitarbeiter des Gesundheitswesens tragen große Verantwortung für eine gesundheitsorientierte Vermittlung zwischen den unterschiedlichen Interessen in der Gesellschaft.

Aktives, gesundheitsförderndes Handeln erfordert:
Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
Gesundheitsförderung beinhaltet weit mehr als medizinische und

soziale Versorgung. Gesundheit muß auf allen Ebenen und in allen Politiksektoren auf die politische Tagesordnung gesetzt werden. Politikern müssen dabei die gesundheitlichen Konsequenzen ihrer Entscheidungen und ihre Verantwortung für die Gesundheit verdeutlicht werden. Dazu wendet eine Politik der Gesundheitsförderung verschiedene, sich ergänzende Ansätze an, u.a. Gesetzesinitiativen, steuerliche Maßnahmen und organisatorisch strukturelle Veränderungen. Nur koordiniertes, verbündetes Handeln kann zu einer größeren Chancengleichheit im Bereich der Gesundheits-, Einkommens- und Sozialpolitik führen. Ein solches gemeinsames Handeln führt dazu, ungefährlichere Produkte, gesündere Konsumgüter und gesundheitsförderlichere soziale Dienste zu entwickeln sowie sauberere und erholsamere Umgebungen zu schaffen. Eine Politik der Gesundheitsförderung muß Hindernisse identifizieren, die einer gesundheitsgerechteren Gestaltung politischer Entscheidungen und Programme entgegenstehen. Sie muß Möglichkeiten einer Überwindung dieser Hemmnisse und Interessengegensätze bereitstellen. Ziel muß es sein, auch politischen Entscheidungsträgern die gesundheitsgerechtere Entscheidung zur leichteren Entscheidung zu machen.

Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen

Unsere Gesellschaften sind durch Komplexität und enge Verknüpfung geprägt: Gesundheit kann nicht von anderen Zielsetzungen getrennt werden. Die enge Bindung zwischen Mensch und Umwelt bildet die Grundlage für einen sozialökologischen Weg zur Gesundheit. Oberstes Leitprinzip für die Welt, die Länder, Regionen und Gemeinschaften ist das Bedürfnis, die gegenseitige Unterstützung zu fördern - sich um den anderen, um unsere Gemeinschaften und unsere natürlichere Umwelt zu sorgen. Besondere Aufmerksamkeit verdient die Erhaltung der natürlichen Ressourcen als globale Aufgabe.

Die sich verändernden Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen haben entscheidenden Einfluß auf die Gesundheit. Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen.

Eine systematische Erfassung der gesundheitlichen Folgen unserer sich rasch wandelnden Umwelt - insbesondere in den Bereichen Technologie, Arbeitswelt, Energieproduktion und Stadtentwicklung - ist von essentieller Bedeutung und erfordert aktives Handeln zugunsten der Sicherstellung eines positiven Einflusses auf die Gesundheit der Öffentlichkeit. Jede Strategie zur Gesundheitsförderung hat den Schutz der natürlichen und der sozialen Umwelt sowie die Erhaltung der vorhandenen natürlichen Ressourcen mit zu ihrem Thema zu machen.

Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen

Gesundheitsförderung wird realisiert im Rahmen konkreter und wirksamer Aktivitäten von Bürgern in ihrer Gemeinde: in der Erarbeitung von Prioritäten, der Herbeiführung von Entscheidungen sowie bei der Planung und Umsetzung von Strategien. Die Unterstützung von Nachbarschaften und Gemeinden im Sinne einer vermehrten Selbstbestimmung ist ein zentraler Angelpunkt der Gesundheitsförderung; ihre Autonomie und Kontrolle über die eigenen Gesundheitsbelange sind zu stärken.

Die Stärkung von Nachbarschaften und Gemeinden baut auf den vorhandenen menschlichen und materiellen Möglichkeiten auf. Selbsthilfe und soziale Unterstützung sowie flexible Möglichkeiten der größeren öffentlichen Teilnahme und Mitbestimmung für Gesundheitsbelange sind dabei zu unterstützen bzw. neu zu entwickeln. Kontinuierlicher Zugang zu allen Informationen, die Schaffung von gesundheitsorientierten Lernmöglichkeiten sowie angemessene finanzielle Unterstützung gemeinschaftlicher Initiativen sind dazu notwendige Voraussetzungen.

Persönliche Kompetenzen entwickeln

Gesundheitsförderung unterstützt die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten durch Information, gesundheitsbezogene Bildung sowie die Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten. Sie will dadurch den Menschen helfen, mehr Einfluß auf ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt auszuüben, und will ihnen zugleich ermöglichen, Veränderungen in ihrem Lebensalltag zu treffen, die ihrer Gesundheit zugute kommen. Es gilt dabei, Menschen zu lebenslangem Lernen zu befähigen und ihnen zu helfen, mit den verschiedenen Phasen ihres Lebens sowie eventuellen chronischen Erkrankungen und Behinderungen umgehen zu können. Dieser Lernprozeß muß sowohl in Schulen wie auch zu Hause, am Arbeitsplatz und innerhalb der Gemeinde erleichtert werden. Erziehungsverbände, die öffentlichen Körperschaften, Wirtschaftsgremien und gemeinnützige Organisationen sind hier ebenso zum Handeln aufgerufen wie die Bildungs- und Gesundheitsinstitutionen selbst.

Die Gesundheitsdienste neu orientieren

Die Verantwortung für die Gesundheitsförderung wird in den Gesundheitsdiensten von Einzelpersonen, Gruppen, den Ärzten und anderen Mitarbeitern des Gesundheitswesens, den Gesundheitseinrichtungen und dem Staat getragen. Sie müssen darauf hinarbeiten, ein Versorgungssystem zu entwickeln, das auf die stärkere Förderung von Gesundheit ausgerichtet ist und weit über

die medizinisch-kurativen Betreuungsleistungen hinausgeht. Die Gesundheitsdienste müssen dabei eine Haltung einnehmen, die feinfühlig und respektvoll die unterschiedlichen Bedürfnisse anerkennt. Sie sollten dabei die Wünsche von Individuen und sozialen Gruppen nach einem gesünderen Leben aufgreifen und unterstützen sowie Möglichkeiten der besseren Koordination zwischen dem Gesundheitssektor und anderen sozialen, politischen, ökonomischen Kräften eröffnen.

Eine solche Neuorientierung von Gesundheitsdiensten erfordert zugleich eine stärkere Aufmerksamkeit für gesundheitsbezogene Forschung wie auch für die notwendigen Veränderungen in der beruflichen Aus- und Weiterbildung. Ziel dieser Bemühungen soll ein Wandel der Einstellungen und Organisationsformen sein, die eine Orientierung auf die Bedürfnisse des Menschen als ganzheitliche Persönlichkeit ermöglichen.

Auf dem Weg in die Zukunft

Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt; dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, daß man sich um sich selbst und für andere sorgt, daß man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, daß die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.

Für einander Sorge zu tragen, Ganzheitlichkeit und ökologisches Denken sind Kernelemente bei der Entwicklung von Strategien zur Gesundheitsförderung. Alle Beteiligten sollten als ein Leitprinzip anerkennen, daß in jeder Phase der Planung, Umsetzung und Auswertung von gesundheitsfördernden Handlungen Frauen und Männer gleichberechtigte Partner sind.

Gemeinsame Verpflichtung zur Gesundheitsförderung

Die Teilnehmer der Konferenz rufen dazu auf:

- an einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik mitzuwirken und sich dafür einzusetzen, daß ein eindeutiges politisches Engagement für Gesundheit und Chancengleichheit in allen Bereichen zustande kommt;
- allen Bestrebungen entgegenzuwirken, die auf die Herstellung gesundheitsgefährdender Produkte, auf die Erschöpfung von Ressourcen, auf ungesunde Umwelt- und Lebensbedingungen oder auf eine ungesunde Ernährung gerichtet sind; sie verpflichten sich, Fragen des öffentlichen Gesundheitsschutzes wie Luftverschmutzung, Gefährdungen am Arbeitsplatz sowie Wohn- und Raumplanung in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stellen;

- die gesundheitlichen Unterschiede innerhalb der Gesellschaften und zwischen ihnen abzubauen und die von den Vorschriften und Gepflogenheiten dieser Gesellschaften geschaffenen Ungleichheiten im Gesundheitszustand zu bekämpfen;
- die Menschen selber als die Träger ihrer Gesundheit anzuerkennen und zu unterstützen und auch finanziell zu befähigen, sich selbst, ihre Familien und Freunde gesund zu erhalten. Soziale Organisationen und die Gemeinde sind dabei als entscheidende Partner im Hinblick auf Gesundheit, Lebensbedingungen und Wohlbefinden zu akzeptieren und zu unterstützen;
- die Gesundheitsdienste und ihre Mittel auf die Gesundheitsförderung umzuorientieren und auf das Zusammenwirken der Gesundheitsdienste mit anderen Sektoren, anderen Disziplinen und - was noch viel wichtiger ist - mit der Bevölkerung selbst hinzuwirken;
- die Gesundheit und ihre Erhaltung als wichtige gesellschaftliche Investition und Herausforderung zu betrachten und die globale ökologische Frage unserer Lebensweisen aufzuwerfen. Die Konferenzteilnehmer rufen auf, sich in diesem Sinne zu einer starken Allianz zur Förderung der öffentlichen Gesundheit zusammenzuschließen.

Aufruf zu internationalem Handeln

Die Konferenz ersucht die Weltgesundheitsorganisation und alle anderen internationalen Organisationen, für die Förderung von Gesundheit Partei zu ergreifen und ihre einzelnen Mitgliedsländer dabei zu unterstützen, Strategien und Programme für die Gesundheitsförderung zu entwickeln.

Die Konferenz ist der festen Überzeugung, daß dann, wenn Menschen in allen Bereichen des Alltags, wenn soziale Verbände und Organisationen, wenn Regierungen, die Weltgesundheitsorganisation und alle anderen betroffenen Gruppen ihre Kräfte entsprechend den moralischen und sozialen Werten dieser Charta vereinigen und Strategien der Gesundheitsförderung entwickeln, daß dann "Gesundheit für alle" im Jahr 2000 Wirklichkeit werden wird.

DAS GESUNDHEITSPOTENTIAL DER MENSCHEN VERGRÖßERN

Ilona Kickbusch

Gesundheitsförderung beschäftigt sich damit, die Menschen dazu zu befähigen, ihr Gesundheitspotential umfassend auszubilden. An welchem Punkt im Leben man damit auch immer beginnt - ob als gesundes Baby oder als jemand, der schon viele Lebenskrisen durchlaufen hat und chronisch krank geworden ist - Gesundheit und Wohlbefinden können verbessert und weiterentwickelt werden. Dies ist die starke Überzeugung, die den Erfahrungen und Forschungsergebnissen zugrunde liegt, die in diesem Buch vorgestellt werden.

Diese Überzeugung speist sich aus der Charta für Gesundheitsförderung, dem Höhepunkt der Ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung, die vom 17. bis 21. November 1986 in Ottawa abgehalten wurde und einen neuen Abschnitt in der Geschichte der öffentlichen Gesundheit einleitete. Sie wurde gemeinsam von der Weltgesundheitsorganisation, Health and Welfare Canada und der Canadian Public Health Association veranstaltet und führte 212 Teilnehmer aus 18 Ländern zusammen - freiwillige und hauptberufliche Mitarbeiter des Gesundheitswesens, Vertreter von Regierungen, freiwilligen Hilfsorganisationen und gemeindenahen Einrichtungen, Politiker, Verantwortliche der Verwaltungen, Vertreter der Universitäten und niedergelassene Ärzte.

Durch die Verabschiedung der Charta hoben die Teilnehmer die Notwendigkeit hervor, alle Ressourcen im Hinblick auf das Ziel "Gesundheit für alle" zu mobilisieren, und unterstrichen, daß dieses Ziel nicht allein durch den Gesundheitssektor erreicht werden könne. Die Gesundheitsförderung setzt ein koordiniertes Handeln der Regierungen, der freiwilligen Hilfsorganisationen, der örtlichen Behörden, der Wirtschaft und der Medien voraus. Alle Sektoren sind gleichermaßen für die Anhebung des individuellen und kollektiven Gesundheitsniveaus verantwortlich.

Diese breit angelegte Betrachtungsweise ist das Ergebnis der Erörterungen über Lebensweisen, die vor einigen Jahren im WHO-Regionalbüro für Europa begonnen hatte und zu einer Reihe von stimulierenden Diskussionen über Selbsthilfe, die Arbeitswelt, gesunde Städte und schließlich zur Gesundheitsförderung und chronischen Krankheiten führten. Diese

Kontinuität bezüglich des Denkens, der Forschung und der Aktivitäten ist von Bedeutung.

Auf dem Weg zu einer neuen Bewegung der öffentlichen Gesundheit

Mit seiner Konzentration auf persönliche Beteiligung, gesellschaftliche und kulturelle Faktoren sowie Umweltbedingungen stellt das Gesundheitsförderungskonzept eine eindeutige Abkehr vom biomedizinischen Modell dar. Es setzt die Gesundheit auf die Tagesordnung der politischen Entscheidungsträger aller Sektoren und Ebenen und bringt zum Ausdruck, daß Gesundheitsaspekte bei der Gestaltung der öffentlichen Politik stets zu berücksichtigen sind und die politischen Entscheidungsträger für die gesundheitlichen Folgewirkungen ihrer Entscheidungen Rechenschaft schulden. Die Gesundheitsförderung verlangt Anstrengungen, Lebens- und Arbeitsbedingungen zu schaffen, die sicher, anregend und befriedigend sind, mit anderen Worten ein unterstützendes Umfeld zu schaffen.

Sie dringt auf eine Neuverteilung der gesundheitspolitischen Verantwortung auf dem Wege über eine Verstärkung der Gemeinschaftsaktionen. Entwicklungen in der Gemeinde sollten auch dazu dienen, politische Prioritäten zu setzen: Politik kann nicht im Elfenbeinturm gestaltet werden; sie muß aus dem kontinuierlichen Kontakt mit der Gemeinschaft entstehen. Gesundheitsförderung betont die Bedeutung der Weiterentwicklung der persönlichen Fertigkeiten und der Befähigung zu lebenslangem Lernen, damit die Menschen sich auf alle Stadien vorbereiten und mit chronischen Krankheiten und Verletzungen fertig werden können.

Nicht zuletzt fordert die Gesundheitsförderung eine Neuausrichtung der Gesundheitsdienste: sie müssen wieder zu einem Teil der Gemeinschaftsverantwortung werden und sämtliche Bedürfnisse des Einzelnen als Gesamtpersönlichkeit wahrnehmen.

Drei Schlüsselstrategien

Die Gesundheitsförderung konzentriert sich somit auf den "Vorgang der Befähigung des Menschen zu einer verstärkten Kontrolle über seine Gesundheit mit dem Ziel ihrer Verbesserung" sowie auf die Bedeutung der Fähigkeit des Einzelnen und von Gruppen, "Bestrebungen zu erkennen und umzusetzen, Bedürfnisse zu befriedigen und sich mit dem jeweiligen Umfeld zu verändern oder dieses zu bewältigen", wenn ein Zustand umfassenden physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens erreicht werden soll.

Bei diesem Konzept wird Gesundheit als wesentlicher Bestandteil der persönlichen wie der sozialen Lebensqualität hervorgehoben, die in jeder Lebensphase gefördert werden können. Darüber hinaus betont das Konzept, daß Gesundheit nicht als Gesundheitswahn mißverstanden wird und unterstreicht die Notwendigkeit, sehr realistisch zu bleiben und Gesundheit im Kontext des alltäglichen Lebens der Menschen zu betrachten. Gesundheit wird als positives Konzept aufgefaßt, das sowohl soziale und individuelle Ressourcen als auch physische Fähigkeiten hervorhebt. Drei Strategien stellen den Kern der Gesundheitsförderung dar:

- Befähigungsmaßnahmen- Vermittlungsmaßnahmen sowie -anwaltschaftliches Eintreten für die Interessen und Bedürfnisse der Menschen.

Diese drei Strategien sind bei chronischen Krankheiten von besonderer Bedeutung, bei denen die Befähigungsfunktion zur Maximierung des Gesundheitspotentials der Betroffenen, anwaltschaftliches Eintreten für die Verteidigung der Rechte jener Menschen, die nicht im Vollbesitz ihrer körperlichen Fähigkeiten sind und die Vermittlerfunktion dazu benötigt werden, um eine engere Kommunikation zwischen den chronisch Kranken und jenem Teil der Gesellschaft herzustellen, der sich als gesund betrachtet.

Die wirkliche Herausforderung: die Bewältigungsfähigkeiten der Menschen verbessern

Das Konzept der Gesundheitsförderung bei chronisch Kranken steckt in der medizinischen Praxis jedoch noch in den Kinderschuhen. Für Krankheitsprävention und Gesundheitsversorgung zuständige öffentliche Einrichtungen weisen gegenüber chronischen Krankheiten gewöhnlich eine sehr negative Einstellung auf. Selbst in

der Gesundheitspolitik konzentrieren sich viele Gesundheitsförderungsmaßnahmen auf Prävention und Förderung, erstrecken sich jedoch nicht auf die größere Dimension einer Verbesserung der Fähigkeit des Menschen zur Bewältigung chronischer Zustände.

Was ist es, das es bestimmten Menschen erleichtert, mit einer Krankheit besser umzugehen als andere? Wie sehen unterstützende Umfelder und persönliche Fertigkeiten aus, die es einigen Menschen und Familien erleichtern, mit ernsthaften Gesundheitsproblemen leichter umzugehen als anderen Personen?

Die Bewältigungsfähigkeiten und die Verbesserung dieser Fähigkeiten sind die wahre Herausforderung, der die chronisch Kranken, ihre Angehörigen und ihr soziales Umfeld, die Pflegenden - Vertreter der Gesundheitsberufe wie Laien - und die verschiedenen Institutionen sich gegenübersehen - in der Bevölkerung, am Arbeitsplatz, in den medizinischen und sozialen Diensten.

Es ist deshalb dringend erforderlich, die verfügbaren Erfahrungen und Erkenntnisse kritisch zu bewerten. Die Ottawa-Charta fordert eine Überprüfung der derzeitigen Konzepte und praktischen Maßnahmen sowie die Entwicklung und Umsetzung neuer Ansätze.

Im Falle chronischer Krankheiten bedeutet dies, neue Wege zu finden, um mit dem täglichen Streß und Ängsten in einer Weise umzugehen, die nicht immer medizinische Interventionen erfordert; es bedeutet, ernsthaft neue Wege zu nehmen, mit Schmerz umzugehen, indem wir unsere Sinne und unseren Körper einsetzen; es bedeutet, sich um die Pflegenden zu kümmern, deren Arbeitsvermögen nicht weniger wichtig ist als die Gesundheit derjenigen, um die sie sich kümmern.

Es bedeutet auch, daß wir uns von den bisher entwickelten Sperrn und engen Sektoren wegbewegen, die hier Förderung oder Prävention und dort Rehabilitation heißen; vielleicht verbinden sie sich bezüglich der öffentlichen Gesundheit auf viel komplexerer Weise miteinander, als wir bisher gedacht haben.

BEWÄLTIGUNG KRANKHEITSBEDINGTER BELASTUNGEN

Richard S. Lazarus

Wie können wir unser Bewältigungsverhalten verbessern oder wie können wir anderen dabei helfen? Die Antwort darauf hängt davon ab, ob wir wissen, was ein Individuum bewältigen muß. Dies wiederum hängt von der Einschätzung der betreffenden Person hinsichtlich der Bedeutung dessen, was dies für sein Wohlbefinden bedeutet, ab - das heißt die Gründe des Leids, der Bedrohung bzw. Herausforderung. Fälle wie der Myocardinfarkt, Krebs oder chronische Schmerzen haben einiges Leid, einige Bedrohungen und Herausforderungen gemeinsam, aber es gibt auch spezielle Faktoren bei jeder dieser Krankheiten. Ein Patient mit einer chronischen Krankheit überprüft ständig seine Symptome, Schmerzen und den Krankheitsverlauf im Hinblick auf ihre Bedeutung für sein Wohlbefinden und seine Überlebenschancen, und versucht entsprechend, die Krankheit zu bewältigen.

Der folgende Beitrag stellt einen mikroanalytischen, kontextbezogenen und prozeßorientierten Ansatz für Bewältigungshandeln vor, der Teil eines größeren theoretischen Zusammenhangs ist, in dem kognitive Beurteilungsstrategien und die Person-Umwelt-Beziehung als Teil des emotionalen Lebens besonders hervorgehoben werden. Implikationen für Prävention und die Behandlung von Krankheiten im Lichte der Gesundheitsförderung werden genauso diskutiert wie die Forschungsnotwendigkeiten zur Voraussage von langfristigen Ergebnissen von Belastungs- und Bewältigungshandeln.

1. Einleitung

Krankheiten setzen uns häufig schweren, akuten, chronischen oder wiederholten psychischen Belastungen aus. Es lassen sich wenigstens drei Hauptformen belastender chronischer Erkrankungen unterscheiden: terminale (mit dem Gefühl der Hoffnung verbundene oder nicht verbundene), zu einer Behinderung führende und lebensbedrohliche Erkrankungen. Auch wenn ein vierter krankheitsbedingter Zustand, der Schmerz, einige Merkmale mit

den zu einer Behinderung führenden Erkrankungen gemeinsam hat, sind an ihm doch in einzigartiger Verquickung psychologische und somatische Ursachen und Folgewirkungen beteiligt, die eigene Behandlungsstrategien erfordern.

Die Bewältigung (coping) ist der Hauptgegenstand dieses Beitrages, insbesondere die Theorie und Methodik der Untersuchung des Bewältigungsvorgangs. Die Kernfrage der Bewältigung ist komplexer Natur: sie lautet nämlich, welche Formen der Bewältigung bei wem und unter welchen Bedingungen zu positiven und negativen kurz- und langfristigen Anpassungseffekten führen. Eine befriedigende empirische Antwort würde dann zu der Frage überleiten, ob die Aufgabe dysfunktionaler Bewältigungsformen zugunsten funktionaler Arten der Bewältigung lernbar ist. Ich kann hier nicht darauf eingehen und bin im übrigen auch nicht sicher, daß hierauf schon jemand eine gute Antwort gegeben hat oder überhaupt geben kann.

Erkrankungen werfen eine Reihe von Fragen auf, die eine theoretische Bearbeitung und eigene Untersuchungsstrategien erfordern. Folgende Themen stehen im Vordergrund:

1. die Möglichkeiten und Mechanismen der psychosozialen Bedingtheit und/oder Zuspitzung bestimmter Erkrankungen;
2. der schwer zu erbringende Nachweis, daß Belastungen (Streß) und deren Bewältigung bei Erkrankungen eine ursächliche Rolle spielen;
3. die psychosozialen Überschneidungen und Unterschiede zwischen verschiedenen Krankheitsformen, wie z.B. Krebs und Herzleiden oder Unterformen des Krebses wie Brust- und Lungenkrebs oder auch die kongestive Kardiomyopathie und postkoronare Krankheitsbilder. Ein sehr wichtiger Grundsatz dabei besagt, daß biomedizinische Klassifizierungen wenig mit den psychologischen Ähnlichkeiten und Unterschieden zwischen Krankheiten zu tun haben müssen, die darauf beruhen, ob das Leben bedroht ist, eine Behinderung, Schmerzen oder zwischenmenschliche Folgewirkungen drohen und ob dabei an den

Patienten und die ihn pflegende Person tagtäglich vergleichbare Anforderungen gestellt werden. Deshalb weisen Krebs und Herzkrankheiten trotz vergleichbarer Bedrohung unterschiedliche psychologische Belastungsprofile auf, was auch zwischen den verschiedenen Krebsformen der Fall sein kann.

2. Die traditionelle Bewältigungsstrategie

Wenn wir das beim Tier festzustellende Bewältigungsmuster außer acht lassen, das sich hauptsächlich auf eine Meide- und Fluchtverhalten unter ungünstigen Bedingungen beschränkt, so folgt der herkömmliche klinische und in der Forschung gewählte Bewältigungsansatz der Tradition der psychoanalytischen Ich-Psychologie. Diese Tradition konzentriert sich auf breit angelegte, festgefügte Überlegungen, beschäftigt sich mit der eigenen Zeitplanung und dem jeweiligen Umfeld und geht von Hierarchien der Ich-Betätigung aus, die von völlig normalen bis hin zu stark pathologischen Erscheinungsbildern reichen (z.B. Menninger 1954; Vaillant 1971, 1977; Haan 1969, 1977). Haan verwendet den Begriff der Bewältigung z.B. für die gesündesten und reifsten Ich-Vorgänge, den der Abwehr für neurotische Ich-Vorgänge und den des Ich-Scheiterns für fragmentierte oder überaus schwerwiegend gestörte Formen der Anpassungstätigkeit; (gesunde) Bewältigung ist danach durch eine gute Realitätsprüfung und Flexibilität gekennzeichnet, während (pathologische) Abwehrreaktionen starr sind und zwanghaft aus dem Inneren hervorbrechen. Mit dieser herkömmlichen Betrachtungsweise der Bewältigung sind viele Probleme verbunden. Einige der wichtigsten werden im folgenden beschrieben:

1. Obwohl es sich bei dem ich-psychologischen Modell um eine ablauforientierte Bewältigungstheorie handelt, hat es bisher eher statische, eindimensionale Typologien zur Messung der Bewältigung hervorgerufen, wie z.B. die Repression-Sensibilisierung (oder den Vermeidungsansatz) und den Fragebogen zum Abwehrmechanismus (Defense Mechanism Inventory) nach Gleser & Ihilevich (1969), bei dem von stabilen Bewältigungsstilen ausgegangen wird, die mit Konzepten wie den Neuroseformen (neurotic styles) nach Shapiro (1965) vereinbar sind.

2. Vorstellungen von einem ein-

dimensionalen Bewältigungsstil sind für uns keine Hilfe, wenn es darum geht, zu verstehen oder vorherzusagen, was jemand denkt oder tut, um mit spezifischen, belastenden Lebenssituationen fertigzuwerden. Rein klinisch wissen wir, daß die Bewältigung einen komplexen und variablen und keinen einfachen und stabilen Vorgang darstellt. Z.B. kann ein Krebspatient mit jeder der zahlreichen, durch seine Krankheit hervorgerufenen Bedrohungen durchaus unterschiedlich umgehen; so mag der drohende Tod zwar nicht geleugnet, jedoch im Denken wie im Handeln vermieden werden. Angesichts der Bedrohungen, die ein Gespräch mit Freunden oder Verwandten über die Krankheit unter Umständen bedeutet, kann sich der Bewältigungsprozeß bei demselben Menschen in Verleugnung oder Distanzierung äußern. Bei Schmerzen oder Entstellung ist noch eine weitere Bewältigungsform denkbar. Kurz gesagt, in Verbindung mit einer Krankheit können viele verschiedene, auf Bewältigung abzielende Überlegungen und Handlungen vorkommen, von denen eine jede jeweils andere Aspekte der Bedrohung behandelt oder diese zu verschiedenen Zeitpunkten oder in unterschiedlichen Phasen der Krankheit aufgreift.

Die Grundmuster der Beziehungen zur Außenwelt helfen uns gewöhnlich nicht bei der Vorhersage der Bewältigungsabläufe auf der eher mikroanalytischen Ebene. Wir müssen über die Bewältigung auf dieser Ebene etwas wissen, wenn wir verstehen wollen, wie der betreffende Mensch bei dem persönlichen und sozialen Erleben der komplexen Krankheit Krebs die vielfachen Beeinträchtigungen und Bedrohungen zu unterschiedlichen Zeiten handhabt. Eine Frau, der es nach einer Mastektomie gelingt, an ihre ungewisse Prognose nicht zu denken, wenn sie nicht im Krankenhaus ist und arbeitet oder sich um ihre Kinder kümmert, wird an dem Tag vor ihrem Termin für eine Computertomographie wahrscheinlich nicht zu einem solchen Vermeidungsverhalten in der Lage sein. Wir müssen beschreiben können, wann sich der Bewältigungsprozeß bei einer Besserung oder einem Rückgang der Krankheit im Laufe der Zeit verändert und der Patient mit der jeweiligen Form der Bedrohung fertig wird.

3. Das Bewältigungskonzept nach Lazarus und Folkman

Die oben dargestellten Probleme des ich-psychologisch orientierten Bewältigungsansatzes und die Notwendigkeit, über detailliertere Informationen zu verfügen,

fürten gegen Ende der siebziger Jahre zu einer neuen Methode. So entschieden sich Folkman und ich (Folkman & Lazarus 1980, 1985, 1986, 1988; Folkman et al. 1986a, 1986b, 1987; Lazarus & Folkman 1984a, 1984b) für einen anderen Ansatz zur Konzeptualisierung und Messung der Bewältigung, der zu jener Zeit auch von anderen, wie z.B. Pearlin (Pearlin et al. 1981; Pearlin & Schooler 1978), Stone & Neale (1984) und Moos (Moos & Billings 1982) ausgearbeitet wurde.

Dieser neue, stärker mikroanalytisch, kontext- und prozeßorientierte Ansatz weist vier Hauptmerkmale auf:

1. Es wird die Beschreibung von Gedanken und Handlungen betont, die bei spezifischen belastenden Ereignissen oder in verschiedenen Phasen eines belastenden Ereignisses erfolgen oder erfolgt sind.

2. Die Messung erfolgt kontextabhängig, prozeßorientiert und transaktional. Wir fragen also nicht, was die betreffende Person getan oder gedacht haben mag oder gewöhnlich tut und denkt, sondern was in einem bestimmten Zusammenhang tatsächlich geschehen ist. Darüber hinaus wird die Annahme getroffen und beurteilt, daß das Geschehene oder Geschehene sich im Laufe der Zeit (als Prozeß) oder mit dem sich verändernden Zusammenhang selbst verändert. Schließlich wird das Getane und Gedachte als Ergebnis des aktiven Wechselspiels zwischen dem Einzelnen und seiner Umwelt (Transaktion) betrachtet und hängt von der sich verändernden psychologischen Beziehung zwischen dem Einzelnen und seiner Umwelt ab.

3. Die bei diesen Forschungsarbeiten anzustellenden Beobachtungen des Bewältigungsverhaltens müssen so angelegt sein, daß dieselbe Person (oder dieselben Personen) von Zeit zu Zeit oder in unterschiedlichen Zusammenhängen beurteilt wird (werden), um so die Stabilität und Veränderbarkeit der mit der Bewältigung verknüpften Gedanken und Handlungen zu beurteilen.

4. Mit einer Einschätzung der Frage, ob ein bestimmter Bewältigungsprozeß seinem Wesen nach gut oder schlecht ist, sollte man vorsichtig sein, da alles von der jeweiligen Person, den persönlichen Zeitansprüchen, die der Betreffende in verschiedene Situationen einbringt, der Art oder der Stufe des belastenden Ereignisses und dem spezifischen Ergebnis des jeweils interessierenden Vorgangs, also von dem subjektiven Wohlbefinden, der

sozialen Funktionstüchtigkeit oder der körperlichen Gesundheit abhängt. Ich werde später darauf noch näher eingehen, ob bestimmte Formen der Bewältigung im allgemeinen ein günstigeres Ergebnis versprechen als andere, wovon das ich-psychologische Modell gewöhnlich ausgeht (Vaillant 1977).

Lazarus & Folkman (1984) definieren Bewältigung als sich ständig verändernde kognitive und verhaltensbezogene Bemühungen, mit spezifischen äußeren und/oder inneren Ansprüchen fertig zu werden, die als hoch eingestuft werden oder von denen angenommen wird, daß sie über die Möglichkeiten des Einzelnen hinausgehen. Diese Definition ist eher prozeßorientiert als merkmalsbezogen, enthält eine stillschweigende Unterscheidung zwischen Bewältigung und automatisiertem Anpassungsverhalten, indem der Begriff der Bewältigung auf belastende Bedingungen beschränkt wird, verwendet den Begriff "Anstrengungen", um eine Verwechslung des Bewältigungsprozesses mit seinem Erfolg oder Fehlschlag in Form guter oder schlechter Ergebnisse zu vermeiden und benutzt den Begriff "fertig werden" (manage), der auch die möglichst weitgehende Verminderung, die Vermeidung, die Duldung und die Hinnahme negativer Lebensumstände einschließt und die Gleichsetzung von Bewältigung mit dem Meistern von Problemen vermeidet.

3.1 Checkliste der Bewältigungsformen

Die früheste Version unseres Bewältigungsmeßverfahrens (Folkman & Lazarus 1980) beruhte auf einer theoretischen Bewältigungsanalyse durch Lazarus & Launier (1978) und mehreren früheren Abhandlungen über dieses Thema (Lazarus 1966; Lazarus et al. 1974). In dieser Checkliste baten wir die Probanden, ein belastendes Erlebnis aus jüngster Zeit anzugeben und mitzuteilen, welche der 67 aufgeführten Bewältigungsgedanken oder -handlungen sie angesichts dieses Erlebnisses verwendet hatten. Später überarbeiteten wir die Checkliste, woraus sich die derzeitige Version mit 66 Items ergab und nahmen eine Likert-Skala hinzu, mit der der Grad der Verwendung eines Bewältigungsgedankens oder einer Bewältigungshandlung erfaßt wurde, wodurch eine strenge Faktorenanalyse ermöglicht wurde, aus der sich 8 Unterskalen für Bewältigungsfaktoren ergaben (Folkman et al. 1986a). Die psychometrischen Eigenschaften dieser abgewandelten Skala sind von Tennen & Herzberger (1985)

besprochen worden. Darüber hinaus wird diese Skala oder der grundsätzliche Ansatz häufig zur Untersuchung der allgemeinen Bewältigung belastender Erlebnisse und insbesondere der Bewältigung belastender Krankheiten verwendet.

Diese 8 Skalen der Checkliste stellen Variationen der zwei grundlegenden Funktionen von Bewältigung dar, auf die wir seit langem immer wieder Nachdruck gelegt haben, nämlich der problem- und gefühlsorientierten Bewältigung.

Problemorientierte Bewältigung umfaßt Bemühungen, die tatsächlichen Umstände eines Anpassungserlebnisses zu verändern, z.B. durch eine Veränderung der Umwelt oder des eigenen Verhaltens. Diese haben zum Inhalt:

- konfrontative Bewältigung (z.B. ich behauptete mich und kämpfte für meine Ziele);
- Selbstbeherrschung (z.B. ich versuchte, meine Empfindungen für mich zu behalten);
- Bemühen um soziale Unterstützung (z.B. ich sprach mit jemandem, der gegen das Problem etwas Konkretes tun konnte);
- Übernahme von Verantwortung (z.B. ich kritisierte mich selbst und machte mir Vorhaltungen);
- planvolle Problemlösung (z.B. ich wußte, was zu tun war und verdoppelte deshalb meine Anstrengungen, um die Dinge ins Lot zu bringen).

Zu der gefühlsorientierten Bewältigung gehören rein kognitive Tätigkeiten, die die tatsächliche Beziehung zu der Umwelt nicht direkt, jedoch die Wahrnehmung dieser Beziehung verändern. Das schließt ein:

- Distanzierung (z.B. ich fuhr fort, als sei nichts geschehen);
- Fluchtvermeidung (z.B. ich wünschte, die Situation würde verschwinden oder irgendwie vorbeisein);
- positive Neubewertung (z.B. ich faßte neuen Glauben).

So kann man z.B. das jeweilige Problem dadurch unter Kontrolle zu bringen versuchen, daß man bestimmte Tatsachen oder ihre Folgewirkungen vermeidet, oder man kann versuchen, diese Tatsachen oder ihre Folgewirkungen z.B. durch Leugnen oder Distanzierung einer Neubewertung zu unterziehen. Die gefühlsorientierte oder kognitive Bewältigung reguliert die

emotionale Notlage durch Beeinflussung des Problemgegenstandes oder durch Veränderung der Bedeutung des Problems. Bei einem erfolgreichen Prozeß dieser Art besteht kein oder kaum ein Grund für das Erleben einer emotionalen Notlage, da die schädliche oder bedrohliche Beziehung subjektiv gesehen gutartig geworden ist. Diese Bewältigungsmethode ist in unseren veröffentlichten Forschungsarbeiten, in unserer Monographie (Lazarus & Folkman 1984) und in einem neueren analytischen Überblick über unsere Metatheorie, Theorie und Methodik (Lazarus & Folkman 1987) sehr eingehend erörtert worden. In diesem Beitrag möchte ich nur in großen Zügen einige allgemeine Erkenntnisse aus unseren Arbeiten der vergangenen zehn Jahre über die Frage der Bewältigung skizzieren.

3.2 Empirisch begründete Verallgemeinerungen

Da für die Darstellung des Ablaufs eines Bewältigungsprozesses sowohl intraindividuelle als auch interindividuelle Untersuchungen und Datenanalysen erforderlich sind, haben wir in unseren Studien regelmäßig - gewöhnlich gleichzeitig - mit beiden gearbeitet. Eine intraindividuelle Analyse - die Bewältigungsarbeit des Einzelnen oder der Stichprobe in einer Erlebnissituation - wird mit der in einer anderen Erlebnissituation verglichen, woraus sich Erkenntnisse über den Einfluß des belastenden Zusammenhangs gewinnen lassen. In der interindividuellen Analyse wird die Bewältigungsleistung jedes Einzelnen auf die eine oder andere Weise über alle belastenden Erlebnisse gemittelt oder aggregiert und dann zwischen verschiedenen Einzelnen oder Untergruppen verglichen.

Interindividuelle (normative) Verallgemeinerungen:

a) Die meisten Menschen verwenden bei jedem belastenden Erlebnis fast ausnahmslos alle acht Formen der Bewältigung, obwohl sich der Nachdruck, der auf die eine oder andere Form der Bewältigung gelegt wird, mit der Art des Erlebnisses, der Art seiner Bewertung und dem Einzelnen ändert.

b) Das Bewältigungsmuster unterliegt zwischen den verschiedenen Stufen eines Erlebnisses Veränderungen. Wir haben dies z.B. bei vor dem Examen stehenden Studenten festgestellt (Folkman & Lazarus

1985). So waren die Studenten in der Phase vor dem Examen eher bemüht, andere um Informationen zu fragen und waren ansonsten mit problemorientierter Bewältigung beschäftigt. Nach der Prüfung, jedoch vor der Bekanntgabe der Noten, verschob sich die vorherrschende Form der Bewältigung in Richtung auf eine Distanzierung, was vernünftig war, da nichts anderes übrigblieb, als zu warten. Andere Formen der gefühlorientierten Bewältigung erhielten nach der Bekanntgabe der Prüfungsergebnisse größeren Nachdruck. Die veränderte Bewußtseinslage zu unterschiedlichen Zeiten ist auch von Katastrophenforschern umfassend belegt worden, die die Stufen Vorwarnung, Konfrontation und Nachkonfrontation unterscheiden. Versucht ein Forscher zusammenzufassen, was während der drei Stufen geschieht, wenn ein Examen als einzelnes belastendes Ereignis betrachtet wird, so ergibt sich bei den tatsächlichen, Veränderungen unterliegenden psychologischen Prozessen in jedem Einzelnen und in der Gesamtgruppe eine beträchtliche Verzerrung.

c) Einige Formen der Bewältigung sind stabiler als andere, sodaß Menschen, die bei einem belastenden Ereignis intensiv darauf zurückgreifen, dazu neigen, sie auch bei anderen Ereignissen intensiv einzusetzen. Andererseits sind andere Formen der Bewältigung stark kontextabhängig, was bedeutet, daß sie bei verschiedenen belastenden Ereignissen während bestimmter Zeiträume nur eine sehr geringe Stabilität aufweisen. In unserer Forschungsarbeit (z.B. Folkman et al. 1986) wiesen die problemorientierten Bewältigungsstrategien bei den verschiedenen belastenden Erlebnissen eine ausgeprägte Variabilität auf. Die Autokorrelation reichte während fünf Erlebnisse im Mittel von 0,17 (Bemühen um soziale Unterstützung) bis 0,23 (planvolles Problemlösen). Einige gefühlorientierte Bewältigungsstrategien erwiesen sich demgegenüber als mäßiggradig stabil: die mittlere Autokorrelation der positiven Neubewertung betrug 0,47 und die der selbstkontrollierenden Bewältigung 0,44. Dies legt den Schluß nahe, daß die meisten problemorientierten Formen der Bewältigung stark auf kontextabhängige Faktoren ansprechen, während bestimmte gefühlorientierte Formen hauptsächlich durch personenbezogene Faktoren beeinflusst werden. Die Stabilität und Variabilität der Bewältigung während zeitlicher Abläufe und bei verschiedenen belastenden Erlebnissen werden zu einer sehr wichtigen

Frage, wenn wir die Bewältigung zur Erläuterung und Prognose langfristiger Ergebnisse im Bereich der seelischen und körperlichen Gesundheit verwenden wollen.

Intraindividuelle (ipsative) Verallgemeinerungen:

a) Die von einer bestimmten Person angewandte Bewältigungsstrategie hängt von der Art des Einsatzes ab, den diese Person im Anschluß an ein belastendes Erlebnis unter Umständen zu verlieren hat. Steht z.B. die Selbstachtung auf dem Spiel, so bemühen sich die Menschen nur sehr zögernd um soziale Unterstützung bei anderen im Vergleich zu Situationen, bei denen andere Ziele auf dem Spiel stehen. Aus Scham scheinen wir uns vor anderen verbergen zu wollen, weshalb viele Menschen einer unerfreulichen Situation, die ihre Scham ins Spiel bringt, lieber allein begegnen wollen, statt Unterstützung bei anderen zu suchen. Demgegenüber werden soziale Unterstützung oder Trost gesucht, wenn - nicht mit Scham verbundene - Angst um das eigene Wohlergehen oder das anderer Menschen besteht. Dies ist ein Beispiel für die Rolle der, wie wir sie genannt haben, primären Beurteilung für die Auswahl der Bewältigungsstrategie (Folkman et al. 1986).

b) Die angewandte Bewältigungsstrategie hängt auch davon ab, ob der Anwender glaubt, an den schädlichen oder bedrohlichen Zuständen lasse sich im Sinne einer Besserung etwas ändern. Läßt sich wenig oder gar nichts tun, so liegt der Nachdruck vorwiegend auf gefühlorientierten Bewältigungsprozessen wie Vermeidung oder Distanzierung. Gelangt die betreffende Person aber zu dem Urteil, daß sich die Lage ändern oder unter Kontrolle bringen läßt, so herrschen problemorientierte Strategien vor. Dies ist ein Beispiel für die Rolle der, wie wir sie genannt haben, sekundären Beurteilung bei der Auswahl einer Bewältigungsstrategie (Folkman et al. 1986a).

c) Bei aus einem belastenden Erlebnis entstandenen emotionalen Reaktionen dient die Bewältigung eindeutig als vermittelnde Variable (Mediatorvariable). Ich verwende hierbei den Begriff "vermittelnde Variable" im Hinblick auf einen bei dem Erlebnis entstandenen Prozeß, der die ohne dieses Erlebnis eingetretene Bewußtseinslage aktiv verändert, und nicht für eine von Anfang an vorhandene

Variable. Die letztgenannte Form einer Variablen wird gewöhnlich als Moderatorvariable bezeichnet. Die theoretische und methodologische Unterscheidung zwischen Mediator- und Moderatorvariablen ist erst in jüngster Zeit erläutert und herausgearbeitet worden (Baron & Kenny 1986; Zedeck 1971) und wird jetzt auch auf Streß und Bewältigung bezogen (Frese 1986; Stone 1985). Aus unseren Ergebnissen wird deutlich, daß die Bewältigung bei belastenden Erlebnissen das Gefühlsleben beeinflusst. Auf der Grundlage von Daten aus zwei Studien und unter Verwendung einer Reihe hierarchischer Regressionsanalysen stellten wir fest, daß bestimmte Formen der Bewältigung positive Gefühle wie Zuversicht und Glück verstärkten und negative Gefühle wie Kummer und Zorn abbauten, und zwar vom Beginn des Erlebnisses bis zu seinem Ende. Andererseits verschlimmerten andere Formen der Bewältigung die Lage zusätzlich. Insbesondere das planvolle Problemlösen schien eine heilsame Wirkung auf die Gemütslage zu haben, während die konfrontative Bewältigung und die Distanzierung die Lage unserer Probanden unter den besonders belastenden Verhältnissen, die sie beschrieben, noch zu verschlechtern schienen.

Funktionale und dysfunktionale Bewältigung:

Können wir die Behauptung aufstellen, daß bestimmte Formen der Bewältigung, z.B. Wunschdenken (ein Bestandteil des Flucht-Vermeidungsfaktors), dysfunktional sind, während andere Formen der Bewältigung, wie z.B. planvolles Problemlösen und die positive Neubeurteilung funktional sind? Es darf wohl als einigermaßen gesichert gelten, daß Wunschdenken zumeist kontraproduktiv ist, weil es Wünsche und Erwartungen zum Ausdruck bringt, die der Wirklichkeit eines belastenden Erlebnisses nicht entsprechen und gleichzeitig auch mit realistischen, problemorientierten Handlungen unvereinbar sind. Anstelle von Wunschdenken, das planvollem, konstruktivem Handeln entgegensteht, ist wahrscheinlich positiven Überlegungen darüber der Vorzug zu geben, was zur Verwirklichung der eigenen Ziele am besten zu tun wäre. Aus unseren Daten geht in der Tat hervor, daß eine positive Neubeurteilung gemeinhin mit einem planvollen Problemlösen verbunden ist, was darauf schließen läßt, daß die erstere mit dem letzteren vereinbar ist und dieses

möglicherweise erleichtert. Bei Wunschdenken ist ein derartiges Muster demgegenüber nicht zu erkennen. Neuere Studien und nachdenkliche Analysen von Scheier & Carver (1987) sowie Scheier et al. (1986) belegen den Grundsatz, daß die Neigung zu einer optimistischen Einstellung angesichts negativer Ergebnisse für das langfristige Anpassungsergebnis, wie es sich z.B. in dem subjektiven Wohlbefinden und der körperlichen Gesundheit äußert, einen Pluspunkt bedeuten kann. Die Autoren äußern die Vermutung, Optimisten verwendeten andere Bewältigungsstrategien als Pessimisten und legten größten Nachdruck auf eine anhaltende, problemorientierte Bewältigung; sie seien eher realistisch eingestellt und verwendeten gefühlorientierte Bewältigungsstrategien, wie z.B. Hinnahme/Resignation, nur in einer von ihnen als unkontrollierbar eingeschätzten Lage. Singer & Kolligan (1987, S.542) formulieren es folgendermaßen: "Zumindest in unserer Gesellschaft erhalten wir positive Gefühlszustände und eine entsprechende Neigung zu verhältnismäßig wirksamem Alltagshandeln wahrscheinlich auf dem Wege über ein Muster illusionärer Hoffnungen aufrecht." Ich möchte hier noch hinzusetzen, daß Optimismus oder positives Denken und anhaltende Bemühungen zur Bewältigung der tatsächlichen Probleme auch einen gefährlichen Ausblick bieten können, da die wirklichen Probleme bestehen bleiben und uns später wieder bedrängen können. Obwohl bestimmte Bewältigungsformen ganz allgemein gesprochen funktional oder dysfunktional sein mögen, haben wir stets die Auffassung vertreten, daß jeder einzelne Bewältigungsvorgang günstige oder ungünstige Ergebnisse nach sich ziehen kann, je nachdem, wer ihn wann, unter welchen Umständen und im Hinblick auf welches Anpassungsergebnis verwendet. Wir hüten uns vor ausgeprägten Verallgemeinerungen über gutes oder schlechtes Bewältigungsverhalten, weil wir von der Prämisse ausgehen, daß der funktionale Wert des Bewältigungsvorgangs kaum jemals von dem Zusammenhang getrennt werden kann, in dem er abläuft. Eine solide Begriffsbildung in diesem Bereich könnte so aussehen, daß das Gute oder Schlechte an dem Bewältigungsvorgang von dem Grad seiner Anpassung an die situationsbedingten und innerpsychischen Anforderungen eines Anpassungserlebnisses abhängen. Wir glauben, daß die Forscher den Bewältigungsprozeß und seine Ergebnisse unter verschiedenen belastenden

Umständen untersuchen müssen, bevor Verallgemeinerungen hierüber vorgetragen werden.

Obwohl verhältnismäßig wenige Beobachtungen vorliegen, sind von anderer Seite Befunde mitgeteilt worden, die unsere Betonung des jeweiligen Zusammenhangs bestätigen. So stellten z.B. Collins et al. (1983) fest, daß die Bewohner von Three Mile Island (Harrisburg), die nach dem nuklearen Störfall bei einem problemorientierten Ansatz blieben, mehr psychologische Symptome aufwiesen als Bewohner, die sich gefühlorientiert damit auseinandersetzten. Angesichts der Umstände waren problemorientierte Strategien unrealistisch, da sich an den tatsächlichen Verhältnissen kaum etwas ändern ließ, sodaß das Beharren darauf unproduktiv war. Demgegenüber entsprach eine Beteiligung an gefühlorientierten oder kognitiven Bewältigungsprozessen, wie Distanzierung, Ablehnung, Vermeidung oder positiver Neubeurteilung, den Anforderungen der Situation besser. Es braucht wohl nicht darauf hingewiesen zu werden, daß dieser Grundsatz im Hinblick auf die Bewältigung von einer Veränderung nicht zugänglichen Krankheitszuständen weitreichende Verzweigungen aufweist. Er entspricht auch dem Motto der Anonymen Alkoholiker, das lautet: "Gott gebe mir die Gelassenheit, Dinge hinzunehmen, die ich nicht ändern kann, den Mut, Dinge zu ändern, die ich ändern kann und die Klugheit, den Unterschied zu erkennen." Hier finden wir eine Aussage über den Unterschied zwischen problem- und gefühlorientierter Bewältigung, den Grundsatz der sekundären Beurteilung und die Realitätsprüfung, die obendrein mit einigen verbreiteten Volksweisheiten verbunden ist.

4. Schwierigkeiten der Vorhersage des langfristigen Anpassungserfolgs nach Belastung und Bewältigung

Haben wir bei dem Übergang von der älteren Tradition einer breit angelegten, allgemein ausgerichteten Denkweise über und in bezug auf die Welt zu einer mikroanalytischen, kontextbezogenen und prozeßorientierten Formulierung der Bewältigung in Form spezifischer Überlegungen und Handlungen zur Handhabung besonders belastender Lebenssituationen vielleicht die Möglichkeiten des Bewältigungskonzepts preisgegeben, ein besseres Verständnis und eine langfristige Vorhersage der Anpassungserfolge zu

erzielen? Eine derartige Gefahr ist mit unserem Ansatz in der Tat verbunden. Neben uns haben auch andere nur mäßige Erfolge mit der Schaffung einer empirischen Beziehung zwischen der Bewältigung oder der Beurteilung und den langfristigen Ergebnissen erzielt. Einer der Gründe hierfür könnte die stark kontextabhängige und deshalb variable Beschaffenheit der Beurteilungs- und Bewältigungsvorgänge sein.

Wollen wir die langfristigen Ergebnisse erläutern und vorhersagen, so müssen wir Vermittlungsprozesse messen, die stabil genug sind, um einen repräsentativen Eindruck davon zu vermitteln, was eine bestimmte Person tut, wenn sie sich während eines beträchtlichen Teils ihres Lebens oder bei einer fortwährenden, lang anhaltenden Krise, wie z.B. einer schweren Erkrankung, zahllosen belastenden Erlebnissen gegenüber sieht. Unsere Autokorrelation von Bewältigungsvorgängen bei fünf belastenden Erlebnissen innerhalb von fünf Monaten zeigt keine große Stabilität, nicht einmal bei den stabileren Bewältigungsstrategien: eine Korrelation von rund 0,5 erklärt in der Tat nur ca. 25 % der Varianz. Somit könnte ein mikroanalytischer Bewältigungsansatz für die Vorhersage langfristiger gesundheitlicher Ergebnisse unzureichend sein.

Als wir die Bildfläche betraten, war die makroanalytische, ich-psychologische Strategie der Suche nach Grundmustern der Bewältigung bereits im Rückzug begriffen, und wir konnten nicht beschreiben, was jemand tatsächlich unternahm, um mit spezifischen Belastungen fertig zu werden, wie sie z.B. bei einer schweren Erkrankung auftreten. Der mikroanalytische Ansatz wird demgegenüber noch nicht lange genug oder noch nicht mit der geeigneten experimentellen Langzeitanlage angewandt und kann uns noch nicht darüber Auskunft geben, inwieweit wir auf diese Weise langfristige Anpassungsergebnisse erklären und vorhersagen können.

4.1 Welchen Einfluß gibt es auf den Gesundheitszustand?

Welches sind nun die wichtigsten ungelösten Schwierigkeiten, die den Nachweis dessen verhindern, woran wir alle glauben, daß nämlich Streß und dessen Bewältigung das subjektive Wohlbefinden, die soziale Funktionstüchtigkeit und den Gesundheitszustand beeinflussen? Ich möchte vier dieser Schwierigkeiten kurz ansprechen, insbesondere im Hinblick auf

den Gesundheitszustand, da sie nach meiner Einschätzung nicht generell oder nicht gut verstanden werden.

1. Der Gesundheitszustand wird durch eine große Vielzahl von Faktoren beeinflusst, darunter auch durch genetisch-konstitutionelle Gegebenheiten, auf die wir nur wenig oder gar keinen Einfluß haben, ferner auch durch Zufallsfaktoren und eine ganze Reihe von mit dem Lebensstil zusammenhängenden Faktoren. Nach Berücksichtigung der Varianz, die diese Faktoren zum Gesundheitszustand beitragen, bleibt als Grundlage für die Beurteilung des Einflusses von Belastungen und deren Bewältigung oder für deren Beeinflussung durch Eingriffe wahrscheinlich nicht mehr viel übrig. Damit wird die Aufgabe sehr erschwert, zur allgemeinen Zufriedenheit nachzuweisen, daß Streß und seine Bewältigung die Gesundheit beeinträchtigen, selbst wenn wir geeignete Langzeit-, Mehrvariablen- oder Systemforschungsdessigns verwenden.

2. Die begrifflichen und methodischen Richtlinien für die Beurteilung der Gesundheit sind unzureichend. Dies läßt sich durch das Problem verdeutlichen, wie verschiedene körperliche Zustände, Krankheiten und Symptome bei der Schaffung einer Meßgröße des Gesundheitszustandes gewichtet werden sollen. Sollten wir unsere Aufmerksamkeit z.B. auf das Kriterium der Langlebigkeit oder auf das der Funktionstüchtigkeit lenken? Eine Colitis mucosa steht wahrscheinlich kaum im Zusammenhang mit der Langlebigkeit, kann sich jedoch nachhaltig auf die tagtägliche Funktionstüchtigkeit auswirken; wer sich fast ständig in unmittelbarer Nähe einer Toilette aufhalten muß, ist in den sozialen Beziehungen und bei der Arbeit erheblich behindert. Andererseits ist die Hypertonie ein schwerwiegender Risikofaktor für einen Herzinfarkt oder Gehirnschlag, doch wenn der Betreffende sich darüber keine Gedanken macht und nicht behandelt wird, kommt es kaum zu Auswirkungen auf die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben oder am Arbeitsprozeß. Es macht für die Beurteilung des Gesundheitszustandes einer Person einen großen Unterschied aus, ob wir den Akzent auf die Langlebigkeit oder die Qualität der sozialen Funktionstüchtigkeit legen. Eine weitere Schwierigkeit liegt darin, daß die körperliche Gesundheit ihrem Wesen nach weitgehend mit psychologischen Faktoren verquickt ist, wie z.B. dem Grad der Energie und dem subjektiven

körperlichen Wohlbefinden. Sind diese Faktoren zu trennen und wenn ja, wie soll dies geschehen?

3. Der Gesundheitszustand stellt, so wie er gewöhnlich gemessen wird, eine sehr stabile Variable dar. In unserer Arbeit betrug seine Wiederholungskorrelation (Test-Retestkorrelation) innerhalb eines Jahres bei einer Stichprobe 0,69 und bei einer anderen 0,59. Nur an Veränderungen lassen sich Auswirkungen auf die Gesundheit zeigen. Die Veränderungen sind zu Beginn des Lebens, im Alter, bei einer schwerwiegenden Erkrankung und vielleicht unter anhaltender Streßbelastung am größten.

4. Schließlich müssen wir, wie ich oben schon darlegen konnte, stabile Streß- und Bewältigungsprozesse während des betreffenden Zeitraums ermitteln, um die Rolle der Streßbelastung und ihrer Bewältigung für die Langzeitgesundheit deutlich zu machen, da nicht die Vorfälle bei einem belastenden Einzelerlebnis die langfristigen Ergebnisse beeinflussen, sondern unsere stets wiederholten Handlungen während eines langen Zeitraums. Für die Lösung gibt es zwei Alternativen: entweder müßten die Forscher, obwohl ein derartiger Erfolg z.Z. fraglich sein dürfte, auf einer oder einigen wenigen Beobachtungen zum Ausgangszeitpunkt ein stabiles Belastungs- und Bewältigungsmuster herausarbeiten, das dann als Voraussageindikator (Prädiktor) dienen kann, oder die Forscher müßten die Belastungs- und Bewältigungsprozesse bei einer bestimmten Person oder Gruppe während eines gewissen Zeitraums verfolgen können.

Wenn nun viele Bewältigungsstrategien, wie ich ausgeführt habe, instabil sind, oder wenn, was ich für zutreffend halte, kein einzelner belastender Vorfall für eine für die betreffende Person typische Belastung stehen kann, ohne daß dies durch wiederholte Messungen während größerer Zeiträume kontrolliert worden ist, so wird es erforderlich, die Ereignisse im Leben der betreffenden Person zwischen dem Zeitpunkt 1 und dem Zeitpunkt 2 zu erfassen, um diejenigen stabilen Belastungs- und Bewältigungsprozesse, die sich auf die Langzeitgesundheit auswirken könnten, zu identifizieren. Bei den bisherigen Forschungsarbeiten sind nur äußerst selten Langzeitstudien gewählt worden, bei denen Streß und seine Bewältigung bei Zielpersonen und -gruppen im Laufe der Zeit sorgfältig

weiterverfolgt wurden und wenn dies geschehen ist, so handelte es sich stets um sehr kurze Zeiträume (Caspi et al. 1987; DeLongis et al. 1988; Eckenrode 1984; Stone & Neale 1984).

Ironischerweise erfordert die Untersuchung der Probleme der Streßbelastung, ihrer Bewältigung und der Langzeitfolgen für die Gesundheit zwar eine sorgfältige Überwachung der Belastungs- und Bewältigungsvorgänge und der Ergebnisse im zeitlichen Verlauf, doch veranlassen uns die wirtschaftlichen Sachzwänge im Forschungsbereich, diese wichtige Frage auf der Grundlage eines weniger kostspieligen, allerdings unzureichenden Querschnittsstudiendesigns anzugehen. Ich fürchte, daß dies sehr kurzsichtig ist, und, wie wir oben schon gesehen haben, es bedeutet eine ständige Beschränkung unserer Aussagemöglichkeiten darüber, ob und wenn ja, wie Belastungs- und Bewältigungsprozesse diese gesundheitlichen Folgen beeinflussen. Es bleibt nur zu hoffen, daß neuere biomedizinische Überlegungen über die Frage, wie der Immunprozeß durch Streß und Streßbewältigung beeinflußt wird, zu verstärkten Bemühungen beitragen werden, die Kovariation dieser Vermittlungsprozesse und die neurologischen und biochemischen Merkmale der Immunantwort sowie andere physiologische Veränderungen während signifikanter Zeiträume eingehender zu untersuchen. Dies wäre zwar eine kostspielige, jedoch überaus lohnende Aufgabe.

5. Praktische und klinische Folgewirkungen der Streß- und Bewältigungstheorie

Obwohl ich oben nur auf die Frage der Bewältigung eingegangen bin, gehören die Theorie, die Metatheorie und die Methodologie meines Ansatzes zu einem viel breiter angelegten gedanklichen System, das auch die kognitive Beurteilung und die ständigen Beziehungen des Einzelnen zu seiner Umwelt als Faktoren seines Gefühlslebens betont. Aus dem Gesamtsystem (Lazarus & Folkman 1984) ergeben sich Folgerungen für alle, die auf den Gebieten der Prävention und der Therapie von Erkrankungen und in der Gesundheitsförderung tätig sind. Ich werde nun drei, in breiten Kreisen auf Interesse stoßende Fragen aufgreifen, die nach meiner Einschätzung noch nicht in ausreichendem Maße Gegenstand gründlicher Überlegungen gewesen sind: 1) soziokulturelle Vorurteile darüber, wie ein psychisch gesunder Mensch denken und fühlen sollte; 2) die zahlreichen

Bedeutungen von sozialer Unterstützung und 3) die wichtige Erkenntnis, was bei einem Individuum oder bei einer in Schwierigkeiten geratenen Gruppe falsch bzw. richtig gemacht wird.

5.1 Vorurteile in bezug auf die psychische Gesundheit

Schon seit langem gehen Fachleute für Fragen der psychischen Gesundheit davon aus, daß bestimmte Bewältigungsprozesse, namentlich die Verleugnung, pathologisch oder pathogen sind. Nach dem in unserer Profession bestehenden Grundkonsens läßt sich ein geistig gesunder Mensch nicht auf eine Verleugnung ein und sollte eher ermutigt werden, davon abzusehen, da diese Bewältigungsstrategie nicht der psychischen Gesundheit dient.

An dieser Auffassung ist zunächst einmal falsch, daß die meisten, wenn nicht sogar alle Menschen, darunter auch geistig überaus gesunde Personen, von Zeit zu Zeit verleugnungsartige Bewältigungsformen verwenden (Lazarus 1983). So gibt es Umstände, unter denen nichts getan werden kann, um eine gefährliche Situation zu verändern und in der verleugnungsartige Bewältigungsformen nicht nur notwendig sein, sondern auch positive Folgen haben können. Der positive Wert verleugnungsartiger Bewältigungsformen läßt sich am Beispiel persönlicher Katastrophen, wie z.B. einer Wirbelsäulenverletzung, erläutern. Unmittelbar nach der Verletzung verfügt der Betroffene gewöhnlich noch nicht über die psychischen oder physischen Kräfte, um den Vorfall einer realistischen Prüfung zu unterziehen und systematisch seine Kräfte zu mobilisieren, um mit dem Problem planvoll umzugehen. Die Beibehaltung dieser Bewältigung über die Anfangsphase der Krise hinaus wirkt sich kontraproduktiv aus; der Betroffene muß sich letzten Endes mit der Behinderung abfinden -gelegentlich kann es zu Depression und Zorn kommen - und sich damit problemorientiert auseinandersetzen. Dennoch kann die Verleugnung in den ersten Phasen die konstruktivste Bewältigungsform sein. Darüber hinaus läßt eine zunehmende Zahl von Forschungsarbeiten trotz leicht widersprüchlicher Ergebnisse darauf schließen, daß verleugnungsartige Bewältigungsformen bei der Versorgung und Rekonvaleszenz von Koronarpatienten von Wert sein können (Hackett & Cassem 1975; Hackett et al. 1968; Levine et al. 1987; Shaw et al. 1986).

Ich habe den schwerfälligen Begriff

"verleugnungsartige Bewältigung" verwendet, um zu verdeutlichen, daß es eine ganze Reihe scheinbar zusammenhängender, aber dennoch unterschiedlicher Formen der Verleugnung gibt, die nicht alle gleichermaßen wertvoll oder gefährlich sein müssen. So muß die Verleugnung der Tatsache einer Behinderung oder Krankheit, meinetwegen eines Karzinoms mit schlechter Prognose, mit Sicherheit nach einiger Zeit aufgegeben werden, wenn sich die Symptome verschlimmern und die Verleugnung insgesamt schwieriger oder sogar unmöglich wird. Andererseits wird die Verleugnung der negativsten Folgewirkungen einer Behinderung oder Krankheit, wie des bevorstehenden Todes oder des Endes eines lebenswerten Lebens, nicht so leicht widerlegt. Der Begriff "verleugnungsartige Bewältigung" hilft uns zu verstehen, daß viele Prozesse nach Verleugnung aussehen, ihrem Inhalt und ihren Folgen nach aber völlig anders beschaffen sind. So kann die Vermeidung einer Verleugnung z.B. insofern ähnlich aussehen, als der Betreffende es ablehnt, über negative Aspekte zu sprechen oder nachzudenken, obwohl er sie voll erfaßt; ein Krebspatient im terminalen Stadium oder ein AIDS-Kranker will mit anderen unter Umständen nicht über die Zukunft sprechen, was jedoch keine Verleugnung darstellt, da die düstere Situation nicht notwendigerweise bestritten wird.

Bei der Bewältigung geht die Natur gewissermaßen oft ihren eigenen Weg, um dem Betroffenen über eine Krise hinwegzuhelfen, und wir sollten uns vor vorschnellen und ungerechtfertigten Urteilen über die Funktionalität oder Dysfunktionalität des Bewältigungsprozesses hüten. Wir sollten statt dessen eher an die geltenden Umstände, den zeitlichen Ablauf oder das Stadium, die Alternativen, Zeitplanung und die Ressourcen der betreffenden Person denken, die alle wichtigen Aussagen über die Angemessenheit der Bewältigung und ihre Folgen für das Wohlbefinden ermöglichen.

Mit dem oben beschriebenen Umstand hängt die paradoxe Feststellung zusammen, daß wir gegenüber der Verleugnung zwar ein Vorurteil haben, sie jedoch auch dadurch selbst fördern, daß wir die Notlage von Personen, die sich in einer krankheitsbedingten Krise befinden, trivialisieren (Lazarus 1985; Wortman & Lehman 1985). Ärzte und Krankenpfleger tun dies gewöhnlich, indem sie Negatives herunterspielen und Positives betonen, wodurch das Gefühl der Kranken für die

Berechtigung ihrer so empfundenen Notlage unterminiert wird. Es ist, als sagte man zu den Opfern einer Tragödie, sie hätten nicht das Recht, zutiefst darüber niedergeschlagen zu sein, daß sie das für sie Wichtigste im Leben verloren haben. Niedergeschlagenheit wird als unwürdig oder sogar pathologisch behandelt und als Versagen bei der Bewältigungsaufgabe betrachtet. Dementsprechend müssen viele Patienten sich mit dem Ausdruck ihrer wahren Gefühle zurückhalten oder diese verleugnen, was sie letzten Endes daran zweifeln läßt, ob sie so verstanden und akzeptiert werden, wie sie sind (Coates & Wortman 1980; Weakland et al. 1974). Die Beweggründe für die Trivialisierung einer solchen Notlage sind bisweilen altruistisch, wenn wir z.B. glauben, durch positives Denken lasse sich ein Schicksalsschlag überwinden; bisweilen sind sie sogar selbstbezogen, wenn wir uns z.B. durch fehlende Gerechtigkeit bedroht fühlen oder dem Opfer die Schuld geben (Lerner 1980) oder uns durch die emotionalen Ansprüche, die Kranke an uns richten, belästigt fühlen (Hackett & Weisman 1964). Die heutige Apparatedizin schafft ebenfalls eine zunehmende Distanz zwischen Patient und Pflegepersonal.

5.2 Die vielen Bedeutungen von sozialer Unterstützung

Fachleuten im Gesundheitswesen müssen diese Bedeutungen klar sein, weil die Unterscheidungen auf diesem Gebiet bei Maßnahmen zur Förderung der sozialen Unterstützung wichtig sind, die sowohl in der professionellen Praxis als auch für Laien-Selbsthilfegruppen große Bedeutung besitzen. Der Begriff "soziale Unterstützung" (social support) kann vier Hauptbedeutungen besitzen: Unterstützung a) als subjektive verfügbare Unterstützung; b) wenn erforderlich als zur Verfügung gestellte Unterstützung; c) als erhaltene Unterstützung; und d) als bei belastenden Ereignissen gesuchte oder in Anspruch genommene Unterstützung.

a) Die häufigste Betrachtungsweise der sozialen Unterstützung ist ihre subjektive Verfügbarkeit im sozialen Umfeld. Der Einzelne glaubt, daß er im Hinblick auf Informationen, greifbare Hilfe und/oder emotionale Unterstützung auf andere zählen kann (Schaefer et al. 1982). Dieser Ansatz sagt darüber etwas aus, wie der Einzelne sein soziales Umfeld wahrnimmt, nicht jedoch, wie die Dinge wirklich liegen (Antonucci & Israel 1986; Heller et al.

1986). Die Variable soziale Unterstützung erlaubt somit unter Umständen eine Vorhersage der gewöhnlichen Befindlichkeiten des Einzelnen, ist jedoch für Interventionen unter Belastungsbedingungen nicht notwendigerweise erheblich.

b) Die bei belastenden Erlebnissen gewährte soziale Unterstützung bezieht sich auf das, was für den Einzelnen wichtige Personen oder Klinikmitarbeiter diesem tatsächlich bieten. Unzureichendes Gespür und mangelnder Sinn für die psychischen Bedürfnisse des Einzelnen und dessen Unfähigkeit, darauf einzugehen, lassen dieses Angebot jedoch häufig bedeutungslos werden (Lehman et al. 1986; Dunkel-Schetter 1984). Mechanic's (1962) klassische Beobachtungen der oft falschen Bemühungen von Ehefrauen, die ihrem studierenden Ehepartner vor einem entscheidenden Examen Zuversicht vermitteln wollen, machen deutlich, wie wichtig es ist, über die richtige Form sozialer Unterstützung zu verfügen und diejenigen zuzuschulen, die dabei helfen könnten, sie zu vermitteln. Wenn beispielsweise eine Ehefrau ihrem ängstlichen Mann sagt, daß sie sich wegen seines Examens keine Sorgen mache, weil sie überzeugt sei, er würde es glänzend bestehen, nährt sie dessen Ängste, weil sie zum bereits bestehenden Druck noch weiteren Druck hinzufügt. Andererseits kann eine Partnerin, die sagt, daß sie volles Verständnis habe und seine Befürchtungen teile - schließlich seien die Anforderungen sehr hoch -, die aber auch unterstreicht, daß man das alles zusammen schon bewältigen werde unabhängig davon, welches Ergebnis herauskommen werde, die Herausforderung akzeptieren - und damit die Einschätzung ihres Partners unterstützen; sie bietet Unterstützung für die Ansicht, daß man als Paar die Herausforderung gemeinsam bewältigen werde, egal was passiert, und damit verringert sie ein Stück weit die Ängste und verstärkt ihre Beziehung zueinander.

c) Die obige Diskussion weist auf einen Unterschied zwischen dem Angebotenen und dem vom Einzelnen in Zeiten der Belastung tatsächlich Empfangenen hin. Hier besteht nicht notwendigerweise eine Übereinstimmung. Wenn wir das Angebotene messen, berücksichtigen wir unter Umständen nicht das Empfangene. Das Empfangene ist eine näherliegende Variable als das vom Umfeld Angebotene. Eine Person nimmt das Angebotene unter Umständen nicht als echt an oder kann es vielleicht auch

nicht akzeptieren, weil sie gegenteilige Wertvorstellungen besitzt, die besagen, daß die Annahme von Hilfe ein Zeichen der eigenen Unzulänglichkeit ist.

d) Die in Belastungssituationen gesuchte und in Anspruch genommene soziale Unterstützung kommt dem Konzept des Bewältigungsprozesses am nächsten. Jemand kann das als verfügbar Wahrgenommene nutzen oder nicht nutzen oder kann es als Bewältigungsstrategie in Anspruch nehmen. Der enge Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Bewältigung wird allmählich erkannt (Thoits 1984; Heller et al. 1986). Es wäre sinnvoll, sich das Bemühen um soziale Unterstützung als grundlegende Bewältigungsstrategie zu denken.

Die drei letztgenannten Bedeutungen der sozialen Unterstützung, wie sie von einem Angehörigen des Pflegepersonals geboten, in Zeiten der Belastung empfangen und als Form der Bewältigung angestrebt werden, sind für die medizinische Versorgung im Krankenhaus besonders bedeutsam. Eine weitere Komponente des sozialen Rückhalts, das tatsächlich bestehende soziale Netz des Einzelnen und dessen Merkmale, ist hier nicht aufgeführt, weil sie im Hinblick auf Interventionen von geringerer Bedeutung als andere Faktoren zu sein scheint.

5.3 Verstehen, was bei dem Einzelnen richtig oder falsch gelaufen ist

Die letzte Implikation der von mir vorgestellten Methode des Herangehens an Belastungs- und Bewältigungsprobleme betrifft das, was wir über die einzelne Person wissen müssen, um ihr in der Therapie, Prävention oder Gesundheitsförderung nachhaltig helfen zu können. Vom Standpunkt der Belastungs- und Bewältigungstheorie aus betrachtet ist der Grad und die Art der Streßbelastung des Einzelnen einer Bewertung zu unterziehen. Die theoretische und empirische Grundlage einer solchen Beurteilung würden einen eigenen umfangreichen Aufsatz erfordern. Ich möchte aber darauf hinweisen, daß über das Für und Wider von Listen von Lebensereignissen (life event lists) als Grundlage für die Messung des Grades und der Art der Belastung viele Kontroversen ausgetragen worden sind, an denen ich beteiligt gewesen bin (Lazarus 1984; Lazarus et al. 1985). Meine theoretische und empirische Arbeit an der Messung von Streßreaktionen konzentriert sich auf Alltagsorgen, wie meine Kollegen und ich sie genannt haben. Diese Form der Messung

ist nicht auf Umweltanforderungen oder Streßreize ausgerichtet, sondern auf Verdruß und Krisen im Alltagsleben, die vom Einzelnen so empfunden und chronisch oder rollenbezogen sein können; die Messung erfolgt subjektiv und stellt im gesamten emotionalen Prozeß und seinen Folgen für die Anpassungsergebnisse eine sowohl abhängige als auch unabhängige Variable dar. Es ist aber auch wichtig, einen Hinweis auf den Streßgehalt des Lebens der Person zu erhalten, d.h. auf die Lebensbereiche oder Situationen, in denen Streß auftritt, sowie auch auf die Größenordnung der Streßbelastung. Ein solches Grundmuster kann uns viel über die Ereignisse im Leben einer Person oder dem der Angehörigen einer bestimmten sozialen Gruppe sagen (Lazarus 1984).

Von noch größerem Wert für das Verständnis dessen, was im Leben eines Menschen richtig oder falsch läuft, sind die von ihm in einem bestimmten Zeitraum erlebten Emotionen. Streß ist primär eine eindimensionale Variable. Art, Dauer, Stärke sowie Auftritts- und Wiedereintrittsmuster von positiven wie negativen Gefühlen bieten einen viel tieferen Einblick in die Defizite und Stärken einer Person als der bloße Ausprägungsgrad einer Streßbelastung und der Streßinhalt. Wiederkehrender Ärger sagt z.B. etwas anderes über die Beziehung des Einzelnen zu seinem Umfeld und dessen Wahrnehmung durch ihn aus als z.B. wiederkehrende Angst. Dem wiederkehrenden Ärger können wir entnehmen, daß das Umfeld häufig als aggressiv betrachtet wird, während wir aus der wiederkehrenden Angst ableiten können, daß das Umfeld häufig bedrohlich wirkt. Ebenso bedeutet das Grundmuster der Scham, daß der Einzelne häufig glaubt, ein Ich-Ideal nicht erfüllt zu haben; demgegenüber spiegelt das Grundmuster der Schuld die häufige Vorstellung wider, daß der Betreffende gegen verinnerlichte soziale Verhaltensnormen verstoßen hat. Jede Emotion bringt ihre eigene Sonderbeziehung zur Welt zum Ausdruck, sodaß ihr Auftreten oder ihre Wiederkehr einen diagnostischen Hinweis auf eine bestimmte Form eines gestörten Verhältnisses zu dieser Welt abgeben kann. Das gleiche gilt für positive Emotionen wie Glück, Stolz, Mitgefühl, Liebe und Eifer. Durch Beurteilung des Gefühlslebens einer Person oder Gruppe erhalten wir die nützlichsten Informationen, die als Grundlage für Prävention, Therapie oder Gesundheitsförderung dienen können. Das klinische Vorgehen konzentriert sich vorzugsweise auf ein Verständnis der

emotionalen Fehlentwicklung aufgrund fehlerhafter Einschätzungen der Lebensumstände des Einzelnen und/oder von Defiziten im Bewältigungsprozeß. Eine Notlage oder Dysfunktion können nicht nur aus einer schlechten Anpassung der Bewertungen des Einzelnen an die Realitäten der Person-Umwelt-Beziehung entstehen, sondern ein Einzelner kann auch z.B. seine Bewältigungsarbeit insofern falsch leisten, als er auf problemorientierter Bewältigung besteht, auch wenn sich nichts ausrichten läßt; eine ungeeignete Form der problemorientierten Bewältigung wählt; eine emotionale Notlage nicht durch geeignete Formen gefühlorientierter Bewältigung reguliert; oder nicht die Fähigkeit besitzt, eine geeignete Bewältigungsstrategie sachgerecht anzuwenden. Wenn wir verstehen, was bei dem Bewertungs- und Bewältigungsprozeß falsch läuft, haben wir bessere Aussichten, das Problem durch unser Eingreifen gezielt anzugehen. Bei einem Fortbestehen der emotionalen Notlage und Dysfunktion können wir sicher sein, daß - wie wir es nennen könnten - ein Zustand der Ablösung (disconnection) zwischen den gedanklichen Konstrukten oder zwischen Geist und Umfeld bzw. Geist und Handeln besteht (Lazarus, im Druck). Diese Ablösung bezeichnet einen Zustand, bei dem die geistigen Komponenten auf divergierende Einflüsse ansprechen und widersprüchliche Handlungen erzeugen. Was der Einzelne denkt, steht zu den erlebten Emotionen oder den das Handeln gestaltenden Beweggründen in keiner Beziehung. Damit das Gegenteil einer solchen Ablösung eintritt, müssen die kurzfristigen Zielsetzungen mit den langfristigen Zielen harmonisieren und als Mittel zum Zweck zu diesen beitragen. Ein Zielkonflikt zerstört die Harmonie und führt dazu, daß die Komponenten des psychologischen Gefüges auseinandergerissen werden, statt zusammenzuarbeiten. Die Motivation muß mit den Vorstellungen davon, was möglich, wahrscheinlich, einigermaßen sicher, zeitlich abgestimmt und in der richtigen Reihenfolge angeordnet ist, übereinstimmen. Die Emotionen müssen die Bedeutung der verschiedenen Erlebnisse für das Wohlbefinden genau widerspiegeln. Alle Konflikttheorien der Psychopathologie und der psychischen Gesundheit folgen der Grundüberlegung, daß Integration psychische Gesundheit und Fragmentierung bzw. Ich-Versagen psychische Erkrankung bezeichnen (Menninger 1954). Zu einer Ablösung kommt es, wenn eine Person

versucht, aufgrund verzerrter Bewertungen und unangebrachter Bewältigungsprozesse eine gestörte Person-Umwelt-Beziehung zu bewältigen, wobei die psychischen Komponenten die Verbindung zueinander sowie zum Umfeld und zum Handeln verlieren. Die Ich-Psychologen sprechen hier von Selbsttäuschung oder Abwehr. Die Kindesentwicklung führt normalerweise zu zunehmender Integration der gedanklichen Konstrukte. Diese Konstrukte - Kognition, Emotion und Motivation - werden zu einem System verschweißt, das zwar unter Spannung steht, dennoch aber mit dem Umfeld in Kontakt bleiben und die Handlungen unter Kontrolle behalten muß, um dem Einzelnen das Überleben und ein ersprießliches Dasein zu ermöglichen. Die Verbindungen zwischen Handlungen und Ansprüchen, Zwängen und Ressourcen des Umfeldes sowie zwischen den Komponenten des Geistes werden durch kontinuierliche Anpassungstransaktionen entwicklungsorientiert und dialektisch zusammengeschiedet und verändert. Die Entwicklung hin zur Integration erfolgt nicht reibungslos (Block 1982; Piaget 1952; Fischer & Pipp 1984), sondern das Auftreten periodischer Krisen führt zu einer Reorganisation, wenn das bestehende psychologische Gefüge nicht länger lebensfähig ist.

Es sind verschiedene therapeutische Ansätze zur Bekämpfung eines derartigen Ablösungsprozesses entwickelt worden, die sich in den fünf Grundkonstrukten des psychischen Apparates - Kognition, Emotion, Motivation, geltende Umweltbedingungen und umweltbezogene Handlungen - zuwenden müssen. Auch die Präventivstrategien müssen dem Einzelnen helfen, eine Ablösung oder Fragmentierung zu vermeiden. Wenn eine Krise, z.B. eine schwere Erkrankung, bereits besteht, müssen wir an eine Sekundärprävention denken, um dem Kranken angesichts der sehr starken Belastungen bei einer solchen Krankheit dabei zu helfen, einer solchen Ablösung zu widerstehen.

5.4 Therapie und Prävention: sechs entscheidende Prinzipien

Ich möchte in diesem Beitrag keine eingehende Erörterung therapeutischer und präventiver Strategien vornehmen. Einige Grundsätze, die mit meinen Ausführungen über die Einschätzung und Bewältigung von Situationen sowie über Integration und Ablösung übereinstimmen, könnten dennoch wertvoll sein. Obwohl ich sie anderen Orts (Lazarus, im Druck) recht eingehend

dargelegt habe, möchte ich sie hier kurz noch einmal anführen:

1. Therapie- oder Präventivstrategien sollten den Lebensproblemen, der Zeitplanung und dem Lebensstil der Patienten entsprechen.
2. Um eine solche Entsprechung zu erzielen, ist eine Psychodiagnose erforderlich, und zwar nicht eine bloße Etikettierung, sondern ein wirkliches Verständnis der früheren und derzeitigen Fehlentwicklung bei der Einschätzung und Bewältigung von Situationen.
3. Die Therapie- und Präventionsbemühungen müssen den Patienten neue Einsichten vermitteln, wenn es zu einer Änderung kommen soll oder die Patienten gegen eine Fragmentierung gewappnet sein sollen. Diese Aussagen stimmen mit einem Konzept von Emotion überein, das sowohl kognitiv als auch relational ist.
4. Ein Erkenntniswandel ist notwendig, reicht jedoch allein nicht aus, um therapeutische Veränderungen oder eine Verbesserung der psychischen Ressourcen zu bewirken. Die neuen Erkenntnisse müssen in die motivationsbezogenen und emotionalen Grundmuster integriert werden und zu einem veränderten Handeln gegenüber dem Umfeld führen. Dies ist bisweilen als emotionale Einsicht im Gegensatz zur intellektuellen, verstandesmäßigen Einsicht beschrieben worden.
5. Wer in der Gesundheitsförderung und Prävention tätig ist, sollte sich vor dem Pathologiemythos hüten, demzufolge emotionale Notlagen und Funktionsstörungen automatisch mit dem Gedanken an eine Erkrankung verknüpft werden, statt als aktive Anpassungskämpfe eines Belastungen ausgesetzten Menschen angesehen zu werden, der nach besten Kräften versucht, die Probleme zu bewältigen.
6. Wer in der Gesundheitsförderung und Prävention tätig ist, sollte erkennen, daß Notlagen und Funktionsstörungen oder Formen der Ablösung auf zwei Wegen bekämpft werden können: a) durch den Versuch einer Veränderung der pathogenen Umfeldbedingungen, denen sich der Einzelne gegenüber sieht, d.h. der institutionellen Rahmen und Regelungen, die einer wirksamen Bewältigung entgegenstehen; ein Beispiel für diese Überlegungen ist in den Beobachtungen von Hay & Oken (1972) über institutionelle Regelungen zur Pflege in

der Intensivstation eines Krankenhauses zu sehen, wo Veränderungen erforderlich waren, weil durch sie unnötig starke Streßbelastungen entstanden; b) durch den Versuch, die Bewältigungsfertigkeiten (coping skills) des Einzelnen weiter zu entwickeln; einige kognitive Verhaltenstherapeuten sprechen sogar von der Psychotherapie als von einem Training in Bewältigungsfertigkeiten (Goldfried 1980; Rosenbaum 1983; D'Zurilla & Nezu 1982; Meichenbaum & Jaremko 1983).

6. Zusammenfassung

1. Jede Krankheit hat ihre spezifische Quelle von psychischer Belastung (Leid, Gefahr, Herausforderung) und teilt einige mit anderen Krankheiten.

2. Es bestehen erhebliche Unterschiede zwischen Individuen im Hinblick auf die Einschätzung der Bedeutung einer Krankheit, z.B. als Herausforderung, Schicksal, Strafe, Selbstschuld usw. Dies führt zu unterschiedlichen Bewältigungsprozessen; die individuellen Unterschiede können so groß bzw. größer sein als die im Hinblick auf unterschiedliche Krankheiten.

3. Es bestehen aber auch erhebliche Unterschiede bei derselben Person im Zeitverlauf, d.h. im Laufe der Krankheit und ihrem Wandel oder während unterschiedlicher Episoden bzw. Krisen innerhalb des Krankheitsverlaufs.

Daraus folgt:

1. Wir sollten einen Bewältigungsprozeß fördern, der von der individuellen Bewertung der Bedeutung eines Ereignisses, dem Bewältigungsstil (Martelli et al. 1987) und den jeweiligen Krankheitsstadien abhängt. Martelli fand heraus, daß die Ergebnisse umso besser werden, je stärker der bevorzugte Bewältigungsstil des Patienten mit den in der Intervention vorgeschlagenen Bewältigungsformen übereinstimmt.

2. Daraus folgt, daß allgemeine Formen des Streßmanagements bei einigen Personen erfolgreich, bei anderen aber erfolglos sein können. Sulz et al. (1986) fanden heraus, daß der Blutdruck von Personen eher an- als absteigen kann, wenn man sie auffordert, sich zu entspannen; dies gilt, wenn sie nicht gleichzeitig darin unterwiesen werden, wie sie sich entspannen und den Blutdruck kontrollieren können. In anderen Studien wird berichtet,

daß Entspannungsübungen Personen ängstlich gemacht haben.

3. Die besten Interventionen werden eine sorgfältige Prüfung der Variablen für die Einschätzung und Bewältigung bei jedem einzelnen Patienten bzw. Patientengruppen zum Inhalt haben, d.h. die Prüfung der individuellen Zeitplanung, persönlicher Lebensumstände, Krankheit und Prognose, Lebensabschnitt usw.

4. Interventionen sollten sehr sorgfältig dem Patienten zuhören, um dadurch seine speziellen Gründe für Bedrohung, Angst and Belastung kennenzulernen. Dies ist etwas, was in der gegenwärtigen medizinischen Praxis meist nicht anzutreffen ist, nämlich eine große Sensibilität und Aufmerksamkeit für das emotionale Leben eines Patienten.

Dies mag nicht durchführbar und kostspielig sein. Aber allgemeine Ansätze, die die spezifischen Charakteristika eines einzelnen Patienten nicht in Betracht ziehen, bleiben an der Oberfläche und sind von geringerem Wert als der, der möglich und nötig wäre. Nichts ist schlimmer als professionelle Selbsttäuschung. Solange die Beurteilungs- und Bewältigungstheorie und die Forschungen auf diesem Gebiet nicht in die klinische Praxis umgesetzt werden, kann ihr praktischer Wert auch nicht in vollem Umfang realisiert werden. Andererseits ist eine der reichsten und besten Erkenntnisquellen über Belastungs- und Bewältigungsprozesse das klinische Umfeld, in dem völlig normale Menschen einem krisenhaften Krankheitsgeschehen ausgesetzt sind. Wir sollten deshalb versuchen, Kliniker und Forscher zusammenzuführen, damit sie durch geplante Beobachtung von Menschen, die um die Bewältigung der Belastungen schwerer Erkrankungen kämpfen, den bestehenden Datenbestand vergrößern und Wege finden, wie die Einsichten aus der Belastungs- und Bewältigungstheorie und ihren Forschungen in die von den Klinikern angewandten Strategien und taktischen Vorgehensweisen eingegliedert werden können. Nach der seit langem bestehenden Kluft zwischen Forschung und Praxis zu urteilen, ist dies offensichtlich leichter gesagt als getan.

Chronische Krankheit: ein kontinuierlicher Prozeß der Einschätzung einer Situation

Wie sensibel reagiert das Pflegepersonal auf die emotionalen Bedürfnisse von Patienten mit einer chronischen Erkrankung? Vermitteln sie ihnen klare und angemessene Informationen, die Ängste reduzieren? Sind sie sich über die individuellen Quellen von Furcht und Zweifeln im klaren, die zu einem konstanten Prozeß der Einschätzung einer Situation führen? Im folgenden wird eine Reihe von Fragen aufgeführt, die Patienten im Zusammenhang mit der Einschätzung ihrer chronischen Krankheit stellen, und auf die Bewältigungsstrategien angemessen bezogen werden können.

Herzkrankungen

Besteht die Wahrscheinlichkeit, daß ich plötzlich, ohne Vorwarnung, aufgrund einer weiteren Herzattacke sterbe? Wie verletzlich bin ich? Welche Anhaltspunkte gibt es für meinen gesundheitlichen Zustand? Was geschieht mit meinen Verpflichtungen, wenn ich sterbe? Was passiert mit meiner Familie? Wie sollte ich mit meinen Verpflichtungen angesichts meines Risikos zu sterben umgehen? Sollte ich sie einfach aufgeben und mir neue suchen oder kann ich weitermachen wie bisher? Kümmert sich irgendjemand um mein Schicksal? Meinen Lebenspartner, meine Kinder, Freunde, Berufskollegen? Von welchem Nutzen sind die verschiedenen, mir vorgeschlagenen Maßnahmen zur Stabilisierung meiner Gesundheit, um die Gefahr einer weiteren Herzattacke bewältigen zu können, und wie zuverlässig sind sie? Diät? Bewegungstraining? Bypass-Operation? Kosten und Nutzen? Wie groß ist mein Risiko für einen Schlaganfall, der zu Behinderungen führen wird?

Krebs

In welchem Stadium befindet sich der Krebs? Die Antwort hängt natürlich vom jeweiligen Zustand ab, z.B. Biopsie, postoperativer Zustand. Hat die Operation den bösartigen Tumor entfernt? Wie sicher können ich bzw. der Onkologe sein, daß ich frei von bösartigen Tumoren bin? Wie groß ist die Wahrscheinlichkeit, daß er wieder auftritt?

Treffen diese schrecklichen Geschichten, die ich gehört habe, auch auf mich zu? Was für ein Tod steht mir bevor? Wie lange wird er sich hinziehen? Mit wie viel Schmerzen? Mit wie viel Einschränkungen? Auf welche Zeichen soll ich achten?

Wie habe ich den Krebs bekommen? Was habe ich falsch gemacht? Warum bin ich zu dieser Zeit meines Lebens ein Opfer? Was muß ich tun, um zu überleben oder das Wachstum zu verlangsamen? Wie kann ich mit der unausweichlichen Verschlimmerung leben und meine Zeit dennoch gut nutzen? Was sollte ich mit dem Rest meines Lebens anfangen? Wie sollte ich mit anderen Menschen über meinen Zustand kommunizieren? Meinem Lebenspartner? Meinen Kindern? Eltern? Freunden? Möglichen Liebhabern? Was sollte meine Grundeinstellung sein? Wie offen sollte ich sein? Wie groß ist die Belastung, dies auszudrücken? Muß es überhaupt jemand wissen? Hilft es mir, es jemandem zu erzählen? Wie werden mich andere (Lebenspartner, Freunde usw.) materiell, emotional, informationell unterstützen? Wie viel können sie helfen?

Wie weit beeinflussen die Behandlungen mein weiteres Leben und Arbeiten? Kosten und Nutzen? Lohnen sich die Opfer? Wie viel Vertrauen kann ich in das setzen, was Ärzte mir sagen und was sie mit mir tun? Erzählen sie die Wahrheit? Möchte ich sie überhaupt wissen?

Chronische Schmerzen

Was bedeutet der Schmerz? Bedeutet er dauerndes Leiden, Lebensgefahr, wird er immer schlimmer (z.B. Krebs, Altern und Tod)? Wird er besser? Wie kann ich mit den Schmerzen leben und ihn psychologisch weniger schädigend machen? Wie steht es mit der Einnahme von Tabletten? Und Schmerzbewältigungsprogrammen? Wie lange wird er dauern? Wird er schlimmer werden? Werde ich noch einmal eine schmerzfreie Zeit erleben? Wie kann ich meine Verpflichtungen bei diesen Schmerzen bewältigen?

"GESUNDE KRANKE" - SOZIALER ZYNISMUS ODER NEUE PERSPEKTIVEN

Helmut Milz

"Wissen aus zweiter Hand mag als Wegweiser wertvoll sein, aber allzuleicht wird es für den Weg selber oder gar für das Ziel genommen".

Alan Watts

Vor einiger Zeit unterhielt ich mich mit einer ärztlichen Kollegin, die sich seit vielen Jahren der psychotherapeutischen Arbeit mit chronisch erkrankten Menschen widmet. Im Verlauf des Gesprächs erläuterte sie mir, daß für ihre Patienten der allgemein akzeptierte Begriff "Gesundheit" nur von geringer Bedeutung sei. Gesundheit sei für sie keine Frage, zu der Situation vor ihrer Erkrankung zurückzukehren. Stattdessen stünden für diese Menschen die Möglichkeiten der Bewältigung, der persönlichen Entwicklung und einer veränderten Lebensweise im Mittelpunkt ihrer veränderten Situation. Neubewertung ihrer eigenen Erkenntnisse und Erfahrungen, Vertrauen in die Zukunft, positive Erwartungen und der Glaube an ein sinnvolles Leben trotz der Krankheit sind für sie zentrale Momente der Gesundung und des Heilungsprozesses. Sie sollen ihnen helfen, neue Hoffnungen und Motivationen zu finden, neue Pläne zu machen und schließlich neue Ziele, Strategien und Werte zu finden. Veränderungen im eigenen Selbstverständnis und im Verstehen von anderen sowie im Hinblick auf persönliche Einstellungen und Verhaltensweisen sollen chronisch Kranken unterschiedliche Möglichkeiten eröffnen, "gesunde Kranke" zu werden.

Aus soziologischer Sicht bemerkt Dimond (1983) in ähnlicher Weise: "The ultimate measure of achievement of successful adaptation to a chronic illness is found in a way of life that sustains hope, diminishes fear, and preserves a quality of living that takes account of, perhaps transcendent, but is not controlled by, the limitations of an illness."

Einer meiner Freunde - er ist Vater zweier erwachsener Kinder - ist seit seiner Geburt durch eine spastische Lähmung erheblich behindert. Seit vielen Jahren ist er einer der angesehensten und kreativsten Initiatoren von Gesundheitsförderungsprojekten, sowohl als hoher Regierungsbeamter seines Landes als

auch auf internationaler Ebene. Für mich steht er als ein Beispiel dafür, was ein "gesunder Kranker" erreichen, ein Mensch, vom dem ich vieles lernen kann. Und doch ist er nicht gleichmäßig gelassen, nimmt seine Krankheit nicht einfach als Schicksal hin. Häufig ist er verzweifelt, leidet oft an Schmerzen und bedauert die Unmöglichkeit, Dinge selbständig, ohne andere zur Hilfe bitten zu müssen, tun zu können. Er hat immer wieder nach Möglichkeiten für praktische Erleichterungen - z.B. durch komplementäre Therapien wie Eutonie, Yoga oder Feldenkrais - gesucht, die ihm neue Möglichkeiten des Handelns eröffnen könnten.

Die Erfahrungen mit diesem Freund sowie mit meinem Vater, der seit vielen Jahren durch die Folgen eines apoplektischen Insults bewegungsbehindert ist, haben mir wichtige Einblicke in eine andere Dimension "gesunder Kranker" gegeben: die Bedeutung von Bewegung und Körpererfahrung als erlebte Autonomie.

Bei allen chronischen Erkrankungen kann es zu erheblichen Konflikten im eigenen körperlichen Selbstbild kommen. Physiotherapie kann Hilfestellung leisten, aber sie ist bei weitem nicht ausreichend. Neue Wege der Schulung der sensorischen Körperwahrnehmung scheinen lebensnotwendig für die praktische Gesundheitsförderung von chronisch Kranken zu sein. Dazu sind in den letzten Jahren richtungsweisende Modelle entwickelt worden, für die die Feldenkrais-Pädagogik (Feldenkrais 1978), die Eutonie-Pädagogik nach Gerda Alexander (1976) oder die Arbeit von Mathias Alexander (Barlow 1981) genannt werden sollen. Im Vergleich zu medizinischen, sozialen und psychischen Maßnahmen sind körperbezogene Lernmöglichkeiten bisher zu sehr vernachlässigt worden.

Was ist ein "gesunder Kranker"?

An welchen Maßstäben ist dies zu messen? Welche Normen sind wir bereit zu akzeptieren? Wie wollen wir darüber urteilen und was berechtigt uns zu solch einem Urteil?

Friedrich Nietzsche (1982) hat nach einer

schweren Krankheitsphase geschrieben: "... man kommt aus solchen Abgründen, aus solch schwerem Siechtum, auch aus dem Siechtum des schweren Verdachts, neugeboren zurück, gehäutet, kitzlich, boshafter, mit einem feineren Geschmack für die Freude, mit einer zarteren Zunge für alle guten Dinge, mit lustigeren Sinnen, mit einer zweiten gefährlicheren Unschuld in der Freude, kindlicher zugleich und hundertmal raffinierter, als man jemals zuvor gewesen war." Sein Buch "Die fröhliche Wissenschaft" ist Ausdruck seiner veränderten Sicht der "Wahrheiten": "eben nichts als eine Lustbarkeit nach langen Entbehrungen und Ohnmacht, das Frohlocken der wiederkehrenden Kraft, des neu erwachten Glaubens an ein Morgen und Übermorgen, des plötzlichen Gefühls und Vorgefühls von Zukunft, von nahen Abenteuern, von wieder offenen Meeren, von wieder erlaubten, wieder geglaubten Zielen".

Menschen, die an chronischen Krankheiten leiden, fragen sich, in wie weit sie "Täter und Opfer" ihrer momentanen Situation sind. Die Wege, mit einer Krankheit umgehen zu lernen, sie zu bewältigen, mögen sehr verschieden sein, wie Richard Lazarus in seinem vorstehenden Beitrag dargestellt hat. Was ist der "rechte", der "richtige" Weg, um ein "gesunder Kranker" zu werden?

Ich möchte zwei Beispiele von Kollegen und Freunden meines Alters beschreiben, die an unterschiedlichen, bösartigen Tumoren erkrankten: Beide wußten um die medizinische Einschätzung ihrer Prognose, ihrer "Überlebenschance". Der eine lebte intensiver als er sich je zuvor erlaubt hatte, versuchte, so viel versäumtes Leben wie möglich nachzuholen, erstand einen gebrauchten Sportwagen, rauchte weiter, ließ eine Vielzahl qualvoller Operationen und medizinischer Behandlungen über sich ergehen. Er konnte zwischenzeitlich wieder arbeiten, Reisen unternehmen, lebte länger als seine "Prognose" vorhersah. Zu einem späten Zeitpunkt seines Lebens arbeitete er viel mit psychotherapeutischen Hilfen, versuchte anthroposophische Heilverfahren. Er starb im Kreis seiner Freunde, zu Hause.

Die andere erfuhr von ihrer Krebserkrankung kurz nach der Geburt ihres ersten Kindes. Sie unterzog sich einer erheblich beeinträchtigenden Operation. Psychotherapeutische Verarbeitung, konsequente Umstellung ihrer Ernährung, Reduzierung der Arbeit, Bewegung, Öffnung für neues Erleben, Engagement in Selbsthilfe und in politischen Initiativen gegen die Atomkriegsgefahr gehören heute

zu ihrem Alltag. Sie hat sich von ihrem Partner getrennt und betreibt heute eine eigene Praxis. Inzwischen ist sie wieder verheiratet und hat zwei gesunde Kinder geboren.

Wer von den beiden Kollegen einen besseren Weg zu einer neuen Gesundheit gefunden hat, darüber möchte ich mir kein Urteil anmaßen.

Bestandteile wirkungsvoller Unterstützung

Was können wir gemeinsam dazu beitragen, Menschen mit chronischen Krankheiten neue Wege zur Gesundheit zu eröffnen und zu erlauben? Sozialwissenschaftler und Epidemiologen haben verschiedene Komponenten und Bedingungen des Krankheits- und Heilungsprozesses auf makro- und mikrosozialer Ebene untersucht. Die Bandbreite ihrer Fragestellungen ist erheblich; sie fragen z.B. nach den Einflüssen von Art, Schwere und Zeitpunkt einer Erkrankung, nach Wahl und Effekt verschiedener therapeutischer Verfahren, nach adäquaten und verlässlichen Indikatoren von Gesundheit als Status und als dynamischer Prozeß, nach Qualität und Häufigkeit sozialer Kontakte sowie daraus folgenden Einflüssen, nach subjektivem gesundheitlichem Befinden, nach Erwartungen und Werten sowohl der Betroffenen als auch ihres sozialen Umfeldes, nach Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß, nach soziokulturellen Prägungen, Verhaltensweisen, religiösen Einflüssen usw.

All diese Studien vermögen uns wichtige Erkenntnisse und Entscheidungshilfen zu vermitteln. Können sie uns den "richtigen" Weg zur gemeinsamen Unterstützung der Gesundheit erkrankter Menschen zeigen? In einer kritischen Zusammenstellung vorhandener epidemiologischer Studien kommt Kasl (1983) zu dem Ergebnis, daß es bisher kaum systematische und umfassende Forschungsanstrengungen gibt, welche den Einfluß psychosozialer Faktoren auf den Verlauf spezifischer Erkrankungen untersuchen. Die von Badura und seinen Mitarbeitern vorgelegte Studie zum Herzinfarkt setzt - zusammen mit einigen anderen - Maßstäbe für die Zukunft (Badura et al. 1987; vgl. auch seinen Beitrag in diesem Buch).

Wenn wir gesundheitsfördernde Handlungen eines Menschen sowie seine vorhandenen Möglichkeiten zu unterstützen und zu entfalten helfen wollen, müssen wir versuchen, die komplexe Wirklichkeit eines Menschen, seine sozialen und ökologischen Beziehungszusammenhänge zu verstehen. Dann

mag es eher gelingen, hilfreiche Vermittlungen zwischen den häufigen Konflikten der inneren Logik organischer, mentaler und sozialer Prozesse zu entwickeln. "Gesunde Handlungen" erscheinen dann eher als ein Produkt der persönlichen Verarbeitung widersprüchlicher alltäglicher Erfahrungen.

Auf diesen letzten Punkt geht Horn (1984) ein, wenn er schreibt: "Wo Lebensplanung insgesamt ... eher auf relativ kurzfristige Existenzsicherung eingestellt ist (u.a. durch eine schlechte ökonomische oder soziale Situation, durch Alter oder soziale Isolierung - H.M.), läßt sich nicht erwarten, daß im Gesundheitsverhalten zukunftsorientiertes Handeln ausgebildet wird".

Darüber, wieviel "Gesundheit" ein erkrankter Mensch entfalten kann, entscheidet - jenseits aller therapeutischen Hilfen - seine sozioökonomische Situation sowie das Maß an sozialer und politischer Unterstützung, das wir, die "Gesunden", als Gesellschaft ihm zukommen lassen.

Die Anerkennung der Notwendigkeit eines multidimensionalen Verständnisses von Erkrankungs- und Heilungsprozessen führt zu verstärkten Anstrengungen um interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation. Dabei wird deutlich, daß je nach Betrachtungsebene funktionelle und strukturelle Störungen anders bewertet werden:

- auf der körperlich-physiochemischen Ebene (Krankheit),
- auf der psychologischen, subjektiv wahrgenommenen Ebene (Erkrankung),
- auf der psychosozioökulturellen Ebene (Krankheit als soziale Rollenzuweisung, legale oder versicherungsrechtliche Dimension).

Die noch dominierende Art der Datensammlung in den verschiedenen Forschungsbereichen basiert auf expertenbetonte Klassifikationen, auf strikte Trennung ihrer Ergebnisse von anderen Einflüssen bzw. von der Komplexität alltäglicher Lebenszusammenhänge. Dies führt zur Anhäufung von erheblichen Mengen fraktionierten Wissens, das nur noch eine Handvoll Experten verstehen. Demgegenüber steht die langsame Entwicklung zu integrierten Formen der Forschung mit weniger starren Klassifikationen und disziplinären Abgrenzungen sowie dem Ziel, nicht nur Wissen, sondern auch mehr Verständnis für Zusammenhänge und Handlungsprozesse zu entwickeln, welche

den Betroffenen zugänglich und verständlich sind. Phänomenologisch-beobachtende und analytisch-bewertende Forschungen werden zueinander in Beziehung gesetzt und ihre Komplementarität wird offensichtlich (Nizetic et al. 1986). Welche Faktoren "primär" (physiochemisch-anatomisch-histologische Kausalitätsfaktoren) oder "komplementär" (psychosozioökulturelle Faktoren) sind, gerät bei einer systemischen und ganzheitlichen Betrachtungsweise ins Wanken. Was können epidemiologische und anthropologische Forschungen dazu beitragen, Wege zur Gesundheitsförderung von Menschen mit chronischen Krankheiten zu finden?

Placebos und Medikamente: gleiche Wirkung bei 50 % der Fälle?

Die Auswirkungen vieler "komplementärer" Heilungsfaktoren sind bisher unter der eher abwertenden Bezeichnung "Placebo" vernachlässigt worden. Neuere Forschungen dürften klar erwiesen haben, daß jede Form der Interaktion mit kranken Menschen - ob ärztlich-therapeutisch oder zwischenmenschlich - einen Placebo-/Noceboeffekt auf den Heilungsprozeß haben kann. Die Frage ist, wie wir diesen Effekt möglichst positiv, ohne falsche Spekulationen und neue Nebenwirkungen, zum Wohle der Gesundheit und des Heilungsprozesses berücksichtigen können. Wenn es ernsthafte Diskussionen darüber gibt, daß manche Placebowirkungen bis zu mehr als der Hälfte aller Schmerzmitteln verschiedenen Stärkegrades gleichwertig sein können, was berechtigt uns dann noch, zu 100 % auf den "primären" Effekt der Medikation zu setzen?

Wenn es stimmt, daß eine gezielte Anwendung des Placeboeffekts -welcher sich aus neuer Zuversicht, stärkerem Glauben, neuen Erwartungen, aus Wahrnehmung, Wissen und Erfahrung zusammensetzt - biomedizinische Interventionen in ihrer Wirksamkeit erheblich befördern kann, warum machen wir diese Kenntnisse nicht breiter bei Ärzten, den Betroffenen und der Öffentlichkeit bekannt, damit diese sie nutzen können (White et. al. 1985)? Die Vermittlung solcher Informationen - als der "Übersetzung" von Expertenwissen in praktisch verwendbares Alltagswissen - birgt einige Konflikte. Eine ökologische Betrachtung von Wahrnehmungsprozessen zeigt, daß sich Wahrnehmung jeweils auf das Erfassen von handlungsrelevanten Unterschieden richtet (Gibson 1982). Bateson (1980) stellt ähnlich heraus, daß

Information sich aus der Wahrnehmung von Unterschieden ergibt, welche erst im jeweils spezifischen Kontext ihre Bedeutung erhalten. Informationen über Unterschiede verändern die Art und Weise unserer Wahrnehmungsschemata, leiten zu neuen Formen der Erkundung der eigenen körperlichen und seelischen Existenz und führen in der Folge zu einer veränderten Art der Auswahl und Aufnahme neuer Informationen (Neisser 1979).

Dort beginnen, wo sich die Menschen befinden

Gedächtnis, Erfahrung, Emotion und Stimmungslage steuern Wahrnehmungsprozesse als Ordnungsstruktur. Sie beeinflussen damit situationsspezifisch die Erfassung der jeweils handlungsrelevanten Informationen. Was können uns solche Ergebnisse aus der Wahrnehmungsforschung für das gemeinsame Bemühen, die Gesundheit von Menschen mit chronischen Krankheiten zu unterstützen, lehren?

McGuire (1983) hat mögliche Schlüsselemente von Selbstheilungsprozessen untersucht und kommt dabei zu dem Ergebnis, daß sich die Art der Information nach der "Sprache" der Betroffenen richten muß, wenn die Selbstheilungspotentiale von Menschen mit chronischen Krankheiten unterstützt und entfalten werden sollen. Wenn wir unter "Sprache" nicht nur Worte, sondern auch Verhalten und Handlung verstehen, dann müssen unsere Bemühungen, Menschen mit chronischen Krankheiten zu unterstützen, dort beginnen, wo sich diese Menschen jeweils befinden, und folgendes beachten:

- die Fähigkeit der Sprache, die eine veränderte Wahrnehmung über die Ordnung eines Geschehens fördern soll, hängt vom Maß der Übereinstimmung der "Sprache" der Information mit dem Kontext der "Sprache" der Betroffenen zusammen;
- die Verbesserung des Verständnisses der Betroffenen für ihre persönlichen Möglichkeiten der Einflußnahme ist entscheidend (von äußerer Abhängigkeit zur inneren Anteilnahme und eigenen Handlung). Unsere unterstützenden Aktivitäten haben unabhängig von unseren eigenen Präferenzen zu geschehen. Daraus können sich ebenfalls einige Konflikte für unsere eigenen Wahrnehmungs- und Handlungsschemata ergeben. Ein Beispiel hierfür: in der schematischen Darstellung der Handlungsebenen gesundheitspolitischer und -institutioneller Maßnahmen verwenden wir meist eine hierarchische Darstellung:
 - Gesundheitsförderung, -

Gesundheitsschutz, - Früherkennung von schlechter Gesundheit, - Frühdiagnose von Erkrankung, - rasche Behandlung, - fortgesetzte Behandlung, - Rehabilitation. Wie sinnvoll ist diese Schematisierung? Verweisen uns Ergebnisse aus dem Bereich der Selbsthilfeforschung bei chronischen Krankheiten nicht auf krankheitsübergreifende Bemühungen und Möglichkeiten zur Gesundheitsförderung?

Zu neuen Formen der Selbstverwirklichung

Alle Beiträge dieses Buches zeigen gemeinsame Momente bei der Suche nach neuen Qualitäten persönlicher Gesundheit auf, unabhängig von der spezifischen Form der Erkrankung. Diese richten sich auf die Schulung der körperlichen Wahrnehmung, auf Entspannung und neue Bewegungsmöglichkeiten, Ernährungsumstellungen sowie psychotherapeutische Hilfen zum Neuverständnis des eigenen Erlebens und der sozialökologischen Umwelt. Sie lassen erkennen, daß neben dem "Annehmen-wollen" und "Annehmen-können" einer spezifischen Krankheit das "Ändern-wollen" und "Ändern-können" als ganzer Person im Vordergrund steht. Dies scheinen mir Momente eines "gesunden Kranken" zu sein, welche über Selbstwahrnehmung zu neuen Formen der Selbstverwirklichung streben.

Können wir jetzt die Frage beantworten, was einen "gesunden Kranken" ausmacht? Ist es derjenige, der alle gut gemeinten Ratschläge von "Experten" zur Förderung seiner Gesundheit auf allen Ebenen befolgt? Wo werden ihm dabei per Gesundheitsrezept neue Überforderung und Schädigung zugefügt? Oder ist es derjenige Kranke, der als Folge seiner Krankheit Gesundheit zum einzigen Lebensziel macht? Wie sehr wird dieser möglicherweise unfähig, bewußt Risiken einzugehen und zu handhaben? Können "Experten" den Betroffenen sichere Wege angeben, wie man ein "gesunder Kranker" wird? Wieviel Programmierung und neue Abhängigkeiten produzieren wir dadurch und wieviel Lernprozesse verhindern wir? Oder ist vielleicht ein "gesunder Kranker" derjenige, der alle medizinischen und therapeutischen Hilfen, ohne sie zu hinterfragen, an sich vollziehen läßt und ihnen Folge leistet? Wieviel Chancen der eigenen Einflußnahme gehen dabei verloren und wie sehr wird dadurch die Mobilisierung vorhandener Selbsthilfepotentiale vermindert? Die Ausführungen meines Beitrages sind als Anregungen zur Debatte, als Beitrag zu

einem gemeinsamen Diskurs über mögliche Wege gemeinsamer Unterstützung zu verstehen. Der Begriff "gesunder Kranker" mag für manchen die Assoziation zum "eingebildeten Kranken" wachrufen (ist Krankheit alles Sache des Geistes, der Psyche und der persönlichen Einstellung?).

Gesundheitsförderung - ein integratives Konzept zur neuen Gesundheit

Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta sieht als ihre zentralen Aufgaben die Befähigung, Vermittlung und Interessenvertretung der Gesundheit des einzelnen Menschen sowie der sozialen Gemeinschaft. Dabei soll Gesundheit weder genormt noch verordnet werden. Der Begriff vom "gesunden Kranken" kann einerseits für neue Lebensperspektiven der Betroffenen stehen; er kann aber auch in chauvinistischer und paternalistischer Weise mißbraucht werden. Für manchen kann die Entscheidung, nicht mehr gesund leben zu wollen - angesichts der eigenen Lebenssituation oder der erlebten Umweltbedrohungen persönlicher und kollektiver Art - eine legitime Art des "gesunden" Umgangs mit seiner Krankheit darstellen. Erst die Anerkennung und der Respekt auch für solche Entscheidungen, das "Annehmen des Schattens als des Inbegriffs des nicht gelebten und doch zum heilen ganzen gehörenden Lebens" (Dürkheim 1984), macht Gesundheitsförderung bei chronischen Krankheiten zu einer humanen Strategie - jenseits vom sozialen Zynismus.

"Immer ist der Mensch in seiner Lage als einzelner vor die Aufgabe gestellt, mit seiner Krankheit in seiner Welt eine Lebensform zu finden, die nicht allgemein entworfen und nicht identisch wiederholt werden kann" (Jaspers 1956).

"Gesunde Kranke" sind Menschen, die sich auf der Suche nach einer neuen Lebensform befinden. Gesundheitsförderung, wie sie in der Ottawa-Charta konzipiert ist, stellt ein soziales, ökologisches und ganzheitliches Konzept dar. "Taking care" - für einander Sorge tragen - ist ein wesentlicher Bestandteil dieses Konzepts. Gesundheitsförderung ist keine neue Form der medizinischen Behandlung, sondern der Entwurf eines gemeinsamen Umgangs mit Gesundheit, welche allen Menschen - ob mit oder ohne Krankheit - mehr Kontrolle über sowie Entscheidungschancen für ihre Gesundheit eröffnen soll.

Wie weit ein Mensch mit einer, trotz einer oder gerade wegen einer chronischen Krankheit wieder eine neue Gesundheit

finden und leben kann, darüber bestimmen alle fünf Aktionsebenen der Gesundheitsförderung mit:
- gesunde öffentliche Politik,- unterstützende Umwelten,- verstärktes gemeinsames Handeln,- die Entfaltung persönlicher Fähigkeiten- und die Neuorientierung der Gesundheitsversorgung. Der Heilungsprozeß ist die Entfaltung neuer Beziehungen auf einer Vielfalt von Ebenen. Es gilt dabei, sowohl das Leid bzw. Leiden als auch den Leidenden anzuerkennen. Gesundheitsförderung ist als ein Prozeß zu verstehen, der auf allen Beziehungsebenen dazu beiträgt, den betroffenen Menschen neue Gesundheit zu eröffnen, zu ermöglichen und sie dabei zu unterstützen.

"Gesunde Kranke" - eine Utopie oder angesichts der Millionen von Menschen mit chronischen Krankheiten eine dringend gebotene, humane Möglichkeit, zu der wir mit allen uns zur Verfügung stehenden Mitteln beitragen müssen?

Als letztes bleibt noch die Frage, ob der Begriff "gesunder Kranker" nicht ein weiterer Hinweis darauf ist, daß wir die willkürlich, dualistische Position - Gesundheit versus Krankheit - nicht endlich verlassen wollen, wie dies Heiler vieler Traditionen und Kulturen aus Erfahrung, viele moderne Forscher wie Menninger, Mitscherlich, Dubos, Antonovsky und andere als wissenschaftliche Konsequenz vorgeschlagen haben?

Vielleicht könnten sich dann gesunde Gesunde, kranke Gesunde, gesunde Kranke und kranke Kranke zu einer neuen Allianz für eine persönliche, soziale und ökologische Gesundheit finden, welche Ausdruck eines kontinuierlichen Lern- und Veränderungsprozesses sowie von Bewegung und Wachstum ist.

2.

**REHABILITATION NACH HERZINFARKT:
SELBSTVERTRAUEN,
SELBSTHILFE UND
SELBSTBESTIMMUNG**

EINFÜHRENDE BEMERKUNGEN

Wir sind Zeuge einer allmählichen Ausweitung des Konzepts der Rehabilitation von Herzpatienten. Die Verminderung der Risikofaktoren, der Morbidität und der Mortalität und die Wiedereingliederung in die Arbeitswelt gelten nicht mehr als ausreichend. Der alles entscheidende Faktor bei Rehabilitationsprogrammen ist heute die Lebensqualität des Betroffenen. Dies erklärt die Betonung von zwei diesen Aspekt beeinflussenden Faktoren, und zwar zum einen der Lebensweisen, die nachweislich genauso viel zu den Fortschritten in der Bekämpfung der koronaren Herzkrankheit beitragen können wie z.B. die Bypass-Chirurgie, und zum anderen der sozialen Unterstützung, die es dem Menschen ermöglicht, wieder "ein Gespür für seinen Lebenszusammenhang" zu gewinnen, negative Emotionen zu überwinden, positive Gefühle zu fördern und ein realistisches, stabiles und positives Selbstbild zu erreichen.

Obwohl ein Herzanfall ein somatisches Ereignis ist, werden Veränderungen im Leben von Herzpatienten, wenn überhaupt, so nur teilweise durch ihren körperlichen Zustand bestimmt. Deshalb kommen dem Selbstvertrauen, der Selbsthilfe und der Selbstbestimmung für den Genesungsprozeß eine wesentliche Rolle zu. Auch der Arbeitsstatus des Patienten mit seinen sozialen und psychologischen Folgewirkungen ist überaus wichtig. Ferner liegen zahlreiche Belege dafür vor, daß die aktive Teilnahme des Menschen am gesellschaftlichen Leben genauso wichtig ist wie das körperliche und seelische Wohlbefinden. Diese Beobachtungen gelten für alle Formen chronischer Erkrankungen.

ÜBERBLICK ÜBER DEN REHABILITATIONSPROZESS: THEMEN UND INNOVATIVE ANSÄTZE

Hanneli Döhner & Stefan Görres

1. Einleitung

Ziel dieses Beitrags ist es, exemplarisch innovative Ansätze zur Bewältigung der Situation nach einem Herzinfarkt aufzuzeigen, die der Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta entsprechen bzw. ihr nahekommen.

Ausgangspunkt für unsere Arbeit sind die jüngsten Forschungen, besonders die Ergebnisse der Oldenburger Longitudinalstudie (Badura et al. 1987), die von direkter Bedeutung für unser Thema sind. Die Daten unseres Beitrages wurden durch Briefe, Telefongespräche und persönliche Interviews gewonnen, an die sich Besuche bei ausgewählten Personen, Projekten und Institutionen der Gesundheitsversorgung anschlossen.

Auf dem Hintergrund der drei von der Weltgesundheitsorganisation definierten Phasen der Rehabilitation - Akutphase, Konvaleszenzphase, Spätrehabilitationsphase - geben wir einen Überblick über:

- aktuelle Konzepte und Trends bezüglich Epidemiologie und Verursachungstheorien, Bewältigungsforschung und Gesundheitsförderung;
- Versorgungsstrukturen in der Bundesrepublik Deutschland für Patienten mit Herzinfarkt;
- innovative Ansätze der Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland und anderen Ländern.

Folgende Aspekte werden darüber hinaus besonders betrachtet: stationärer und ambulanter Versorgungsbereich, medizinischer und nichtmedizinischer Bereich (Ärzte und andere Berufsgruppen), professioneller und Selbsthilfe-/Laienbereich, Betroffene und soziales Umfeld, Hauptprobleme der Betroffenen, unterschiedliche Lebenszusammenhänge. Auf dem Hintergrund der Gesundheitsförderung sollte die umfassende Rehabilitation von Herzkranken nicht nur die Reduzierung von Risikofaktoren, Morbidität und Mortalität sowie die Wiedereingliederung in die Arbeitswelt ins Auge fassen, sondern auch die Lebensqualität der Patienten verbessern helfen. Dies wird das allerwichtigste Ziel der Rehabilitation werden müssen. Überlegungen

darüber, wie man Gesundheitsförderung für chronisch Kranke verwirklichen kann, stecken noch in den Kinderschuhen und sind noch nicht in die medizinische Praxis integriert. Im Hinblick auf die Situation nach überstandem Herzinfarkt stellen sich zwei Fragen: erstens, in welchen Bereichen der gegenwärtigen Strukturen sind qualitative Änderungen möglich und zweitens, sollen neue Ansätze die etablierten ersetzen oder ergänzen? Bei der Arbeit an dem Beitrag haben wir als Ausgangspunkt gehabt, daß "das Konzept Gesundheitsförderung noch evaluiert und verbessert werden muß genauso wie Vorschläge für seine praktische Umsetzung formuliert werden müssen" (WHO 1987, S.4).

2. Herzinfarkt: aktuelle Konzepte und Trends

2.1 Epidemiologie: Verursachungstheorien und Entwicklung

In der Bundesrepublik Deutschland kommt es jährlich zu ca. 600.000 bis 800.000 kardiovaskulären Neuerkrankungen, darunter sind 200.000 bis 250.000 Herzinfarkte (Mathes 1986, S.35). Im Vergleich zu Zahlen aus anderen Industrieländern, so z.B. Frankreich und den USA, ist die Zahl der Todesfälle nach Herzinfarkt in der Bundesrepublik Deutschland immer noch nicht rückläufig.

Nach Angaben des Statistischen Bundesamts sterben jährlich etwa 80.000 Menschen am Infarkt. Der Anteil an der Gesamtsterblichkeit in der Bundesrepublik stieg in den Jahren von 1952 bis 1971 von 4.7 % auf 15.3 % (Schaefer & Blohmke 1978, S. 184). Bauer & Lehmann (1981, S.185 f.) kommen zu dem Schluß, daß sich bei der Todesursache akuter Herzmuskelfinfarkte insbesondere die Sterblichkeit bei Männern ungünstig entwickelt hat. Es muß ferner davon ausgegangen werden, daß immer mehr jüngere Jahrgänge betroffen sind und daß auch die Infarkthäufigkeit bei Frauen deutlich im Zunehmen begriffen ist (Mathes 1986, S.36).

Entsprechend den medizinisch geläufigen Hauptrisiken Hyperlipidämie, Hypertonie und Rauchen orientiert sich die Behandlung

des Herzinfarktes weitgehend am Konzept der Risikofaktoren (Schaefer & Blohmke 1978, S.195). Als beeinflussbare Faktoren mit relativ geringem Risiko werden unter anderem orale Kontrazeptiva, Übergewicht und Bewegungsmangel angesehen. Die Weiterentwicklung des Konzepts der Risikofaktoren hat zum einen zu einer Ergänzung um eine Vielzahl relevanter Ergebnisse aus der Streß-Coping-Forschung und Sozialepidemiologie geführt (sekundäre Risikofaktoren), zum anderen zu einer Festsetzung ihrer Rangordnung. Die Erweiterung bezog sich damit vorwiegend auf psychologische und soziale Variablen, weil die somatischen Risikofaktoren nur einen geringen Anteil der Varianz von koronaren Herzkrankheiten erklären konnten (Schaefer & Blohmke 1978, S.187 ff.). Im einzelnen handelt es sich um soziale Mobilität, soziale Inkongruenz, Berufsstreß und psychologischer Streß sowie Angst, Depression, Schlafstörungen und Typ-A-Verhalten.

Zwischen Arbeitsüberlastungen, chronischen Konfliktsituationen und soziostrukturellen Variablen wie soziale Mobilität, Migration, Ausbildungsstand und Anzahl lebensverändernder Ereignisse (life events) scheint ebenfalls ein - wenn auch weniger starker und konsistenter - Zusammenhang mit dem Erkrankungsrisiko zu bestehen (Bauer & Lehmann 1981, S.197). Auch präventive Strategien setzen vor allem bei den genannten Risikofaktoren an und haben sich über unifaktorielle, multifaktorielle und gemeindeorientierte Interventionsstudien bis hin zur Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) entwickelt (Laaser 1986, S.212 ff.). Zusammenfassend stellen Bauer & Lehmann (1981, S.199) fest, daß sowohl hinsichtlich der Verursachung als auch der Entstehung von koronaren Herzkrankheiten sehr unterschiedliche und teilweise kontroverse Aussagen in der Literatur aufzufinden sind und beide Problembereiche einer weiteren Klärung bedürfen.

2.2 Bewältigung der Krankheit

Nach Badura et al. (1985, S.5) spricht insgesamt dreierlei dafür, nicht mehr nur der primären Verursachung und Entstehung des Herzinfarktes, sondern auch seiner Bewältigung eine verstärkte Aufmerksamkeit zuzuwenden:

- erstens, die in diesem Jahrhundert steil gestiegene Zahl derjenigen, die einen Herzinfarkt überleben,
- zweitens, die Tatsache, daß die psychischen und sozialen Folgen dieser

Krankheit für die Betroffenen ebenso große, gelegentlich sogar noch schwierigere Probleme aufwerfen als die sie auslösende Grunderkrankung, - und schließlich die verbreitete Unsicherheit im Umgang mit diesen Problemen auf Seiten der Patienten und ihrer Angehörigen, der medizinischen Versorgung, der zuständigen Sozialversicherungsträger und der Gesundheitspolitiker.

Im einzelnen ergibt sich eine Vielzahl von Belastungsmomenten für den Patienten, die für den Prozeß der Krankheitsbewältigung relevant sind (Badura 1981, S.171 ff.):

- Ängste, Niedergeschlagenheit, Bedrohungen und Beeinträchtigungen,
- Unkenntnis, Ungewißheit, Verhaltensunsicherheit,
- Umstellungsprobleme, insbesondere bezüglich einer Wiederaufnahme der Arbeit, aber auch hinsichtlich des gesamten Lebensstils,
- erkrankungsbedingte Belastungen und Beeinträchtigungen in Familie und Arbeitswelt,
- und Probleme mit der institutionalisierten Versorgung.

Für die Krankheitsbewältigung steht nach den Ergebnissen von Lazarus (1966) insbesondere die positive Bewertung des Genesungsprozesses im Vordergrund, die zunächst einmal von der institutionellen Unterstützung der Betroffenen, d.h. von der Qualität und Dauer der medizinischen Behandlung abhängig ist. Die Wirksamkeit der medizinischen Maßnahmen hängt aber nicht allein von der Behandlung, sondern auch 1) vom Ausmaß der dem Patienten gewährten emotionalen Unterstützung, 2) von der Qualität der gewährten Informationen und Beratung und 3) davon ab, wie weit es gelingt, seine psychischen Kräfte und sozialen Unterstützungspotentiale zu fördern. Diese institutionellen Formen können die alltägliche Bewältigung einer schweren chronischen Krankheit zwar erheblich unterstützen und ergänzen, jedoch nicht ersetzen. Der Einzelne bleibt angewiesen auf den gesundheitsfördernden Einfluß sozialer Beziehungen und interpersoneller Prozesse mit und in seiner sozialen Umwelt, in Form von gegenseitiger Hilfe, Fremdhilfe und Selbsthilfebemühungen (Badura et al. 1985, S.15). Daher sind Wissen, Aktivitäten, Problemsicht und Bedürfnisse einzelner Betroffener und die Beteiligung ihrer wichtigsten Bezugspersonen bei der Bewältigung einer chronischen Schädigung von grundlegender Bedeutung (Badura 1981, S.8 f.).

2.3 Gesundheitsförderung und Rehabilitation

Entsprechend der WHO-Definition von Gesundheitsförderung (WHO 1986) setzt sich in der Herzinfarkt-rehabilitation zunehmend eine holistische Betrachtung von Krankheit und Gesundheit durch. Dieser Ansatz berücksichtigt die psychische und soziale Dimension des Krankheitsgeschehens und besonders des Selbsthilfeaspekts. Er stellt das Individuum und seine Möglichkeiten und Fähigkeiten in den Vordergrund und betont die soziale Wiedereingliederung als wesentliches Rehabilitationsziel (WHO 1969, S.2). Die Lebensqualität des Betroffenen wird zur Richtschnur von Rehabilitationsmaßnahmen und physisches, geistiges und soziales Wohlbefinden werden zum Kriterium für den Rehabilitationserfolg.

Badura (1981, S.176 ff.) hat auf der Basis des "Social Support"-Konzepts und der Analyse krankheitsbedingter Probleme und Belastungen beim Herzinfarkt folgende Unterstützungsmöglichkeiten gefordert:

- psychosoziale Hilfen (Ermutigung, Beratung, Fürsorge, moralische Unterstützung, Wertschätzung durch Familie, Freunde, Verwandte und Nachbarn; Diskussion und Klärung zukünftiger Möglichkeiten und Restriktionen);
- Informationen über Ursache, Verlauf und Behandlung der Krankheit, über medizinische und soziale Hilfsmöglichkeiten durch Ehepartner, Arbeitskollegen, Erwachsene, Kinder und Freunde;
- praktische Hilfen, Entlastungen, Rücksichtsnahmen (wenn weitergehende Veränderungen der Lebenssituation nicht erforderlich sind);
- Hilfe bei der Einübung und Praktizierung von Copingstrategien, wenn weitergehende Lebensumstellungen nötig sind.

Dabei ist die Wiederherstellung der körperlichen Funktionsfähigkeit als Grundlage für den Rehabilitationserfolg unbestritten. Vor allem auf dieser Basis lassen sich auch psychische und soziale Stabilität aufbauen, läßt sich Gesundheit im weitesten Sinne fördern.

Zwei Kernfragen müssen im Hinblick auf gegenwärtige Rehabilitationsprozesse gestellt werden: Wie weit wird der Patient als selbstverantwortlicher Partner in den Prozeß einbezogen? Führt dieser Prozeß den Patienten zur Selbständigkeit oder zur lebenslangen Unterordnung unter ärztliche Kontrolle und damit zur Abhängigkeit? Es gilt, die bestehenden Einrichtungen und Modelle daraufhin zu überprüfen, inwiefern

sie erstens die Selbstverantwortlichkeit des Rehabilitanden betonen, Selbstwertgefühle stärken und ihm eine partnerschaftliche Rolle im Rehabilitationsprozeß zuweisen. Zweitens, wie weit sind die bestehenden Einrichtungen in der Lage, die Patienten nicht nur als Träger von somatischen Symptomen und Befunden zu sehen? Sind sie bereit, sie zu motivieren, ihr engeres Umfeld wie Partner, Familienangehörige, Freunde, Arbeitskollegen und Selbsthilfegruppen zu aktivieren und Laienpotentiale in den Rehabilitationsprozeß zu integrieren? Akzeptiert man die Vorstellung eines dualen Versorgungssystems, bestehend aus medizinischen Aktivitäten und informellen Hilfsbemühungen, dann hat Gesundheitsförderung in beiden Teilbereichen anzusetzen (Badura 1981, S.8 f.). Wir haben deshalb versucht, in diesem Beitrag innovative Elemente der Gesundheitsförderung sowohl im institutionellen Bereich, der vorwiegend medizinisch geprägt ist, als auch im nichtinstitutionellen Bereich, der gelegentlich als "Laiensystem" bezeichnet wird, zu identifizieren. Dies haben wir auf dem Hintergrund der drei Phasen des Rehabilitationsprozesses getan, wie ihn die Weltgesundheitsorganisation versteht.

3. Phasen der Rehabilitation

3.1 Das WHO-Konzept

Wie bereits ausgeführt, sind die Überlegungen zum Konzept einer Gesundheitsförderung für chronisch Kranke noch nicht weit fortgeschritten und erst recht nicht in der Praxis wiederzufinden. Die Realität für den Herzinfarktpatienten ist zur Zeit noch geprägt durch die jeweiligen Rehabilitationskonzepte und -angebote, die sich vorwiegend am medizinischen Paradigma orientieren. Psychosoziale Aspekte werden im allgemeinen nur in additiver Weise hinzugefügt.

In Anlehnung an die WHO wird die Rehabilitation von Herzinfarktpatienten im allgemeinen in 3 Phasen eingeteilt (Wenger & Hellerstein 1978; WHO 1968, 1969):

"a) Hospital Phase. During the first week(s) hospital involving lowlevel physical activity and education.

b) Convalescent Phase. Between initial mobilization and optimal recovery involving progressive physical activity,

continued education, and psychosocial and vocational counselling as needed.

c) Maintenance Phase. Continued efforts at secondary prevention including optimal physical activity. Return to work or job, retraining as needed. Psychosocial support as needed" (König et al. 1983, S.106).
 Nachfolgend werden wir als typischen Vertreter des Phasenmodells die sogenannte "Therapiestraße" in der Bundesrepublik Deutschland vorstellen. Alle weiteren innovativen Ansätze orientieren sich ebenfalls am Phasenmodell der WHO. Wir haben in unserem Beitrag die einzelnen Phasen der Übersicht halber getrennt behandelt.

3.2 Situation in der Bundesrepublik Deutschland: die "Therapiestraße"

In der Bundesrepublik Deutschland wird als Konzept zur Rehabilitation nach Herzinfarkt die "Therapiestraße" empfohlen. Die Rehabilitation von Patienten wird in drei Phasen geteilt (Donat et al. 1986, S.42; Krasemann 1983, S.221): 1) der Patient wird im Akutkrankenhaus behandelt; 2) danach erfolgt die Überweisung in eine Rehabilitationsklinik; und 3) schließlich die Weiterbehandlung durch den Hausarzt; am Wohnort sollte der Patient schließlich einer ambulanten Herzgruppe beitreten. Dies wird auch von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Prävention und Rehabilitation e.V. empfohlen und unterstützt. Nach Dransfeld (1985, S.21) ist "die akute Erkrankungsphase im Krankenhaus ... notwendigerweise fremdbestimmt durch ärztliches Handeln und krankengymnastische Frühmobilisation", während in der

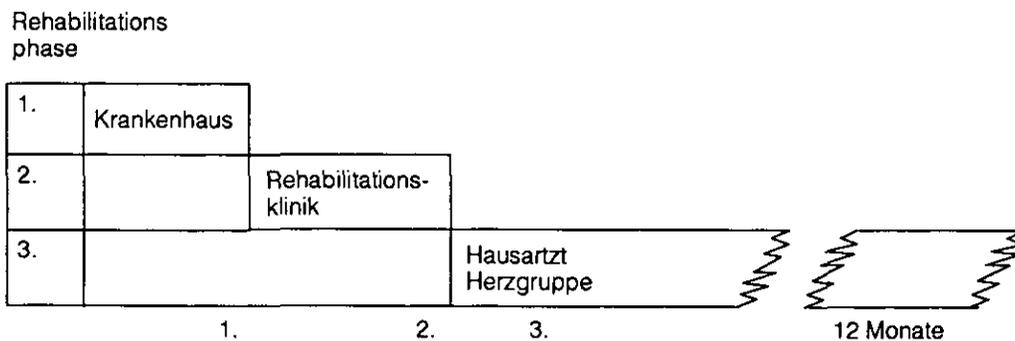
lich selbständig und sicher mit seiner Krankheit umgehen kann". Vorweggenommen sei, daß der Anspruch einer solchen nahtlosen Rehabilitation mit kontinuierlich größerer Verselbständigung aller Patienten nicht annähernd eingelöst wird, wie weiter unten noch verdeutlicht werden soll. Aber selbst wenn hier für alle das gleiche Recht auf Rehabilitationsmaßnahmen in der Praxis umgesetzt wäre, bliebe zweifelhaft, ob solch ein strukturiertes Vorgehen die je individuellen Patientenbedürfnisse und -interessen adäquat berücksichtigen könnte. Solch ein schematisches Vorgehen scheint den wesentlichen Prinzipien der Gesundheitsförderung zu widersprechen, besonders dem Prinzip der Selbstbestimmung.

4. WHO-Phase I der Herzinfarkt-rehabilitation: Akutphase

4.1 WHO-Konzept und Stand der internationalen Diskussion

Die Phase I der kardiologischen Rehabilitation beginnt mit dem Eintritt des akuten Infarktes und endet, wenn der Patient wieder stehen, umherlaufen und Treppensteigen kann. In dieser Akutphase findet die Behandlung in der Regel im Krankenhaus statt. Es sollte ein kardiologisches Rehabilitationsteam aus verschiedenen Berufsgruppen vorhanden sein, in dem der Kardiologe der Koordinator der unterschiedlichen Maßnahmen ist (Acker et al. 1982, S.218). In den meisten Ländern werden inzwischen die Vorteile der physischen Frühmobilisation akzeptiert, deren Prinzipien

ABBILDUNG 1 - DIE "THERAPIESTRASSE"



Quelle: Kraseman & Donat, 1982.

Rehabilitationsklinik "der Übergang zur Selbstbestimmung eingeleitet werden" muß, die in der ambulanten Koronargruppe fortgesetzt wird, damit der Patient "schließ-

und praktische Umsetzung von einer WHO-Arbeitsgruppe erarbeitet wurden (WHO-EURO 1968). Es wird davon ausgegangen, daß sie positive Effekte auf das psychische

Befinden hat und zur Verkürzung der Krankenhausverweildauer beitragen kann. Weiter wird vermutet, daß sie die Mortalität senkt und die spätere Wiedereingliederung in die Arbeit begünstigt, da sich zu lange Verweilzeiten kontraproduktiv auswirken. Zur psychologischen Rehabilitation gibt es unterschiedliche Auffassungen. Auch hierzu hat eine WHO-Arbeitsgruppe Vorschläge erarbeitet (WHO-EURO 1970). Die größten Belastungen entstehen in den ersten Tagen durch die Angst vor dem Tod, die Schmerzen und das den Patienten umgebende "monitoring equipment" (Degre-Coustry & Grevisse 1982, S.223). Emotionale Unterstützung der Patienten, die unter Angst und Depressionen leiden, ist in Kombination mit verständlicher und ermutigender Information und Beratung sowohl für den Patienten als auch für die Angehörigen zu leisten (Kallio 1973, S.61; Bauer & Lehmann 1981, S.203).

4.2 Situation in der Bundesrepublik Deutschland

Die meisten Herzinfarktpatienten werden als Notfälle in ein Akutkrankenhaus gebracht, wo sie zunächst die 1. Woche unter Monitorbewachung auf der Intensivstation liegen. In der 2. bis 3. Woche beginnt die Mobilisationsphase und in der 3. bis 5. Woche werden nach den Ergebnissen aus der Hamburger "Infarkt-Nachsorge-Studie" ca. 80 % der Patienten in die Rehabilitationsklinik verlegt (Weiß et al. 1981, S.43).

Ergebnisse der Oldenburger Longitudinalstudie (vgl. den Beitrag von Badura in diesem Buch) deuten darauf hin, daß die Akutphase nach Herzinfarkt für die Patienten dieser Studie durchschnittlich 32 Tage dauerte; ca. 4--5 Tage davon auf der Intensivstation. Nur gut 4 % der 980 Patienten waren weniger als 2 Wochen in der Klinik, dagegen immerhin gut 10 % sogar mehr als 6 Wochen. Diese im internationalen Vergleich sehr lange Verweildauer wird durch den späteren Beginn der Frühmobilisation begründet. Iatrogene Effekte zeigen sich möglicherweise darin, daß die Angst vor einem Reinfarkt, vor dem Tod, vor der Wiederkehr von Schmerzen und allgemeinen Zukunftsängsten von der Länge des Krankenhausaufenthaltes abhängig sind, aber unabhängig von der Schwere des Infarktes und dem Alter des Patienten (Badura & Lehmann 1987, S.328).

Darüber hinaus kommen gerade jene Patienten, bei denen aufgrund gesetzlich fixierter Ziele der Rehabilitation - Erhaltung, Besserung, Wiederherstellung

der Erwerbsfähigkeit - eine Anschlußheilbehandlung indiziert wäre, selten zur Rehabilitation, weil der Krankenhausarzt eine Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit nicht mehr erwartet (Lehmann 1987, S.74 ff.). Auch Patienten mit schwerklinischen Zeichen (Angina-Pectoris, Atemnot) werden weniger häufig in Rehabilitationskliniken eingewiesen, obwohl gerade hier eine frühzeitige Behandlung erfolgen sollte. Insgesamt gesehen haben die Patienten selbst kaum Einfluß auf die Auswahl der Einrichtungen, ausgenommen die selbständig Beschäftigten. So muß der Auswahlprozeß als ganzes für den Patienten relativ undurchsichtig bleiben, und der Rahmen, innerhalb dessen den Patientenwünschen entsprochen werden kann, ist nach Lehmann (1987, S.77) ohnehin sehr begrenzt. Dieser wird durch organisatorische und ökonomische Vorgaben, insbesondere durch die Notwendigkeit einer Auslastung der Bettenkapazitäten abgesteckt. Badura und seine Mitarbeiter bezeichnen die mehr als 36000 jährlichen Heilbehandlungen (Männer) als "Massenverfahren mit einer eigenen organisatorischen Gesetzmäßigkeit, und nur begrenzter individueller Behandlung" (Lehmann 1987, S.79).

Bemühungen in Richtung einer psychischen und sozialen Unterstützung, angemessene Informationen und Beratung unter Einbeziehung der Familienangehörigen werden in der Phase der Intensivstation zumindest in der Bundesrepublik Deutschland nur unzureichend durchgeführt. Die Überlegungen aus dem Berliner Projekt "Patientenorientierte Intensivmedizin" können hierfür sicherlich ein wertvoller Beitrag sein (Grote 1983).

4.3 Innovative Ansätze in anderen Ländern

4.3.1 Der Assaf Harofeh Ansatz

In diesem staatlichen Krankenhaus beginnt schon auf der Intensivstation, sobald der Patient stabilisiert ist, die Rehabilitation. Das kardiologische Rehabilitationsteam versucht, eine ganzheitliche, familienorientierte und interdisziplinäre Vorgehensweise zu realisieren. In das Programm sind sowohl der Kardiologe als auch der Psychologe, die Krankenschwestern, Sozialarbeiter, Psychotherapeuten und Diätassistentinnen einbezogen.

Die Krankenschwester - wenn nötig auch ein Sozialarbeiter oder ein Psychologe - spricht bereits in den ersten Tagen mit dem Patienten, gibt ihm ein Informationsblatt und eine Broschüre, mit der

Zielsetzung, ihm eine optimistische Perspektive für die Zukunft zu vermitteln. Leitender Gedanke dabei ist, daß der Patient von Anfang an emotionale Unterstützung erhält, insbesondere dann, wenn er unter Angst und Depressionen leidet, wie dies häufig in der Frühphase der Fall ist. Auch ein frühzeitiges Hinzuziehen der Angehörigen oder der Freunde wird im Assaf Harofeh schon auf der Intensivstation gefördert. Durch eine entsprechende Einstellung des Rehabilitationsteams gerät die auch hier vorhandene Technik in den Hintergrund und verliert an Bedrohlichkeit für Patienten und Besucher. Es erfolgt dann eine möglichst schnelle Verlegung in eine medizinische Abteilung, in der die Patienten im Durchschnitt 8-10 Tage bleiben, wenn der Verlauf ohne besondere Komplikationen ist. Schon hier wird dem Patienten nahegelegt, nach der Entlassung, d.h. in der Rehabilitationsphase II, an einem ambulanten Kurzzeit- oder Langzeitrehabilitationsprogramm teilzunehmen (vgl. hierzu Abschnitt 5.3 unseres Beitrages).

4.3.2 Andere Ansätze

Ganz allgemein wird in anderen Ländern diskutiert, ob alle bzw. die meisten Herzinfarktpatienten zunächst der Behandlung auf einer Intensivstation bzw. im Akutkrankenhaus überhaupt bedürfen. Untersuchungen aus Schottland bezweifeln die Nützlichkeit der Intensivstation hinsichtlich einer Verringerung der Sterblichkeit nach Herzinfarkt (Hill et al. 1977; Hunt et al. 1977). Es scheint für viele Patienten - insbesondere dann, wenn sie einen unkomplizierten Herzinfarkt erlitten haben - möglich zu sein, auch auf einer Normalstation bzw. sogar zu Hause durch den niedergelassenen Arzt behandelt zu werden. Dafür spricht insbesondere auch die Tatsache, daß eine emotionale Unterstützung des Patienten, eine ausreichende Information und Beratung unter Einbeziehung der Familienangehörigen oder Freunde außerhalb des stationären Bereichs eher gewährleistet ist.

4.4 Zusammenfassung

Aus diesen Gründen ist dafür zu plädieren, den Aufenthalt auf der Intensivstation - sofern er denn nötig ist - so kurz wie möglich zu halten und die Bedingungen zu überprüfen, die ein frühzeitiges Einsetzen der Frühmobilisation und -rehabilitation ermöglichen. In der Bundesrepublik Deutschland sind die Verweilzeiten im

Krankenhaus im internationalen Vergleich sehr hoch, obwohl sich für die meisten Patienten - im Gegensatz zu vielen anderen Ländern - ein weiterer stationärer Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik (vgl. Abschnitt 5.3 unseres Beitrages) anschließt. Es ist nicht nachgewiesen, daß die Ausdehnung der Akutphase für den Genesungsverlauf nützlich ist und die Mortalität bzw. das Risiko des Reinfarktes senkt. Die Oldenburger Longitudinalstudie macht hingegen die möglichen iatrogenen Schäden deutlich.

Ein Vergleich der Ansätze, die in der Akutphase in verschiedenen Ländern realisiert werden, wirft folgende Fragen auf:

1. Ist der Aufenthalt im Akutkrankenhaus, insbesondere auch auf der Intensivstation für alle Herzinfarktpatienten nötig und sinnvoll?
2. Für wen und unter welchen Bedingungen kann und sollte der Krankenhausaufenthalt verkürzt werden?
3. Wie können emotionale Unterstützung, ausreichende Information und Beratung im Akutkrankenhaus gewährleistet werden?
4. Wie kann die Konvaleszenzphase bzw. eine den individuellen Bedürfnissen und Erfordernissen angepaßte Anschlußheilbehandlung schon in der Akutphase geplant und vorbereitet werden?

5. WHO-Phase II der Herzinfarkt-rehabilitation: Konvaleszenzphase

5.1 WHO-Konzept und Stand der internationalen Diskussion

Die Phase II der kardiologischen Rehabilitation beginnt, wenn der Patient die normalen Aktivitäten des täglichen Lebens beschwerdefrei erledigen kann. Diese Phase ist abgeschlossen, wenn der Patient sich so weit erholt hat, daß er entweder zu seiner früheren Arbeit oder zu den sonstigen früheren Aktivitäten zurückkehren kann. Die Einschätzungen über die notwendige Dauer dieser Phase gehen auseinander. Kallio (1973, S.62) geht von 8-10 Wochen aus.

Große Uneinigkeit besteht über die günstigste organisatorische Form dieser Rehabilitationsphase. Daher sind gerade in der Phase II die Unterschiede innerhalb der Länder und im Ländervergleich besonders groß. Untersuchungen, die Vor- und Nachteile verschiedener Organisations-

formen nachweisen, fehlen bisher. So gibt es in einigen Ländern wie Israel, Großbritannien und USA weniger formalisierte Programme. Hier wird nach dem Aufenthalt in der Akutklinik entweder eine kurze Zeit in einer Rehabilitationseinheit verbracht (etwa 1 Woche) oder die Patienten gehen sogleich nach dem Aufenthalt in der Akutklinik nach Hause und werden zu Gruppensitzungen in die ihnen bekannte Akutklinik über einige Wochen hin eingeladen (vgl. Abschnitt 5.3 unseres Beitrages).

Die Vorteile dieses Systems liegen einmal in der geringeren Kostenintensität und zum anderen darin, daß es diesen Patienten ermöglicht wird, sich relativ früh mit dem Alltag auseinanderzusetzen, damit keine Distanz durch langwierige Aufenthalte in stationären Rehabilitationseinrichtungen zum Alltagsleben aufgebaut wird. Dadurch wird im übrigen sichergestellt, daß der Patient nicht sehr lange von seinem Arbeitsplatz getrennt wird und eine Reintegration in die Arbeitswelt weniger schwierig wird (Badura et al. 1985).

Die Nachteile sind unter Umständen dann zu sehen, wenn es sich um bestimmte "Problemgruppen" handelt, wie Frauen, bei denen die Gefahr besteht, sich in der häuslichen Umgebung nicht von ihrer meist sehr anstrengenden Hausfrauenrolle lösen zu können oder zu dürfen; ebenso auch für komplizierte Herzinfarkte oder Herzoperationen, die einer längeren Konvaleszenzphase bedürfen.

Insgesamt gewinnt die Einschätzung an Bedeutung, daß eine ambulante Rehabilitation als Ersatz stationärer Rehabilitation nur dann für manche Patienten förderlich sei, wenn dies unter Berücksichtigung der jeweiligen individuellen Umstände im Auswahlverfahren geschieht.

5.2 Situation in der Bundesrepublik Deutschland: Stationäre Anschlußbehandlung in Spezialeinrichtungen

Im allgemeinen werden die Patienten nach einem Herzinfarkt oder einer chirurgischen Herzbehandlung vom Akutkrankenhaus für 4-6 Wochen zu einer Anschlußheilbehandlung (AHB) (BfA 1985) in eine kardiologische Rehabilitationsklinik verlegt, von denen es nach Donat et al. (1986, S.43) zur Zeit in der Bundesrepublik 75 gibt.

Für die stationäre Rehabilitation spricht, daß der Patient in Abwesenheit von seiner Familie und möglicherweise damit verbundenen Problemen die Ruhe findet, sich mit seiner Krankheit auseinanderzusetzen bzw. die Disziplin hat, unter geregelter

Aufsicht ein bestimmtes Trainingsprogramm zu absolvieren (Halhuber 1986).

Aus den Ergebnissen der Oldenburger Longitudinalstudie wissen wir, daß die Praxis der Anschlußheilbehandlung in etlichen Punkten nicht den weitgesteckten Zielen einer umfassenden, zügigen und nahtlosen Rehabilitation entspricht (Lehmann et al. 1985, S.93). Sowohl die Breite des Angebots als auch die Inhalte dieser Angebote haben zu einer gewissen Unübersichtlichkeit geführt, trotz zunächst klar vorgegebener Strukturen, wie sie in Form der "Therapiestraße" festgelegt sind (Krasemann & Traenckner 1986, S.312 ff.).

Neben der Ausrichtung des Leistungsangebots zugunsten der Wiedererwerbsfähigen (Benachteiligung älterer Menschen und Frauen) ist eine charakteristische Rahmenbedingung in der Bundesrepublik die bevorzugte Förderung und der Ausbau stationärer Rehabilitationseinrichtungen, einhergehend mit einer entsprechenden Vernachlässigung ambulanter ortsnahe Rehabilitation. Ein Großteil der Phase II findet in stationären Einrichtungen statt, sodaß Rehabilitation annähernd gleichzusetzen ist mit stationären Klinikaufenthalten. Dies ist unter anderem auf das traditionell angelegte Kur- und Sanatoriensystem, aber auch auf institutionelle Eigeninteressen und herrschende Lehrmeinungen zurückzuführen. Beurteilten die von Badura et al. (1987) untersuchten Teilnehmer von AHB-Maßnahmen den Aufenthalt auch durchweg positiv, insbesondere das Zusammensein mit und die psychische und soziale Unterstützung durch die Mitpatienten, so wird der Aufenthalt dennoch auch als Belastung empfunden: "Die Hälfte der Teilnehmer stufte die Trennung von der Familie als sehr starke bzw. starke Belastung ein. Der Verzicht auf den gewohnten Umgang mit Freunden, Nachbarn und Arbeitskollegen (27 %) sowie die räumliche Entfernung von zu Hause (31 %) waren für viele Rehabilitanden Belastungen, die in die gleiche Richtung gehen" (Lehmann 1987, S.80).

Zudem fühlten sich 39 % der Befragten durch die ständigen Patientengespräche über den Infarkt belastet und 21 % bezeichneten die Krankenhausatmosphäre der Rehabilitationsklinik als starke bis sehr starke Belastung (Lehmann 1987, S.80). Ein weiterer Kritikpunkt liegt in der umfassenden Ausstattung und Diagnostik der Rehabilitationskliniken, die sie den Akutkrankenhäusern tendenziell immer ähnlicher werden lassen.

Der Vergleich von Patienten nach

stationärer Anschlußheilbehandlung mit einer Kontrollgruppe ergab schließlich, daß die Teilnehmer an der AHB eine höhere altersspezifische Wattleistung erbrachten und insgesamt weniger über Brustschmerzen und Atemnot berichteten. Es zeigte sich jedoch, daß hinsichtlich des psychischen Befundes und der subjektiven Genesungseinschätzung kein signifikanter Unterschied vorlag. Die stationäre Heilbehandlung scheint sich damit langfristig nur auf den körperlichen Aspekt positiv auszuwirken. Die psychische und soziale Situation wird dagegen nicht wesentlich beeinflußt (Lehmann 1987, S.81).

5.3 Innovative Ansätze in der Bundesrepublik Deutschland und anderen Ländern

Die hier angeführten innovativen Ansätze beziehen sich auf:

- familienorientierte Gruppentherapie für Patienten und Angehörige im Akutkrankenhaus (Beispiel: Israel),
 - ambulante Rehabilitation mit Gruppentherapie beim niedergelassenen Kardiologen (Beispiel Berlin-West),
 - Formen der Zusammenarbeit zwischen niedergelassenem Arzt und Rehabilitationsberater oder Sozialarbeiter (Beispiel: Praxis in einem ländlichen Bezirk in der Nähe Ulms),
 - ambulante Rehabilitation innerhalb der bereits existierenden medizinischen und sozialen Dienste einer Gemeinde (Beispiel: Finnland).
- Da Vergleiche mit anderen Ländern zeigen, daß die Konvaleszenzphase nicht zwangsläufig in der Klinik stattfinden muß, liegt es nahe, nach Alternativen zur stationären Rehabilitation zu suchen. Stellungnahmen, insbesondere aus dem anglo-amerikanischen Raum, sind der Ansicht, daß eine ambulante Rehabilitation im Rahmen der primärärztlichen Versorgung einem stark formalisierten Rehabilitationsverfahren in speziellen Institutionen vorzuziehen sei (Bauer & Lehmann 1981, S.226).

5.3.1 Stationäre Rehabilitation mit dem Schwerpunkt Familie (Israel)

Für Israel ist allgemein kennzeichnend, daß sich der Patient nach dem Akutkrankenhaus entweder in die Betreuung

des niedergelassenen Arztes begibt, oder ambulante Rehabilitationsangebote annehmen kann, die an ein Akutkrankenhaus angeliebert sind.

Für einige Patienten, die noch einer Monitorüberwachung bedürfen (etwa 10 %), besteht die Möglichkeit eines Aufenthaltes in einer speziellen Rehabilitationseinheit, wie sie z.B. im Kfar Maccabiah Village bei Tel Aviv eingerichtet ist. Ziel dieser Rehabilitationseinheit ist, nach einer frühen Entlassung aus dem Akutkrankenhaus mittels der Durchführung sekundärprophylaktischer Erziehungsprogramme für den Patienten die Konvaleszenz zu sichern, wobei insbesondere die Einbeziehung der Familie hervorgehoben wird.

Dieses Programm dauert insgesamt eine Woche und bezieht sich auf Patienten, die direkt aus den umgebenden Hospitälern aufgenommen werden, etwa 8-10 Tage nach einem unkomplizierten Herzinfarkt. Die Patientenerziehung in der Rehabilitationseinheit besteht im wesentlichen aus drei Teilen:

1. individuelle Instruktion durch eine Krankenschwester bezüglich Tabletten, Pulsen, Blutdruck usw.;
2. Gespräche mit einem Sozialarbeiter über eine frühzeitige Rückkehr zur Arbeit und über persönliche und familiäre psychosoziale Probleme; und
3. Gruppentreffen von Patienten und Familien zusammen mit einem Kardiologen, der die normale Physiologie des Herzens und die Probleme nach einem Myocardinfarkt erklärt, insbesondere im Hinblick auf die Vermeidung von Risikofaktoren, aber auch auf das Führen eines normalen beruflichen, familiären, sexuellen und sozialen Lebens. Zum Rehabilitationsteam gehört auch die Diätassistentin, die in eine korrekte Diät zur Reduktion des Gewichts, der Serumlipide und des hohen Blutdrucks sowie einer Kontrolle des Diabetis mellitus einführt. Von Zeit zu Zeit werden dann am Akutkrankenhaus, das den Patienten aufgenommen hatte, Kontrollen bezüglich der Risikofaktoren durchgeführt (Kellermann & Schlesinger o.J., S.282 f.).

Vor- und Nachteile

Die Vorteile dieser Form der stationären Rehabilitation liegen vor allem in der Orientierung an einer "comprehensive rehabilitation" durch ein interdisziplinäres Team und die Einbeziehung der Familie; zudem in der weniger aufwendigen

Ausstattung, in der Kürze der Zeit für Patienten, die in ihren Beruf zurückkehren und schließlich im günstigen Kostenfaktor. Aufnahmekriterium ist die Notwendigkeit einer Monitorüberwachung auch nach der Akutphase, die bei pathologischen Befunden (z.B. Extrasystolen) häufig dazu führt, daß Patienten auch wieder in das Akutkrankenhaus zurückverlegt werden.

5.3.2 Ambulante Rehabilitationsgruppen an der Akutklinik (Israel)

Im Assaf Harofeh Medical Center (Tel Aviv) wird für bereits entlassene Patienten sowohl ein Kurzzeit- als auch ein Langzeitrehabilitationsprogramm in Form ambulanter Rehabilitationsgruppen angeboten.

Die Kurzzeitrehabilitation besteht aus Gruppentreffen über 6 Wochen hinweg. Die Patienten werden schon im Akutkrankenhaus (vgl. Abschnitt 4.3.1 unseres Beitrages) sehr stark zur Teilnahme motiviert. Außerdem ist anzunehmen, daß eine Rehabilitation am bekannten Akutkrankenhaus eine erhöhte Compliance mit sich bringt. Die Gruppen treffen sich einmal wöchentlich, wobei auch die Ehepartner der Patienten eingeladen sind und zu ca. 50 % davon Gebrauch machen. Es finden ein Treffen mit dem Arzt, zwei Treffen mit einem Psychologen, ein Treffen mit einer Diätassistentin und zwei Treffen mit einer akademischen Krankenschwester statt, mit der schließlich auch soziale Aspekte angesprochen werden. Alternativ dazu gibt es eine Langzeitrehabilitation, die im Prinzip ähnlich der Kurzzeitrehabilitation aufgebaut ist, sich allerdings über den Zeitraum eines ganzen Jahres erstreckt und wesentlich mehr physische Fitneßanteile enthält, wogegen im Kurzzeitprogramm eher Entspannungsübungen überwiegen. Die Langzeitrehabilitation ist speziell für solche Patienten gedacht, die zwar medizinisch einen unbedenklichen Zustand aufweisen, aber hinsichtlich der Krankheitsbewältigung als problematisch erscheinen. An diesem Langzeitprogramm nehmen etwa 10-20 % aller Herzinfarktpatienten dieses Krankenhauses teil.

Vor- und Nachteile

Das Prinzip beider Rehabilitationsformen - wie wir sie nicht nur in Israel, sondern auch in ähnlicher Weise in Schottland, Irland und den USA finden - ist (Wenger &

Hellerstein 1978), daß nach einer Frühmobilisation im Krankenhaus die Patienten als "out-patients" über mehrere Wochen oder Monate hinweg an einem ganzheitlich und besonders in Israel familienorientierten Programm teilnehmen, das neben Fitneßtraining und medizinischer Kontrolle auch Informationen, psychodynamische Gruppendiskussionen mit den Patienten und ihren Angehörigen sowie Beratung in psychosozialen Problemfragen enthält. Dazu kommt eine Erziehung zur Vermeidung von Risikofaktoren und zur Einübung einer gesünderen Lebensweise (Drury 1987).

Diese Art der ambulanten Kurz- oder Langzeitrehabilitation hat mehrere Vorteile, vor allem, daß ein Großteil der Patienten nach 4-5 Wochen wieder zur Arbeit zurückkehrt, insbesondere Patienten mit einem relativ unkomplizierten Herzinfarkt, die keiner umfassenden Programme bedürfen. Die Patienten können dadurch rechtzeitig und stufenweise wieder in ihre alte Arbeitssituation zurückkehren und sehr frühzeitig mit einem alternativen Beschäftigungsprogramm beginnen, was für das Selbstwertgefühl nicht unwesentlich ist. Zudem ist zu dieser Zeit auch schon der Hausarzt eingeschaltet, so daß er einerseits wieder für den Patienten verantwortlich, andererseits aber auch an den Rehabilitationsbemühungen insofern beteiligt ist, als daß der Patient ihm notwendige Informationen zukommen lassen kann. Viele Patienten nehmen diese Langzeitrehabilitation nicht über den vollen Zeitraum eines Jahres wahr, weil sie diese Gruppe nicht mehr brauchen. Andere nehmen dagegen sehr viel länger teil, weil dieses Angebot für sie eine Art Clubcharakter bekommen hat.

Ein Nachteil des Langzeitprogramms ist vor allem die Auswahl der ambulanten Patienten, die nicht nur von der medizinischen und psychosozialen Indikation, sondern auch von den Rahmenbedingungen einer Teilnahme abhängig ist, wie z.B. sozialen Gründen (Finanzen), Transportprobleme (kein Auto) oder fehlender Motivation (Kellermann & Schlesinger o.J., S.278 f.; Schlesinger 1983, S.336 ff.; Kellermann 1982, S.134 f.; Schlesinger & Segev 1982, S.226 f.).

5.3.3 Ambulante Rehabilitation durch ein Kardiologenteam (Berlin-West)

In Berlin (West) existieren inzwischen zwei internistisch-kardiologische Praxisgemeinschaften, die Rehabilitation in ambulanter Form durchführen. Eine dieser

Praxisgemeinschaften, die wir besuchten, besteht aus drei Fachärzten und speziell ausgebildetem Personal (Krankengymnastinnen, Gymnastiklehrerinnen, Intensivschwester, Arzthelferinnen) (Schönstedt 1986, S.32 f.).

Nach anfänglichen Finanzierungsschwierigkeiten ist inzwischen durch die enge Verbindung mit Hausärzten und Kliniken eine langsame und stetige Zunahme der Rehabilitationspatienten erreicht worden. Den überwiegenden Anteil bilden, wie auch bei der stationären Rehabilitation, Patienten mit Zuständen nach Myocardinfarkt oder Reinfarkt. Hinzu kommen aber auch Patienten nach Bypassoperationen, mit einer therapiefraktären Angina pectoris, mit Zustand nach Resektion eines Herzwandaneurysmas sowie Patienten mit operierten, angeborenen oder erworbenen Vitien. Die Patienten werden in der Regel in Gruppen bis zu 6 Personen zusammengefaßt und erscheinen über einen Zeitraum von 6 Wochen täglich - mit Ausnahme des Wochenendes - in der Praxis. Der Behandlungsschwerpunkt liegt in einer dosiert gesteigerten und kontinuierlich telemetrisch überwachten Bewegungstherapie, die individuell auf jeden Patienten abgestimmt ist und unter anderem auch eine Kontrolle der vorgegebenen Trainingsfrequenz beinhaltet. Die Phasen enthalten Lockerungs-, Dehnungs- und Atemgymnastik, Lauf- und Ergometertraining, krankengymnastische Übungen sowie Spiele ohne Wettkampfcharakter. Hinzu kommen, neben balneotherapeutischen Maßnahmen, insbesondere Gruppen- und Einzelgespräche, die sich mit Entstehen, Wesen und Therapie der koronaren Herzerkrankung auseinandersetzen. Dies geschieht unterstützt durch audiovisuelle Medien. Desweiteren finden Diskussionen über Risikofaktoren sowie eine diätetische Beratung statt. Zu den Veranstaltungen werden auch die Lebenspartner der Patienten eingeladen, um gemeinsame psychosoziale Probleme besprechen zu können. Eine weitere Aufgabe der ambulanten Rehabilitation wird auch in der Weiterführung der Diagnostik gesehen, die in Verbindung mit den zuständigen Fachabteilungen von Krankenhäusern durchgeführt wird.

Vor- und Nachteile

Vorteile der ambulanten Rehabilitation werden unter anderem in der fehlenden Wartezeit zwischen Akutkrankenhaus und ambulanter Rehabilitation gesehen. Desweiteren ist der Übergang in die Phase

III einfacher, was durch die Tatsache belegt ist, daß ungefähr 40-50 % der Patienten anschließend an ambulanten Herzgruppen teilnehmen, verglichen zu 30 % in Hamburg (vgl. Abschnitt 6.2 unseres Beitrages). Darüber hinaus stellt einen positiven Faktor dar, daß die Herzgruppen an die Praxis der niedergelassenen Fachärzte angeschlossen sind.

Schließlich kommt die Überlegung hinzu, daß grundsätzlich eine Überwachung oder Notfallversorgung der Patienten zu Hause bzw. durch die Praxis des niedergelassenen Facharztes ebenso möglich ist wie in der stationären Rehabilitation. Zudem wird auf die relativ kostengünstige Situation einer ambulanten kardialen Rehabilitationstherapie hingewiesen.

Ein Problem der ambulanten Rehabilitation besteht darin, daß die täglichen Besuche in der Praxis möglicherweise lediglich als Termin von vielen aufgefaßt wird und daher nicht als in sich geschlossenes Rehabilitationsprogramm verstanden werden.

5.3.4 Rehabilitationsberatung in der Praxis des niedergelassenen Arztes (Bundesrepublik Deutschland)

Ein weiteres Modell der ambulanten Rehabilitation im Rahmen primärärztlicher Versorgung ist die Ergänzung des Arztes um speziell ausgebildete Gesundheitsberater oder Sozialarbeiter. Hier kann neben der rein medizinischen Rehabilitation und Sekundärprävention auch der psychosoziale Bereich in der WHO-Phase II (Wiedereingliederungsphase) bzw. in der WHO-Phase III für die restliche Lebenszeit stattfinden, zumal davon ausgegangen werden kann, daß es gerade der Hausarzt ist, der über den längsten Zeitraum hinweg Kontakte zu seinen Patienten unterhält.

Diesbezüglich findet sich in der Bundesrepublik Deutschland in einem ländlichen Gebiet in der Nähe von Ulm das Beispiel einer Praxis, in der neben dem Kardiologen als niedergelassenem Facharzt eine Rehabilitationsberaterin bzw. Sozialarbeiterin tätig sind. Diese Praxis besuchen sowohl Patienten, die eine Rehabilitationsklinik durchlaufen haben, als auch Patienten, die nicht in einer stationären Anschlußheilbehandlung waren. Die Hauptaufgabe der Rehabilitationsberatung ist die Aufklärung des Patienten hinsichtlich einer betrieblichen Wiedereingliederung und die Beantragung bestimmter Rehabilitationsleistungen. Aus diesem Grunde führt die Rehabilitationsberaterin Gespräche mit den Patienten eigenständig durch, ohne Beisein des Arz-

tes. An zweiter Stelle, nach diesem Gespräch, erfolgt eine Arbeitsplatzanalyse, die sie zusammen mit dem Patienten durchführt, um dann unter Berücksichtigung des sozialen Kontextes eventuell nach Umsetzungsmöglichkeiten zu suchen.

Vom niedergelassenen Arzt wird gleichzeitig auch die örtliche Koronargruppe geleitet, wobei hier erklärtes Ziel ist, die Koronargruppen von der Leitung des Arztes unabhängig zu machen. Hier zeigt sich ein unterschiedliches Verständnis im Vergleich zu anderen Koronargruppen, die üblicherweise bewegungstherapeutische Nachbetreuung unter ärztlicher Kontrolle lebenslang weiterführen wollen (Halhuber 1980).

Vor- und Nachteile

Insgesamt scheint das Modell einer Kooperation zwischen Rehabilitationsberater bzw. Sozialarbeiter und niedergelassener Facharzt erwähnenswert und dann praktikabel und auch finanzierbar zu sein, wenn z.B. im städtischen Bereich ein Sozialarbeiter von mehreren Ärzten oder Praxismgemeinschaften finanziert wird. Grundsätzlich könnte aber die Behandlung psychosozialer Probleme auch durch den Einsatz von Rehabilitationsberatern und Sozialarbeitern eines Sozialen Dienstes der Krankenkassen gesichert werden. Dies geschieht z.B. durch "Gesundheitszentren" der Krankenkassen.

5.3.5 Gemeindezentrierte Rehabilitation (Finnland)

Das Prinzip der gemeindenahen Rehabilitation liegt in der Nutzung von in der Gemeinde vorhandenen Gesundheitsdiensten. Diese Form der Rehabilitation wurde im Rahmen des Nordkarelien-Projekts in Finnland praktiziert, wo die Inzidenz ischämischer Herzkrankheiten besonders hoch ist.

Das Rehabilitationsprogramm selbst war Teil der offiziellen Gesundheitspolitik und finanziert durch das National Board of Health, The County Health Administration und Local Health Centers. Das Programm lief von 1972-1977. An der Universität Kuopio existierte ein Koordinationszentrum, das eine Reihe praxisnaher Richtlinien zur Organisation entwickelte. Zusätzlich nahmen auch lokale Herzvereinigungen an der Organisation bzw. finanziellen Unterstützung teil. Das Programm bestand aus systematischer Langzeitkontrolle durch eine "Outpatient Infarct

Clinic" an der Zentralklinik und aus dezentralisierten lokalen Rehabilitationsgruppen, bestehend aus den schon existierenden Gesundheitsdiensten einer Gemeinde, die vom Zentralkrankenhaus in Rehabilitation und Gemeindearbeit unterrichtet wurden. Die Hauptkomponenten des Programms waren physikalische Übungen, Erziehung zur Vermeidung von Risikofaktoren, Unterrichtung über Herzkrankungen sowie berufliche und psychosoziale Beratung. Dazu gehörten Aufklärungsbücher und audiovisuelle Hilfen, die die Unterrichtung durch fachkompetente Personen ergänzten. Die Ehefrauen der jeweiligen Patienten waren mit eingeschlossen. Bemerkenswert ist ferner, daß es keine Patientenauswahl gab und das Programm insgesamt sehr einfach gehalten war (vgl. dazu die Auswahl in den Koronargruppen der Bundesrepublik Deutschland in Abschnitt 6.2 unseres Beitrages).

Hatten sich bisher Rehabilitationsprogramme häufig primär auf medizinische Fitnessprogramme bezogen, so basierte das Nordkarelien-Projekt - als eine gemeindebezogene Studie zur Verringerung der Herz-Kreislauf-Mortalität und -Morbidity - auf dem epidemiologischen Risikofaktorenkonzept und orientierte sich an vergleichbaren Studien in den USA (König et al. 1983; Kallio & Cay 1985; Schlesinger et al. 1986). Neben der Vermeidung der bekannten Risikofaktoren (Bluthochdruck, Serumlipide und Rauchen) spielte besonders auch die Änderung des Lebensstils und die Reduzierung von Streß und Angst der Betroffenen eine Rolle. Dieses Programm war demgemäß auf eine Veränderung der Verhaltensweisen bei Individuen ausgerichtet und zwar ausschließlich im Sinne der Risikofaktorenreduktion. Psychosoziale Erklärungsmodelle fanden weniger Eingang in Zielsetzung und Maßnahmen des Nordkarelien-Projekts.

Die Ergebnisse hinsichtlich Mortalität, Reinfarkthäufigkeit und Rückkehr zur Arbeit wurden verglichen mit einer anderen Population Ostfinnlands, die lediglich auf Eigeninitiative durch ihren Hausarzt versorgt wurde. Das Nordkarelien-Programm erwies sich insgesamt als umfassender und ganzheitlicher als das Vergleichsprogramm; allerdings unterschieden sich beide Regionen nicht in der Inzidenz von Erstinfarkten. In Nordkarelien war aber ein Absinken um 25 % an Wiedererkrankungen zu verzeichnen, die in der Hauptsache dem Rehabilitationsprogramm zugeschrieben wurden. Trotz administrativer Probleme der kommunalen Gesundheitsdienste hielten die Organisatoren ihre Bemühungen insgesamt für erfolgreich (König et al. 1985, S.107;

Kallio 1982, S.120 f.).

Das Jahr 1984 brachte aufgrund einer Reform im Sozial- und Gesundheitswesen eine Veränderung für die Rehabilitation in Finnland: Sie ging über in die Verantwortung des nationalen Gesundheitswesens, einschließlich der Hospitäler und kommunalen Gesundheitszentren. Alle Patienten, die nach der Akutphase Rehabilitation benötigen, bekommen unter bestimmten Kriterien kostenlose Unterstützungsangebote, entweder in der Gemeinde oder in gewissen Fällen auch in Institutionen.

Vor- und Nachteile

Obwohl das Nordkarelien-Projekt einen eher ganzheitlichen Ansatz verfolgte, muß man bei kritischer Betrachtung dennoch zu dem Schluß kommen, daß das überwiegend medizinisch bestimmte und auf Veränderungen des persönlichen Lebensstils abzielende Risikofaktorenmodell dominiert. Damit werden wesentliche Faktoren des Krankheitsgeschehens außer acht gelassen. Dazu gehören vor allem jene Aspekte, die sich aus neueren theoretischen Ansätzen wie der life-event-Forschung, des stress-coping-Modells oder des sozial-epidemiologischen Ansatzes ergeben und insbesondere die Krankheitsbewältigung unter psychosozialen Gesichtspunkten berücksichtigen (Badura 1981).

5.4 Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund der anfangs beschriebenen Defizite gegenwärtiger Rehabilitationseinrichtungen in der WHO-Phase II haben wir verschiedene Einrichtungen und Modelle vorgestellt, von denen wir glauben, daß sie, jedes für sich genommen, Ansätze verfolgen, die über das hinausgehen, was heute in der Bundesrepublik Deutschland gängige Praxis ist. Am Beispiel Israel berichteten wir zunächst von zwei Rehabilitationsformen mit einer organisierten Struktur. Dieses gemischte System der Behandlung von Patienten nach Herzinfarkt sieht insgesamt folgende Möglichkeiten:

- entlassene Patienten in eine stationäre Rehabilitationseinheit aufzunehmen und über eine Woche lang einem Trainingsprogramm zu unterwerfen;
- Patienten, die nach dem Aufenthalt in einer Akutklinik nach Hause entlassen wurden, als sogenannte "out-patients" in Gruppensitzungen über 6 Wochen bzw. 1 Jahr hin zu unterstützen.

Neben der weniger aufwendigen Ausstattung, den im Vergleich zu langen stationären Aufenthalten niedrigen Kosten und der Praktizierung einer "comprehensive rehabilitation" durch interdisziplinär ausgerichtete Behandlung und Familienorientierung wird auch die Förderung einer frühzeitigen Rückkehr zur Arbeit als Vorteil empfunden. Zudem wird hier eine Möglichkeit gesehen, vom stationär geprägten Rehabilitationsverfahren (wie z.B. in der Bundesrepublik Deutschland) abzuweichen, d.h. den Patienten unter der Möglichkeit medizinischer Hilfestellung frühzeitig mit dem Alltag zu konfrontieren. Erfahrungen aus Berlin (West) zeigen, daß angesichts der Knappheit an stationären Rehabilitationseinrichtungen bzw. Betten ambulante Rehabilitation durchaus eine denkbare Ergänzung oder Alternative ist. Die Motivation, anschließend an den ambulanten Koronargruppen teilzunehmen, ist hier offensichtlich erheblich höher als nach einem längeren stationären Aufenthalt; damit wird ein leichter Übergang in die 3. Phase der Rehabilitation geschaffen. Das Modell einer Kooperation zwischen niedergelassenem Arzt und Rehabilitationsberater bzw. Sozialarbeiter in der Nähe von Ulm, Bundesrepublik Deutschland, wirft die Frage auf, welche Bedingungen erfüllt sein müssen, damit auch der niedergelassene Arzt als Hausarzt in der Lage ist, alternativ zu stationären Einrichtungen Rehabilitation zu betreiben. Schließlich zeigten wir am Beispiel Finnlands, inwieweit besonders in ländlichen Gebieten auch dezentrale Rehabilitationsgruppen als integrierende Bestandteile oder Gesundheitsdienste in der Gemeinde, vor allem auch in Richtung einer Sekundärprävention wirksam sein können. Der Ausbau von Unterstützungspotentialen berücksichtigt dabei sowohl die Betroffenen selbst als auch ihre Familien und die Gemeinde als Ganzes. Ein Vorteil der ambulanten Betreuung wird darin gesehen, daß keine weiteren Belastungen durch die Trennung vom gewohnten Umfeld entstehen. Die Patienten werden - wo immer möglich - mit ihren Alltagsproblemen konfrontiert, damit Anforderungen im sozialen Umfeld möglichst frühzeitig aufgearbeitet werden können. Im Gegensatz dazu bedeutet die stationäre Rehabilitation häufig einen Bruch mit dem Alltag, so daß nach der Rückkehr nach Hause zunächst eine erneute Alltagsbewältigung vonstatten gehen muß. Andererseits kann die stationäre Rehabilitation für bestimmte "Problem-

gruppen" (überlastete Hausfrauen, Patienten mit komplizierten Infarkten oder Operationen etc.) vorteilhafter sein (vgl. Abschnitt 5.1 unseres Beitrages). Wenn in Akutkrankenhäusern eine gute Diagnostik und Frühmobilisation durchgeführt wird, muß die Zwischenschaltung von Rehabilitationskliniken nicht in allen Fällen unbedingt notwendig sein. Grundtenor der ambulanten Rehabilitation ist die Frage, ob stationäre Rehabilitation nicht grundsätzlich zu ersetzen sei. Insgesamt ergeben sich folgende Fragen für eine weiterführende Diskussion:

1. In welchen Fällen ist eine stationäre Rehabilitation indiziert und wann kann sie durch welche ambulanten Versorgungsformen ersetzt werden? Welcher Stellenwert würde dabei dem niedergelassenen Arzt zukommen?
2. In welchem Maße und in welcher Form sollten neben den somatischen Behandlungsanteilen auch psychische bzw. psychosoziale Aspekte der Krankheitsbewältigung aufgenommen werden?
3. Wie kann der Patient selbst und seine soziale Umwelt (Familie, Freunde etc.) stärker an Entscheidungen bezüglich des Rehabilitationsprozesses beteiligt werden?

6. WHO-Phase III der Herzinfarkt-rehabilitation: Spät-rehabilitation-phase

6.1 WHO-Konzept und Stand der internationalen Diskussion

Die Rehabilitationsphase III beginnt mit der Wiedereingliederung in die Familie und gegebenenfalls in die Arbeit und dauert bis zum Ende des Lebens, wenn nicht ein Reinfarkt eintritt. Ziel ist die Erhaltung des in den vorangegangenen Phasen wiedergewonnenen Gesundheitszustandes. Es gibt unterschiedliche Ansichten darüber, ob diese Zeit als Rehabilitationsphase bezeichnet werden soll oder ob es nicht sinnvoller ist, die Rehabilitation - und das heißt immer: Rückblick auf die Krankheit - als beendet anzusehen und sich stärker an Gesundheit zu orientieren. Dies drückt sich auch in unterschiedlichen Rehabilitationsangeboten in den verschiedenen Ländern und innerhalb der Länder aus. Da diese Phase am Wohnort stattfindet, besteht Konsens darüber, daß sie in den Aufgabenbereich des niedergelassenen bzw. des Hausarztes fällt. Häufig wird sogar dafür plädiert,

daß die Koordination des gesamten Rehabilitationsverlaufes in die Hand des Hausarztes gehört, der dann allerdings verschiedene Aufgaben an andere Kollegen delegiert (Kallio 1973, S.63; Bauer & Lehmann 1981, S.205). Insbesondere sind es neben dem niedergelassenen Arzt die ambulanten Herzgruppen und die Selbsthilfegruppen, denen hier eine besondere Bedeutung beigemessen wird. Die einzelnen Herzgruppen unterscheiden sich einerseits durch ihre Anbindung an bestimmte Institutionen, andererseits aber auch durch die Gruppenarbeit selbst. Sie unterscheiden sich von den eigentlichen Selbsthilfegruppen neben der unterschiedlichen inhaltlichen Orientierung dadurch, daß sie immer professionell geleitet sind und unter ärztlicher Überwachung stattfinden.

6.2 Situation in der Bundesrepublik Deutschland

Die WHO-Phase III wird in der Bundesrepublik bestimmt durch das System der ambulanten Herzgruppen. Eine Ergänzung dazu sind die vorwiegend von der Deutschen Herzstiftung e.V. organisierten "Arzt-Patienten-Seminare" (1987 waren es 22 Seminare), die häufig in Kooperation mit Rehabilitationskliniken oder Krankenkassen und mit finanzieller Unterstützung durch die pharmazeutische Industrie durchgeführt werden. Nach Wendt (1986, S.353) stellen Patientenseminare "ein geeignetes Forum dar, die Öffentlichkeit und den Betroffenen präventive und kurative Anliegen der Medizin allgemeinverständlich zu vermitteln und das Arzt-Patienten-Verhältnis wie auch die Compliance dauerhaft zu verbessern". Er schlägt weiter vor, häufigere und kleinere Seminare für Schulen, Seniorengruppen und Firmenbelegschaften zu machen. Diesen professionell initiierten und geleiteten Angeboten stehen einige wenige Selbsthilfeansätze gegenüber, die alle ein Interesse an guter Kooperation mit den Ärzten haben.

6.2.1 Stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß

Aus medizinischer Sicht ist es einsichtig, daß für Herzinfarktpatienten im erwerbsfähigen Alter eine stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß ein sehr sinnvolles Angebot sein kann. Hinderlich für die Umsetzung war lange die Tatsache, daß in unserem Krankenver-

sicherungsrecht entweder nur volle Arbeitsfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit vorgesehen waren; dazwischen gab es keine Abstufungen.

Die Techniker-Krankenkasse hat als erste durch die Einführung eines Genesendengeldes (Krasemann 1976, S.112) - für zuerst nur Herzinfarktpatienten, später auch für andere chronisch Kranke - die Möglichkeit geschaffen, die Arbeit stufenweise wiederaufzunehmen. Es handelt sich versicherungsrechtlich um eine therapeutische Maßnahme, die dem Patienten vom behandelnden Arzt empfohlen wird, zu der der Arbeitgeber aber nicht gezwungen werden kann. "Interessanterweise geschieht eine solche langsame Einarbeitung mit verminderter Stundenzahl, auch mit vollem Gehalt, nicht selten bei Menschen in leitender Stellung. Man war aber nicht auf die Idee gekommen, diese Möglichkeit auf die nicht privilegierten Bürger zu übertragen, hier fiel mancher Patient in ein versicherungsrechtliches Loch" (Krasemann 1976, S.113).

Sicherlich war die Erkenntnis, daß für alle Beteiligten die stufenweise Wiedereingliederung auch aus ökonomischen Gründen von Vorteil ist, der Hauptmotor dafür, daß heute - wenn auch in unterschiedlicher Weise - alle Krankenkassen diese Möglichkeit anbieten. In welchem Ausmaß die Betriebe ihre Angehörigen bei dieser therapeutischen Möglichkeit unterstützen, ist uns nicht bekannt.

6.2.2 Hausarzt und ambulante Herzgruppen

Wenn die Patienten aus der Rehabilitationsklinik nach Hause entlassen werden, wird die weitere medizinische Versorgung vom Hausarzt übernommen. Nach den Vorstellungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für kardiologische Prävention und Rehabilitation sollten die Patienten bereits in der Rehabilitationsklinik über die Möglichkeiten informiert werden, die begonnenen Rehabilitationsmaßnahmen, insbesondere die Bewegungstherapie in ambulanten Herzgruppen - als drittem Baustein in der "Therapiestraße" - fortzusetzen.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für kardiologische Prävention und Rehabilitation e.V. (BAG), die eine herausragende Bedeutung für die Versorgungskonzepte von Herzpatienten hat, definiert ambulante Herzgruppen wie folgt:

"Eine ambulante Herzgruppe ist eine Gruppe von Patienten mit koronarer Herzkrankheit oder anderen für die Übungstherapie geeigneten Herzkrankheiten, die sich unter

Leitung eines entsprechend ausgebildeten Übungsleiters regelmäßig auf ärztliche Verordnung und unter ärztlicher Überwachung trifft, um gemeinsam durch Bewegungstherapie sowie durch Entspannungübungen und Gruppengespräche Folgen der Herzkrankheit zu kompensieren und Tertiärprävention anzustreben. Bewegungstherapie ist dabei die ärztlich verordnete, dosierte, der Leistungseinschränkung des Patienten angepaßte und ärztlich überwachte körperliche Aktivität" (BAG 1985).

Nach dem Grad der Belastbarkeit der Herzpatienten wird zwischen Trainingsgruppen und Übungsgruppen unterschieden. Außerdem gibt es noch gemischte Gruppen, bei denen keine Differenzierung nach dem Grad der Belastbarkeit besteht, sondern die Gruppen werden z.B. aus räumlichen oder persönlichen Gründen zusammengelegt. Die Teilnahme an den unterschiedlichen Gruppen wird vom behandelnden Arzt verordnet. Während es anfangs nur reine "Herzinfarkt-Sportgruppen" gab, die später in "ambulante Koronargruppen" umbenannt wurden, wird heute von "Herzgruppen" gesprochen. Grund dafür ist das inzwischen sehr breite Indikationsspektrum.

Laut Verzeichnis der BAG gab es 1985 insgesamt 1158 Gruppen in der Bundesrepublik Deutschland. Die meisten Gruppen (81 %) sind an Sportverbände angebunden (Krasemann 1986, S.21). Für Sportverbände sprechen nach Krasemann die folgenden Gründe:

"1. Die notwendigen Einrichtungen für die Bewegungstherapie sind vorhanden (Hallen, Plätze, Sportlehrer usw.).

2. Keine med. Institution, die mehr als nur Bewegungstherapie vermittelt.

3. Weitere Therapiehilfen können angegliedert werden (z.B. Ernährungsberatung).

4. Herzgruppen können dort eingerichtet werden, wo interessierte Ärzte vorhanden sind" (Krasemann 1986, S.21).

Die Gruppentreffen finden einmal wöchentlich für 60-90 Minuten statt. Die Arbeit in den Herzgruppen war zu Anfang sehr stark auf sportliche Leistung konzentriert - in Anlehnung an die ersten Erfahrungen mit solchen Gruppen bei Gottheiner in Israel. Im Laufe der Zeit haben sich in sehr unterschiedlicher Weise die Schwerpunkte verändert. Heute werden häufig therapeutische Ansätze zur Lebensbewältigung angestrebt, wobei die Bewegungstherapie allerdings weiterhin ein

wichtiges Element bleibt.

Entgegen der Konzeption der "Therapiestraße", bei der die Aktivitäten in den ambulanten Herzgruppen fester Bestandteil sind, zeigt die Hamburger "Infarkt-Nachsorge-Studie" (INS), daß lediglich 27 % der Patienten aus den Rehabilitationskliniken das Gruppenangebot wahrnehmen (Weiß 1986, S.282). Auswahlmechanismen, die hier zum Tragen kommen, sind einerseits die unterschiedliche Finanzierung durch die Krankenkassen, die Motivationsarbeit der Akut- und Rehabilitationskliniker für die Gruppenteilnahme, Konkurrenzängste der Hausärzte und nach Ansicht der Ärzte das sogenannte Typ-A-Verhalten. Zum anderen sind es die leistungsbezogenen Eingangskriterien, die zu einer Auswahl zugunsten der jüngeren Männer bestimmter Sozialschichten und mit hoher körperlicher Leistungsfähigkeit geführt haben (Weiß 1986, S.282). Die geringe Teilnahme von Frauen wird in der Belastung durch Hausarbeiten und einer negativeren Einstellung gegenüber Sport gesehen. Die Gruppen werden am wenigsten von den Arbeiter/innen genutzt. In der INS waren 70 % der Teilnehmer Selbständige, Angestellte und Beamte.

Die Anbindung an Sportvereine, die einerseits den Vorteil hat, an vorhandenen Strukturen wohnortnah anknüpfen zu können, wird andererseits von vielen als Unterstützung der oft sowieso schon übertriebenen Leistungsorientierung und damit eher als Nachteil angesehen. Die Leistungsorientierung scheint in der Trainingsgruppe eine größere Bedeutung zu haben als in der Übungsgruppe. Dies wurde uns in einem Gespräch mit Teilnehmern einer Gruppe in Hamburg sehr deutlich geschildert. Sie berichteten, daß sie auch langfristig den Status der Übungsgruppe beibehalten wollen. Die Gefahr der Trainingsgruppen wird auch hier darin gesehen, daß das Sportliche und das Wettkampfelement überbetont seien. In Übungsgruppen finden im Gegensatz zu den Trainingsgruppen eher gemeinsame Spaziergänge, Gespräche oder Spiele statt, wobei aber auch Informationen über die Erkrankung und Bewältigungsformen wichtig sind. Diese Aufklärung muß nicht unbedingt von "Professionellen" geleistet werden, da man der Meinung ist, daß die durch sie vermittelten Informationen oft zu kompliziert und für den Alltag untauglich seien. Vielmehr hält diese Gruppe ihre Gespräche als psychologische Unterstützung und für die gegenseitige Information für durchaus ausreichend. Interessant ist auch, daß diese Gruppe von Ängsten der Ärzte berichtete, daß die Patienten durch

die Informationen, die sie bekommen, zu selbständig und damit dem Arzt gegenüber gleichberechtigter würden. Bei der Arbeit dieser Gruppe werden zudem Annäherungen an die Ideen der Selbsthilfegruppen deutlich. Das krasse Gegenteil wird über eine andere Gruppe in Hamburg berichtet. Gröschler hat festgestellt, daß "weder Informationsvorträge, noch Gruppengespräche, noch Anregungen zu kurzem Austausch, sei es auch nur mit einzelnen Gesprächspartnern" stattfanden (Gröschler 1986). Diese beiden Beispiele geben Hinweise auf das breite Spektrum der ambulanten Herzgruppen. Es ist häufig beschrieben worden, daß Bewegungstraining - das wesentliche Element in den meisten ambulanten Herzgruppen - eine sehr gute Methode zur Reduzierung von Depressionen und zur Hebung der allgemeinen Stimmungslage ist (Hackett & Cassem 1982, S.216). Es sind jedoch keine epidemiologischen Studien bekannt, die nachweisen, daß Bewegungstraining einen Beitrag zur Verhütung oder Besserung von koronaren Herzerkrankungen leistet. Auch der prognostische Wert der physischen Leistungskapazität konnte nicht nachgewiesen werden (Froelicher 1982, S.180). In der Oldenburger Longitudinalstudie konnte jedoch festgestellt werden, daß sich im Vergleich zu den Männern, die keine Gruppenmitglieder waren, für die Teilnehmer ein "etwas positiveres Gesamtbild der psychischen Situation" (Lehmann 1987, S.83) zeigte und zwar unabhängig vom Alter und dem Ausgangszustand. Eine allgemeine Einschätzung der Gruppen ist uns nicht möglich, da vergleichende Studien fehlen. Wir können deshalb auch nicht beurteilen, in welchem Maße es den Teilnehmern dieser Gruppen gelingt, sich mehr und mehr von ihrer Krankenrolle und dem Medizinsystem zu lösen.

6.3 Innovative Ansätze in anderen Ländern

In diesem Abschnitt werden folgende innovative Ansätze vorgestellt:

- Herzgruppen im Betrieb für gegenwärtige und frühere Beschäftigte des Unternehmens (Beispiel: Texaco),
- Hilfe zur Selbsthilfe für Myocardinfarktpatienten durch frühere Patienten und Professionelle (Beispiel: "Reintegration through duos" in den Niederlanden)
- Selbsthilfegruppen (Beispiele: 3 verschiedene Initiativen aus Hamburg und "Take Heart" in England).

6.3.1 Herzgruppen im Betrieb: das Texaco-Projekt (Bundesrepublik Deutschland)

Die Tatsache, daß nur ein kleiner Teil der Herzinfarktpatienten an Herzgruppen teilnimmt, hatte eine Betriebsärztin in Hamburg dazu veranlaßt, eine zusätzliche Motivation durch ein betriebsinternes Angebot zu schaffen. Dieser Gedanke wurde 1980 in der Hauptverwaltung der Deutschen Texaco umgesetzt. Neben der stufenweisen Wiedereingliederung wurde hier eine betriebsinterne Herzgruppe aufgebaut. Nach uns vorliegenden Informationen ist diese Gruppe beispiellos in der Bundesrepublik Deutschland. Es handelt sich um ein offenes Angebot für derzeitige, aber auch bereits pensionierte Mitarbeiter, die einen Herzinfarkt hatten (rehabilitative Maßnahme) oder als besonders gefährdete Risikopatienten eingestuft sind (präventive Maßnahme).

Das Modell der betrieblichen Herzgruppen ist weitgehend unbekannt, da über dieses Beispiel erst in letzter Zeit publiziert wurde. Es wäre zu überlegen, wie und durch wen diese Idee gefördert werden könnte. Auf jeden Fall müßten sich die Gewerkschaften verstärkt Überlegungen dazu machen, wie in den Betrieben gesundheitsfördernde Maßnahmen für die Mitarbeiter umgesetzt werden könnten. Eine ausführliche Darstellung dieses einmaligen Ansatzes bietet der Beitrag von Engelhardt in diesem Buch gegeben.

6.3.2 Reintegration durch "Duos" (Niederlande)

Bezogen auf die Partizipation des Patienten an Entscheidungen des Rehabilitationsprozesses beklagt Badura, daß der gegenwärtige Ansatz zur Passivierung der Betroffenen und zur Individualisierung ihrer Problemlagen beitrage; damit würden Tendenzen verstärkt, die sich angesichts des gewandelten Krankheitspanoramas als kontraproduktiv erweisen (Badura 1981, S.9). Als eine Möglichkeit, dem zu begegnen, kann das Beispiel "Duos" aus den Niederlanden angesehen werden. 1976 wurde an der Medizinischen Fakultät der Reichsuniversität Limburg im Rahmen eines größeren Forschungsprojekts ein Modell entwickelt, dessen Ziel es war, die Entwicklung sozialmedizinischer Hilfen und Selbsthilfeansätze zugunsten chronisch Kranker und Behinderter zu fördern. Der Beitrag von Bremer Schulte (in diesem Buch) berichtet über die Erfahrungen des Versuchs, in dem Professionelle und Laien

(frühere Patienten) zusammenarbeiten, um Patienten im Hinblick auf die Eigenverantwortlichkeit für ihre Gesundheit zu beraten.

Das Modell zeigt, daß eine gruppenweise Nachsorge offenbar einem wesentlichen Bedürfnis der Herzinfarktpatienten entgegenkommt. Die Arbeit mit Duos ist insgesamt eher als Rehabilitationsergänzung denn als Ersatz zu sehen. Das Modell entspricht in etwa der Einschätzung von Badura (1981, S.9), daß wir erst dann, wenn wir die Konsumenten medizinischer Dienste und ihrer informellen Unterstützungssysteme als "Ko-Diagnostiker" und "Ko-Therapeuten", d.h. am Erhalt von Gesundheit oder an der Bewältigung von Krankheit aktiv Mitwirkende und damit Mitproduzenten auch medizinischer Leistungen begreifen, ihrer realen Bedeutung bei Gesundheitsbelangen gerecht werden können.

6.3.3 Selbsthilfegruppen als Ergänzung zum Rehabilitationssystem

Sowohl das professionelle System als auch die Familien können qualitativ und quantitativ nur begrenzt dem Herzinfarktpatienten Unterstützung geben. Deshalb ist zu fragen, ob - insbesondere auch auf dem Hintergrund der veränderten Familienstrukturen - nicht ärztlich geleitete Selbsthilfegruppen hier einen Beitrag leisten können, der möglicherweise ganz spezifische Vorteile hat. Nach Einschätzung verschiedener Experten spielen die Selbsthilfegruppen für Herzinfarktpatienten in der Bundesrepublik Deutschland quantitativ kaum eine Rolle. Über die Anzahl solcher Gruppen konnten wir keine Angaben erhalten. Wir haben unsere Recherchen deshalb auf den Hamburger Raum beschränkt. Das Verzeichnis der "Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen, Raum Haumburg" (Stand: August 1986) weist drei verschiedene Gruppen aus (Gesundheitsbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg 1986).

a) Hamburger Sportverein

In ihrer Selbstdarstellung beschreibt sich die Gruppe als "Gesprächsgruppe zur vertrauensvollen Erörterung und gegenseitigen Hilfe bei Problemen als Folge der Krankheit". Rückfragen bei der angegebenen Kontaktadresse ergaben, daß sich die Gruppe zur Zeit in einer Umbruchphase befindet. Von ehemals 10 Personen sind nur noch 4 Mitglieder verblieben. Die Gruppe hatte sich im Anschluß an eine ambulante Koronargruppe entwickelt.

Von diesem zusätzlichen Selbsthilfeelement erwartete man sich Beratung, die Möglichkeit zu Gesprächen, Probleme loszuwerden und voneinander zu lernen. In der Koronargruppe wurden Probleme wie Scheidungsüberlegungen aufgrund der Krankheit, Gewichtsprobleme, Medikamentenge- bzw. -mißbrauch und sexuelle Fragen nicht angesprochen. Dies wird vor allem mit mangelnder Intimität aufgrund der Gruppengröße begründet ("Turnhalleneffekt"). Die derzeitige Krise erklären sich die Teilnehmer durch den zu hohen Anspruch an die Gruppe. Trotzdem soll ein Neuanfang versucht werden.

b) Selbsthilfegruppe "Hamburger Infarkt-Nachsorge"

Die Entstehung der Gruppe wird durch den Bedarf begründet, der zwischen dem Angebot der ambulanten Koronargruppen und jenen Gruppen liegt, die die Geselligkeit ("Kaffeeklatsch") zu sehr in den Vordergrund stellen.

Die Gruppe ist für Herzinfarkt- und Bypasspatienten gedacht, deren Hauptprobleme in familiären Beziehungen, insbesondere bei Verunsicherungen in der sexuellen Beziehung bestehen. Durch Gespräche soll Angst abgebaut werden, die z.B. immer wieder deutlich wird durch die Frage: "Was darf ich noch? Was darf ich nicht mehr oder noch nicht?" Die Arbeit der Gruppe wird über Telefonberatungsdienste, schriftliches Material und den Austausch über persönliche Erfahrungen gestaltet. Sie wurde durch finanzielle Belastungen erschwert. Deshalb hat sich die Gruppe jetzt als gemeinnützig anerkennen lassen und erhofft sich dadurch finanzielle Unterstützung.

c) Norddeutscher Herzhilfe-Verband e.V.

In dem Selbsthilfeverzeichnis der Hamburger Gesundheitsbehörde sind die Ziele dieser Selbsthilfeorganisation wie folgt formuliert: "Bessere psychologische Beratung und Betreuung für Herzkranken in kardiologischen und herzchirurgischen Zentren ebenso in der ambulanten Nachsorge. Betreuung und Hilfestellung im psychologischen, medizinischen und sozialen Bereich vor und nach der Herzoperation, Herztransplantation, für Infarktpatienten und Herzschrittmachertträger".

Die Angebote reichen vom psychologischen Gesprächskreis unter der Leitung eines Diplom-Psychologen, über einen Bastel-, Spiel- und Handarbeitskreis, einen Wanderkreis, eine Gymnastikgruppe, Diätbetreuung bis zu einer Elterngruppe für herzkranken Kinder und einem monatlichen Vereins-

treffen mit Experten.

Die Notwendigkeit für die Arbeit dieses Vereins wird mit den qualitativen und quantitativen Mängeln eines bestimmten medizinischen Versorgungsbereiches begründet (Nass 1983, S.143).

Der Verein ist aus einem kleinen Gesprächskreis herzoperierter Patienten hervorgegangen, die sich mit den Krankheitsfolgen allein gelassen fühlten und sich deshalb ab und zu zum Austausch über ihre Probleme trafen. Mit zunehmender Gruppengröße wuchs die Außenorientierung mit dem Ziel, Verbesserungen der Versorgungssituation durchzusetzen, bis schließlich 1981 ein Verein gegründet wurde.

Die wachsende Mitgliederzahl (heute sind es ca. 260) hat dazu geführt, daß es verschiedene Arten von Treffen gibt. Je nach persönlicher Situation und Interesse werden die Mitglieder in diejenigen Gruppen gehen, die ihren Bedürfnissen am nächsten kommen. Die Aktivitäten in den einzelnen Gruppen haben unterschiedliche Schwerpunkte: Erfahrungsaustausch mit unterstützenden Gesprächen, Information und Beratung, praktische Unterstützung, Kontakt und Geselligkeit oder eher nach außen orientierte Aktivitäten. Hinsichtlich eines ursprünglich im Vordergrund stehenden Anliegens, durch Besuchsdienste vor und nach der Herzoperation im Krankenhaus die Patienten vor allem psychologisch zu unterstützen, hat die Hamburger Selbsthilfeorganisation jedoch ihre ehemals gesteckten Ziele reduzieren müssen. Während noch 1983 davon ausgegangen wurde, daß bei den Besuchsdiensten die Arbeit ausgebaut werden sollte, muß heute festgestellt werden, daß sie nur noch vereinzelt durchgeführt werden. Ein Grund dafür ist, daß die ehemaligen Patienten die Belastung scheuen, die mit der erneuten Konfrontation mit der Krankennaussituation verbunden ist. Außerdem findet der Besuchsdienst auch nicht überall Unterstützung. Beispielsweise wurde im Universitätskrankenhaus nach Aussage eines Mitgliedes der Besuchsdienst auf einer Station völlig untersagt. Nass ist durch ihre teilnehmende Beobachtung in der Gesundheitsselbsthilfegruppe (GSHG) zu der Einschätzung gelangt, daß es wesentliche positive Aspekte für die Mitglieder gibt (Nass 1983, S.190-192):

- "Die Mitgliedschaft in der GSHG erhöht die subjektive Unabhängigkeit der Betroffenen" (S.190).

- "Die GSHG stellt die von professionellen Helfern vernachlässigte psychosoziale

Dimension von chronischer Krankheit in den Vordergrund" (S.191).

- "Die GSHG berücksichtigt die Familie des Kranken als (Mit-)Betroffenen" (S.191).

- "Die Mitgliedschaft in der GSHG trägt zur Renormalisierung der Lebenssituation chronisch Kranker bei" (S.192).

Wenn Selbsthilfegruppen einen solchen Beitrag leisten können, sollte sich auch bei den Professionellen die Überzeugung durchsetzen, daß diese Initiativen unterstützungswürdig sind. Die Befürwortung der Gruppenmitgliedschaft durch den behandelnden Arzt ist wegen der akzeptierten Abhängigkeit vom medizinischen Versorgungssystem ein wesentlicher Faktor für die tatsächliche Teilnahme.

d) "Take Heart"-Gruppen in England

Die "Take Heart"-Gruppen verstehen sich als Selbsthilfegruppen für Herzpatienten und ihre Partner. Initiiert wurden sie 1983 von ehemaligen Patienten, Sozialarbeitern, Krankenschwestern und Beratern. Inzwischen haben sie sich zu Gruppen entwickelt, die unabhängig von den "Professionellen" arbeiten und auch selbst für ihre finanzielle Unterstützung sorgen. Ihre Aktivitäten liegen vorwiegend im psychosozialen Bereich, obgleich sie das Bewegungstraining auch für wichtig erachten. Medizinische Ratschläge sind absolutes Tabu. Die Patienten werden auf ihre Hausärzte verwiesen.

Mit wachsender Mitgliederzahl nimmt auch die Außenorientierung der Gruppe zu, d.h. sie versucht zunehmend, ihre Interessen im sozial- und gesundheitspolitischen Bereich zu vertreten. Es ist erklärtes Ziel, so viele Gruppen über das ganze Land verteilt entstehen zu lassen, daß jeder Herzpatient die Chance hat, sich dort Unterstützung zu holen.

Eine ausführliche Beschreibung des "Take Heart"-Modells findet sich im Beitrag von Morland in diesem Buch.

6.4 Gesundheitsförderungsmodell:

"Gesundheitspark München"

Dem Gesundheitspark kann im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung von chronisch Kranken eine besondere Bedeutung beigemessen werden, da das Prinzip dieses Modells die Integration von Gesunden und Kranken im Bereich von Vorsorge und Rehabilitation ist. Neben vielen anderen Aktivitäten gibt es auch ein spezifisches

Gruppenangebot für Herzkranke. Während die meisten ambulanten Koronargruppen in der Bundesrepublik - wie weiter oben beschrieben - an Sportvereine angegliedert sind, ist das Besondere des folgenden Beispiels die Integration der ambulanten Herzgruppen in das Gesamtkonzept "Gesundheitspark". Im Beitrag von Schmid-Neuhaus in diesem Buch wird eine umfassende Beschreibung gegeben.

Drei Wirkungsbereiche stehen im Vordergrund:

1. Gesundheitsbildung und Gesundheitsvorsorge,
2. Ergänzung und Erweiterung ärztlicher Therapiemaßnahmen,
3. Nachsorge, Rehabilitation und Sekundärprävention im Anschluß an ärztliche Therapien und Kuren.

"Die Gesundheitsförderung im Gesundheitspark reicht demnach von der präventiven Ebene (offenes Programm für keine genau definierte Zielgruppe) bis hin zur therapiebegleitenden bzw. kurativen Ebene (zielgruppenspezifisch z.B. für bestimmte Risikogruppen: Infarkt Kranke, ambulante Koronargruppen, psychovegetative Störungen)" (Eberle 1985, S.3).

Es ist hervorzuheben, daß der ärztliche Leiter des Gesundheitsparks ein besonderes Engagement für die ambulante Rehabilitation von Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen zeigt. Die ambulanten Koronargruppen fügen sich gut in das Konzept des Gesundheitsparks ein, der sich unter anderem die "Ergänzung und Erweiterung ärztlicher Nachbehandlungsmaßnahmen mit Zweitprävention und die Fortsetzung und Festigung (bisher teurer und oft folgenloser) Kurmaßnahmen" (Schmid-Neuhaus 1986, S.2) zur Aufgabe gemacht hat. Prägend für die gesamte Arbeit im Gesundheitspark ist die Einschätzung der leitenden Personen, daß der Erfolg stark bestimmt ist durch die hohe Qualität des Personals, die gute interdisziplinäre Zusammenarbeit, die hohe Bedeutung der Eigenkompetenz der Teilnehmer und das differenzierte Beratungsangebot.

Nach Einschätzung des ärztlichen Leiters gibt es eine Tendenz, daß sich der Bereich der therapiebegleitenden und rehabilitativen Maßnahmen ausweitet. Für die Erhaltung des Konzepts des Gesundheitsparks wird es jedoch für wichtig erachtet, daß dieser Bereich nicht zu groß wird. Er sollte aus inhaltlichen und betriebswirtschaftlichen Gründen etwa ein Drittel des Gesamtangebots nicht überschreiten.

Das Beispiel des Gesundheitsparks scheint uns ein Ansatz zu sein, der Möglichkeiten zu mehr Lebensqualität auch für chronisch kranke Menschen aufzeigt. Ein krankheitsspezifischer Ansatz wird nur soweit als nötig verfolgt und rechtzeitig integriert in ein Gesamtkonzept von Gesundheitsförderung.

6.5 Zusammenfassung

Das Konzept der "Therapiestraße" für Herzinfarktpatienten sieht für die Phase III in der Bundesrepublik Deutschland die weitere Betreuung durch den Hausarzt und die Teilnahme an den ambulanten Herzgruppen vor. Es gibt inzwischen bundesweit ca. 1.200 Gruppen, von denen die meisten sogenannte Trainingsgruppen sind; Übungsgruppen sind wesentlich seltener. Die Hauptkritik an den ambulanten Gruppen ist die starke Leistungsorientierung und die Vernachlässigung der für die Betroffenen ganz wesentlichen psychosozialen Probleme. Eine interessante Alternative zu den üblichen, meistens an Sportvereinen angegliederten Gruppen ist das Modell der betrieblichen Herzgruppe - ein Versuch, die ehemaligen Herzpatienten auch nach Wiederaufnahme ihrer Arbeit zur Sekundärprävention zu motivieren. Die Erfahrungen, Herzgruppen in den Arbeitsalltag zu integrieren, werden von allen Beteiligten als sehr positiv eingeschätzt und zur Nachahmung empfohlen. Aus den Erfahrungen in Trainings- und Übungsgruppen heraus haben sich einerseits innerhalb der ambulanten Herzgruppen Gesprächskreise als Ergänzung gebildet, die die einseitige Orientierung auf Bewegung auszugleichen helfen. Zum anderen haben sich als neue Form der Krankheitsbewältigung Selbsthilfegruppen entwickelt. Drei Beispiele aus Hamburg zeigen, daß diese Gruppen die Autonomie der Patienten und ihre Wiedereingliederung in den Alltag fördern. Wir haben die Selbsthilfegruppen der Phase III zugeordnet, da ihre Hauptaktivitäten erst hier einsetzen. Trotzdem ist es ganz wesentlich darauf hinzuweisen, daß die Unterstützung durch Mitbetroffene bereits in der Phase I eine erhebliche Entlastung für die Akutpatienten bedeuten kann. Dies wird durch das Beispiel "Take Heart" aus England deutlich, bei denen Krankenhausbesuche ein zentrales Element der Arbeit sind. Wir haben den Eindruck, daß hier die Selbsthilfegruppen bereits eine größere Akzeptanz bei Patienten, Angehörigen und Professionellen gewonnen

haben als in der Bundesrepublik Deutschland.

Ein weiterer interessanter Ansatz zur Förderung der Eigenverantwortlichkeit und Orientierung weg von der Krankenrolle ist das Modell der "Duos" in den Niederlanden, das die Kompetenz von Professionellen und Laien (ehemalige Patienten) verknüpft, um Patienten zu helfen, zu ihrem früheren Lebensrhythmus zurückzufinden. Der Erfolg des Modells wird durch die aktive Teilnahme des Patienten am körperlichen und psychosozialen Genesungsprozeß und die Stützung innerhalb der Gruppe erklärt. Ein Modell, das sich nicht auf bestimmte Krankheiten bezieht, sondern auf die Gesundheitsförderung in allen Lebensbereichen und Lebensabschnitten (einschließlich des Post-Myocardinfarkt-Abschnitts) zielt, verdient besondere Beachtung. Es ist der Gesundheitspark in München. Sein Grundprinzip ist die Integration von Gesunden und Kranken in Aktivitäten, die die Gesundheit sichern bzw. die Rehabilitation fördern. Das vielfältige Angebot des Gesundheitsparks erleichtert es Patienten, die an einem Myocardinfarkt leiden, an einer ganzen Reihe von Aktivitäten teilzunehmen, die von Formen der Selbst-Expression über Körperbewegung bis hin zu kreativ-künstlerischen Tätigkeiten führen. Die für Herzpatienten entwickelten Gruppenaktivitäten schließen Körperübungen, Entspannungsübungen und Gruppendiskussionen ein. Gleichzeitig können Familienangehörige an anderen Programmen des Gesundheitsparks teilnehmen. Der Erfolg des Modells liegt an der Kompetenz der Beschäftigten, der guten interdisziplinären Zusammenarbeit, der Aufmerksamkeit, die man der individuellen Kompetenz und den jeweiligen Voraussetzungen der Teilnehmer schenkt sowie der Relevanz, differenzierte Beratungsangebote bereitzustellen. Der Gesundheitspark ermöglicht chronisch Kranken, ihr Gesundheitspotential umfassend zu entwickeln. Ein krankheitsspezifischer Ansatz wird nur so weit wie nötig verfolgt; die jeweiligen Patienten werden in die allgemeinen Gesundheitsförderungsprogramme in relativ kurzer Zeit integriert.

Folgende Fragen wären im Hinblick auf Phase III der Rehabilitation von Myocardinfarktpatienten zu diskutieren:

1. In welchem Ausmaß braucht der ehemalige Herzpatient das Medizinsystem und wann ist es sinnvoller, davon unabhängige Angebote

der Gesundheitsförderung zu unterstützen?

2. Welche Angebote unterstützen das stufenweise Verlassen der Krankenrolle am besten?

3. Ist es sinnvoll und möglich, die ambulanten Herzgruppen so zu verändern, daß die psychosozialen Aspekte stärker thematisiert werden? Wie könnte das geschehen?

4. Sollte das Angebot von Herzgruppen in den Arbeitsalltag integriert werden?

5. Warum können sich die Herzinfarkt-Selbsthilfegruppen in den USA und Großbritannien besser durchsetzen als in der Bundesrepublik Deutschland?

6. Sollten Selbsthilfeinitiativen stärker gefördert werden und wenn ja, wie und durch wen?

7. Wann sind eher krankheitsspezifische Ansätze zu fördern?

7. **Schlußbemerkungen**

Die von uns ausgewählten und vorgestellten Einrichtungen, Modelle, Gruppen und Initiativen beschreiben verschiedene Möglichkeiten der Versorgung von Myocardinfarktpatienten entsprechend den Phasen I bis III der WHO; sie zeigen Möglichkeiten auf, wie das relativ starre System in der Bundesrepublik Deutschland "aufgeweicht" werden kann. Ein wesentliches Ergebnis unserer Recherchen ist die Erkenntnis, daß es nicht darum gehen kann, dem alten System ein neues entgegenzusetzen, sondern die Strukturen durchlässiger zu machen und die Unterstützungsangebote breitgefächert und flexibel zu gestalten, um den individuell und situativ unterschiedlichen Bedürfnissen gerecht zu werden. Voraussetzung, aber gleichsam auch Ziel ist vor allem eine wirkungsvolle Partizipation auf allen Ebenen. Desweiteren muß die wichtige Funktion der Familie und anderer primärer Gruppen hinsichtlich zukünftiger Krankheitsbewältigung an Bedeutung gewinnen. Schließlich soll die Entwicklung und Unterstützung gesundheitsfördernder Lebensweisen gestärkt und das Wissen, die Motivation und die Fähigkeit der Betroffenen, Gesundheit zu erhalten oder zurückzugewinnen, vergrößert werden (Projektgruppe "Nationale Strategie Gesundheit 2000" 1984, S.14).

Zentrale Punkte, die wir angesprochen haben, sind (Lehmann 1987, S.85 f.):

- ökonomische Imperative von Krankenhäusern und Sozialversicherungen, die zu Eigengesetzlichkeiten des Versorgungssystems und zu iatrogenen Behandlungseffekten führen;
- biomedizinisch verkürzte Sichtweisen der Behandlung;
- klinische Ausrichtung der Rehabilitation und damit Blockierung eines zielgerichteten Aufgreifens der psychischen und sozialen Situation der Rehabilitanden mit der Folge, daß langfristige Effekte der Rehabilitation sich nur in der somatischen Dimension des Genesungserfolges nachweisen lassen;
- die Auswahl der Patienten zuungunsten bestimmter soziodemographischer Gruppen (Frauen, alte Menschen, Erwerbslose);
- die unzureichende Berücksichtigung von Nöten und sozialen Problemlagen der Betroffenen in der Beratung und Behandlung, die noch weit hinter medizinischen Behandlungsschwerpunkten zurückstehen;
- die unzureichende Beteiligung des familiären Umfeldes;
- der weitgehende Ausschluß der Arbeitswelt von den Rehabilitationsbemühungen; und
- die fehlenden Möglichkeiten einer ambulanten, orts- und situationsnahen Rehabilitation, die eine frühzeitige Orientierung in der gewohnten Umgebung für den Rehabilitanden verhindert und eine zeitliche und räumliche Distanz zum Alltag entstehen läßt. Insgesamt bedeutet dies die schrittweise Loslösung der Betroffenen von ihrer Abhängigkeit vom Medizinsystem und der damit verbundenen Krankenrolle. Es erfordert aber auch einen Wechsel von der retrospektiven, an Krankheit orientierten Blickrichtung hin zu einer prospektiven Sichtweise, die sich auf Gesundheitsförderung konzentriert, d.h. zur bestmöglichen Entfaltung von Gesundheit und damit zu mehr Lebensqualität. Göpel faßt diesen Aspekt ausgezeichnet zusammen: "Gesundheit ist also eine Utopie, eine Sehnsucht nach Lebensfreude. Sie ist an kollektive Erfahrung und individuelle

Anstrengung gebunden. Sie setzt ein aktives Ausbalancieren von inneren und äußeren Antrieben und Widerständen voraus. Sie ist dynamisch. Die Voraussetzungen und Bedingungen wechseln mit dem Alltag, der sozialen Umgebung, den Umweltbedingungen. Sie läßt sich nicht durch ritualisierte Gebote von Gesundheitsaposteln, wohl aber durch bewußte Gewohnheitsbildung erreichen. Nicht durch eine Verfeinerung und Ausbreitung der medizinischen Reparaturdienste, sondern durch eine bewußte Umweltgestaltung. Nicht durch eine Ausweitung der Fremdkontrolle und Überwachung, sondern durch die Entwicklung

von Selbstbewußtsein und kollektiver Erfahrung. Es ist die Mobilisierung des 'Dennoch' in der Gewißheit der Beschränkung menschlichen Lebens. Nicht als Feilschen mit dem Tod in Intensivstationen oder anderen herrschaftlichen Verhältnissen, sondern als kollektive Entdeckung der Lebensfreude, als Resultat der geglückten Herausforderung, als Produkt des erfolgreichen Widerspruchs. Gesundheit heißt, mit Widersprüchen sensibel, kreativ, lustvoll und stärkend umzugehen" (Projektgruppe "Nationale Strategie Gesundheit 2000" 1984, S.20).

DIE NOTWENDIGKEIT INSTITUTIONELLEN WANDELS BEI DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG VON HERZPATIENTEN

Bernhard Badura

Gesundheitsförderung soll der Gesundheitspolitik und den Gesundheitspraktikern neue Impulse für ihre Arbeit geben (WHO 1986). Die Idee selbst ist dabei alles andere als neu, sondern wurzelt bereits in den Ursprüngen neuzeitlicher Medizin. Dies und die Tatsache, daß sich die Tagung mit der paradox klingenden Thematik der "Gesundheitsförderung chronisch Kranker" beschäftigt, legen es nahe, eingangs die beiden Hauptströmungen neuzeitlicher Gesundheitstheorie in Erinnerung zu rufen. Für die Anhänger der Hygieia bedeutete Gesundheit etwas Positives und Erstrebenswertes, das von der natürlichen Ordnung der Dinge und von einer klugen Lebensführung abhängt. Als wichtigste Aufgabe wurde hier die Entdeckung und praktische Nutzenanwendung von Gesetzmäßigkeiten angesehen, die für Wohlbefinden und Gesundheit verantwortlich sind. Für die Anhänger von Äskulap ging es nicht primär um Förderung von Gesundheit, sondern um Behandlung von Krankheit und die Korrektur gesundheitlicher Schäden, von denen man annahm, daß sie durch Geburt oder Lebensumstände verursacht werden, und um die dafür erforderlichen kurativen Fertigkeiten (Dubos 1959). Diesem Beitrag liegt die Annahme zugrunde, daß für den Genesungserfolg nach einer schweren Erkrankung beides erforderlich ist: kurative Aktivitäten im Sinne von Äskulap, aber eben auch, und bisher stark vernachlässigt, gesundheitsförderliche Aktivitäten im Sinne von Hygieia.

Dem modernen Konzept der Gesundheitsförderung liegt in der Tradition von Hygieia eine ganzheitliche, sozial-ökologische und positive Vorstellung von Gesundheit zugrunde. Mit Blick auf unser Thema folgt daraus zunächst einmal ein umfassenderes Verständnis der Situation chronisch Kranker als dies die bisher vorherrschende biomedizinische Sichtweise nahelegt.

In unserer Oldenburger Longitudinalstudie mit 1.000 Herzinfarktpatienten, auf deren Ergebnisse ich mich im folgenden im wesentlichen beziehen werde (Badura et al. 1987), versuchen wir durch die Zugrunde-

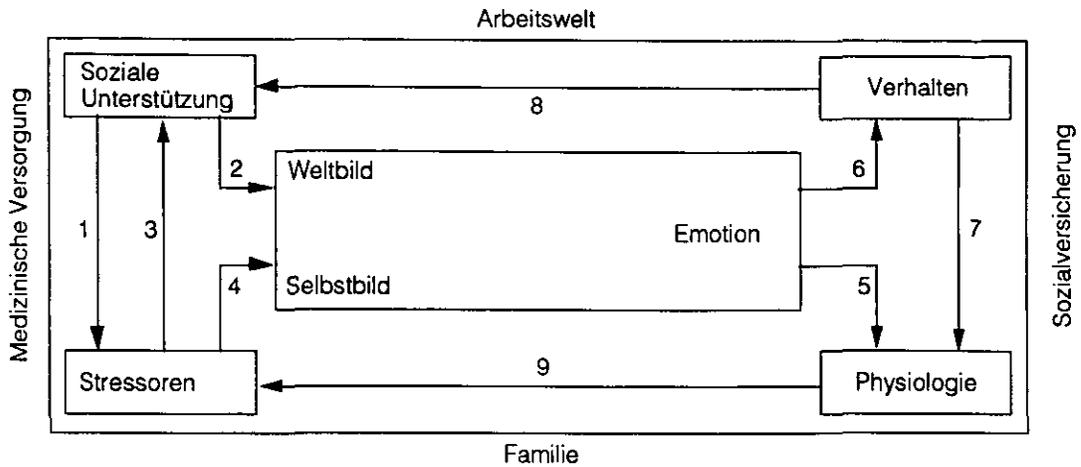
legung eines entsprechend komplexen Analysemodells einem solchen umfassenderen Verständnis gerecht zu werden. Dieses Modell berücksichtigt neben somatischen auch psychische und soziale Faktoren. Und es versucht nicht nur die Bedeutung medizinischer Maßnahmen für den Genesungsverlauf zu erfassen, sondern auch die Bedeutung der Familie, der Arbeitswelt und der Sozialversicherung.

Wir stützen uns dabei vor allem auf Einsichten der soziologischen Handlungstheorie und auf Erkenntnisse der Streßforschung und hier insbesondere auf den kognitiv-phänomenologischen Ansatz von Lazarus (Lazarus 1987). Zentral für diesen Ansatz der (Krankheits-)Streßbewältigung ist die kognitive und emotionale Verarbeitung belastender Situationen oder Ereignisse. Kognitive und emotionale Prozesse vermitteln soziale mit physiologischen Vorgängen und wirken über das Verhalten eines Menschen zurück auf seine soziale Umwelt. Soziale Unterstützung aus dem informellen Netzwerk eines Menschen oder durch Experten hat nach unserer Auffassung einen erheblichen, oft entscheidenden Einfluß darauf, wie Situationen und Ereignisse wahrgenommen und kognitiv und emotional verarbeitet werden. Soziale Unterstützung entfaltet aus dieser Sicht ihre gesundheitsförderliche Wirkung nicht nur in Form von finanzieller und praktischer Hilfe, sondern ganz wesentlich:

1. durch Reduzierung von Ungewißheit und Unsicherheit über Informationen und Signale vertrauter bzw. verlässlicher Bezugspersonen (Realitätskonstruktion);
2. durch Überwindung negativer Emotionen über Zuwendung, Ermunterung und Ablenkung (Regulierung negativer Emotionen);
3. durch Bewahrung oder Restabilisierung eines positiven Selbstwertgefühls über Signale der Wertschätzung und Anerkennung und über Selbstbestätigung bei der Rückkehr in den Alltag (Selbstbildmanagement).

Für die Analyse der Lebenssituation chronisch kranker Herzpatienten ergeben sich aus diesem Modell folgende Generalhypothesen:

DIAGRAMM 1 - EIN SOZIAL-OEKOLOGISCHES MODELL FÜR KRANKHEITSBEWÄLTIGUNG



1. Der Genesungsprozeß und das spätere Leben mit einem Herzinfarkt hängen nicht nur von den gegebenen körperlichen Voraussetzungen, der Schwere der Erkrankung und von der Wirksamkeit medizinischer Maßnahmen ab, sondern auch von psychischen und sozialen Faktoren und den zwischen ihnen bestehenden Wechselwirkungen.

2. Der Herzinfarkt ist ein meist extrem belastendes Lebensereignis mit oft weitreichenden Folgen auch für die soziale Situation der Betroffenen. Die Erkrankung selbst (Schmerzen, unbekannte Symptome), ihre Begleitumstände (Aufenthalt auf einer Intensivstation, lange Verweildauer im Akutkrankenhaus) und krankheitsbedingte Folgelasten in Familie und Arbeitswelt (z.B. Statusverlust) können zur Chronifizierung von Angst, Depressivität und Minderwertigkeitsgefühlen beitragen, mit erheblichen Folgen für die Lebensqualität und das körperliche Befinden.

3. Angemessene soziale Unterstützung, z.B. Zuwendung und Beratung innerhalb der Akutklinik, der Rehabilitationsklinik, durch den niedergelassenen Arzt und Verständnis und Ermutigung durch den Partner oder andere Bezugspersonen aus dem Laiensystem, kann erheblich, oft möglicherweise sogar entscheidend zur wirksamen Bekämpfung von Angst und Depressivität und zur Wiedergewinnung eines positiven Selbstwertgefühls beitragen. Darauf, inwiefern die Idee der ganzheitlichen und positiven Gesundheit in Wechselwirkung mit der sozialen Ökologie eines Menschen zum Verständnis von Entstehung und Verlauf einer chronischen Krankheit geeignet ist, soll an dieser Stelle nicht mehr eingegangen werden. Es geht vielmehr hier um die praktische Umsetzung dieses Wissens, d.h. darum, Maß-

stäbe zu gewinnen und Schlußfolgerungen zu ziehen zur Entwicklung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und zur Überwindung von Hemmnissen innerhalb medizinischer Versorgung und Sozialversicherung. Die Ottawa-Charta definiert "Gesundheitsförderung" als Aktivitäten "zur Befähigung der Menschen, verstärkt Kontrolle über ihre Gesundheit auszuüben" (WHO 1986). Selbständigkeit, Selbsthilfe und Selbstbestimmung sind zentrale Prinzipien sowohl der Ottawa-Charta wie auch der sehr viel älteren WHO-Definition von "Wiedergenesung" (recovery): als "Wiederherstellung der bestmöglichen physischen, psychischen und sozialen Bedingungen, damit chronisch Kranke durch ihre eigenen Anstrengungen so normal wie möglich weiterleben können (WHO 1969 - Hervorhebung von mir-B.B.). Wie weit hemmen medizinische Dienste und Sozialversicherung die Wiedergewinnung größtmöglicher Selbständigkeit, die Mobilisierung von Selbsthilfe und die Selbstbestimmung von Herzpatienten? Welche Maßnahmen eignen sich zur Förderung ihrer Selbständigkeit, Selbsthilfe und Selbstbestimmung?

1. Selbständigkeit

Unter Selbständigkeit wird die Möglichkeit eines chronisch Kranken verstanden, Kontrolle über und Verantwortung für seinen Körper und seine übrigen Lebensumstände auszuüben. Je rascher der Patient seine Selbständigkeit zurückgewinnt, so die hier vertretene These, umso geringer ist die Wahrscheinlichkeit sich chronifizierender psychischer Schäden und umso leichter fällt auch die soziale Reintegration.

1.1 Frühmobilisation

Die gesundheitsförderliche Bedeutung körperlicher Frühmobilisation ist heute unbestritten. Das "Göteborg Modell" empfiehlt Infarktpatienten, bereits nach dem 7.--8. Tag im Zimmer umherzugehen (Reindell & Roskamm 1977). Tabelle 1 gibt die Zeitpunkte an, zu denen die Patienten unserer Oldenburger Longitudinalstudie (OLS) zum ersten Mal mit Erlaubnis des Arztes im Zimmer umhergehen können. Nach den Maßstäben des "Göteborger

1.2 Verweildauer im Krankenhaus

Die Patienten unserer Stichprobe liegen im Durchschnitt 32 Tage im Akutkrankenhaus. Vergleichbare bundesdeutsche Studien kommen zu ähnlichen Ergebnissen. Diese Werte liegen weit über denen im angelsächsischen Raum. In Großbritannien lag bereits 1973 die durchschnittliche Verweildauer von Herzpatienten bei 15 Tagen (DHSS 1977), in den USA liegt die durchschnittliche Verweildauer unkomplizierter Infarkte sogar bei nur 7-14 Tagen (Wenger 1982). In

TABELLE 1
ZEITPUNKT DER FRÜHMobilISATION IN ABHÄNGIGKEIT VOM SCHWEREGRAD DES INFARKTEREIGNISSES

Zeitpunkt der Frühmobilisation	Bei Patienten mit leichten Infarkt (n = 177) [%]	Bei allen Patienten (n = 998) [%]	Bei Patienten mit schweren Infarkt (n = 1990) [%]
Bis zum 8. Tag	34,7	25,1%	16,3
Bis zum 12. Tag	24,1	21,7%	21,3
Bis zum 16. Tag	20,6	25,4%	29,3
Bis zum 20. Tag	8,2	11,1%	14,0
Mehr als 20 Tagen	12,4	16,8%	19,1
Gesamt	100,0	100,0	100,0

TABELLE 2
REGRESSIONSKOEFFIZIENTEN DER UNABHÄNGIGEN VARIABLEN HINSICHTLICH KRANKENHAUSVERWEILDAUER

Variable	R	R ²	Zunahme	F-Wert
Schwere des Infarkts (objektivierte Daten)	0.28	0.08	0.08	7.4
Schwere des Infarkts im Urteil des behandelnden Arztes	0.32	0.10	0.02	4.3
Größenklasse des Krankenhauses	0.35	0.12	0.02	8.6
Alter des Patienten	0.35	0.12	0.00	0.0
Dauer der Intensivpflege	0.43	0.19	0.07	46.8
Gute Beratung	0.43	0.19	0.00	0.0
Verunsichernde Beratung	0.43	0.19	0.00	0.0
Frühmobilisation	0.59	0.35	0.16	185.9
Patienteneinschätzung des Herzschadens	0.59	0.35	0.00	0.0

Schrittweise Regressionsanalyse in der Rangfolge der angegebenen Variablen (n = 998; p < 0,05).

Modells", und die Verallgemeinerungsfähigkeit unserer Befunde vorausgesetzt, werden in der Bundesrepublik Deutschland demnach nur 25 % aller Herzpatienten frühmobilisiert. Neben der Schwere des Infarktes bestimmt nach unseren Daten auch die Zugehörigkeit eines Krankenhauses zu einer bestimmten Versorgungsstufe den Zeitpunkt der Frühmobilisation. In Krankenhäusern der Grundversorgung wird durchschnittlich am spätesten frühmobilisiert. Wir schließen daraus, daß eine insbesondere in den kleineren Häusern immer noch vorherrschende konservative Behandlungsphilosophie der zügigen Förderung der körperlichen Selbständigkeit von Herzpatienten im Wege steht.

der Bundesrepublik liegen demgegenüber noch immer mehr als die Hälfte der Patienten mit "leichten Infarkten" länger als 4 Wochen im Akutkrankenhaus. Auch hier zeigt sich, daß die Größe des Krankenhauses - und zwar unabhängig von der Schwere des Infarktes - einen erheblichen Einfluß ausübt. Tabelle 2 zeigt Ergebnisse einer multivariaten Analyse einer Reihe wichtiger Faktoren mit der Variablen "Dauer des Aufenthaltes im Akutkrankenhaus". Nennenswerte Steigerungen der erklärten Varianz ergeben sich nur bei den Faktoren "Länge des Aufenthaltes auf der Intensivstation" und "Zeitpunkt der Frühmobilisation", nicht jedoch, wie eigentlich zu

erwarten, bei den Faktoren "Alter" oder "Schwere des Infarktes". Patienten mit leichten und mittelschweren Infarkten stellen für die Krankenhäuser in der Bundesrepublik offenbar eine Art "Manövriermasse" zur Kapazitätsauslastung dar. Eine solche nur noch betriebswirtschaftlich zu erklärende Verzögerung der Selbständigkeit des Patienten wirkt sich nach unseren Daten negativ auf deren psychisches Befinden aus. Je länger Herzpatienten sich im Akutkrankenhaus aufhalten, desto mehr Angst haben sie vor einem Reinfarkt, vor dem Tod und ganz allgemein vor ihrer Zukunft. Neben einer konservativen Behandlungsphilosophie behindern hierzulande demnach auch Zwänge in der Krankenhausbetriebswirtschaft die Selbständigkeit von Herzpatienten.

1.3 Beratung

Wer hofft, die überlange Verweildauer im Akutkrankenhaus würde wenigstens sinnvoll für eine umfassende Beratung der Herzpatienten genutzt, wird durch unsere Befunde enttäuscht. Auf kaum einem anderen Gebiet ist die Diskrepanz zwischen den Bedürfnissen der Patienten und dem ärztlichen Handeln so offenkundig wie bei der ärztlichen Beratung. Aus Sicht der Gesundheitsförderung muß dies umso mehr zu denken geben, da sich kaum eine andere Maßnahme so gut eignen würde zur aktiven

Soziale und psychische Probleme werden demgegenüber sehr viel seltener angesprochen, obwohl auch hier das Interesse der Herzpatienten an Aufklärung und Beratung außerordentlich ist. Eine umfassende Beratung ist vermutlich eine der wichtigsten Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Ähnliche Mängel wie bei der Beratungsleistung des Akutkrankenhausarztes zeigen sich übrigens auch beim Beratungsangebot der Rehabilitationskliniken und der Hausärzte. Berücksichtigt man jetzt noch, daß sich rund ein Viertel der Patienten unserer Stichprobe durch die Beratung im Krankenhaus verunsichert fühlten, weil sie dort mit unterschiedlichen Informationen konfrontiert wurden, so wird deutlich, wie dringend hier eine Verhaltensänderung der Ärzte angeraten erscheint. Ein ausführliches Beratungsgespräch mit dem Patienten über seine gesundheitlichen, sozialen und psychischen Probleme - das zeigen alle uns bekannten Studien zum Thema chronische Krankheit - wäre eine der wichtigsten Maßnahmen zu seiner Gesundheitsförderung.

2. Selbsthilfe

Der soziale Kontext eines chronisch Kranken hat - auch das zeigen mittlerweile zahlreiche Studien - einen erheblichen Einfluß auf die Mortalität, auf Wohlbefinden

TABELLE 3 - BERATUNG IM AKUTKRANKENHAUS (N = 998)

Beratungsthemen	Wunsch des Patienten nach Beratung		Beratungsleistung des Arztes	
	ausführlich [%]	knapp oder gar nicht [%]	ausführlich [%]	knapp oder gar nicht [%]
Krankheit und Medikamenteneinnahme	97	3	92	8
Gewichtskontrolle und Diät	85	15	70	30
Rauch- und Trinkgewohnheiten	76	24	87	13
Sexualität	74	26	19	81
Körperliche Belastung im Alltag	95	5	80	20
Nervliche Belastung in Beruf und Familie	88	12	59	41
Wiederaufnahme der Arbeit	92	8	63	37
Berentung, Pensionierung	68	32	23	77
Stationäre Heilmaßnahme	91	9	72	28
Ambulante Koronargruppen	70	30	25	75

Förderung der Selbständigkeit wie eben gerade eine umfassende, klare und ausführliche Beratung. Tabelle 3 belegt die Konzentration ärztlicher Beratung im Akutkrankenhaus auf die im engeren Sinne medizinischen Themen wie "Krankheit und Medikamenteneinnahme", "Übergewicht und Diät" oder "Rauch- und Trinkgewohnheiten".

und Genesungsverlauf. Durch Übermittlung von Informationen über Selbsthilfemöglichkeiten und durch Einbeziehung des Partners und anderer, dem Patienten wichtige Bezugspersonen, kann der Arzt erheblich zur Mobilisierung sozialer Ressourcen und Selbsthilfepotentiale der Patienten beitragen.

TABELLE 4

PATIENTENORIENTIERTE BEHANDLUNG DURCH DIE EINZIEHUNG WICHTIGER ANDERER
PERSONEN IN DEN BEHANDLUNGS- UND BERATUNGSPROZESS (n = 608)

Wichtige andere Person(en)	Einbeziehungswunsch des Patienten			Davon erfolgte Einbeziehung durch den Arzt	
	n	[%]	keine Angaben	n	[%]
Partnerin	420	(76)	54	230	(55)
Erwachsene Kinder	120	(32)	227	16	(13)
Arbeitgeber/Vorgesetzte	104	(26)	219	11	(11)
Betriebsarzt	137	(36)	227	24	(18)

TABELLE 5 - HERZGRUPPEN (Stand 1.5.85)

Bundesländer	Trainingsgruppen	Übungsgruppen	Gemischte Gruppen	Gesamt
Baden-Württemberg	86	42	22	150
Bayern	107	27	2	136
Berlin	22	5	20	47
Bremen	10	-	2	12
Hamburg	26	8	-	34
Hessen	56	24	21	101
Niedersachsen	83	36	-	119
Nordrhein-Westfalen	232	26	2	260
Rheinland-Pfalz	20	23	23	66
Saarland	22	9	1	32
Schleswig-Holstein	25	12	1	38
Gesamt	689	212	94	995
	69,3%	21,3%	9,4%	= 100%

TABELLE 6

UNTERSCHIEDE IM WOHLBEFINDEN VON TEILNEHMERN UND NICHTTEILNEHMERN AN AMBULANTEN
KORONARGRUPPEN 1 JAHR NACH DEM INFARKT (n = 608)

Merkmal	Mittelwert der Teilnehmer ^a	Mittelwert der Nichtteilnehmer ^a	Signifikanz des T-Tests
Krankheitsbelastung	47.2	50.8	0.01
Umgang mit der Krankheitsbelastung	51.8	49.4	0.01
Einschätzung des Gesundheitszustandes	53.0	49.9	0.0001
Depressivität	46.9	50.5	0.0001
Angst	47.4	51.0	0.01
Positive Stimmung	53.1	49.6	0.01
Selbstwertgefühl	52.4	49.5	0.05

^a Um mehr Übersichtlichkeit zu erreichen, wurden die erhobenen Rohwerte standardisiert:

$$T_i = 10 \cdot (X_i - \bar{X}) / S_i + 50.$$

2.1 Einbeziehung Dritter

Tabelle 4 stellt die Patientenwünsche nach Einbeziehung wichtiger anderer Personen dem tatsächlichen Einbeziehungsverhalten der Ärzte gegenüber.

Besonders stark ist der Wunsch nach Einbeziehung des Ehepartners in den Behandlungs- und Beratungsprozeß ausgeprägt. Rund ein Drittel der Patienten wünschen die Einbeziehung erwachsener Kinder, des Vorgesetzten oder des Betriebsarztes. In diesem Zusammenhang zeigt sich eine ähn-

lich große Diskrepanz zwischen den Patientenbedürfnissen und der ärztlichen Tätigkeit. Der Ehepartner des Erkrankten sollte insbesondere aus zwei Gründen möglichst frühzeitig in die Behandlung, Aufklärung und Beratung einbezogen werden. Einmal weil ja auch er von der schweren Krankheit eines Angehörigen ganz erheblich seelisch wie lebenspraktisch mitbetroffen ist. Seine Ängste und seine Befürchtungen können die des Erkrankten verstärken; sein überfürsorgliches Handeln kann der nach Normalität strebende Rekonvaleszent als

ständige Bedrohung seines Selbstwertgefühls empfinden. Ist der Lebenspartner dagegen gut beraten, motiviert und verständnisvoll, so kann er - und das ist der zweite Grund für seine frühzeitige Einbeziehung - zur wichtigsten Stütze für eine erfolgreiche Bewältigung der durch den Herzinfarkt ausgelösten Lebenskrise werden.

2.2 Ambulante Koronargruppen

In der Bundesrepublik existiert mittlerweile eine wachsende Zahl durch Ärzte initiiertes und/oder überwachter ambulanter Koronargruppen (Tabelle 5). Obwohl hiermit ein weiteres wichtiges Instrument zur Stärkung der Selbsthilfepotentiale gegeben ist, auf dessen Nutzung Ärzte einen maßgeblichen Einfluß haben, wurden nur 10 % der Patienten unserer Stichprobe von ihren Hausärzten über die Existenz dieser Koronargruppen informiert. Nur 6 % der Patienten erhielten Informationen über sonstige Selbsthilfeorganisationen. Wie Tabelle 6 zeigt, verbessert die Mitarbeit in Koronargruppen nicht nur das körperliche, sondern auch das psychische Befinden der Patienten erheblich. Die Prüfung der angeführten Mittelwertunterschiede zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern zeigt, daß die positive Wirkung der Teilnahme auch nach Kontrolle für Alter und Ausgangszustand bestehen bleibt. Selbständige und Arbeiter sind in diesen Gruppen jedoch unterrepräsentiert. Einbeziehung des Partners und Überweisung in Koronargruppen verbessern die Selbsthilfepotentiale des Patienten. Diese Möglichkeiten sollten vom Arzt zukünftig stärker als bisher genutzt werden.

3. Selbstbestimmung

Selbstbestimmung bedeutet die Einflußmöglichkeiten des Patienten auf die stationäre Rehabilitation. 86 % der Patienten unserer Stichprobe wurden mehr oder weniger direkt nach Verlassen der Akutklinik in eine Rehabilitationsklinik überwiesen. Während 83 % der Betroffenen angaben, sie hätten keinen Einfluß auf den Zeitpunkt der Überweisung, hatten immerhin 45 % der BfA-Patienten Einfluß darauf, wo sie die Anschlußheilbehandlung durchführen wollten. Bei den LVA-Patienten traf dies nur auf 19 % zu. Arbeiter haben hierbei also einen geringeren Handlungsspielraum als Angestellte.

3.1 Risikofaktor Sozialbürokratie

Bis heute ist es nicht gelungen, die Aufgaben der Rehabilitation einem eigen-

ständigen Zweig der Sozialversicherung zu übertragen. Verantwortlich für die Rehabilitation sind gegenwärtig 6 verschiedene Institutionen: die gesetzliche Rentenversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung, Versorgungseinrichtungen nach dem Bundesversorgungsgesetz, die Bundesanstalt für Arbeit, die gesetzliche Krankenversicherung und die Sozialhilfe. Die durch diese Trägervielfalt aufgeworfenen Probleme sind seit längerem bekannt. Leider werden sie immer noch allzu oft auf Kosten der Beitragzahler auf dem Rücken der Patienten ausgetragen - in Form von Kontrolluntersuchungen durch den vertrauensärztlichen Dienst der jeweiligen Institution. Hierbei geht es meist um die Frage der Erwerbsfähigkeit oder um Streitigkeiten über die Zuständigkeit unter den verschiedenen Trägern. Rund die Hälfte unserer Patienten wurde innerhalb des ersten Jahres nach dem Infarkt einer derartigen, medizinisch völlig überflüssigen Kontrollbegutachtung unterzogen; ein Drittel wurde sogar zweimal, dreimal oder noch öfter begutachtet. Wie Tabelle 7 zeigt, leiden die derart Kontrollierten unter überhöhter Krankheitsbelastung, Depressivität, Ängstlichkeit und überhöhten Minderwertigkeitsgefühlen.

TABELLE 7

Zusammenhang zwischen der Anzahl sozialversicherungsrechtlicher Begutachtungen und dem Wohlbefinden der Patienten 1 Jahr nach dem Infarkt kontrolliert für den jeweiligen Befindenzustand zu Beginn der Behandlung (Partialkorrelation; n = 608)

Zusammenhang mit:

Krankheitsbelastung	0.26
Angst	0.27
Depressivität	0.21
Negative Stimmung	0.21
Kontrollüberzeugung	- 0.20

*** p < 0.001 (für alle Werte)

Zwar lassen die Daten keinen Schluß darüber zu, ob die negativen Effekte auf die Begutachtung selbst oder die damit verbundene Rollenunsicherheit zurückgehen. In jedem Falle handelt es sich hier um Auswirkungen zusätzlicher Belastungen, die nicht durch die Patienten selbst oder seine unmittelbare Umwelt, sondern durch die Eigenarten unseres Sozialversicherungssystems bewirkt werden. Da die Sozialversicherungsträger wohl kaum von sich aus hier eine Verbesserung erreichen werden, sind die Politiker gefordert.

TABELLE 8

ERWERBSSTATUS VOR UND NACH HERZINFARKT (HI)

(n = 998 bei t_0 , n = 608 bei t_2 , t_3)

	t_0	t_2	t_3	
	(vor HI)	1/2 Jahr nach HI)	(1Jahr nach HI)	
	[%]	[%]	n	[%]
Erwerbstätig	96	42	335	(57)
Arbeitslos	4	2	20	(3)
Krankgeschrieben	-	51	121	(21)
Berentet	-	1	82	(14)
Berentet auf Zeit	-	1	30	(5)
Keine Angaben			20	

TABELLE 9

Mögliche Determinanten einer Selektion. Unterschiede zwischen der Gruppe der Wiedererwerbstätigen und jeweils einer Gruppe der Nichterwerbstätigen bezüglich verschiedener Faktorengruppen, die als mögliche Selektionskriterien gelten können.^a

Mögliche Selektionskriterien(t_1)	Unterschiede zwischen Erwerbstätigen (t_2) und		
	Frührentnern	Zeitrentnern	Krankgeschriebene
Medizinische-somatische Daten	---	+ ^b	---
Soziodemographische Daten:			
- Alter	+++	---	++
- Berufsposition	+++	++	+++
Psychosoziale Daten:			
- subjektive Gesundheit	+	+	+
- psychische Befindlichkeit	+	+	++
- Typ-A-Verhalten	---	---	---
- Arbeitseinstellung und Arbeitszufriedenheit vor Infarkt	---	---	---
- Erwartung des Arztes bezüglich künftiger Erwerbstätigkeit	+++	+++	++
- Erwartung des Patienten bezüglich künftiger Erwerbstätigkeit	+++	+++	+++
- Teilnahme an AHB-Maßnahme	---	---	---

^a Die Ergebnisse basieren auf T-Test oder χ^2 -Tests, wobei jeweils eine Gruppe der Nichterwerbstätigen gegen die Gruppe der Wiedererwerbstätigen getestet wurde.

^b Die Anzahl der Pluszeichen (+) symbolisiert den Grad der Vorhersagekraft der einzelnen Selektionskriterien

3.2 Versorgungsbedingte Rollenunsicherheit

Daß das zukünftige Schicksal eines Herzinfarktpatienten nicht nur von seinem körperlichen Zustand bestimmt wird, zeigen insbesondere unsere Ergebnisse über den Erwerbsstatus ein Jahr nach Krankheitsausbruch. Entscheidend dafür, ob und wann jemand nach dem Infarkt wieder seine gewohnte Arbeit aufnimmt, sind vor allem Alter, Schichtzugehörigkeit und psychisches Befinden. Tabelle 8 gibt zunächst einen Überblick über den Erwerbsstatus nach einem Jahr.

Arbeiter sind bei den Erwerbstätigen deutlich unter-, bei den Krankgeschriebenen

en und Frühberenteten deutlich überrepräsentiert. Tabelle 9 gibt Auskunft darüber, welche Faktoren einen Einfluß auf das Erwerbsschicksal haben.

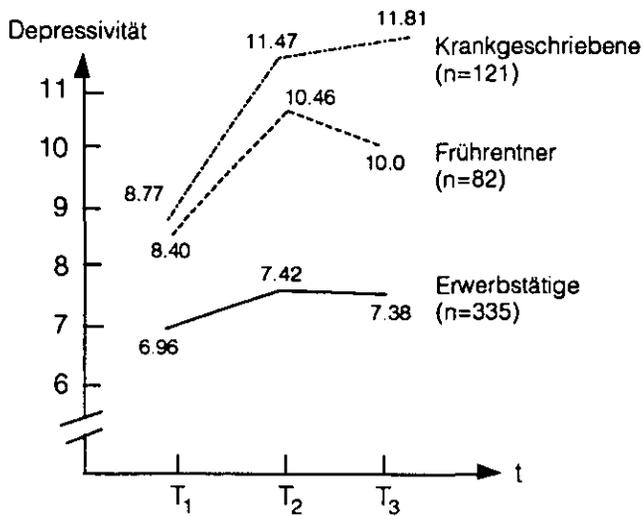
Der körperliche Zustand des Patienten gehört - wider Erwarten - nicht dazu. Tabelle 10 verdeutlicht, daß insbesondere der Zustand langanhaltenden Krankgeschriebenseins zur Chronifizierung von Depressivität beiträgt.

Was immer im einzelnen die Ursachen dafür sein mögen, daß ein Jahr nach dem Infarkt immer noch 20 % unserer Stichprobe krankgeschrieben sind - auch die Situation auf dem Arbeitsmarkt wird hier einen gewissen Einfluß haben -, im Interesse der Patien-

ten, die dadurch überlang in Abhängigkeit vom Arzt und in Ungewißheit über ihr zukünftiges Schicksal belassen werden, ist dies sicher nicht.

TABELLE 10

DEPRESSIVITÄT IN ABHÄNGIGKEIT VOM ERWERBSSTATUS



3.3 Erzwungene Frühberentung

Nur 25 % der Frührentner unter unseren Patienten geben an, von sich aus den Wunsch gehabt zu haben, nach dem Herzinfarkt aus dem Erwerbsleben auszuschneiden. Die restlichen 75 % wurden zu diesem Schritt - oft gegen ihren ausdrücklichen Willen - mehr oder weniger deutlich gedrängt. In 90 % der Fälle erfolgte die Berentung auf Grund von Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeit durch Entscheidungen der Sozialversicherung. Dieser medizinisch unbegründete Eingriff in das Leben der Betroffenen wiegt als solcher schon schwer genug. Er tut dies jedoch umso mehr mit Blick auf unsere Ergebnisse über die finanziellen, familiären, psychischen und somatischen Auswirkungen dieser Entscheidung nach einem Jahr (Tab. 11 und 12).

TABELLE 11

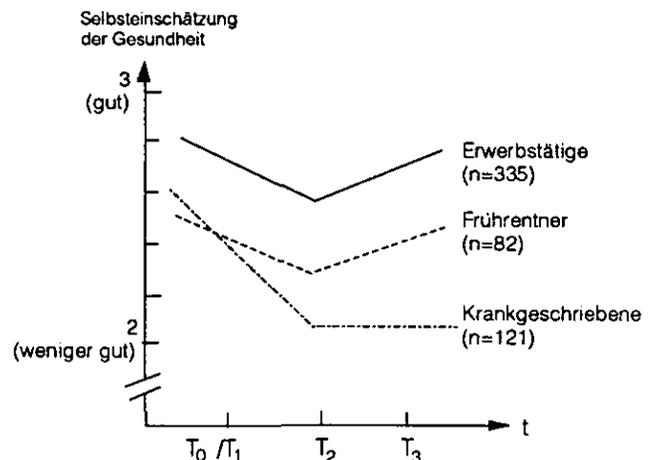
SOZIALE UND PSYCHISCHE PROBLEME BEI FRÜHBERENTETEN

Verglichen mit den Wiedererwerbstätigen liegen bei den Frühberenteten vor:

- ein deutlich geringeres Einkommen
- stärker reduziertes Familienleben
- mehr wahrgenommener Stress in der Familie
- reduzierte sexuelle Aktivitäten
- mehr Gefühle der Langeweile, Orientierungslosig.
- verstärkte Angst
- verstärkte Depressivität
- reduzierte Aktivitäten außerhalb der Familie

TABELLE 12

SELBSTEINSCHÄTZUNG DER GESUNDHEIT IN ABHÄNGIGKEIT VOM ERWERBSSTATUS



Frühberentete Personen schneiden in allen genannten Bereichen schlechter ab als die wieder Erwerbstätigen. Eine derartig ungesunde Entmündigung des Bürgers durch die Sozialbürokratie sollte zukünftig keinesfalls mehr hingenommen werden. Ohne eine Vereinheitlichung der Rehabilitationsträger und ohne verbesserte Möglichkeiten der Patientenmitbestimmung werden sich die angesprochenen Hemmnisse gesundheitsförderlicher Herzinfarkt-rehabilitation wohl kaum beseitigen lassen.

ABSCHLIESSENDE BEMERKUNGEN: VIER UNABDINGBARE VORAUSSETZUNGEN

Zur Gesundheitsförderung chronisch Kranker unabdingbar notwendig ist ein Verhaltenswandel: und dies nicht nur auf der Seite der Patienten, sondern auch auf der Seite der Krankenhäuser, der Ärzte und der betroffenen Bürokratien. Folgende Voraussetzungen müßten geschaffen werden:

Umfassende Rehabilitationsdienste:

In allen entwickelten Industriegesellschaften neigt das medizinische Versorgungssystem dazu, somatische Probleme während der akuten Versorgungsphase chronisch Kranker zu überbetonen und psychosoziale und praktische Probleme dieser Patienten, auch soweit sie mit dem Prozeß der längerfristigen Anpassung zusammenhängen, zu vernachlässigen. Die wesentliche These ist, daß der soziale Kontext in der Klinik, zu Hause und am Arbeitsplatz für den Prozeß der Genesung von zentraler Bedeutung ist. Natürlich benötigen Patienten eine angemessene medizinische Versorgung. Aber sie benötigen mehr als das, um während der akuten Behandlungsphase konstruktiv zu kooperieren und um später mit ihren sozialen, praktischen und psychosozialen Problemen fertig zu werden. Sie benötigen umfassende und angemessene Informationen, die sowohl konsistent wie auch verständlich sein müssen. Sie benötigen emotionale Zuwendung und praktische Hilfe. Und sie benötigen Möglichkeiten, ihre Gefühle und Ungewißheiten offen zu diskutieren. Ärzte müssen während ihrer Ausbildung besser darüber aufgeklärt und darin eingeübt werden, was es heißt, umfassende Rehabilitationsdienste mit einer sozialökologischen Perspektive für Krebspatienten, Herzpatienten und andere chronische Krankheiten anzubieten. Darüber hinaus gibt es offensichtlich einen Bedarf für den Einsatz von Sozialarbeitern im Medizinsystem, die besonders ausgebildet und erfahren sind, mit den psychosozialen und praktischen Problemen chronisch Kranker umzugehen, in enger Kooperation mit dem übrigen Rehabilitationsteam.

Unterstützung für die Unterstützer:

Soziale Unterstützung hat zwei Gesichter. Es kann die Gesundheit derer, die soziale Unterstützung erhalten, wesentlich verbessern. Es kann aber auch die Gesundheit derer, die ständig soziale Unterstützung geben müssen, erheblich beeinträchtigen. Es gibt einen sich deutlich abzeichnenden Bedarf zur Unterstützung der Unterstützer. Insbesondere dort, wo Pflegekräfte häufig mit der

Versorgung Todkranker beschäftigt sind, um das bekannte Burn-out-Syndrom zu vermeiden. Ärzte, Pflegekräfte und Angehörige des Laiensystems, die täglich emotionale und soziale Unterstützung geben müssen, empfinden das sehr häufig als zum Teil extreme Belastung. Diejenigen, die für chronisch Kranke Unterstützungsleistungen geben, sollten selbst mehr soziale Unterstützung empfangen, um ihr eigenes Unterstützungspotential aufrechterhalten zu können. Programme zur Unterstützung der Unterstützer sollten deshalb in Zukunft entwickelt und verstärkt angewendet werden.

Netzwerkförderung:

Gesundheitsförderung enthält als wesentliche Prämisse die große Bedeutung sozialer Integration und gegenseitiger Hilfe, um mit dem Streß des Lebens und auch mit dem Krankheitsstreß besser fertig werden zu können. Die Einbeziehung der Familie und anderer wichtiger Bezugspersonen in den Behandlungsprozeß, die Förderung von Patientengruppen in der Klinik und von Selbsthilfegruppen in der Gemeinde sind daher wichtige Elemente einer Politik der Gesundheitsförderung. Die Verhinderung sozialer Isolation und gestörter Kommunikation zwischen chronisch Kranken und dem Rest der Bevölkerung bilden zwei zentrale Aufgaben zukünftiger Gesundheitspolitik.

Für eine Politik der aktiven Reintegration:

Daten aus der Oldenburger Longitudinalstudie und von anderen Untersuchungen belegen das gesundheitsförderliche Potential der Erwerbstätigkeit in unseren Gesellschaften. Vorliegende Daten zeigen, daß z.B. ehemalige Herzpatienten wegen der gegenwärtigen Situation auf dem Arbeitsmarkt mit erheblichen zusätzlichen Belastungen konfrontiert werden. Ein hohes Niveau der Arbeitslosigkeit und verbreitete Vorurteile gegenüber chronisch Kranken, etwa Krebskranken oder auch ehemaligen Herzpatienten, könnten in Zukunft noch die Tendenz verstärken, Ex-Patienten aus dem Arbeitsmarkt herauszuhalten oder sie in der Arbeitswelt zu diskriminieren.

3.

**KREBS: AUF DEM WEG ZU
INNOVATIVEN ANSÄTZEN**

EINFÜHRENDE BEMERKUNGEN

Krebs ist ein komplexes Thema, weil sich dieser Begriff auf eine Gruppe von einigen hundert somatischen Erkrankungen bezieht, die ähnliche Ängste und ein vergleichbares Stigma hervorrufen, sich jedoch im Hinblick auf mögliche ätiologische Faktoren, Therapieformen und klinische Verläufe unterscheiden.

Spekulativen Veröffentlichungen und den neuesten empirischen Erkenntnissen ist zu entnehmen, daß auf eine Verbesserung der Lebensqualität ausgerichtete psychosoziale Eingriffe gleichzeitig auch die medizinischen Therapieformen abstützen und die Mobilisierung der Antitumorressourcen des Organismus direkt beeinflussen können.

Darüber hinaus legen bestimmte klinische Studien eindeutig die Vermutung nahe, auch wenn sie keine Beweise erbringen, daß viele unterschiedliche Systeme einer starken Streßverminderung - Visualisierung, Hypnose, Psychotherapie und andere psychologische Techniken - in der klinischen Praxis das Tumorstadium beim Menschen beeinflussen können.

Ungesunde Streßbewältigungsstrategien zu verändern, ist ein weiteres Thema der Gesundheitsförderung. Dies zielt auf das Typ-C-Verhaltensmuster - d.h. Unterdrückung negativer kognitiver und affektiver Zustände, das Fehlen emotionaler Ventile, gestörte zwischenmenschliche Beziehungen und ein geringes Selbstwertgefühl bzw. eine niedrige Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit -, das in Untersuchungen an Patienten mit malignem Melanom und Mammakarzinom als Prädiktor für unterschiedliche Überlebensaussichten nachgewiesen wurde.

Obwohl wir zu wenig über die Ursachen der Krebserkrankungen oder den Einfluß von Verhaltensfaktoren auf den klinischen Verlauf verschiedener maligner Tumoren wissen, arbeiten zahlreiche onkologische Zentren und Laiengruppen ehemaliger Patienten an innovativen Programmen zur Bewältigung der vielfältigen Probleme, die die Diagnose und die medizinische Behandlung eines Krebsleidens aufwerfen.

An zahlreichen Krebszentren werden psychosoziale Interventionsvorhaben getestet, die sowohl auf die allgemeinen Bedürfnisse der Patienten als auch auf spezifische Probleme, wie z.B. die psychosexuelle Funktionsfähigkeit oder die berufliche Wiedereingliederung, abzielen.

In vielen Teilen der Welt besteht gleichzeitig eine mit jedem Jahr größer werdende regelrechte Sozialbewegung "außergewöhnlicher Krebspatienten", die sich aktiv für den Kampf um ihre Genesung und eine bessere Lebensqualität einsetzen, indem komplementäre Krebstherapien zur Anwendung kommen. Es gibt nur wenige wissenschaftliche Hinweise, die als Beurteilungsgrundlage für diese Therapien dienen könnten. Es weist jedoch einiges darauf hin, daß manche Patienten aus komplementären Krebstherapien Nutzen ziehen, und zwischen den Vertretern der herkömmlichen und der komplementären Krebsbehandlung ist in mehreren wichtigen Fragen, darunter bei den ernährungsorientierten, den psychologischen und den auf der Immunmodulation aufbauenden Ansätzen zur Förderung der allgemeinen Gesundheit des Krebspatienten, ein beträchtliches Maß an Übereinstimmung festzustellen.

ZIELGRUPPEN, MODELLE, PROJEKTE UND DRÄNGENDE BEDÜRFNISSE

Millard Waltz

1. Einführung

Gesundheitsförderung und Krebshilfe ist ein ziemlich schwieriges Thema. Der Grund dafür ist zunächst einmal die Komplexität des Themas und zweitens der gegenwärtige wissenschaftliche Erkenntnisstand hinsichtlich effektiver Programme medizinischer und psychosozialer Interventionen. Gesundheitsförderung muß darüber hinaus als Ansatz aufgefaßt werden, der nicht nur den Krebspatienten, sondern auch sein unmittelbares soziales Netzwerk und das Gesundheitswesen einschließt. Schließlich sprechen die Professionellen häufig vom "burned out"-Syndrom (sich ausgebrannt fühlen, Abstumpfungssyndrom), wobei sie selbst offenbar dringend unterstützende Interventionen benötigen. Darum ging es im wesentlichen bei den Diskussionen, die in den vergangenen Jahren in nationalen, europäischen und internationalen Gremien stattgefunden haben und in denen sich Menschen getroffen haben, die sich für physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden von Krebspatienten verantwortlich fühlen. Bei diesen Diskussionen ging es insbesondere um zwei Aspekte der Gesundheitsförderung: zum einen das generelle Thema Lebensqualität, zum anderen um Möglichkeiten zur Beeinflussung des klinischen Verlaufs der Krankheiten durch holistische Ansätze (Aaronson & Beckmann 1987; Cunningham 1984).

In diesem Beitrag wird der Versuch gemacht, die Erfordernisse der Gesundheitsförderung im Bereich der Krebshilfe zu identifizieren und einige innovative Ansätze, die diesen Erfordernissen entsprechen, zu beschreiben; er enthält:

- einen Überblick über den gegenwärtigen Stand der Krebsbehandlung;
- Definition von Zielen und grundsätzlichen Konzepten der Gesundheitsförderung;
- Kategorisierung der Zielgruppen von Patienten und Nichtpatienten;
- Beschreibung von aktuellen, viel versprechenden Projekten, die als

zukünftige Modelle der Gesundheitsförderung dienen können in Bezug auf:

- a) Krebspatienten in den 4 Hauptstadien der Krankheit
- b) Professionelle und Laienbetreuer;
 - Beschreibung von Bereichen, in denen die Bedürfnisse am größten sind, wo jedoch Defizite und ernsthafte Schwierigkeiten noch vorherrschen.

2. Gegenwärtiger Erkenntnisstand

Der Begriff Krebs umfaßt mehr als 100 verschiedene Krankheitsbilder, die sich in Ätiologie, Behandlungsmethoden und klinischem Verlauf voneinander unterscheiden. Aus biomedizinischer Sicht haben bestimmte Krebsarten heute gute Heilungsaussichten, während für andere nur palliative Therapien zur Verfügung stehen. Diese malignen Störungen wirken sich daher auf sehr verschiedene Weise auf das Leben und Wohlbefinden der unterschiedlichen Patientengruppen aus. Gemeinsam ist ihnen allen jedoch die Angst und die Stigmatisierung, die mit dem Wort Krebs einhergehen.

Die durch eine Krebsdiagnose ausgelöste psychosoziale Morbidität hängt zu einem gewissen Grad von den Charakteristiken der physischen Morbidität und ihrer Behandlung ab. So haben z.B. Brust-, Unterleibs- und Hodenkrebs eine schwere Bedrohung des Körperbildes und der sexuellen Identität gemeinsam, können sich jedoch in Bezug auf andere soziale und psychologische Nachwirkungen und die langfristigen Überlebenschancen erheblich voneinander unterscheiden. Dies gilt besonders bei altersabhängigen Krebsarten; einige Krebsarten treten besonders in der Kindheit und frühen Jugend, zu Beginn des Erwachsenenalters oder in den mittleren Jahren auf, während andere sich hauptsächlich in den letzten Lebensjahrzehnten entwickeln. Die Probleme und die krebsbezogene psychosoziale Morbidität dieser Altersgruppen können sehr verschieden sein; Gesundheitsförderungsprogramme sollten diesen Altersfaktor entsprechend berücksichtigen.

Seit Beginn des Jahrhunderts hat die biomedizinische Krebsforschung bei der Entwicklung wirksamer Behandlungs- und Heilmethoden für eine Reihe von Krebsarten erstaunliche Erfolge zu verzeichnen. Gegenwärtig werden in großem Umfang personelle und finanzielle Ressourcen investiert, um diese biomedizinische Forschung fortzusetzen, allerdings gibt seit Beginn der 70er Jahre keine durchschlagenden Behandlungserfolge bei tödlichen Tumoren, weshalb auch die Mortalitätsraten nicht gesenkt werden konnten. Deshalb scheint es so, als ob wir bereits mit abnehmenden Erträgen bei Investitionen in diesen traditionellen Ansatz zu rechnen haben (Schneidermann & Tapp 1985; Engel 1977).

Deshalb scheinen neue Konzepte erforderlich zu sein, um die Art von Kenntnissen zu erwerben, die als Voraussetzung für die Entwicklung effektiver Strategien zur Prävention und Heilung von Krebs nötig sind. Biopsychosoziale und holistische Ansätze werden immer noch kontrovers diskutiert, doch scheint sich in letzter Zeit verstärkt ein Erkenntnisgewinn einzustellen, wie verschiedene Literaturberichte erkennen lassen (Balitsky & Shmalko 1987; Day 1986; Solomon 1985; Levy 1985, 1982; Greer 1985; Lloyd 1984; Blalock 1984; Temoshok et al. 1983; Holland & Rowland 1981). Besonders wichtig erscheint der Umstand, daß Faktoren, die im Bereich der Primärprävention der Verhaltenstherapie zugänglich sind, auch für die Entwicklung von Strategien für die Krebsbetreuung und zur Erhöhung von Überlebenschancen relevant sind. Kritische Lebensereignisse und chronische Belastungen können Vorboten einiger Krebsarten sein, sofern sie zu einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit führen; sie können auch als Prädiktoren für ein zunehmendes Risiko der Metastasenbildung sein. Falls diese Annahme zutrifft, hätte dies Folgen für Prävention, Intervention und Rehabilitation (Schmale & Iker 1966; Goodwin et al. 1986).

Die Literatur über Tumorätiologie (Cox & McKay 1982) sowie über Anpassung/Überleben (Levy 1985) berichtet generell über eine sich überlappende Gruppe psychosozialer, kausaler Einflußfaktoren. Dies trifft auch für das immer bedeutender werdende Gebiet der Neuroimmunomodulation (Kiecolt-Glaser et al. 1984-7). Diese Einflüsse der sozialen Umwelt und von Dispositionsfaktoren, die im Zusammenhang mit wesentlichen psychologischen und biologischen Prozessen gesehen werden,

werden im folgenden gesehen:

- Mangel an emotionaler Kompetenz (Jensen 1984; Cox & McKay 1982);
- ein belastendes und nichtunterstützendes soziales Umfeld während des Lebensverlaufs (Jenkins 1983; Joseph & Syme 1982);
- eine Biographie von besonders kritischen Lebensereignissen und mangelnde psychische Gesundheit bezogen auf Scheidung, Auflösung der Familie, Arbeitslosigkeit usw. (Moser et al. 1984; Fox & Goldblatt 1982; Shekelle et al. 1980).

Wirksame Interventionsstrategien in diesen Bereichen, die vor bzw. nach dem Tumoraufreten ansetzen, können die Immunokompetenz vor Auftreten der Krankheit (Kiecolt-Glaser et al. 1987) und die Krebsrisikodifferentiale (Moser et al. 1984) verändern, so wie sie auch die psychische Anpassung nach der Erkrankung fördern und das Risiko der Metastasenbildung reduzieren können. Innerhalb eines biopsychosozialen Rahmens sind erhebliche Forschungsanstrengungen nötig, um wissenschaftliche Grundlagen für Interventionsprogramme im Bereich Krebsvorsorge und -behandlung zu schaffen (Schneidermann & Tapp 1985; Temoshok et al. 1983; Engel 1977). Die in den letzten beiden Jahrzehnten erzielten technischen Fortschritte auf den Gebieten der Hirnforschung, Endokrinologie und Immunologie ermöglichen es jetzt, den Einfluß psychosozialer Faktoren bei der Entstehung, der Entwicklung und dem klinischen Verlauf von Tumoren sowohl bei Tieren als auch beim Menschen zu erforschen (Rogers et al. 1979; Sklar & Anisman 1979; Ader & Cohen 1987-8). Die Streßforschung hat wichtige Einsichten im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen bezüglich Prävention und Überlebenschancen erbracht, z.B. die Arbeiten über psychologische und physiologische Wirkungen von Streß und das Typ-A-Verhaltensmuster im Bereich der Verhaltensmedizin (Schneidermann & Tapp 1985). Es steht zu erwarten, daß in absehbarer Zeit die Streßforschung vergleichbare Ergebnisse erarbeiten wird, die es Politikern ermöglicht, adäquate Strategien für die Prävention und Behandlung von vielen, wenn nicht allen malignen Erkrankungen zu formulieren. Gegenwärtig wird darüber spekuliert, daß nicht der Streß an sich, sondern spezielle pathologische Muster der Streßbewältigung, wie sie von krebgefährdeten Personen benutzt werden, von ätiologischer Bedeutung zu sein scheinen, entweder

bezüglich ihres schwächenden Einflusses auf die körpereigenen Abwehrkräfte oder wegen ihrer anderen krankheitsbegünstigenden Wirkungen (Solomon 1985; Dilman & Ostroumova 1984). Diese Erkenntnisse, die unter dem Begriff krebsfördernden oder Typ-C-Verhaltens zusammengefaßt wurden, leiten Verhaltensinterventionen in vielen Krebszentren an und scheinen die Überlebenschancen zu erhöhen (Watson 1988; Baltrush & Waltz 1987; Greer & Watson 1985; Pettingale 1985; Temoshok & Fox 1984; Renneker 1981; Rogentine et al. 1979). Es kann eine gewisse Konvergenz von Forschungsergebnissen der Verhaltensmedizin und der Entwicklung therapeutischer Interventionen der psychosozialen Onkologie im klinischen Bereich festgestellt werden.

3. Gesundheitsförderung und Krebshilfe: Wesentliche Ziele und grundlegende Konzepte

Die Gesundheitsförderung in der europäischen psychosozialen Onkologie hat gegenwärtig zwei wesentliche Ziele. Erstens, Verbesserung des psychischen und sozialen Wohlbefindens oder, in einem weiteren Sinne, der Lebensqualität (Aaronson & Beckmann 1987). Das zweite Ziel richtet sich auf das physische Wohlbefinden und das Überleben von Menschen, die eine Krebsbehandlung hinter sich haben. Etwas präziser ausgedrückt, geht es um die Erreichung einer möglichst langen beschwerdefreien Lebensperiode und die Förderung der körperlichen Gesundheit durch eine Mobilisierung der Tumorabwehrkräfte Ressourcen des Organismus. Dieser Begriff bezieht sich auf die Möglichkeit, das efferente und afferente Informationssystem, das das Gehirn mit den Zellen verbindet, zu modulieren (Lloyd 1984; Blalock 1984; Borysenko 1982). Balitsky und seine Mitarbeiter am Krebsforschungsinstitut in Kiew begründen den Begriff mit ihren eigenen Erkenntnissen bezüglich des Problems des chirurgischen Streß, psychoemotionalen Streß sowie adverser biologischer Prozesse und Metastasierungen (Balitsky 1983, 1986, 1987).

Aus biomedizinischer und psychosozialer Sicht stellen die Krebsarten ein äußerst komplexes Phänomen dar. Deshalb ist der Erkenntnisstand, von dem aus wir effektive Interventionsstrategien entwickeln können, noch relativ schwach. Wir wissen zu wenig über die Ursachen des Krebses oder über den Einfluß von Verhaltensfaktoren auf den klinischen Verlauf der vielen ver-

schiedenen malignen Störungen. Dennoch entwickeln viele Krebszentren und Laiengruppen früherer Patienten in den verschiedenen Ländern Europas innovative Programme zur Bewältigung der zahlreichen Probleme, die durch eine Krebsdiagnose und ihre medizinische Behandlung ausgelöst werden, sowie zur Förderung der Überlebenschancen durch holistische Ansätze. Die folgenden Konzeptdefinitionen beziehen sich entweder auf die Ziele der Gesundheitsförderung oder auf die Mittel zu ihrer Erreichung. Sie enthalten Begriffe, die in der verhaltenswissenschaftlichen Literatur über Bewältigung bzw. Anpassungsprozesse an chronische Erkrankungen entwickelt worden sind (de Haes 1988; Badura 1981, 1987; Cohen & Syme 1985; Moos 1984; Lazarus 1974, 1984; Molleman & Pruyn 1981; Cohen & Lazarus 1979; Weisman & Worden 1977).

Lebensqualität, Glück und subjektives Wohlbefinden sind synonyme Begriffe für das oberste Ziel von Gesundheitsförderungsprogrammen für chronisch Kranke (de Haes & Knippenberg 1985). Lebensqualität ist ein sehr elastischer Begriff, läßt sich jedoch definieren als ein Gefühl der Zufriedenheit und Harmonie mit sich selbst und der sozialen und psychischen Welt (vgl. auch den Beitrag von Beckmann & Ditlev in diesem Buch). Hinsichtlich der Operationalisierung des Konzepts und der Entwicklung adäquater psychometrischer Meßverfahren sowohl für die Allgemeinbevölkerung wie für chronisch Kranke sind in jüngster Vergangenheit erhebliche Fortschritte gemacht worden. Es ist allerdings grundsätzlich zu prüfen, ob eine Skala, die das Ausmaß von Depressionen bei Krebspatienten mißt, tatsächlich den psychologischen Status korrekt quantifiziert, und ob sie Statusveränderungen im Laufe der Zeit, z.B. wenn der Patient die Depression überwindet, auch wirklich korrekt wiedergibt.

Die EORTC Arbeitsgruppe zur Lebensqualität versucht gegenwärtig, Maßstäbe zu entwickeln, um Unterschiede im subjektiven Wohlbefinden nach der Krebsbehandlung zu quantifizieren (Aaronson et al. 1988). Bei chronisch Kranken wird Lebensqualität in Beziehung gesetzt zum:

- objektiven/subjektiven Gesundheitszustand,
- Erfolg bei der Bewältigung der Situation nach dem Auftreten der Krankheit,
- Ausmaß des Glücks und der Lebenszufriedenheit vor der Krankheit (Waltz et al. 1988; Levy 1985; Mendelsohn 1979; Cohen & Lazarus 1979).

Bewältigungsverhalten beeinflusst die Lebensqualität über die emotionale Bewältigung des Krankheitsstresses wie über das Management des Selbstbildes. (Eine Definition von Bewältigung folgt weiter unten.) Die Verringerung negativer Gefühlszustände (z.B. Angst) durch erfolgreiches Bewältigungsverhalten bewirkt ceteris paribus eine Erhöhung des subjektiven Wohlbefindens. Dasselbe gilt für die Bewältigung der Krebsfolgen als Bedrohung für das Selbstbild, das der Krebspatient vor der Krankheit besaß. Der Umgang mit dem Selbstbild wird zunehmend im Hinblick auf alle chronisch Kranken, besonders aber bezüglich Krebspatienten diskutiert (Ray & Baum 1985; Moos 1984; Schain 1980; Cohen & Lazarus 1979). Man kann es als Aufrechterhaltung einer positiven Beziehung zu seinem Körper auffassen, als intakte sexuelle Identität, Selbstwertgefühl und als ein Gefühl persönlicher Agilität oder Selbstverwirklichung. Diese positiven Einstellungen bzw. Einschätzungen des Selbst sind wesentliche Quellen der Lebensqualität (Waltz 1987). Gleichzeitig wirken sie vermutlich auch über neuroendokrine Kanäle (z.B. Neuropeptide und Corticosteroide) gesundheitsfördernd, wie die Forschungsergebnisse von Bandura und seinen Mitarbeitern (1985, 1987) über Schmerzkontrolle nahelegen. Aufgrund der zentralen Rolle von Einstellungen zum Selbst im menschlichen Leben und ihrem Einfluß auf das Wohlbefinden, haben viele psychosoziale Interventionsprogramme gewisse Formen des Umgangs mit dem Selbstbild zum Inhalt ihrer Arbeit mit Patienten (Bos-Branolte 1987), und viele epidemiologischen Untersuchungen messen Selbstwertgefühl und vergleichbare Einstellungen zum Selbst als Prädiktoren für Ergebnisse (de Haes 1988). Ein weiterer Aspekt von Bewältigung liegt in der Förderung positiver Gefühlszustände wie Freude, Optimismus, Tatkraft und gute Laune, sowie der Genugtuung, etwas unternehmen und mit anderen Menschen zusammen sein zu wollen. Krebs verursacht ein Syndrom, das sowohl aus einem plötzlichen Anstieg an disphorischen Gefühlen (wie Angst oder Depression) als auch einem Versiegen von früheren Quellen der Selbstzufriedenheit und des Wohlbefindens besteht. Wirkungsvolles Bewältigungsverhalten im Sinne der Steigerung der Lebensqualität bedeutet die Umkehrung dieses Prozesses (Cohen 1982). Viele Patienten, die mit ihrem Krebsleiden fertig geworden sind, fühlten sich nach ihrer Krankheit wohler als zuvor. Selbst unheilbar Kranke scheinen trotz ihres

somatischen Zustandes eine einigermaßen befriedigende Lebensqualität zu erreichen (Morris & Sherwood 1987). Psychosoziale Morbidität bezieht sich auf die sozialen und psychologischen Neben- bzw. Nebenwirkungen der somatischen Krebsmorbidity (Cohen 1982). Eine der wichtigsten Komponenten der psychosozialen Morbidität ist die Bedrohung der physischen und psychischen Integrität des Individuums durch den Krebs und die dabei entstehende Angst. Hoffnungs- und Hilflosigkeit sowie depressive Gemütszustände (Endicott 1984) sind der zweite Aspekt der psychosozialen Morbidität, der entweder die Form eines völligen Zusammenbruchs der Abwehrmechanismen oder einer extremen Repression der depressiven Affekte annehmen kann (Levy 1985; Jensen 1984). Schließlich stellt Krebs eine massive Bedrohung des Selbst dar: Körperbild, sexuelle Identität, Selbstwertgefühl und Gefühle der Leistungsfähigkeit (Bos-Branolte 1987; Mantell 1982; Schain 1980; Meyerowitz 1980; Polivy 1977). Die sozialen Aspekte der psychosozialen Morbidität umfassen den Rückzug aus dem zwischenmenschlichen Netzwerk der Familie, von Freunden und Verwandten, Einsamkeit, Verlust der sozialen Quellen für Zufriedenheit und Anerkennung im Arbeitsleben bzw. in der Gemeinde (Wortman & Dunkel-Schetter 1982; Wortman & Conway 1985). Strategien der Gesundheitsförderung können sowohl bei den psychologischen als auch den sozialen Aspekten der psychosozialen Morbidität ansetzen, da beide Voraussetzungen für die Normalisierung und Wiederherstellung von Lebensqualität nach der Krebserkrankung darstellen. Diese Faktoren scheinen in ähnlicher Weise in Bezug zum Risiko der Metastasenbildung und zum vorzeitigen Tod sowie zur Immunfunktion zu stehen (Kiecolt-Glaser et al. 1987; Jensen 1984; Levy 1985). Soziale Unterstützung bezieht sich auf die Bereitstellung zwischenmenschlicher Beziehungen, die eine günstige Wirkung auf die Bewältigung der psychosozialen Morbidität, auf die Fähigkeit zur Herstellung bzw. Erhaltung von Lebensqualität sowie auf Möglichkeiten zur Beeinflussung des klinischen Krankheitsverlaufs und der Krebsüberwindung ausüben (Wortman & Conway 1985; Levy 1985; Taylor et al. 1982; Dyk & Sutherland 1956). Vier Formen der sozialen Unterstützung werden in der Literatur beschrieben (Schaefer et al. 1982; Cobb 1976):
- emotionale Unterstützung,- Förderung des Selbstwertgefühls,- Bereitstellung von Informationen und- materielle Unter-

stützung einschließlich finanzieller Hilfen und der Gewährung von Sach- und Dienstleistungen.

Besonders hervorzuheben ist, daß dieses Konzept Laienaktivitäten psychotherapeutischer Natur einschließt, wie z.B. das Zuhören bei Ängsten und Sorgen, Beratung und Ermutigung, Förderung von Optimismus und Zuversicht. Hauptquellen der sozialen Unterstützung nach Krebserkrankungen sind Ärzte und das Pflegepersonal, die nächsten Familienangehörigen, frühere Krebspatienten, die als Laienbesucher kommen, Professionelle, die soziale Unterstützung für Krebspatienten zur Verfügung stellen sowie die sozialen Netzwerke am Arbeitsplatz und in der Gemeinde. Für viele ehemalige Krebspatienten sind Selbsthilfegruppen eine wichtige Quelle für emotionalen Unterstützung und die Förderung des Selbstwertgefühls (Schafft 1981).

Unter Bewältigung versteht man intrapsychische und andere Aktivitäten des Individuums, um mit seiner Krankheit fertigzuwerden (Cohen & Lazarus 1979).

Deshalb hat Gesundheitsförderung sehr viel mit der Förderung effektiven Bewältigungsverhaltens zu tun (Weisman & Sobel 1979).

Auf der kognitiven Ebene schließt Bewältigungshandeln die zentrale Aufgabe der Beurteilung der eigenen Lebenssituation nach der Krebsdiagnose oder, wie Lazarus schreibt, den primären und sekundären Beurteilungsprozeß ein: d.h., was ist geschehen und was kann getan werden? Optimismus und Kampfgeist dürften bei diesem Beurteilungsprozeß wichtige Hilfen zur Bewältigung darstellen (Greer & Watson 1985; Levy 1985).

Man vermutet, daß ein Großteil der Krebspatienten lernen muß, die eigenen fundamentalen Bedürfnisse wahrzunehmen und ihre vor der Krankheit bestehende soziale Umwelt so zu verändern, daß diese Bedürfnisse auch befriedigt werden können (Baltrush & Waltz 1986). Viele Formen verhaltensorientierter Interventionen und der Psychotherapie - wie der psychotherapeutische Ansatz von Renneker (1981), Schnurres Gestalt- und Egetherapie (vgl. ihren Beitrag in diesem Buch) oder Bos-Branoltes Gruppensitzungen (1987) - beziehen sich auf diese typischen Bewältigungsprobleme von Krebspatienten. Diese Art der Bewältigung unterscheidet sich von der innerpsychischen Bewältigung, bei der der Betroffene versucht, die von der Krebsdiagnose und ihren Nachwirkungen ausgehenden psychosoziale Morbidität zu überwinden. Während die eine Art der Bewältigung darauf abzielt, die Umwelt und die Lebensweise des Patienten im Interesse

seines Überlebens zu ändern, bezweckt die andere Art seine gefühlsmäßige Bewältigung der Krankheitsbelastung. Eine Reduzierung der Angstgefühle oder der Niedergeschlagenheit bzw. eine Steigerung des Selbstwertgefühls und der persönlichen Kontrolle können als Indikatoren für die Effektivität beider Arten des Bewältigungsverhaltens gelten (Cohen & Lazarus 1979; Lazarus & Folkman 1984). Wir neigen gegenwärtig mehr und mehr der Ansicht zu, daß erfolgreiches Bewältigungsverhalten zu längerem Leben führt und daß verhaltensbezogene Interventionsprogramme Krebspatienten dabei unterstützen können, "gute Bewältiger" zu werden. Solche Programme - z.B. die Lehrprogramme, die nach den Ergebnissen des Omega-Projekts in Harvard entwickelt wurden (Weisman & Worden 1977; Weisman & Sobel 1979; Weisman et al. 1980) - fördern die Entwicklung und den Gebrauch effektiver Bewältigungsstrategien durch den Patienten und lassen günstige Ergebnisse sowohl objektiver als auch subjektiver Art erwarten.

Das körperliche Wohlbefinden bezieht sich auf die Mobilisierung der Tumorabwehrkräfte des Organismus, die Verhütung der Metastasenbildung, die Verlängerung der beschwerdefreien Periode nach der medizinischen Behandlung und das Überleben. Wir verfügen gegenwärtig nur über wenig fundierte wissenschaftliche Erkenntnisse bezüglich der Entwicklung bzw. Sicherung körperlichen Wohlbefindens nach der Krebserkrankung; es bestehen jedoch begründete Vermutungen hinsichtlich der Beeinflussung des klinischen Krankheitsverlaufs durch verhaltensbezogene Interventionen (Cunningham 1984). Es scheint, daß die meisten psychosozial orientierten Onkologen darin offenbar ein Hauptziel ihrer Aktivitäten im Bereich Gesundheitsförderung sehen. Klinische Erfahrungen der psychosozialen Onkologie, eine Reihe von Fallstudien über die spontane Heilung von Tumoren der verschiedenen Körperteile und seit kurzem auch fundierte empirische Erkenntnisse untermauern diese Vermutungen und die darauf bezogenen verhaltensorientierten Interventionsprogramme (Kiecolt-Glaser & Glaser 1985; Levy 1985; Cunningham 1984; Spector 1985; Institute for the Advancement of Health 1984-8).

Psychosoziale Interventionen. Cunningham (1984) hat auf übereinstimmende Anzeichen hingewiesen, wonach psychosoziale Interventionen "die Lebensdauer von Krebskranken verlängern können". Grundlegend für diese Einschätzung ist, daß der Geist den Körper in präziser Weise beeinflussen

kann, wie aus dem Placeboeffekt, dem Biofeedback, der Hypnoseforschung und der psychologischen Konditionierung von Immunreaktionen hervorgeht (Spector 1985; Institute for the Advancement of Health 1984). Außerdem zeigen von Krebs-erkrankungen geheilte Patienten gemeinsame Eigenschaften, z.B. ein hohes Selbstbewußtsein und einen starken Lebenswillen "verbunden mit einem Verantwortungsgefühl für die eigene Genesung und der Überzeugung, daß die Genesung möglich ist" (Cunningham 1984). Weitere Eigenschaften sind positive Veränderungen in der Umwelt des Betroffenen und die Übernahme einer gesundheitsfördernden Lebensweise. Die Programme vieler Krebszentren (vgl. Kap. 8 und 9.2 in diesem Buch) zielen genau auf die Punkte, die von Cunningham in seinem Plädoyer für eine Psychotherapie von Krebskranken zur Verbesserung ihrer Überlebenschancen formuliert worden sind, z.B. eine optimistische Einstellung und Selbstverwirklichung, Kampfgeist und Lebenswille.

Theoretische Arbeiten (Renneker 1981) und empirische Erkenntnisse der jüngsten Zeit (Levy 1982, 1985) lassen darauf schließen, daß psychosoziale Interventionen zur Förderung der Lebensqualität gleichzeitig die medizinische Behandlung unterstützen und die Mobilisierung der Tumorabwehrkraft des Organismus, z.B. die NK-Zellen, fördern. Klinische Erfahrungen wie empirische Forschungen des biopsychosozialen Paradigmas bestätigen die Richtigkeit der theoretischen Annahmen und der entsprechenden Interventionen.

Ein auf diesem Ansatz beruhendes innovatives Forschungsdesign zeigte bei Brustkrebspatientinnen, daß Freude, Optimismus, das Fehlen von Hilf- und Hoffnungslosigkeit sowie die soziale Unterstützung mit Unterschieden im Risiko der Metastasenbildung und den Überlebenschancen bei metastatischem Brustkrebs korrelieren (Levy 1985). Wie weit diese Erkenntnisse auf andere Krebserkrankungen übertragen werden können, ist noch ungewiß, doch dürfte es sich lohnen, diese Strategien der Gesundheitsförderung weiter zu entwickeln (Temoshok & Fox 1984; Temoshok & Heller 1984; Rogentine et al. 1979; Jensen 1984).

Typ-C-Verhalten. In Studien an Patienten mit malignen Melanomen und Brustkrebs konnte gezeigt werden, daß Elemente dieser Verhaltensmuster zu unterschiedlichen Überlebenschancen beitragen (Greer 1985). Man vermutet gegenwärtig, daß das Typ-C-Verhalten ein psychophysiologisches Reaktionsmuster auf Umweltbedingungen oder Anforderungen darstellt, welches

möglicherweise mit ungünstigen Neuroimmunmodulationsmustern in Beziehung steht (Baltrush et al. 1988). Solomon (1985) hat dies als immunfeindliche Persönlichkeitsstruktur bezeichnet. Sie umfaßt die starke Verdrängung negativer Erkenntnisse und Gefühle, ein Mangel an emotionaler Offenheit, gestörte zwischenmenschliche Beziehungen, Harmonisierungsverhalten und ständiges Freundlichsein, tiefgreifendes Mißtrauen gegenüber anderen, Selbstverneinung sowie Anfälligkeit für Depression, besonders der verdeckten Art (Baltrush & Waltz 1986; Greer 1985). Auf psychologischer Ebene läßt sich dies als "Hyperadaptivität", d.h. übermäßige Anpassung an chronische Streßbelastungen bezeichnen mit dem erhöhten Risiko der Krebserkrankung sowie eines ungünstigen klinischen Krankheitsverlauf (Dilman 1983, 1984). Wie bei der Rehabilitation von Herzkranken können Programme zum Abbau pathologischer Muster der Streßbewältigung eine wichtige Methode der Gesundheitsförderung im Hinblick auf die Erreichung von Lebensqualität und körperlichen Wohlbefindens darstellen.

Krebshilfe. Dies ist ein umfassender Begriff, der besonders im Zusammenhang mit Rehabilitation und ähnlichen Begriffen verwendet wird, da er alle Krankheitsphasen - inklusive der tödlichen - und alle Menschen, ob Professionelle oder Laien, umfaßt, die solche Hilfe geben.

4. Kategorisierung der Zielgruppen der Gesundheitsförderung

Vor der Erörterung der gegenwärtigen Aktivitäten der Gesundheitsförderung für Patienten und Nichtpatienten sollte zunächst versucht werden, diese Gruppen näher zu bestimmen. Zweck dieser Kategorisierung ist es, die wesentlichen Bedürfnisse und Defizite aufzuzeigen sowie spezielle Bedürfnisse, die altersabhängig sind und sich auf die verschiedenen Krankheitsphasen beziehen, herauszustellen.

4.1 Zielgruppe Patienten

4.1.1 Die Dimension Heilung/Linderung

Die medizinische Onkologie hat in den vergangenen Jahrzehnten große Fortschritte in der Entwicklung kurativer Therapien für bestimmte Krebsarten und für die Verlängerung der beschwerdefreien Zeit bei immer mehr Patienten gemacht. Der Umstand, daß viele Patienten die erste

Krankheitsphase überleben und damit lernen müssen, sich mit einem "Leben mit Krebs" auseinanderzusetzen, hat zur Entwicklung der psychosozialen Onkologie als notwendiger Ergänzung zur medizinischen Onkologie geführt.

Professionelle und Laien bemühen sich in der Gesundheitsförderung darum, den Betroffenen zu helfen, sich positiv an ein "Leben mit Krebs" zu gewöhnen. Sie konzentrieren ihre Bemühungen darauf, die physischen, psychischen und sozialen Ressourcen der Patienten zu mobilisieren, damit sie weiterleben und ein adäquates Maß an Lebensqualität erhalten bzw. erreichen. In diesem Abschnitt ist vor allem von dieser wesentlichen Zielgruppe der überlebenden Patienten sowie von innovativen Entwicklungen in der Gesundheitsförderung hinsichtlich ihrer psychosozialen Unterstützung die Rede. Bei bestimmten Krebsarten stehen gegenwärtig nur palliative Formen medizinischer Behandlung zur Verfügung. Es gibt aber auch Patienten, die eine schlechte physische Prognose, d.h. für den Krebsverlauf haben. Diese Patienten stellen die zweite Zielgruppe der psychosozialen Onkologie dar, in der es um die Bewältigung der Aussicht auf den baldigen Tod geht. In dieser schweren Lebenslage sind nicht nur der Patient, sondern auch seine Familie sowie die professionellen Helfer häufig extremem psychosozialen Streß ausgesetzt (Sobel 1981; Worden 1982; Zimmerman 1981; Corr & Corr 1983; Cassileth & Donovan 1983; Day 1986).

4.1.2 Die Altersdimension

Im Gegensatz zu anderen chronischen Krankheiten, die mit dem Altern in modernen Industriegesellschaften zusammenhängen, umfaßt Krebs auch Krankheitserscheinungen, die bereits bei Kindern und Jugendlichen sowie jungen Erwachsenen auftreten können. Darüber hinaus können manche Krebsarten - wie auch die wichtigsten Herz-Kreislauf-Erkrankungen - als Folgen von Streßbelastungen während des Alterns, als Abnahme der Immunkräfte, physiopathologische Veränderungen im Metabolismus und in anderen Systemen des Organismus sowie als sonstige psychophysiologische Reaktionen auf chronischen Streß betrachtet werden (Dilman & Ostroumova 1984). Es konnte nachgewiesen werden, daß Krebs mit Streßbedingungen wie z.B. Arbeitslosigkeit (Moser et al. 1984), mit Depressionszuständen (Shekelle et al. 1980) und mit ungünstigen sozialen Umweltbedingungen

während der Kindheit und des Erwachsenenalters (Baltrush & Waltz 1986; Thomas et al. 1979; Jenkins 1983; Joseph & Syme 1982) in Verbindung steht.

Epidemiologische Krebsstudien weisen darauf hin, daß bestimmte Krebsarten vorwiegend eine bestimmte Altersgruppe (z.B. junge Erwachsene) befallen, während andere sich auf zwei Altersgruppen (das mittlere und späte Lebensalter) verteilen, also über mehrere Jahrzehnte der Lebensspanne auftreten können (Schottenfeld & Fraumeni 1982). Je nach Alter des Patienten kann die psychologische Morbidität stark schwanken, da sie von der Lebenslage des Betroffenen abhängig ist.

Krebskranke Kinder befinden sich noch in ihrer Persönlichkeitsentwicklung und lernen für ihre zukünftigen sozialen Rollen; die Krankheit kann ihre weitere schulische und berufliche Bildung erheblich behindern (Spinetta & Deasy-Spinetta 1981; Van Donger & Sanders-Woudstra 1986). Junge Erwachsene stehen am Anfang ihres Berufslebens, suchen nach dem Ehepartner und sind im Begriff, eine Familie zu gründen. Ältere Patienten haben diese Lebensabschnitte hinter sich und sind vielleicht zufrieden oder unzufrieden mit ihrer Ehe, ihrem Berufserfolg usw. Die gleiche Krankheit kann deshalb sehr verschiedene Wirkungen haben - abhängig davon, in welcher Lage sich der Patient innerhalb seines Lebenszyklus befindet.

4.1.3 Veränderte Bedürfnisse nach Gesundheitsförderung zu unterschiedlichen Zeiten der "Patientenkarriere"

Wir nehmen an, daß die Bedürfnisse der Krebspatienten im Laufe der Zeit Schwankungen unterliegen und daß sich die entsprechenden Aktivitäten der Gesundheitsförderung und diejenigen, die sie zur Verfügung stellen, ebenfalls verändern.

Der erste kritische Punkt in der Karriere des Krebspatienten ist die Zeit unmittelbar vor und nach der Diagnose (Morris & Sherwood 1987; Rainey et al. 1983). In dieser kritischen Periode fallen der erste Verdacht auf eine mögliche Tumorbildung und die Entscheidung, einen Arzt aufzusuchen. Die psychologischen Reaktionen eines Patienten auf die Krebsdiagnose umfassen Verzweiflung, Angst, Hilf- und Hoffnungslosigkeit sowie verdeckte oder offene Depression. Diese Reaktionen können allein für sich genommen schon als krasse Verschlechterung des psychischen Wohlbefindens angesehen

werden; sie wirken sich gewiß nach dem bekannten neuroendokrinen Weg nachteilig auf die Abwehrkräfte des Organismus aus. Die Bedeutung dieser kritischen Phase findet bei Ärzten nur wenig Aufmerksamkeit und Möglichkeiten der Gesundheitsförderung zum Zeitpunkt der Diagnose werden häufig abgelehnt. Empirische Studien sind erforderlich, um den Unterschied der psychophysiologischen Reaktion auf die Krebsdiagnose in unterstützenden und nichtunterstützenden medizinischen Rahmenbedingungen nachzuweisen. Krebspatienten berichten selbst, daß diese Periode in hohem Maß von seelischer Not und Unruhe gekennzeichnet ist; psychosoziale Interventionsprogramme scheinen dringend erforderlich zu sein. Der zweite kritische Punkt ist die Zeit vor und nach einem chirurgischen Eingriff. Für diesen Punkt der Patientenkarriere wurden verschiedene Interventionsprogramme entwickelt, die auf anerkannten psychologischen Theorien und Therapiekonzepten gründen. Dazu gehören die Vorbereitung auf zukünftiges Leid (Siegel & Weinstein 1983; Janis 1979), Bewältigungstechniken (Weisman & Sobel 1979) und Entspannungsübungen (Vachon 1986; Burish & Lyle 1981). Als ziemlich wichtig erweisen sich Laienbesuche, die sich auch auf anderen Gebieten der Gesundheitsförderung als wirksam herausgestellt haben, z.B. Besuche von Witwe zu Witwe nach dem Verlust des Ehegatten (Vachon 1976; Walker 1977) oder Besuche von früheren Patienten vor einer Operation am offenen Herzen. Laienbesuche sind besonders effektiv für die Aufrechterhaltung des subjektiven Wohlbefindens, für die Entwicklung von Rollenmodellen zur Bewältigung der physischen und psychosozialen Morbidität und zur Stärkung der biologischen Ressourcen des Individuums (dieses Thema wird näher im Abschnitt 5.1.2 dieses Beitrages ausgeführt). Der Einsatz von psychosozial orientierten Onkologen zum Zeitpunkt der Diagnose und des chirurgischen Eingriffs (vgl. Kap. 9.3 in diesem Buch) wirkt sicher in der gleichen Richtung wie Laienbesuche. Der Widerstand von Ärzten und der Krankenhausverwaltungen gegen diese Art der Gesundheitsförderung ließe sich wohl überwinden, wenn wir gesicherte Ergebnisse aus kontrollierten Studien über Metastasenbildung, beschwerdefreie Zeiträume nach chirurgischen Eingriffen und langfristige Überlebensraten von Patienten aufweisen könnten. Die Vertreter der medizinischen Berufe und die Familie des Patienten sind wichtige

Quellen für die soziale Unterstützung zu diesem kritischen Zeitpunkt. Erfahrungsberichte und epidemiologische Forschungsergebnisse legen leider den Schluß nahe, daß viele Patienten mit der informativen und emotionalen Unterstützung durch ihren Arzt und/oder Lebensgefährten nicht zufrieden sind (Lewis & Blum 1979). Außerdem fehlt vielen Patienten während dieser Periode der emotionalen Bewältigung der Krebserkrankung ein unterstützendes soziales Netzwerk. Intensive Aus- und Fortbildungsprogramme für Beschäftigte des Gesundheitswesens, die als potentielle Träger der unterstützender Gesundheitsförderung fungieren, sind erforderlich. Das gleiche gilt für die Mobilisierung des Unterstützungspotentials der Familie und des sozialen Netzwerks des Patienten während dieser Frühphase der Anpassung an ein "Leben mit Krebs". Mit der postoperativen Nachbehandlung tritt der Patient in die dritte Phase seiner Patientenkarriere ein und sieht sich neuen Problemen und Bedürfnissen gegenüber (Morrow 1981; Chang 1981; Burish & Lyle 1981; Morrow et al. 1981, 1982, 1988). Ergänzende Chemo- und Strahlentherapie können weitreichende körperliche und psychosoziale Auswirkungen auf den Patienten haben. Wir vermuten, daß angemessene unterstützende Interventionen von der soeben erwähnten Art einen positiven Einfluß auf die therapeutische Wirksamkeit dieser ergänzenden Therapien haben. Sie würden außerdem die negativen psychologischen Reaktionen in Bezug auf das Körperbild, die Selbstachtung und Gefühle geringer persönlicher Kompetenz reduzieren. Was die bei vielen Patienten auftretenden unerwünschten Körperreaktionen wie Übelkeit und Erbrechen betrifft, versuchen viele Krebszentren dem mit Entspannungstechniken und Psychotherapien zu begegnen (Scott et al. 1983; Bos-Branolte 1987). Interventionstechniken bei ergänzenden Therapien sind ziemlich standardisiert; sie können allerdings nur dann verwendet werden, wenn die Professionellen sich bewußt sind, daß sie dem Patienten helfen können (Morrow & Dobkin 1988). Die vierte Phase, die nach der postoperativen Nachbehandlung einsetzt, ist eine Phase der allmählichen Normalisierung und sozialen Wiedereingliederung. Die Patienten müssen mit den körperlichen Folgeerscheinungen ihrer Krankheit (z.B. körperliche Verunstaltung, Schmerz, Ermüdung usw.) sowie mit den weitreichenden Auswirkungen auf ihre Lebenslage und Welt von vor der Krankheit kämpfen. Dieser

Abschnitt der Patientenkarriere kann als eine psychosoziale Übergangsperiode betrachtet werden. Idealerweise sollte eine umfassende Langzeitbetreuung der Krebskranken während zwei bis zehn Jahren nach der Diagnose Teil der Unterstützung durch Laien sein, wobei die Vertreter der medizinischen Berufe nur eine Nebenrolle zu spielen hätten.

Die beiden Eckpfeiler der Gesundheitsförderung sind Krebs-Selbsthilfegruppen und das natürliche soziale Netzwerk des Patienten, zu dem bei verheirateten Erwachsenen der Ehegatte, bei Kindern die Eltern gehören; darüber hinaus sind das weitere soziale Netzwerk am Arbeitsplatz, in der Schule und der Gemeinde einbezogen. Wenig Aufmerksamkeit ist bisher Programmen gewidmet worden, die die Rückkehr an den Arbeitsplatz, in die Schule und die soziale Wiedereingliederung fördern. Dabei sind sie zur Erhaltung der vor der Krankheit bestandenen sozialen Netzwerke und zur Förderung des sozialen Wohlbefindens sowie einer positiven psychischen Grundstimmung notwendig. Diese Netzwerke befriedigen Bedürfnisse nach sozialen Kontakten und persönlicher Anerkennung und können außerdem in stressbeladenen Lebenslagen Quellen der sozialen Unterstützung darstellen. Sozioemotionale Isolierung, die Unfähigkeit zur Bewältigung von Lebensproblemen (Arbeit, Ehe usw.) und das Fehlen einer positiven geistigen und sozialen Gesundheit stehen offenbar im Zusammenhang mit dem Abbau von Immunkräften und der möglichen langfristigen Schwächung der biologischen Tumorabwehrkräfte (Kiecolt-Glaser et al. 1984, 1985, 1987; Locke et al. 1984; Levy 1985). Umgekehrt wirkt sich die soziale Unterstützung während kritischer Zeiten der Patientenkarriere auf eine langfristige Krebsremission und langes Überleben günstig aus, z.B. im Zusammenhang mit kritischen Lebensereignissen wie Witwenschaft, Pensionierung, Arbeitsplatzverlust und andere einschneidende Situationen. Ebenso wie langfristige medikamentöse Behandlung und medizinische Überwachung brauchen Krebskranke eine hinreichende Unterstützung hinsichtlich der Erhaltung ihrer psychophysiologischen Homöostase. Eheprobleme oder belastende Lebensereignisse gefährden die Homöostase, während Arbeits- und Lebenszufriedenheit sowie Zufriedenheit in der Ehe sie fördern. Die Patienten müssen dabei unterstützt werden, ersteres zu bewältigen und letzteres als Teil einer langfristigen Gesundheitsförderung zu erreichen (Vachon 1986). Schnurre schlägt vor, daß Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden

sollten, in denen Patienten "psychisch auftanken" können, wann immer sie das Gefühl haben, Distreß und Depressionen zu bekommen.

4.2 Zielgruppe Nichtpatienten

Ein zweiter Schwerpunkt der Gesundheitsförderung könnte mit dem Schlagwort "Helft den Helfenden" zusammengefaßt werden. Hierbei wird davon ausgegangen, daß die Professionellen und das natürliche soziale Netzwerk bei der Anpassung an ein "Leben mit Krebs" eine wichtige Rolle spielen, aber ihrerseits auch häufig der Betreuung bedürfen, um ihre Rolle voll ausfüllen zu können. Die auf die Zielgruppe der Nichtpatienten gerichteten Gesundheitsförderungsansätze beinhalten die unterschiedlichsten Programme für die Professionellen, das Pflegepersonal in onkologischen Abteilungen, Spezialisten der psychosozialen Onkologie (Rainey et al. 1983) sowie für die Familien und das soziale Netzwerk der Krebskranken (Picard & Scaff 1988). Verhaltensbezogene Interventionen gelten häufig denjenigen, die die Hauptlast der Unterstützung tragen, wie den Eltern krebskranker Kinder, den Ehegatten junger und/oder im mittleren Alter stehender Erwachsener oder den erwachsenen Kindern älterer Kranker. In einem holistischen System der psychosozialen Anpassung an Krebs stellen Ärzte und diejenigen, die die Unterstützung hauptsächlich übernehmen, die wesentliche Zielgruppe dar (Vachon 1986; Blumberg et al. 1980).

Ein Typ von Programmen ist kognitiv ausgerichtet und zielt darauf ab, Professionelle und Laien den Problemen und Sorgen bestimmter Krebspatienten gegenüber aufgeschlossener zu machen (American Cancer Society 1979; Sullivan et al. 1988) und sie dafür auszubilden, wie sie effektiv die benötigte soziale Unterstützung vermitteln können. Wir unterstellen, daß die verschiedenen Formen, soziale Unterstützung zu geben, gelernt werden können; Ärzte und Laien, die noch nicht über diese Fähigkeiten verfügen, können diese sich aus Handbüchern und in der Fortbildung erwerben (Blumberg et al. 1980 als Beispiel für solch einen Ansatz; Rainey et al. 1983).

Ein weiterer Programmtyp ist der geistigen und körperlichen Gesundheit der Betreuer gewidmet, um vor allem zu vermeiden, daß sie Opfer des "burned out"-Syndroms werden. Die Fähigkeit, Unterstützung zu vermitteln, ist langfristig nur dann gegeben, wenn Laien und Professionelle ihre eigene

TABELLE 1. EIN MULTIDIMENSIONALES SCHEMA VON ZIELGRUPPEN FÜR DIE GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN DER UMFASSENDE KREBSBEHANDLUNG

Medizinische Therapie kurativ	Patient	Soziales Netzwerk	Professionelle
Kindheit/Jugend	X	Eltern	X
frühes Erwachsenenalter	X	Lebenspartner	X
mittleres Alter	X	Lebenspartner	X
Alter	X	erwachsene Kinder	X
Medizinische Therapie palliativ			
Patienten im Endstadium	X	XX	XX
metastierende Tumoren	XX	X	X

In dieser Tabelle ist die Notwendigkeit enthalten, den verschiedenen Stadien der Krebsspatientenkarriere Aufmerksamkeit zu schenken - Diagnose, Operation, Therapie, Genesung und Normalisierung, genauso wie der Metastasenbildung und dem terminalen Stadium - , um Erkenntnisse und Unterstützung für den Patienten, sein soziales Netzwerk und die Professionellen zu entwickeln.

psychische Gesundheit erhalten können. Die Gesundheitsförderung ist deshalb auch darauf gerichtet, die Helfer dabei zu unterstützen, den ungeheuren Krebsstreß, dem sie selbst bei der Betreuung ihrer Patienten und nächsten Angehörigen ausgesetzt sind, zu ertragen. Dies ist ein Aspekt des weit gefaßten Programms "Helft den Helfern".

Professionelle, die im Feld der psychosozialen Onkologie arbeiten, wie Sozialarbeiter und Psychotherapeuten, laufen ebenfalls Gefahr, dem "burned out"-Syndrom zu unterliegen. In ihrem Fall kann der Streß noch durch ihre niedrige soziale Stellung in der Krankenhaushierarchie, durch mangelnde Anerkennung und finanzielle Vergütung ihrer Tätigkeit und durch andere berufsbedingte Belastungen weiter erhöht werden. Die große Zahl der auf lokaler, nationaler, europäischer und internationaler Ebene bestehenden Vereinigungen psychosozial orientierter Onkologen ist wahrscheinlich auch ein Ergebnis dieser chronischen Rollenbelastungen. Tagungen dieser Organisationen (z.B. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (DAPO), European Society for Psychosocial Oncology (ESPO), European Working Group for Psychosomatic Cancer Research (EUPSYCA)) dienen zwar ausdrücklich dem Erfahrungs- und Gedankenaustausch, dürften jedoch darüber hinaus eine wichtige, aber unausgesprochene Bewältigungsfunktion als "Streßpuffer gegen die Arbeit in der Onkologie" haben, die derzeit immer noch unter schwierigen strukturellen und zwischenmenschlichen Bedingungen stattfindet. Andere Gebiete der Rehabilitation verfügen nicht über vergleichbar zahl-

reiche Organisationen; dies läßt darauf schließen, daß die Probleme, die die Arbeit der psychosozial orientierten Onkologen erschweren, größere Aufmerksamkeit erfordern.

4.3 Ein mehrdimensionales Zielgruppenschema für die Gesundheitsförderung

Zweck des Schemas in Tabelle 1 ist es, die Bedürfnisse nach Interventionen der Gesundheitsförderung sowie deren Zielgruppen in einer Übersicht darzustellen. Die tabellarische Zusammenfassung unterscheidet zwischen kurativer und palliativer Behandlung, zwischen vier Altersgruppen und zwischen Patient und Betreuer.

Die Bedürfnisse der einzelnen Zielgruppen und die auf sie zutreffenden Interventionsmöglichkeiten sind in den vorausgegangenen Abschnitten kurz erörtert worden. Die Professionellen haben diese Bedürfnisse bis zu einem gewissen Grad erkannt, was zu ersten Ansätzen geführt hat, verhaltensbezogene Interventionsmaßnahmen zu entwickeln; diese Maßnahmen werden im folgenden Abschnitt des Beitrags beschrieben. Die Lücke zwischen Angebot und Nachfrage nach psychosozialen Diensten wie auch die bestehenden Defizite variieren zwischen den einzelnen Zellen der tabellarischen Übersicht beträchtlich. Für einige der Zielgruppen wird nur sehr wenig getan, während für andere gegenwärtig ziemlich effektive Programme getestet und in einer Art "learning by doing"-Prozeß verbessert werden.

Ganz allgemein läßt sich festhalten, daß den Bedürfnisse der Patienten am besten kurz- und mittelfristig, nicht jedoch im Anfangsstadium der Krebserkrankung und auch nicht auf langfristiger Grundlage entsprochen werden kann; ihnen wird -dies gilt auch für die Zielgruppe der Nichtpatienten - am wenigsten entsprochen, weshalb man immer noch von ernsthaften Defiziten ausgehen muß. Hervorzuheben ist der Umstand, daß diese Gruppen - besonders die Angehörigen der medizinischen Berufe - das Bestehen dieser Mangelercheinungen sowie die Notwendigkeit, sie zu beseitigen, nur zögernd anerkennen. Bei dem Versuch, Interventionsstrategien für die Zielgruppe der Nichtpatienten in die Wege zu leiten, müssen noch beträchtliche Hindernisse aus dem Weg geräumt werden, wie z.B. bei der Selbsthilfe für die Familien.

5. Gegenwärtige Interventionsprojekte als Modelle der zukünftigen Gesundheitsförderung

In den vorherstehenden Abschnitten habe ich eine weitgehend abstrakte Darstellung der Gedanken gegeben, die ich während der vergangenen vier Jahre aufgrund zweier Erfahrungen entwickelt habe: erstens, durch Gespräche mit mehreren hundert Experten und Personen, die über eine breite klinische Erfahrung auf verschiedenen Gebieten und in verschiedenen Ländern verfügen; zweitens, durch meine Teilnahme an lokalen, nationalen, europäischen und internationalen Tagungen von Berufsorganisationen, die sich um die Bedürfnisse von Krebspatienten kümmern. So konnte ich mir nach und nach ein Bild von der Gesundheitsförderung bei Krebskranken machen. Dieses Bild spiegelt die gegenwärtigen Entwicklungen in der psychosozialen und bio-verhaltenswissenschaftlichen Krebsforschung wider, insbesondere die Erkenntnisse aus empirischen Forschungen wie der Göteborg-Studie zur Feststellung von Bedürfnissen und Anliegen von Krebspatienten in Schweden (Sullivan & Cohen 1988) oder anderer vielversprechender Studien über die Möglichkeiten von verhaltensbezogenen Interventionen zur Förderung und Verbesserung subjektiven Wohlbefindens und der Überlebenschancen; sie stellen wichtige und notwendige Ergänzungen zu klinischen Erfahrung dar (Levy 1985). Die nachfolgenden Abschnitte geben einen Überblick über konkrete Entwicklungen, in denen Konzepte der Gesundheitsförderung in Interventionen integriert wurden mit dem Ziel:

1. die spezifischen Bedürfnisse im Kontext der Krebspatientenkarriere anzugehen,
2. Professionelle und Laien mit adäquater Unterstützung zu versorgen.

5.1 Auf den Krebspatienten gerichtete Interventionen

Dieser Abschnitt behandelt:

- die zwei wesentlichen Ansätze, die in Unterstützungsprogrammen angewendet werden,
- die Rolle des Laienbesuchers im Anfangsstadium der Krankheit,
- Gesundheitsförderung bezüglich der kurz-, mittel- und langfristigen Bedürfnisse von Patienten.

5.1.1 Die Unterstützung des Patienten: zwei Hauptansätze

Der erste Ansatz gründet auf der zunehmenden Erkenntnis der vielfältigen Probleme und Schwierigkeiten, die durch die Krebserkrankung und ihre medizinische Behandlung hervorgerufen werden und hat zu einer großen Zahl innovativer psychosozialer Unterstützungsprogramme geführt, die in hunderten von Krebszentren und örtlichen Gesundheitseinrichtungen in ganz Europa durchgeführt werden. An diesen Programmen beteiligen sich Professionelle, Selbsthilfegruppen und ehemalige Patienten, wobei das Ziel verfolgt wird, sowohl den allgemeinen Bedürfnissen unterschiedlicher Patientengruppen gerecht zu werden als auch sich mit speziellen Problembereichen wie z.B. den psychosexuellen Folgen (Mantell 1982) oder der sozialen Wiedereingliederung in Familie und Arbeitswelt (Feldman 1982) zu beschäftigen. Dieser Ansatz der Gesundheitsförderung soll entsprechend eines Begriffs von Mendelsohn (1979) als somatopsychischer Ansatz bezeichnet werden. Danach erscheint die Krebserkrankung als ein somatischer Auslöser wichtiger Veränderungen im sozialen und psychischen Verhalten, bei Wertvorstellungen und Überzeugungen sowie im Selbstbild, den eigenen Annahmen über die Welt und der eigenen psychischen Zukunft. Gesundheitsförderung bedeutet hier die Förderung effektiver Bewältigung von Folgeerscheinungen der somatischen Krebserkrankung (Baltrush & Waltz 1987; Cohen 1982; Mantell 1982; Mendelsohn 1979; Pruyn et al. 1981; Schain 1980). Demgegenüber läßt sich der zweite Ansatz als psychosomatisches Vorgehen bezeichnen.

Der wesentliche Gedanke, der hinter dieser Interventionsstrategie liegt, bezieht sich nur am Rande auf die traditionellen psychodynamischen Theorien und Therapiekonzepte; er ist wesentlich stärker an ätiologische Forschungen über die Rolle bestimmter psychosozialer Faktoren beim Entstehen und Verlauf von Krebs gebunden. Diese ätiologischen Faktoren, von denen man annimmt, daß sie mit dem Überleben und der Modulation des Krankheitsprozesses im Zusammenhang stehen, sind kürzlich unter dem Begriff des Typ-C- oder krebsfördernden Verhaltens zusammengefaßt worden (siehe S. in diesem Beitrag). Ein wesentliches Ziel dieser Form psychosozialer Intervention ist die Veränderung des Typ-C-Musters.

Erfolgreiches Bewältigungsverhalten wird danach dann von Patienten gezeigt, wenn sie Veränderungen in ihrem sozialen Umfeld und in ihrer Art und Weise, mit anderen zu interagieren - besonders im Hinblick auf die Anerkennung und Befriedigung ihrer fundamentalen Bedürfnisse und der Entwicklung emotionaler Offenheit - vornehmen. Biologisch gesehen vermutet man, daß die Bewältigungserfolge die Gesundheit stärken, indem sie die Tumorabwehrkräfte des Organismus mobilisieren. Hypnose, Meditation. Entspannungsübungen, Musik- und Gestalttherapie sowie eine ganze Reihe anderer Methoden kommen in Frage, um die Patienten in ihrem Überlebenskampf zu unterstützen. Ein gewisser Anteil an Krebspatienten entwickelt das Typ-C-Muster in vielen, wenn nicht allen Dimensionen; es erfolgreich zu verändern und damit das Überleben des Patienten zu ermöglichen, sind Indikatoren für seine Rolle in der Krebshilfe (Jensen 1984; Renneker 1981; Rogentine et al. 1979).

Die meisten Krebszentren verknüpfen in ihren Unterstützungsprogrammen das somatopsychische und das psychosomatische Vorgehen auf irgendeine Weise. Experimentelle und epidemiologische Forschungsergebnisse der bio-verhaltenswissenschaftlichen Onkologie, Psychoneuroimmunologie und verwandter Disziplinen lassen den Einfluß beider Interventionsansätze auf die verschiedenen Systeme des Organismus und damit vermutlich auch auf den klinischen Verlauf einiger oder aller malignen Störungen erkennen (Watson 1988; Bandura et al. 1985, 1987; Balitsky & Shmalcko 1987; Pettingale 1985; Solomon 1985; Fox & Newberry 1984; Levy 1982, 1984; Dilman 1983; Herberman 1979, 1982; Solomon & Amkraut 1979; Rogers et al. 1979; Sklar & Anisman 1979).

5.1.2 Der Laienbesucher oder die Patient-zu-Patient Bewegung im Anfangsstadium der Krebspatientenkarriere

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es schätzungsweise 700.000 Krebskranke, d.h. etwas mehr als 1 % der Bevölkerung. In anderen europäischen Ländern besteht ein ebenso großer Bevölkerungsanteil mit einer Krebsdiagnose, d.h. Menschen, die gelernt haben, mit diesem Wissen und seiner Bedeutung für sie mehr oder weniger gut fertig zu werden. In dieser großen und wachsenden Gruppe von Menschen, die im Deutschen auch Betroffene genannt werden, gibt es zahlreiche Personen mit einem Talent für die Bewältigung des Lebens nach einer Krebsdiagnose und die in der Lage wären, neuen Patienten ihr "Know-how" zu vermitteln, um damit wirksame Bewältigungsstrategien in Gang zu setzen (Weisman 1979). Diese Verbreitung von "Know-how" nennen

Verhaltenswissenschaftler Unterstützung durch Informationen (Schaefer et al. 1982).

Ausschließlich Personen mit eigener Krebspatientenkarriere können die magischen Worte sagen: "Ich hatte Krebs" und dadurch die Mauer des Schweigens und die soziale und emotionale Vereinsamung vieler neuer Krebspatienten durchbrechen. Sich dem Helfer anzuvertrauen, ist eine traditionelle Form der Laien-Psychotherapie, die das Ziel verfolgt, den intrapsychischen Zwang zur Verleugnung der Krebsfolgen zu verringern, die Sorgen des Patienten offen auszusprechen und den negativen Gedanken, die von Krebspatienten gern verleugnet werden, ihren furchterregenden Charakter zu nehmen. Begabte ehemalige Patienten können diesen Prozeß des Sich-Anvertrauens, der nach jüngsten Forschungserkenntnissen bemerkenswerte psychologische und biologische Folgewirkungen zeitigt, in Gang setzen.

Die verhaltenswissenschaftliche Literatur über Streß und operative Eingriffe legt nahe, daß soziale Unterstützung die psychophysiologischen Reaktionen nach chirurgischen Eingriffen und nachfolgende medizinische Komplikationen sowie die Notwendigkeit zu extensiver Medikation erheblich reduzieren kann (Lazarus 1974). Diese Unterstützung stärkt die biologischen Ressourcen des Patienten zu einem Zeitpunkt, an dem der mit dem operativen Eingriff zusammenhängende Streß mit einer Erhöhung des Metastasenrisikos bei dem Tumor korreliert, der durch den Eingriff entfernt werden soll (Balitsky et al. 1987).

Die moralische Unterstützung durch Laienbesucher, die selbst ehemalige Patienten sind, verfolgt zwei wesentliche Ziele: dem Patienten Optimismus zu vermitteln und bei ihm Zorn und Kampfgeist zu stimulieren, um die Krebsbedrohung zu besiegen.

Verhaltenswissenschaftler bezeichnen diese Art der Aktivität emotionale Unterstützung (Cobb 1976). Laienbesucher können darüber hinaus auf zwei weitere Arten unterstützend wirken: durch die Förderung der Selbstachtung und durch praktische Hilfe. Als Rollenvorbilder können sie dem Patienten, dem gerade erst seine Diagnose gestellt wurde, sein Selbstwertgefühl und seine persönliche Kontrolle erhalten helfen: "Diese Person hatte Krebs und konnte ihn besiegen, und das Gleiche kann ich auch!" Gefühle der Hilf- und Wertlosigkeit nach der Diagnose bzw. der Behandlung können als grundlose und unrealistische Selbstwahrnehmung und Selbsteinschätzung dargestellt werden.

Eine Funktion von Laienbesuchern - manchmal wird sie dazu benutzt, um andere Formen sozialer Unterstützung zu ermöglichen, dennoch bleibt sie wichtig - besteht darin, technisches Wissen und Tips darüber zu vermitteln, wie man an bestimmten Orten sein Leben mit dem Krebs leben kann. Ex-Patienten, deren Kehlkopf oder Brust entfernt wurde oder die ein Stoma tragen müssen, besitzen viel persönliche Erfahrung und technisches Know-how, die denjenigen zur Verfügung gestellt werden kann, die gerade erst mit ihrer Krebspatientenkarriere beginnen. Laienbesuche erfüllen jedoch noch eine weitere Funktion: Der Laienbesucher bietet nicht nur dem neu diagnostizierten Patienten die vier erwähnten Arten sozialer Unterstützung, sondern fördert darüber hinaus auch noch seine eigene psychische Gesundheit und Überlebenschancen (Gartner & Riessman 1977).

Die Weltgesundheitsorganisation, der Europarat und andere Organisationen haben Gesundheitspolitikern empfohlen, nach Mitteln und Wegen zu suchen, dieses enorme Potential für die Gesundheitsförderung im Bereich Krebshilfe zu nutzen; darüber hinaus haben diese Organisationen praktische Vorschläge ausgearbeitet, die zur Erreichung dieser Ziele dienen können. In mehreren Ländern (z.B. Belgien, Bundesrepublik Deutschland und Großbritannien) sind gesundheitspolitische Programme zur Selbsthilfe bereits eingeführt worden (Branckaerts & Richardson 1988).

Eine erste Aufgabe besteht darin, die Schwierigkeiten zu beseitigen, die Krebs-selbsthilfegruppen, welche gern mit Besuchen von Ex-Patienten beginnen

möchten, bei ihrer Arbeit behindern. In der Bundesrepublik Deutschland sind z.B. bisher nur die ILCO und Gruppen von Kehlkopferierten Ex-Patienten zu Mitarbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken zugelassen. Im Gegensatz dazu haben Gruppen von Brustkrebsoperierten Patientinnen enorme Schwierigkeiten, Ärzteschaft und Krankenhausverwaltungen dazu zu bewegen, ihnen ihre Gesundheitsförderungsaktivitäten zu gestatten. Holland & Rowland (1981) vom Memorial Sloane-Kettering Tumor Center in New York betonten in ihrer historischen Analyse: "Die Onkologie hat den Begriff des 'Mit'-Patienten, d.h. die Heranziehung von gleichfalls Erkrankten zur gegenseitigen Unterstützung in der Krebsbehandlung, nur zurückhaltend akzeptiert; diese Vorsicht ist jedoch im Verschwinden begriffen. Die positive Entwicklung in den USA hat sich aber noch nicht in Europa und besonders Mitteleuropa durchgesetzt. Die vorsichtige und zögernde Haltung der Ärzteschaft erklärt sich hier wahrscheinlich mit der Furcht vor dem Kontrollverlust bezüglich ihrer Patienten. Vielleicht fürchtet man, daß Laienbesuche psychosoziale Prozesse in Gang setzen, in dessen Verlauf die Krebspatienten das Typ-C-Verhalten als oberflächlich nettes, fröhliches und duldsames ablehnen und "schwierig" oder "emotional" werden.

In den Niederlanden ist die Lage etwas optimistischer einzuschätzen, denn acht nationale Organisationen verfügen über Programme für freiwillige Ex-Patientenbesucher, darunter auch für Patienten, die an der Hodgkinschen Krankheit oder an Brustkrebs leiden. Aber selbst hier zeigen sich in einer in 146 Krankenhäusern durchgeführten Studie "einige negative Reaktionen seitens des professionellen Pflegepersonals" und Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit zwischen Laienbesuchern und Professionellen (Van den Borne et al. 1986). Die Autoren fassen die Ergebnisse ihrer einmaligen empirischen Forschung wie folgt zusammen: "... es besteht immer noch eine relativ große Patiengruppe, die sich bei der Suche nach Kontakt zu einem 'Mit'-Patienten vor erhebliche Schranken gestellt sieht. Die wichtigste Schranke besteht in der Tatsache, daß man 'Mit'-Patienten nicht kennt. Die Patienten schreiben ihren Kontakten zu 'Mit'-Patienten positive Wirkungen verschiedener Art zu, während nur wenig negative Reaktionen berichtet wurden" (S.273). Die Studie bestätigte die Vermutungen über den Wert von Programmen für Laienbesuche, die auch in diesem Beitrag zum Ausdruck gebracht worden sind. Interviews mit

deutschen Gruppen, die Zugang zu Krankenhäusern haben, wie z.B. die ILCO, bestärkten diese Schwierigkeiten, aber auch die positiven Effekte.

Bevor dieses Thema über das vielversprechende Potential für die Gesundheitsförderung abgeschlossen wird, sollen noch einige praktische Probleme bei der Mobilisierung von Aktivitäten der gegenseitigen Patientenhilfe angesprochen werden. Zunächst einmal muß festgehalten werden, daß nicht jeder Ex-Patient auch dafür geeignet ist, als Laienbesucher zu arbeiten. Dies kann an der jeweiligen Persönlichkeitsstruktur liegen oder an ihrem Mangel an sozialer Kompetenz und kommunikativen Fähigkeiten. Zur Auswahl der geeigneten Ex-Patienten sind entsprechende Programme erforderlich. Zweitens, der "durchschnittliche" Ex-Patient hat möglicherweise weniger Kenntnisse und Know-how als "außergewöhnliche" und "begabte" Ex-Patienten; kurze Schulungsprogramme können sich für die Vermittlung von Wissen und die Steigerung der Effektivität von Anfängern und weniger fähigen Ex-Patienten als nützlich erweisen. Die Witwe-zu-Witwe-Bewegung (Vachon 1976) kann hier gegebenenfalls als Modell dienen und eine Menge praktischer Erfahrungen in der Entwicklung von Auswahl- und Schulungsprogrammen zur Verfügung stellen. Eine weitere wichtige Quelle findet sich in dem Omega-Projekt aus Harvard, wo Lehrbücher und Lehrkassetten dazu verwendet wurden, Krebspatienten effektive Bewältigungstechniken zu vermitteln (Weisman & Worden 1977). Es kann sich auch lohnen, begabte Ex-Patienten zu hauptberuflichen Mitgliedern der Tumorabteilung eines Krankenhauses zu machen, damit sie zu den kritischen Zeitpunkten zwischen Diagnose und operativem Eingriff zur Verfügung stehen. Das Moabiter Experiment spricht hier für sich selbst (vgl. Schnurre in diesem Buch). Schließlich wird noch mehr empirische Forschung nach Art der oben genannten niederländischen Studie benötigt, um Gesundheitsbehörden und Leiter von Krebskliniken davon zu überzeugen, daß die Besuchsprogramme zwischen Patienten positive psychologische und biomedizinische Auswirkungen haben, die sich messen lassen (z.B. Lebensqualität, Überlebensraten, Wirksamkeit medizinischer Behandlungsprogramme wie z.B. unterstützende Chemotherapie). Viele Krebspatienten sind in der Lage, in unterschiedlichem Maße die oben erörterten Formen von Unterstützung und Hilfe zu leisten. Es sollte nicht schwierig sein, das Problem von gerade diagnostizierten

Krebspatienten zu lösen, die keine 'Mit'-Patienten kennen. Die Feststellung "Ich hatte Krebs"---die nur von einem Betroffenen oder Leidensgenossen gemacht werden kann---steht am Anfang einer unterstützten Krebspatientenkarriere, d.h. daß der Patient mit seiner Krebsdiagnose nicht allein gelassen wird. In dieser frühen Phase der Gesundheitsförderung nach der Krebsdiagnose liegt gegenwärtig - zusammen mit der langfristigen Unterstützung im vierten Stadium - das wichtigste Defizit im Bezug auf die Zielgruppe Patienten; zugleich stellt es aber auch einen Bereich dar, in dem Laienbesuche einen gangbaren Weg anzeigen.

5.1.3 Gesundheitsförderung in Beziehung zu den kurz-, mittel- und langfristigen Bedürfnissen der Patienten

Im Gegensatz zur frühen Phase der Krebspatientenkarriere werden die kurz- und mittelfristigen Bedürfnisse der Patienten in vielen Krebszentren des großstädtischen Bereichs durch innovative Interventionsmodelle relativ gut abgedeckt (Bos-Branolte 1987). Andere Zentren verfügen dagegen über eine unzureichende Personalausstattung, leiden an finanzieller Mittelknappheit oder wenden Behandlungsmethoden aus der Psychiatrie an, die den Bedürfnissen chronisch Kranker nicht entsprechen, ganz zu schweigen von dem geringen sozialen Status des Betreuerteams. Einige spezielle Problemgebiete, wie Sexualität und berufliche Wiedereingliederung, erhalten immer noch nicht die Aufmerksamkeit, die sie verdienen. Dies gilt sowohl für die klinische Praxis als auch für die Verhaltensforschung, die sich im wesentlichen den Anliegen und Sorgen der Krebspatienten widmet. Das Ausmaß der Patientenprobleme ist ebenso wenig bekannt wie Möglichkeiten und Wege, auf diesem Gebiet aussichtsreiche Interventionsprogramme zu entwickeln (Sullivan et al. 1988).

5.1.3.1 Umfassende psychosoziale Krebshilfe: das Berliner Modell

Das Projekt am Moabiter Krankenhaus in Berlin (West) kann als eine umfassende Antwort auf die Bedürfnisse von Krebspatienten während der ersten zwei Jahre betrachtet werden. Stationäre und ambulante ärztliche Behandlung gehen Hand in Hand, begleitet von Einzel- und Gruppentherapie sowie der Mitarbeit

fähiger, hauptberuflich tätiger Ex-Patienten und umgeben von einem dichten Netz an Selbsthilfeaktivitäten. Unter Anleitung einer professionellen Therapeutin, der selbst ehemalige Patientin ist, und einer Psychologin wurde während der Jahre schrittweise ein flexibles Programm von verhaltensbezogenen Interventionen entwickelt. Die Gründerinnen richten ihr Augenmerk inzwischen auf die langfristige Gesundheitsförderung (vgl. Schnurre in diesem Buch).

5.1.3.2 Ein Projekt für gegenseitige Hilfe in einer ländlichen Gegend Nordwestdeutschlands

Als Gegenstück zu der verhältnismäßig günstigen Lage in Berlin (West) kann der ökonomisch weniger entwickelte ländliche Raum in Nordwestdeutschland angesehen werden, in dem es erhebliche Bedürfnisse nach Gesundheitsförderung gibt; die Isolation von Krebspatienten in zahlreichen kleinen, über das Land verstreuten Dörfern und der fast vollständige Mangel an personalen und finanziellen Ressourcen, um zunächst einmal diesen Bedürfnissen entsprechen zu können, charakterisieren die Situation darüber hinaus. Die Entwicklung einer Laien-Selbsthilfebewegung scheint das wirkungsvollste Mittel zu sein, die aktuell defizitäre Lage zu verändern. Es wurde ein Projekt mit dem Ziel initiiert, bestehende Krebs-Selbsthilfegruppen auszubauen und schrittweise ein regionales Netzwerk für Laienhilfe zu schaffen. Die bestehenden sozialen Netzwerke sollen hierfür als Träger und bestimmte Personen und Gruppen als Katalysatoren dienen, um die Verbreitung des Selbsthilfegedankens unter den Krebspatienten auf dem Lande zu fördern. Als Katalysatoren kommen die traditionellen Meinungsführer und Schlüsselpersonen, wie Geistliche, Landfrauenvereinigungen und Ex-Patienten in Frage. Professionelle können ebenfalls zentrale Funktionen übernehmen; gegenwärtig sind Bemühungen im Gange, sie von der Nützlichkeit des Projekts zu überzeugen.

Gegenwärtig wird von Medizin-Soziologen und Anthropologen eine Untersuchung über die Situation von Krebspatienten im ländlichen Raum in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt. Die Ergebnisse der Studie, die vom Bundesministerium für Forschung und Technologie (BMFT) gefördert wird, werden 1990 erwartet; sie werden wichtige Informationen über die Bedürfnisse und die Situation dieser Patientengruppen bereitstellen.

5.1.3.3 Spezielle Probleme bestimmter Zielgruppen von Patienten

Das verhaltensbezogene Interventionsprogramm am Universitätsklinikum von Leiden (Niederlande) zielt auf die Entwicklung eines psychotherapeutischen Konzepts zur Bewältigung eines der Hauptprobleme, mit dem viele chronisch Kranke, besonders Patienten mit bestimmten Tumoren, zu kämpfen haben (Mantell 1982; Schain 1980). Viele Frauen mit gynäkologischen Krebserkrankungen leiden beispielsweise unter erheblichen psychosexuellen Problemen. Eines der Ziele des Programms ist die Verbesserung der Sexualität nach dem operativen Eingriff bzw. anderen medizinischen Behandlungen sowie generell die Förderung von Zufriedenheit und Wohlbefinden im wichtigen Bereich von Ehe und Partnerschaft (Aaronson 1987). Die Psychotherapie konzentriert sich auf:

1. Probleme, die bei vielen Patienten bereits vor der Diagnose und der medizinischen Behandlung im Bereich Sexualität, d.h. auch Körperbild und sexuelle Identität aufgetreten sind;
2. Folgen chirurgischer Mutilation sowie der Entfernung von Teilen der Geschlechtsorgane auf den Geschlechtsverkehr und das Intimleben; der Patient wird ermutigt, seine Bedürfnisse nach körperlicher Nähe, Vertrauen und Wärme in der Beziehung zum Partner auszudrücken;
3. Behandlung sonstiger, krebsspezifischer psychologischer Probleme und ihrer Auswirkungen auf die Sexualität, wie z.B. die weibliche Selbstachtung.

Am Zentralinstitut für Tumor- und verwandte Krankheiten in Zagreb (Jugoslawien) wurde ein umfassendes Betreuungsprogramm für Mastektomiepatientinnen entwickelt (Sabel 1987). Gegen Brustkrebs behandelte Frauen stehen oft im mittleren Alter und kommen häufig mit der Vorstellung ins Krankenhaus, daß ihr Krebsleiden unheilbar sei. Ein Hauptziel des Krebshilfeteams besteht deshalb darin, diese Einstellungen zu ändern und positive Gefühle wieder dadurch zu beleben, daß korrekte Informationen vermittelt, die Gefühlsäußerungen der Patientinnen ernst genommen und soziale Unterstützung gegeben wird. Dies geschieht durch Gespräche und Gruppendiskussionen, die das Ziel haben, die psychischen Ressourcen der Patientinnen und ihre Fähigkeiten zu mobilisieren, mit dem Ehepartner zu

sprechen. Das Team beginnt seine unterstützende Arbeit in dem Moment, wenn die Patientin das Krankenhaus betritt, und betreut sie während ihres gesamten Aufenthaltes unter anderem durch Beratung über Kunststoffimplantate und im Umgang mit Prothesen sowie durch vorübergehende Zurverfügungstellung von Perücken für solche Patientinnen, die nach der Behandlung unter Haarausfall leiden.

Wie von verschiedenen Experten festgestellt worden ist, sind psychosexuelle Probleme nicht auf gynäkologische und Brustkrebspatientinnen beschränkt, sondern hier handelt es sich generell um ein zentrales Gebiet verhaltensbezogener Interventionen, dem bislang in der Gesundheitsförderung chronisch Kranker zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde (Mantell 1982; Schain 1980). Dabei gilt soziales Wohlbefinden im Bereich Sexualität und Ehe - "nicht nur die Quantität, sondern auch die Qualität zählt", wie Bos-Branolte (1987) es einmal formulierte - als eine der wichtigsten Determinanten für die Lebensqualität und das allgemeine Wohlbefinden.

5.1.3.4 Wiedereingliederung ins Berufsleben

Im Gegensatz zu den USA (Feldman 1982) und anderen Ländern, in denen kein Sozialversicherungssystem besteht, treffen Krebspatienten im sozialen Wohlfahrtsystem bezüglich ihrer Wiedereingliederung ins Berufsleben auf zahlreiche Hindernisse und Faktoren, die sie demotivieren (Sullivan et al. 1988). Obwohl nur wenig präzise Daten vorliegen, geht aus den in der Bundesrepublik Deutschland vorliegenden Statistiken (Scharf 1980; BMAS 1982) hervor, daß die Patienten häufig in den Zwangsruhestand rehabilitiert werden. Im Vergleich zu den USA kehren z.B. weniger Personen an ihren früheren Arbeitsplatz zurück, während der Anteil derer, die in den Ruhestand treten, größer und auch die durchschnittliche Fehlzeit während der Krankheit bedeutend länger ist. Lehmann (1987) hat auf die vergleichbare Situation bei der Rehabilitation von Herzkranken hingewiesen und die strukturellen Hindernisse für die Rückkehr früherer Herzpatienten zur Arbeit aufgezeigt.

Eine von Galluska und Mitarbeitern (Waltz et al. 1988) unter jungen Hodenkrebspatienten im Weser-Ems-Tumorzentrum (eine Klinik in einem wirtschaftlich schwachen Raum) durchgeführte Pilotstudie hat gezeigt, daß die soziale Wiederein-

gliederung am Arbeitsplatz und in der Ehe eng mit der Normalisierung des Alltags und der Lebensqualität im allgemeinen zusammenhängt. Angaben über den klinischen Krankheitsverlauf und daraus folgende Unterschiede in den Überlebensraten zwischen im Ruhestand lebenden bzw. im Berufsleben stehenden Krebspatienten liegen noch nicht vor; es kann jedoch vermutet werden, daß Ruhestand bzw. Rückkehr ins Berufsleben zu unterschiedlichen, meßbaren medizinischen Resultaten führt. Höherer Sozialstatus und Ausbildungsstand scheinen eine erfolgreiche Wiedereingliederung ins Berufsleben zu fördern; letztes korreliert mit dem psychischen Wohlbefinden. Schott & Pfaff (1987) sind in einer Fünfjahres-Prospektivstudie von Herzpatienten zu ähnlichen Schlüssen gelangt.

Die Rehabilitation chronisch Kranker in den Zwangsruhestand und damit in ein Leben mit mangelndem psychischen Wohlbefinden ist eine typische Entwicklung von Gesundheitssystemen in einem gut ausgebauten Wohlfahrtsstaat; dies gilt vor allem zu wirtschaftlich schwächeren Zeiten und in ökonomisch weniger entwickelten Gebieten. Vor allem aber gilt es für jüngere (20-30 Jahre) und ältere (50-60 Jahre) Krebspatienten. In vielen Gesundheitssystemen gibt es nur schwache Anreize, nach der Krebsbehandlung wieder an den Arbeitsplatz zurückzukehren; darüber hinaus gibt es zahlreiche Schwierigkeiten für die Patienten, eine befriedigende Arbeitsstelle zu erhalten (Sullivan et al. 1988; Schraub 1986). Diese Probleme betreffen nicht nur den Ex-Patienten, sondern auch seine Familie, Unternehmen und den öffentlichen Dienst. Viele europäische Länder haben Vorschriften, die es verbieten, daß ehemalige Krebspatienten eingestellt oder gar als Beamte beschäftigt werden. Dies traf bis zum 14. Juli 1983 für Frankreich zu, bevor es der Nationalen Krebsliga (LNCC) mit erheblichem Druck gelang, die Regierung zu einer Änderung der Gesetze zu bewegen (Schraub 1986, S.151 ff.). Die bestehenden Gesetze diskriminieren besonders jüngere Ex-Patienten, für die der öffentliche Dienst aufgrund ihrer speziellen Ausbildung häufig der einzige mögliche Arbeitgeber ist (z.B. Lehrer, Juristen, Sozialarbeiter). In der Bundesrepublik Deutschland werden Personen mit einem "Schwerbehindertenausweis" in ähnlicher Weise geschützt; sie sehen sich Schwierigkeiten gegenüber, wenn sie ihre Arbeitsstelle in der freien Wirtschaft wechseln wollen bzw. wenn sie sich überhaupt für einen Arbeitsplatz bewerben. Eine positive Entwicklung stellt das

Hamburger Modell dar (ursprünglich für kardiologische Patienten gedacht), in dem Krebspatienten während ihrer Genesungs- und Reintegrationszeit halbtags arbeiten und dennoch ihr volles früheres Gehalt beziehen.

Bei Krebspatientinnen im mittleren Alter in Berlin (West), die sich gegenwärtig noch in der Therapie befinden, hatte ich den Eindruck, daß sie größten Wert darauf legten, sobald es ihr Gesundheitszustand erlaubt, wieder an ihren Arbeitsplatz zurückzukehren. Die berufliche Wiedereingliederung ist eng verbunden mit Anpassungsleistungen, dem Bewältigen von Depressionen und anderen psychosozialen Erkrankungen. Im Gegensatz dazu verschärfen sich frühere psychosoziale Erkrankungen, wenn die berufliche Wiedereingliederung aufgrund bürokratischer Hemmnisse verzögert wird oder gar Arbeitslosigkeit eintritt. Selbst Patienten im terminalen Stadium oder solche mit Tumoren in der Metastasenbildung versuchen so lange, wie es ihr körperlicher Zustand erlaubt, zu arbeiten. Dies sind Eindrücke von einer kleinen Gruppe, doch nehme ich an, daß sie auf weitere Patientengruppen in anderen Bereichen übertragbar sind. Demgegenüber hat das regionale Krebszentrum in Besançon (Frankreich) die Wiederbeschäftigungsquote von früher dort behandelten Patienten mit Erfolg erhöhen können. Seine Interventionsprogramme stützten sich auf die Erkenntnis, daß die Rückkehr zur Erwerbstätigkeit für die Rehabilitation von entscheidender Bedeutung ist; sie sind deshalb auf das Ziel gerichtet, die verschiedenen Hindernisse auf diesem Weg zu beseitigen und die Patienten anzuregen, wieder eine Beschäftigung anzustreben. Das Zentrum hat auch kurze Fragebögen entwickelt, um die Lebensqualität der Patienten zu untersuchen und die Ergebnisse ihrer verhaltensbezogenen Interventionen zu quantifizieren (Aaronson 1987).

5.2 Projekte zur Unterstützung von Professionellen und Laienbetreuern von Krebspatienten

Wie bereits in den vorausgegangenen Abschnitten erwähnt, kann man die Auffassung vertreten, daß die indirekte Gesundheitsförderung bei Krebskranken, die von Professionellen und Laienhelfern vermittelt wird, immer noch in den Kinderschuhen steckt. Die dringende Notwendigkeit, auch den Helfern Rückhalt zu bieten, wird nur graduell erkannt - und stößt bei einzelnen Gruppen immer noch auf

Widerstand, obwohl Ärzte und Angehörige anderer medizinischer Berufe Unterstützungsprogrammen gegenüber aufgeschlossen sind. Das Bedürfnis nach ihnen wächst sogar, wie die Teilnahmequote an Fortbildungsveranstaltungen zeigt. Solche Programme werden gegenwärtig erprobt und dürften einen wichtigen Beitrag für die Gesundheitsförderung in der Zukunft leisten.

Unter den mir bekannt gewordenen Programmen, die vielleicht nicht repräsentativ für das gesamte Gebiet sind, wären folgende zu erwähnen:

- das Ausbildungsprogramm für onkologisches Pflegepersonal und Gemeindegewestern in Slowenien am Tumorzentrum in Ljubljana (Vegelj-Pirc & Ravnikar 1988);
- Balint-Gruppen, Gruppentherapie und Entspannungsübungen für Onkologen und onkologisches Pflegepersonal in verschiedenen Zentren;
- Wochenendseminare über Probleme und psychosomatische Zusammenhänge maligner Erkrankungen für Ärzte, Pflegepersonal und Sozialarbeiter in Nordrhein-Westfalen (Bundesrepublik Deutschland) unterstützt von der Gesellschaft zur Bekämpfung von Krebskrankheiten (GBK);
- Handbücher über die Bereitstellung von sozialer Unterstützung von Krebspatienten, die besonders für die Angehörigen medizinischer Berufe entwickelt wurden;
- Supervisions- und Unterstützungsprogramme für Sozialarbeiter in der Onkologie am St. Joseph-Krankenhaus in Eindhoven (Niederlande);
- Gruppentherapie und Selbsthilfegruppe für Familienangehörige erwachsener Krebspatienten;
- die Hospizbewegung in Großbritannien, die Laienhelfer alter und häufig unheilbarer Krebspatienten konkrete und emotionale Unterstützung zur Prävention des "burned out"-Syndroms gewährt. Häufig erhalten Laienhelfer ad hoc soziale Unterstützung von Professionellen, die sich hauptberuflich um die Patienten kümmern. Diese Professionellen haben erkannt, daß sie dem Patienten helfen können, indem sie seine Nächsten unterstützen; allerdings ist diese Arbeit eine zusätzliche Belastung der bereits knappen personellen Ressourcen der psychosozialen Onkologie in Krebszentren und in der Gemeinde.

6. Schlußbemerkungen

Ein ermutigender Durchbruch in der Gesundheitsförderung und der Krebshilfe ist durch eine ganze Reihe an innovativen Ansätzen und Interventionen zur Verbesserung der Lebensqualität von Krebspatienten und zur Beeinflussung des klinischen Krankheitsverlaufs erzielt worden. Es bestehen jedoch noch erhebliche Mängel bei der Bereitstellung von Unterstützung sowohl für die Patienten als auch für die Professionellen und die Laienhelfer. Nachfolgend werden diese Mängel sowie die für den weiteren Fortschritt nötigen Schritte beleuchtet.

6.1 Eingehen auf die Bedürfnisse der Krebspatienten

- Krebs- sowie lokale und regionale Gesundheitszentren, die sich gegenwärtig noch nicht mit den Bedürfnissen von Krebspatienten und der psychosozialen Morbidität nach einer Krebserkrankung auseinandersetzen, müssen dazu übergehen, für die Entwicklung von umfassenden kurz-, mittel- und langfristigen professionellen und Selbsthilfestrategien zur Unterstützung von Krebspatienten vom Zeitpunkt ihrer Diagnose an ausreichende personelle und finanzielle Ressourcen bereitstellen. Verhaltensbezogene Interventionsprogramme sollten ein breites Spektrum von Patienteninteressen und -bedürfnissen abdecken, so wie es in Berlin (West) und an anderen Stellen bereits geschieht.

- Bisher vernachlässigten Problembereichen, wie Sexualität und soziale Wiedereingliederung nach einer Krebserkrankung sollte mehr Beachtung geschenkt werden.

- Ein besonderes Problemgebiet ist die berufliche Rehabilitation und die geringe Erfolgsquote in der Wiederbeschäftigung von Krebspatienten. Rechtliche, institutionelle und andere Barrieren sollten beseitigt werden; die zentralen Bedeutung des Arbeitsplatzes in der Krebsrehabilitation sollte stärker hervorgehoben werden, anstatt die gegenwärtige Politik der "Rehabilitation in den Zwangsruhestand" fortzuführen.

- Es müssen Strategien entwickelt werden, um den Transfer von Know-how (d.h. klinische Erfahrungen aus erfolgreichen Projekten und die jüngsten Forschungsergebnisse der bio-verhaltenswissenschaftlichen Krebsforschung) zu den vielen Gruppen von Nutzern zu ermöglichen.

- Die Finanzierung der Grundlagen- und angewandten Forschung über die Beziehungen zwischen Verhaltensfaktoren und krebsbezogenen biologischen Prozessen sollte verstärkt werden (z.B. Psychoneuroimmunologie). Dasselbe gilt für die Evaluationsforschung von verhaltensbezogenen Interventionen (Ergebnisse bezüglich Lebensqualität, Wirkungen auf die Effektivität medizinischer Therapien, Risiko der Metastasenbildung und Überlebenschancen). Die Forschung sollte Erkenntnisse bezüglich der Entwicklung von Interventionsstrategien bereitstellen und gleichzeitig dazu dienen, die Angehörigen der medizinischen Berufe von deren Nutzen zu überzeugen.

- Es müssen Mittel und Wege gefunden werden, die weitere Verbreitung der Bewegung Patient-zu-Patient-Hilfe und der Selbsthilfe zu fördern. Dies bedeutet, daß ihr demokratischer, "alternativer" Charakter erhalten werden und bürokratischen Entwicklungen Vorschub geleistet werden muß, um ihre Effektivität nicht zu zerstören.

- Erforderlich ist auch eine stärkere Verbreitung von Wissen über die Bedürfnisse von Krebspatienten und darüber, wie diese befriedigt werden können, durch die Verwendung spezieller Medien (Videofilme, Handbücher, Tonbandcassetten) sowie Fortbildungsseminare und verbesserte Curricula für die medizinische Ausbildung und die Ausbildung des Pflegepersonals.

6.2 Hilfen für die Helfer

- Gruppensitzungen (z.B. Balint-Gruppen) und Selbsthilfegruppen für Professionelle und Laien sollten gefördert werden, um den psychologischen und physiologischen Streß von Helfern für Krebspatienten zu reduzieren - wie z.B. Trauerarbeit für professionelle und Laienhelfer von Todkranken.

- Weiterbildungs- und Supervisionskurse sowie Programme emotionaler Unterstützung für Sozialarbeiter, Psychotherapeuten und andere Professionelle im Bereich psychosozialer Onkologie sind ein weitgehend vernachlässigter Bereich und sollten deshalb gefördert werden, um indirekt die Gesundheitsförderung für die Patientengruppen zu verbessern.

- Es müssen Möglichkeiten entwickelt werden, um die psychischen und physischen Belastungen der Familien als wesentliche Betreuer von Krebspatienten, besonders bei todkranken Patienten, zu reduzieren.

Hierzu gehören konkrete Unterstützungen wie Hausarbeitshilfen, Gemeindeschwestern, Gelegenheiten für Erholungs- und Ferientaufenthalte zum psychischen "Auftanken" als auch Informationen und Programme emotionaler Unterstützung. Krebspatienten in ihrer gewohnten Familienumgebung zu belassen, ist die humanste Lösung---und auch die am wenigsten kostspielige---, doch müssen die Helfer in der Familie auf verschiedenen Gebieten besser unterstützt werden. Die geriatrische Onkologie sollte sich insbesondere auf die Entwicklung geeigneter verhaltensbezogener Interventionsprogramme wie auch auf die Betreuung krebskranker Kinder in der Familie konzentrieren.

- Der Zehn-Punkte-Plan für Helfer, der von einer Gruppe Organisationen in Großbritannien entwickelt wurde, sollte weiter bekanntgemacht werden. Sie vermittelt eine Reihe von Grundsätzen und praktischen Richtlinien über die Art und Weise, wie lokale Einrichtungen den Helfern helfen und sie mit der erforderlichen Unterstützung versehen können (vgl. den Beitrag von Richardson in diesem Buch).

Dies sind einige der Defizite, die korrigiert werden müssen, wenn wir weiterhin die Ziele der Gesundheitsförderung für Krebspatienten und ihre Helfer erreichen wollen.

EINE NEUE KRAFT IN DER KREBSTHERAPIE

Michael Lerner

Zusammenfassung

Die wissenschaftliche Forschung tendiert heute überwiegend zur Anerkennung der Begrenztheit der herkömmlichen Behandlungsformen und zu vorsichtigem Optimismus über die Möglichkeiten neuer biologischer Therapien. Diese Sachlage hat bei Krebspatienten zu einem sozialen Phänomen geführt. Mittlerweile hat sich in vielen Teilen der Welt eine beträchtliche Minderheit dafür entschieden, sich aktiv für den Kampf um die eigene Gesundheit einzusetzen. Diese Minderheit sucht nach einer sinnvollen Verknüpfung wirksamer herkömmlicher Therapien und komplementärer Formen der Krebsbehandlung, die mit persönlichen Versuchen intensiver Gesundheitsförderung verbunden sind. Diese Versuche umfassen ernährungsorientierte, psychologische und auf Immunmodulation beruhende Ansätze zur Aufrechterhaltung der allgemeinen Gesundheit. Dabei zeigt es sich, daß 10 % dieser Patienten außergewöhnliche Ergebnisse erzielen, weitere 10 % keinen Erfolg haben und 80 % zu "gesunden" Krebspatienten werden. Diese Versuche werfen zahlreiche interessante klinische, wissenschaftliche und gesundheitspolitische Fragen auf und belegen zunehmend, daß verhaltensorientierte Ansätze viele Möglichkeiten bieten - nicht in Form einer urplötzlichen Heilung, aber doch einer gewissen lebensverlängernden Wirkung und ohne jeden Zweifel in Gestalt eines beträchtlichen Gewinns für den einzelnen aufgrund des menschlichen Erlebnisses der "Gesundung" (oder wieder "ganz zu werden" mit Krebs).

1. Die Diskussion über konventionelle Krebstherapien

In der Krebsforschung ist eine große Debatte darüber im Gange, ob die Krebstherapie mit ihren wichtigsten konventionellen Behandlungsformen - der Chemotherapie, Bestrahlungstherapie und der Chirurgie - in ihren kurativen und palliativen Möglichkeiten zur Zeit einen Stillstand erreicht hat oder ob weiterhin wichtige Fortschritte erzielt werden.

Bailar & Cairns haben die Auffassung vertreten, die in der Krebstherapie während der letzten Jahrzehnte erzielten Fortschritte seien beträchtlich übertrieben worden. Ihrer Auffassung ist in einer lebhaft geführten Diskussion widersprochen worden, die in der Leserbriefspalte des New England Journal of Medicine (Bailar & Smith 1986; Cairns 1985) auch heute noch fortgesetzt wird. Im März 1987 schaltete sich das United States General Accounting Office (GAO) in die Debatte mit einem Bericht über diese Kontroverse ein, der den Titel trug: "Überleben von Krebspatienten: Welche Fortschritte sind erreicht worden?" In dem Bericht wurde der Schluß gezogen, "die Überlebensaussichten bei spezifischen Krebsformen (hätten) sich oft nicht so stark verbessert, wie berichtet wird", und es wurden "systematische Fehler" kritisiert, "die das Ausmaß 'wirklicher' Fortschritte künstlich (aufblähten)". Das GAO kam ferner zu dem Schluß, "Verbesserungen der Überlebensaussichten der Patienten (seien) bei den selteneren Krebsformen am deutlichsten und bei den häufigeren Formen am wenigsten zu erkennen. Infolgedessen bleibt diese Zahl, obwohl absolut gesehen das Leben vieler Menschen verlängert wird, im Verhältnis zu der Gesamtheit der Krebspatienten niedrig" (US General Accounting Office 1987). Zahlreiche Wissenschaftler sind zwar überzeugt, daß die Fortschritte in der Krebstherapie übertrieben werden, doch bedeutet dies nicht, daß der Fortschritt in der Krebsforschung zum Stillstand gekommen wäre. Mit lebhaftem Interesse werden Fortschritte bei der Enträtselung der innersten Vorgänge der Krebsentstehung verfolgt. Das gleiche lebhafteste Interesse gilt auch den Aussichten biologischer Krebstherapien. Während der nächsten zehn Jahre erscheint es durchaus möglich, daß biologische Krebstherapien in der Krebsbehandlung den Quantensprung Wirklichkeit werden lassen könnten, der mit der Bestrahlungsbehandlung und der Chemotherapie nicht erreicht werden konnte. Im breiten Strom der derzeitigen wissenschaftlichen Forschung wachsen somit das Bewußtsein über die Grenzen der konventionellen Therapien und der vorsichtige Optimismus angesichts der

Möglichkeiten neuer biologischer Behandlungsformen. Die Forscher geben Lippenbekenntnisse zur Prävention ab, in der man in der Tat die größten Möglichkeiten einer kostenwirksamen Verminderung der Krebssterblichkeit sieht. Von der Kampagne gegen das Rauchen und bescheidenen Bemühungen zur Förderung einer Anti-Krebs-Ernährung einmal abgesehen ist nur wenig geschehen, um die Volksgesundheit durch politische Maßnahmen im öffentlichen Raum nachhaltig zu beeinflussen (Cairns 1985). Wie die Krebsvorbeugung haben auch die verhaltensorientierten Ansätze in der Krebsbehandlung nicht die ihnen gebührende Anerkennung gefunden. Es liegen immer mehr wissenschaftliche Belege dafür vor, daß mit verhaltensorientierten Ansätzen in der Krebstherapie und der Versorgung von Krebspatienten sehr viel erreicht werden könnte. Dabei wird nicht auf eine durchschlagende Heilung, sondern auf einen beträchtlichen Gewinn im menschlichen Erleben der Gesundung von Krebspatienten und möglicherweise auf eine gewisse Lebensverlängerung gehofft. So wird zum Beispiel aus der verhaltenswissenschaftlichen Forschungsliteratur deutlich, daß akuter Streß bei Tieren zur Immunsuppression führt und ein schnelles Tumorstadium begünstigt. "Die für den Menschen vorliegenden Daten sind zwar nicht so umfassend belegt, aber doch ähnlich und lassen vermuten, daß es unter der Einwirkung akuter Streßfaktoren beim Menschen zur Immunsuppression oder leichter zu Tumorstadium kommen kann." Brown & Fromm (1987) haben eine der besten Übersichtsarbeiten über die Rolle von Streß bei Krebserkrankungen und die theoretische Begründung für die Anwendung der Hypnose und anderer verhaltensorientierter Maßnahmen veröffentlicht. Hieraus ergibt sich die Vermutung, daß Bemühungen um eine Verminderung der Streßbelastung durch das Krebserleben von der Diagnose bis hin zum Ende der Therapie die Geschwindigkeit der Krebsentwicklung bisweilen verlangsamen oder die Häufigkeit von Krebsrezidiven nach der Therapie vermindern könnten. Darüber hinaus gibt es klinische Studien, die es als sehr wahrscheinlich erscheinen lassen, auch wenn sie dies nicht beweisen, daß viele verschiedene Systeme der nachhaltigen Streßverminderung, z.B. Bildsprache, Hypnose, Psychotherapie und andere psychologische Methoden unter klinischen Praxisbedingungen das Tumorstadium beim Menschen beeinflussen können (Gravitz 1982-83; Locke 1986; Rossi 1986). Aus anderen Studien wird deutlich, daß Entspannung, Bildsprache und Hypnose mit

Krebserkrankungen und Krebsbehandlungen in Verbindung stehende Übelkeit, Erbrechen, Müdigkeit, Schlaflosigkeit und Ernährungsprobleme zu vermindern vermögen (Gravitz, 1982-83). Ebenso liegen Berichte darüber vor, daß verhaltensorientierte Methoden Angstgefühle und Schmerzen lindern, die Genesungsdauer nach der Operation verkürzen und die Lebensqualität und das Erleben des Todes deutlich verbessern können.

Eine von Locke (1986) veröffentlichte Bibliographie ist eine Fundgrube der interessantesten psychologischen und verhaltensorientierten Ansätze für den Umgang mit Krebs und anderen Erkrankungen des Immunsystems. Rossi wiederum hat ein Buch geschrieben, das von vielen Forschern und Klinikern als eine der besten Übersichtsarbeiten über das aktuell werdende Gebiet der Geist-Körper-Heilung angesehen wird. Dabei ist der Abschnitt über Krebs (S. 158-66) von besonderem Interesse. Die bedeutsamste Erkenntnis lautet dabei, daß diese leicht zugänglichen Geist-Körper-Methoden, die dem Menschen häufig so große Möglichkeiten zu einem besseren Krebserleben bieten, in der Krebstherapie und der Versorgung von Krebspatienten stark unterbewertet und nur unzureichend eingesetzt werden.

2. Das Aufkommen der sozialen Erscheinung außergewöhnlicher Krebspatienten

In den 50er und 60er Jahren dieses Jahrhunderts setzten die meisten Krebspatienten ihre Hoffnungen allein in die Verheißungen der Biomedizin. In den 70er und 80er Jahren bildete sich unter den Krebspatienten eine neue Erscheinung heraus. In vielen Teilen der Welt wächst mit jedem Jahr eine regelrechte Sozialbewegung "außergewöhnlicher Krebspatienten", die sich aktiv in dem Kampf für die Gesundung und für eine bessere Lebensqualität einsetzen. Der von Bernard Siegel populär gemachte Begriff "außergewöhnlicher Krebspatient" ist in mancher Hinsicht wenig glücklich gewählt, da er auszusagen scheint, andere Menschen mit Krebs seien "weniger außergewöhnlich". Niemand, der diesen Begriff verwendet, will dies unterstellen. Es gibt viele gute Gründe dafür, weshalb jemand die Diagnose, die Prognose und die besten Bemühungen seines Arztes einfach hinnimmt, ohne sich sonderlich dafür zu interessieren, was er selbst zu einer Verbesserung der eigenen Lebensqualität oder seiner Überlebenaussichten tun könnte. Niemand hat jedoch eine bessere

Beschreibung der starken Minderheit von Krebskranken gegeben, die sich angesichts ihrer Krankheit wirklich bemühen, aus ihrer Zeit das Beste zu machen, ihr Leben wenn möglich zu verlängern oder den Krebs vielleicht sogar völlig zu besiegen. Die Mittel, die die Patienten für diese gewaltigen Anstrengungen wählen, sind unterschiedlich. Einige Patienten greifen nur auf konventionelle Behandlungsformen zurück. Einige ergänzen konventionelle Therapien durch eine Änderung ihres Lebensstils und ihnen sinnvoll erscheinende komplementäre Krebstherapien. (Der Begriff "komplementäre Krebstherapien" bezieht sich auf das gewaltige Spektrum alternativer und ergänzender Ansätze des Umgangs mit dem Krebs, den außergewöhnliche Krebspatienten populär gemacht haben. Diese Ansätze werden weiter unten beschrieben).

Es sei von Anfang an darauf hingewiesen, daß außergewöhnliche Krebspatienten, die sich für die Erprobung komplementärer Krebstherapien entscheiden, nicht einfach nur nach "Heilung" suchen. Viele dieser Patienten glauben, daß sie nach "Gesundung" und nicht nach Heilung suchen. Die Gesundung überschneidet sich mit der Heilung, unterscheidet sich jedoch auch von ihr. Unter Heilung wird im allgemeinen ein von außen kommender ärztlicher Eingriff verstanden, durch den der Krankheitsprozeß in dem Patienten mit einer gewissen Zuverlässigkeit beseitigt wird. Demgegenüber ist die Gesundung ein aus den inneren Ressourcen des Einzelnen entstehender Prozeß. Die Gesundung beschreibt einen psychobiologischen Prozeß des Ganzwerdens. Die Gesundung kann auf der physischen, der geistigen, der emotionalen und der spirituellen Ebene erfolgen. Es herrscht wachsende Übereinstimmung darüber, daß die psychologische Gesundung die körperliche Gesundung bisweilen anregen kann (Borysenko 1987; Locke & Colligan 1986). Gleichzeitig kann die psychologische und geistige Gesundung selbst dann noch vonstatten gehen, wenn der Kampf um die körperliche Heilung verloren wird. Tiefe Gesundungserlebnisse können während des Sterbens erfolgen. Einige frühe Kulturen nannten den Tod sogar "das große Gesundwerden". Viele außergewöhnliche Krebspatienten streben bewußt eine "Gesundung" sowie verbesserte Heilungsaussichten an. Mit diesem Beitrag möchte ich darlegen, daß außergewöhnliche Krebspatienten, die sich (und das tun nicht alle) dafür entscheiden, die Einbeziehung der besten konventionellen Krebstherapien und der besten komplementären Krebsbehandlungs-

ansätze zu untersuchen, das Wesen der heftigen Debatten über komplementäre Formen der Krebsbehandlung verändern, durch die die rationale Erörterung dieses Themas während der letzten Jahrzehnte so erschwert wurde. Diese außergewöhnlichen Krebspatienten leiten nach meiner Einschätzung aus dem komplexen Geflecht ethisch einwandfreier wie fragwürdiger Praktiken auf dem Gebiet der komplementären Krebstherapie vertretbare persönliche Strategien für eine intensive Gesundheitsförderung ab. Ihr Streben nach einer sinnvollen Integration wirksamer konventioneller Therapien und persönlicher Formen der intensiven Gesundheitsförderung auf der Grundlage dieser komplementären Therapien könnte während der nächsten Jahre zu einem wichtigen Faktor der Entwicklung einer menschengerechten und umfassenden Krebsbehandlung werden.

3. Außergewöhnliche Krebspatienten und die Krebs-Selbsthilfebewegung

Eines der offensichtlichsten Anzeichen für das Anwachsen der sozialen Erscheinung außergewöhnlicher Krebspatienten ist die zunehmende Zahl der verschiedensten Selbsthilfegruppen solcher Patienten. In größerem Zusammenhang gesehen ist die Krebs-Selbsthilfebewegung Teil einer umfassenden Ausdehnung der Selbsthilfe- und Selbstversorgungsgruppen auf ein erstaunlich weites Feld gesundheitsbezogener Probleme. Insbesondere die Krebs-Selbsthilfebewegung stellt eine sehr vielschichtige soziale Erscheinung dar, die in einem großen Bogen von den (in den Vereinigten Staaten von der American Cancer Society getragenen) Unterstützungsgruppen bis zu Selbsthilfegruppen reicht, die sich nachhaltig für alternative Formen der Krebsbehandlung einsetzen. Das stärkste Wachstum hat interessanterweise weder bei den stark zum Establishment neigenden Selbsthilfegruppen noch bei den alternative Formen befürwortenden Selbsthilfegruppen stattgefunden. Das nachhaltigste Wachstum scheint vielmehr bei den autonomen Selbsthilfegruppen und Organisationen erfolgt zu sein, in denen Krebskranke und Menschen, die sich ihrer annehmen wollen, zusammenkommen und sich fragen: "Was können motivierte Krebspatienten für sich selbst tun, um ihre Lebensqualität und ihr Überlebenspotential zu verbessern?"

Die Krebs-Selbsthilfebewegung steht in praktisch allen technisch hochentwickelten westlichen Gesellschaften unter dem nachhaltigen Einfluß starker kultureller

Strömungen. Gesellschaftliche Entwicklungen hin zu gesünderen Lebensweisen, das Interesse am menschlichen Bewußtsein und Potential, das Wissen um die Wechselwirkungen zwischen Geist und Körper und das neue Interesse für die geistigen Aspekte des menschlichen Erlebens sind dabei ebenso wichtig wie die Entwicklung der Forschungsarbeiten auf dem Gebiet der Psychoneuroimmunologie, Vorsicht im Hinblick auf unbeabsichtigte Folgewirkungen technisch bestimmter Eingriffe und dabei auftretende Substitutionsvorgänge, die verstärkte Akzeptanz der positiven Werte pluralistischer medizinischer Systeme in vielen Kulturkreisen sowie die zunehmende Toleranz gegenüber vielen Formen der komplementären Gesundheitspflege und das wachsende Verbraucherbewußtsein. Alle diese Aspekte gehören zu dem Umfeld, in dem der seine Auswahl treffende informierte und pragmatische Krebspatient, der von den orthodoxen Lehrmeinungen des ärztlichen Establishments und der medizinischen Gegenkultur unabhängig ist, als immer stärker werdende Kraft in Erscheinung tritt.

Die Wellness Community in Santa Monica, Kalifornien, die von Harold H. Benjamin, einem Rechtsanwalt, der sich der Unterstützung von Krebspatienten verschrieben hat, gegründet wurde, ist eines der größten und erfolgreichsten autonomen Krebs-Selbsthilfezentren. Es bietet Krebskranken ein breites Spektrum an Kursen und Aktivitäten. Das Programm der Wellness Community für April 1987 umfaßte Kurse über Kunsttherapie, Elternschaft und Krebs sowie psychologische Selbsterforschung. Außerdem wurden eine Sitzung einer Beratergruppe mit einer Diskussion über die Politik und die geistigen Grundlagen der Wellness Community und eine "Ehemaligensitzung" angekündigt, auf der "frühere Teilnehmer, die die Wellness Community 'absolviert' haben, zusammenkommen, um über Möglichkeiten zu sprechen, die derzeitigen Gemeinschaftsmitglieder zu unterstützen, während sie sich gleichzeitig in der angenehmen Gesellschaft anderer 'Bezwinger der Krankheit' und von Betreuern der Familiegruppen befinden." Die Wellness Community unterstützt psychologische Ansätze zur Selbstversorgung. Sie hält sich sorgfältig und nachdrücklich von jeder Beteiligung an komplementären Therapieformen fern, die über diesen Ansatz hinausgehen. Ihr Entstehen als wichtige Anlaufstelle für Patienten im Großraum Los Angeles mit nachhaltiger Unterstützung durch zahlreiche Onkologen und andere Ärzte ist ein Zeichen der Zeit.

Die von Dr. Fitzhugh Mullan von der Johns

Hopkins School of Public Health, der selbst ein Krebsleiden bezwungen hatte, gegründete National Coalition for Cancer Survivorship (NCCS), ist ein weiteres Beispiel für das wachsende Interesse von Vertretern der Gesundheitsberufe an Krebs-Telefon-Projekten bzw. -Informationsgruppen und der Krebs-Selbsthilfebewegung. Wie die Wellness Community konzentriert sich die NCCS vorwiegend auf psychologische und soziale Fragen des Überlebens von Krebserkrankungen. Dem Entstehen einer landesweiten Koalition, die sich um die Ermittlung von überlebenden ehemaligen Krebspatienten als spezifischer Gruppe mit gemeinsamen Interessen und Perspektiven bemüht, ist jedoch überaus bedeutsam. ECaP oder Exceptional Cancer Patients (außergewöhnliche Krebspatienten) ist eine von dem Chirurgen und Fakultätsmitglied der Yale-Universität Dr. Bernard Siegel gegründete Gruppe. ECaP ist ein schlagendes Beispiel für den primär psychologisch ausgerichteten Selbsthilfeansatz, mit dem sich immer mehr Krebspatienten zu beschäftigen beginnen. Siegels Buch "Love, Medicine and Miracles" (1986) war ein Jahr lang auf der Sachbuch-Bestsellerliste, ein seltenes Vorkommnis bei einem Buch über Krebs. Es beschreibt in offener Sprache, wie außergewöhnliche Patienten an die Erfahrung mit Krebs herangehen. Seine Popularität ist ein weiteres Anzeichen der wachsenden gesellschaftlichen Bedeutung des Selbsthilfeansatzes.

Die Australian Cancer Patients Foundation ist ein Beispiel einer blühenden Selbsthilfegruppe für außergewöhnliche Krebspatienten auf der anderen Seite des Erdballs, das weit über das Interesse für psychologische und soziale Fragen des Überlebens bei Krebserkrankungen hinausreicht. Diese Stiftung steht den konventionellen Therapieformen keineswegs feindselig gegenüber, legt jedoch starken Nachdruck auf komplementäre (alternative und ergänzende) Krebstherapien, zu denen auch psychologische, ernährungsbezogene, geistige und alternative Immuntherapien gehören. In seinem Buch "You Can Conquer Cancer" (1984) liefert Gawler, einer der Gründer der Gruppe, eine bemerkenswerte Beschreibung der außergewöhnlichen Überwindung eines Krebsleidens mit Hilfe komplementärer Krebstherapien.

Das Bristol Cancer Help Centre in Großbritannien ist ein Zentrum für ergänzende Krebsbehandlung, das Krebspatienten im Rahmen eines integrierten Programms nachhaltige ernährungswissenschaftliche, psychologische und geistige Unterstützung bietet. Die neue Einrichtung

des Zentrums wurde von Prinz Charles eröffnet. Das Zentrum wurde in einer Sendereihe des Britischen Fernsehens BBC wohlwollend beschrieben, und viele Ärzte aus ganz England überweisen Patienten dorthin. Es hat viele Krebs-Selbsthilfegruppen in ganz Kanada und den Vereinigten Staaten nachhaltig beeinflusst (Lerner 1987 a). Die Lukas-Klinik in der Schweiz ist die bekannteste anthroposophisch geführte Krebsklinik in Mitteleuropa. Die Lukas-Klinik wird nach den von Rudolf Steiner, dem Begründer der Anthroposophie, aufgestellten Grundsätzen geleitet. Sie macht sich alle eingeführten medizinischen Krebstherapien zunutze, setzt jedoch auch ein breites Spektrum von Mitteln ein, die Steiner auf der Grundlage der großen naturkundlichen Traditionen Europas empfahl. Kunst, Bewegung und andere Ansätze zu kreativem Ausdruck erhalten in der Behandlung eine Schlüsselfunktion, wobei zwischen Gesundheit und Kreativität eine Wechselbeziehung besteht, die der im Bereich der humanistischen Psychologie in den Vereinigten Staaten sehr nahe kommt. Patienten aus der ganzen Welt wollen hier einen Versuch erleben, den viele als Modell für die Integration auf den Menschen orientierter etablierter und komplementärer Krebsbehandlungen betrachten (Lerner 1987 a). Hunderte und aber Hunderte anderer Selbsthilfegruppen, Unterstützungsorganisationen und Gesundheitszentren für außergewöhnliche Krebspatienten gibt es in vielen Ländern der ganzen Welt. Einige von ihnen sind Selbsthilfegruppen im engen Sinne. Andere sind psychosoziale Unterstützungsgruppen, die gebildet wurden, um ein Umfeld zu schaffen, in dem Krebspatienten professionell geholfen werden kann und wo diese auch anderen Hilfe bringen können. Oder es handelt sich um medizinische Zentren, die auf Selbsthilfe und die Art der Versorgung ausgerichtet sind, die viele außergewöhnliche Krebspatienten anstreben.

4. Soziokulturelle Perspektiven der komplementären Krebstherapien

Wenn die Notwendigkeit auftaucht, die Beziehungen zwischen den verschiedenartigen und komplexen Perspektiven der Anbieter und Nutzer konventioneller und komplementärer Krebstherapien zu klären, so wird das Problem von den meisten Menschen anfänglich als wissenschaftliche Frage betrachtet. Sie wollen ganz einfach und möglichst bald wissen, wer recht hat. Wenn sie sich weiter mit konventionellen

und komplementären Krebstherapien beschäftigen, gelangen sie häufig zu dem Schluß, daß das Problem weniger wissenschaftlicher als vielmehr politischer Art ist. Sie können sich unter Umständen sehr vehement gegen die eine oder andere Position wenden. Nach meiner eigenen Auffassung bringt eine soziokulturelle Analyse der Kulturen und Subkulturen der konventionellen wie der komplementären Krebstherapien noch am ehesten Licht in die Frage, wie wissenschaftliche und klinische Fragen am besten gestellt werden. Bevor wir diese Analyse in Angriff nehmen, ist unbedingt zwischen den verschiedenen Ansätzen zu unterscheiden, die bei den ergänzenden und den alternativen Therapieformen, den beiden großen Gruppen der komplementären Behandlungen, zum Einsatz gelangen.

Erstens werden psychologische Ansätze gewählt, wie z.B. Beratung, Bildsprache, Entspannung und Meditation, um die Lebensqualität zu verbessern, Schmerzen zu lindern, Nebenwirkungen der konventionellen Therapieformen zu verringern oder den Widerstand gegen eine ärztliche Behandlung herabzusetzen. Zweitens werden psychologische Ansätze mit dem Ziel eingesetzt, den Krankheitsverlauf zu beeinflussen und das Leben zu verlängern. Drittens werden Maßnahmen zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes ergriffen - Ernährung, Bewegung, Erholung, positive Lebenseinstellung -, um die Lebensqualität zu verbessern und, wie manche meinen, möglicherweise auch das Leben zu verlängern.

Ungefähr an dieser Stelle wird in den Vereinigten Staaten auf der gesellschaftlichen Ebene die Trennlinie zwischen ergänzenden/lebensstilorientierten Ansätzen (den ersten drei o.g. Fällen) und alternativen Formen der Krebsbehandlung gezogen.

Der vierte Ansatz der komplementären Krebstherapien - und der erste der alternativen Therapien - umfaßt das breite Spektrum der für eine intensive Gesundheitsförderung eintretenden Schulen, die für sich eine Verlängerung des Lebens von Krebskranken in Anspruch nehmen. Beispiele derartiger Schulen intensiver Gesundheitsförderung sind das Makrobiotische Ernährungs- und Lebensveränderungsprogramm (Kushi 1983), die Gerson-Therapie (Gerson 1977) und die Quecken- und Rohkostdiät des Hippokrates-Instituts. Ob und unter welchen Bedingungen sie tatsächlich zur Gesundheitsförderung beitragen, ist nicht Gegenstand dieser Erörterungen (Lerner 1987 a).

Der fünfte Ansatz knüpft an die eine oder

andere der von der Weltgesundheitsorganisation beschriebenen "traditionellen Heilungsmethoden" an. Die Akupunktur, die Naturheilkunde und die Homöopathie sind allesamt eingeführte traditionelle Therapien, die im Hinblick auf die Krebsbehandlung viel zu bieten haben.

Sechstens sind die alternativen Krebstherapien zu nennen, die am schwersten einzuschätzen sind und bei denen es um einen geheimen, unlösbar komplexen oder esoterischen Inhaltsstoff geht, durch den diese Therapie der direkten medizinischen Beurteilung teilweise entzogen ist. Hier ist die Bewertung am schwierigsten. Dr. Lawrence Burton auf den Bahamas, Dr. Emmanuel Revici in New York, Dr. Hans Nieper in Hannover (Bundesrepublik Deutschland), Dr. Virginia Livingston-Wheeler (1984) in San Diego sowie Dr. Stanislaw Burzynski in Stafford, Texas sind die bekanntesten Persönlichkeiten, die entweder ein System einsetzen, das zu komplex ist, als daß ein anderer praktizierender Fachmann es ganz verstehen könnte oder die einen Bestandteil ihres Systems als "Firmengeheimnis" betrachten (Lerner 1987 a, 1987 b). Hier ist darauf hinzuweisen, daß diese bedeutsame Kategorie einige der (in der Kultur der alternativen Krebstherapien) angesehensten Krebsforscher und Kliniker der westlichen Welt einschließt. Viele andere erfreuen sich bei ihren Kollegen geringerer Wertschätzung.

Andere Komponenten, die bei komplementären Krebstherapien häufig anzutreffen sind und auf die wir hier nicht eingehen, sind Kräutertherapien, elektromagnetische Behandlungen, wie z.B. die von Björn Nordenström (1983) in Schweden, die unorthodoxe Anwendung etablierter Therapien, wie z.B. im Falle der Janker-Klinik in der Bundesrepublik Deutschland (Lerner 1987 a), die Anwendung experimenteller Therapien aus öffentlichen Forschungsprogrammen bei Einzelpatienten gegen private Liquidation, z.B. bei Biotherapeutics in Franklin, Tennessee, und das Geistheilen. Die Betrachtung dieser Kategorien ist für eine vorwiegend auf die Rolle der Gesundheitsförderung bei komplementären Krebstherapien ausgerichtete Analyse weniger bedeutsam.

Es geht vor allem um die Feststellung, daß eine Betrachtungsweise, bei der diese weit auseinanderlaufenden Tendenzen als "Krebs-Quacksalbertum" abgetan werden, weder für den Vertreter der Gesundheitsberufe noch für den Krebspatienten eine optimale Information bedeutet.

5. Die Subkulturen in der Krebspatientenversorgung

Die Vertreter der Gesundheitsberufe wenden wiederum - zumindest in den Vereinigten Staaten - hochverfeinerte Methoden zur Erkennung und Unterscheidung der Subkulturen in der Krebsversorgung an, denen sie jeweils angehören, ob sie nun in etablierten Institutionen verhaltensorientierte Ansätze im Umgang mit Krebs vertreten, für psychosoziale Unterstützungseinrichtungen oder gemeindenahen Versorgungsprogramme eintreten oder ergänzende bzw. alternative Therapieformen befürworten. Ein Psychiater an einer großen Krebsklinik unterstützt zum Beispiel oft die Verwendung von Entspannungsmethoden und Bildsprache zum Abbau des Widerstandes gegen die Therapie und der Nebenwirkungen, setzt sich jedoch nachdrücklich von denen ab, nach deren Auffassung diese Behandlungsformen das Krebsleiden unmittelbar beeinflussen oder das Leben verlängern können. Diese Vorstellung gilt bestenfalls als interessante, jedoch unbewiesene Hypothese. Auf ähnliche Weise hebt sich der niedergelassene Therapeut, der mit Psychotherapie, Entspannungsmethoden und Bildsprache arbeitet und das Ziel vor Augen hat, den Krebs direkt anzugreifen und das Leben zu verlängern, unter Umständen nicht weniger nachdrücklich von denen ab, nach deren Vorstellungen eine bessere Ernährung oder eine alternative Krebsdiät sich ebenfalls auf das Krebsleiden und das Überleben auswirken können.

In diesem stark umkämpften Grenzbereich bestehen ganz einfach sehr genau festgelegte soziokulturelle Regeln dafür, welche Vorstellungen zulässig sind und welche nicht. Wer in einem Gesundheitsberuf auf seine berufliche Laufbahn achten muß, hat gewöhnlich ein überaus feines Gespür dafür, was er über die Bedeutung einer über die konventionelle medizinische Therapie hinausgehenden Maßnahme für das Überleben bei Krebsleiden sagen und nicht sagen darf. Der soziokulturelle Konsens über legitime Vorstellungen innerhalb unterschiedlicher Subkulturen der Krebstherapie unterliegt schnellen Wandlungen, sodaß sich die spezifischen Positionen verändern. Dabei bleibt jedoch die Sorgfalt, mit der die Berufsvertreter auf diesem Gebiet ihren Standort bestimmen und sich voneinander abheben, eine Konstante. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse und die Meinung der Fachwelt über verhaltensorientierte Maßnahmen, Ernährungsmaßnahmen und zur Gesundheitsförderung in der Krebstherapie bewegen sich vorsichtig auf eine Übernahme dieser einst verspotteten Vor-

stellungen zu, sodaß die Trennlinien, die einst so eindeutig zwischen konventionellen und komplementären Behandlungsansätzen verliefen, immer schneller und auf geradezu irritierende Weise zu verschwimmen beginnen. In dem "Krebsbehandlungskrieg", über den die amerikanischen Medien während des letzten Jahrzehnts umfassend berichten, beschreiben beide Seiten den jeweiligen Opponenten oft als festgefügtten Block übelwollender Gegner. So bezeichnete das Krebs-Establishment die alternativen und komplementären Formen der Krebsbehandlung als Quacksalberei, mit der verzweifelte und leichtgläubige Krebsopfer aufgelauert würde, während die Verfechter alternativer Therapieformen die etablierten Therapien als die Behandlung mit "Messer und Gift" im Rahmen einer zynischen, profitorientierten Verschwörung darstellten. Diese Klischees sind von der soziologischen Warte aus betrachtet jedem vertraut, der sich mit Propaganda in Konfliktsituationen beschäftigt hat. Jede Seite in der Kontroverse über die richtige Krebsbehandlung beschuldigt die andere, sich von Profitstreben leiten zu lassen, möglicherweise segensreiche Behandlungsformen in zynischer Form zu unterlassen oder gar nicht zu beachten und eine organisierte Verschwörung zur Verhinderung von Fortschritten in der Krebstherapie darzustellen.

6. Einige mit Recht beunruhigende Erscheinungen

Dieser Gegensatz zwischen wichtigen Gruppen in der etablierten und der komplementären Krebstherapie besteht weiter. Beide Seiten haben in der Tat berechtigten Grund zur Besorgnis. Die alternativen Therapieformen in den Vereinigten Staaten stellen einen keinerlei Vorschriften unterliegenden Sektor dar, auf dem häufig gegen Gesetze und Vorschriften, die dem Ziel des Schutzes des Verbrauchers vor betrügerischen ärztlichen Maßnahmen dienen sollen, unter Schwarzmarktbedingungen gearbeitet wird. Darüber, ob diese Gesetze und Vorschriften das richtige Gleichgewicht zwischen dem Verbraucherschutz und der Wahlmöglichkeit des Verbrauchers getroffen haben, wird eine hitzige Diskussion geführt. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt gedeihen auf diesen völlig unregulierten Märkten in der Tat neben ethisch begründeten Bemühungen, Therapien anzubieten, an die die Therapeuten und viele Patienten glauben, auch unethische Praktiken.

Andererseits sind über die Auswüchse und Mißbraucherscheinungen der konventionellen Krebstherapie von Kritikern innerhalb des Krebs-Establishments wie auch von außenstehenden Opponenten umfassende Unterlagen vorgelegt worden (US-Senat 1982). Zu den häufigsten Klagen von Krebspatienten gehört die Feststellung, ihr Arzt habe ihre Gefühle und ihre persönliche Würde beim Umgang mit ihnen nicht gebührend berücksichtigt. Sie hätten keine ausreichenden Informationen für sachkundige Entscheidungen zwischen verschiedenen konventionellen Therapieformen erhalten, man habe sie nicht hinreichend auf Nebenwirkungen oder unbeabsichtigte Behandlungsfolgen hingewiesen, ihre Diagnose und ihre Prognose seien ihnen gefühllos mitgeteilt worden und ihre Ärzte stünden jedem Hinweis auf ein Interesse an komplementären Formen der Krebsversorgung ausgesprochen feindselig gegenüber. Die Lage im Hinblick auf komplementäre Therapieformen ist von Land zu Land sehr verschieden. Eine feindselige Einstellung ist am wenigsten in Kulturkreisen erkennbar, in denen pluralistische medizinische Systeme eine höhere Akzeptanz genießen. China, Großbritannien, Indien, Japan und die Schweiz sind Beispiele für Gesellschaften, in denen verschiedene medizinische Versorgungssysteme nebeneinander bestehen. Diese Koexistenz ist nicht immer freundschaftlich zu nennen, doch hat sich kein einzelnes System eine eindeutige Vormachtstellung gesichert. Dementsprechend wird in diesen und anderen medizinisch pluralistisch eingestellten Ländern ein breiteres Spektrum von Krebstherapien akzeptiert. Die Feindseligkeit ist ausgeprägter in Ländern wie den Vereinigten Staaten, wo die allopathische Medizin eine deutlichere Hegemonie erreicht hat. Als sich die Weltgesundheitsorganisation für die Nutzung "traditioneller" (nichtallopathischer) medizinischer Versorgungssysteme auf der Welt entschied, um ihre Ziele der Gesundheit für alle im Jahr 2000 zu erreichen, erhöhte sie das internationale Bewußtsein für den potentiellen Beitrag pluralistischer medizinischer Systeme zur Gesundheitspflege. Bestimmte komplementäre Krebstherapien passen eindeutig in den Rahmen der von der Weltgesundheitsorganisation geförderten "traditionellen" medizinischen Versorgungssysteme. Wichtig ist hierbei der Hinweis, daß außergewöhnliche Krebspatienten in den Vereinigten Staaten heute den alten, verbissenen Kontroversen zwischen Verfechtern der konventionellen und Anhängern der komplementären Krebstherapien verhältnis-

mäßig wenig abgewinnen können. Ebenso wenig interessieren sie sich sonderlich für die ausgeklügelten Rituale, mit denen die Vertreter der Gesundheitsberufe ihre jeweiligen Positionen zur ergänzenden und alternativen Krebstherapie voneinander abgrenzen. Sie haben sich stattdessen für eine pluralistische und pragmatische Einstellung entschieden und vertreten häufig die Auffassung, daß weder die etablierten noch die komplementären Formen der Krebstherapie als monolithisches Ganzes dastehen. Als "informierte Verbraucher" erkennen sie, daß in beiden Bereichen weit auseinandergehende Entwicklungstendenzen zu verzeichnen sind und nutzen zumeist alle wirksamen etablierten Therapien. Sie bleiben fast immer bei einem Onkologen, einem Internisten oder ihrem Hausarzt in Behandlung. Auf der Grundlage einer wirksamen konventionellen Therapie nutzen sie darüber hinaus ein breites Spektrum zusätzlicher Methoden der Krebstherapie und der Selbstversorgung.

7. Ergebnisse mit komplementären Krebstherapien

Ich habe mich fünf Jahre lang mit komplementären Formen der Krebstherapie, Veränderungen der Lebensweise und Selbstversorgungssystemen beschäftigt, dabei fünfzig Zentren besucht, mit Hunderten von Ärzten und weit über tausend Patienten gesprochen (1). Während der letzten beiden Jahre habe ich mich außerdem fünfzehn Wochen lang in einwöchigen Gesprächsreihen mit außergewöhnlichen Krebspatienten in ihrem persönlichen Lebensbereich unterhalten und ihre Erfahrungen mit einem breiten Spektrum komplementärer Krebstherapien ergründet

(Lerner & Remen 1985; Lerner 1985, 1987

a). Ich beschäftigte mich mit

1) Professor Lerner's Engagement für die Krebsversorgung geht auf ein persönliches Erlebnis zurück. "Ich hatte mich schon immer dafür interessiert, was Menschen taten, wenn sie hörten, daß sie Krebs hatten", erinnert er sich. "Ich hatte jahrelang darüber gelesen, auf diesem Gebiet jedoch noch nie gearbeitet, bis man dann bei meinem Vater ein Non-Hodgkins-Lymphom diagnostizierte. Als mein Vater Krebs bekam, kristallisierte sich mein Interesse richtig heraus. Ich beschloß, die besten Zentren für komplementäre Krebstherapie auf der ganzen Welt aufzusuchen. Ich wollte ihm sagen können, was es gab. Als wir dann aber damit begonnen hatten, wurde das Projekt zu einer viel umfassenderen Studie."

ernährungsorientierten und psychologischen Therapien, ging hochdosierten, auf Immunmodulation beruhenden alternativen Krebstherapien nach, sah mir geistige Therapieformen und die unkonventionelle Anwendung konventioneller Therapien an, beschäftigte mich mit Kräutertherapien, der traditionellen Medizin einschließlich der Akupunktur, (eine Art Yoga, der man in China Wirksamkeit gegenüber Lungenkrebs nachsagt) und vielen anderen Therapien. Und während dieser fünfjährigen Studie arbeitete ich Schlußfolgerungen aus, die sich seitdem wenig geändert haben. Zuerst einmal habe ich unter diesen komplementären Krebstherapien keine Heilmöglichkeit für Krebs entdeckt. Dies ist ein sehr wichtiger Hinweis, weil einige Enthusiasten behaupten, irgendwo auf der Welt gebe es ein Wundermittel gegen den Krebs, das durch das medizinische Establishment unterdrückt werde. Diese Erfahrung habe ich nicht gemacht. Das medizinische Establishment mag komplementären Krebstherapien feindselig gegenüberstehen, doch eine Heilmöglichkeit wird nicht unterdrückt. Zum zweiten fand ich nur wenige wissenschaftliche Belege für die Beurteilung der wirklich entscheidenden Frage: "Schlagen komplementäre Krebstherapien bei manchen Menschen gut an und, wenn ja, unter welchen Bedingungen?" Zum dritten fand ich sehr deutliche, auf persönlichen Darstellungen beruhende Hinweise darauf, daß es manchen Menschen bei der Anwendung dieser Therapien wirklich gut geht. Ob nun ein Kausalzusammenhang zwischen diesen Behandlungsformen und dem verbesserten Gesundheitszustand dieser Menschen besteht, ist eine andere Frage. Während der Anwendung dieser Therapien geht es manchen Menschen aber tatsächlich sehr gut. Viertens stellte ich überall Übereinstimmungen zwischen einigen der wertvollsten Überlegungen auf dem Gebiet der komplementären Krebstherapien und den wertvollsten Gedanken auf dem der etablierten Formen der Krebsbehandlung fest, vor allem in Bereichen, in denen ernährungsbezogene, psychologische und auf der Immunmodulation beruhende Ansätze eine Rolle spielen oder bei der Verwendung traditioneller medizinischer Systeme, der chinesischen Akupunktur und einer Vielzahl anderer Ansätze zur Förderung des allgemeinen Befindens des Krebspatienten. Ich stellte darüber hinaus ganz wie Barrie Cassileth (1984) fest, daß die alte Klischeevorstellung, komplementäre Therapien würden typischerweise von einem "Quacksalber" ohne Ausbildung verabreicht

und diese Behandlung werde typischerweise von einem verzweifelten, leichtgläubigen Krebspatienten im letzten Stadium der Krankheit in Anspruch genommen, weitgehend nicht der Wirklichkeit entsprechen.

Vielfach handelt es sich um ausgebildete Ärzte, die sich der Vorteile und Grenzen der etablierten Therapieformen voll auf bewußt sind. Viele Patienten, die sich für diese Therapien entscheiden, liegen mit ihrem Informationsstand, ihrem Sinn für persönliche Effizienz, dem Sachverstand, mit dem sie sich in der Welt der Medizin zurechtfinden, ihrem Glauben an die Möglichkeit, ihr Leben zu verändern und ihrem Lebenswillen über dem Durchschnitt. Obwohl es keine wissenschaftlichen Belege für die Wirksamkeit komplementärer Krebstherapien gibt, stellt man doch im Gespräch mit wirklich informierten Menschen fest, die sich mit diesem Gebiet seit vielen Jahren beschäftigen, daß sie mit einer bestimmten Ergebniskurve rechnen. An dem einen Ende der Kurve stehen bei diesen Therapien vielleicht 10 % Geschädigte. Dies sind typischerweise verzweifelte und verängstigte Kranke mit operablem Karzinom, die sich in der Hoffnung auf eine nicht mit körperlicher Verstümmelung verbundene Heilmethode vor der Operation drückten. Sie nahmen an einer komplementären Krebstherapie teil und kehrten später zurück, als der Tumor chirurgisch nicht mehr entfernt werden konnte. Dies widerfährt nicht sehr vielen Menschen, aber es kommt vor. Es gibt ein Buch über "psychische Chirurgie" auf den Philippinen, in dem recht detailliert die Erfahrungen eines amerikanischen Chirurgen berichtet werden, der den "psychischen Chirurgen" auf den Philippinen aufgeschlossen zusah und den von ihnen behandelten Fällen nachging. Es handelte sich hierbei um Patientinnen, die erfahren hatten, daß sie Brustkrebs hatten, der chirurgisch entfernt werden konnte, die jedoch zur "psychischen Chirurgie" auf die Philippinen fuhren. Sie waren davon überzeugt, daß der "psychische Chirurg" den Tumor wirklich herausgenommen hatte. Sie kehrten nach Hause zurück, und drei Monate später war das Karzinom nicht mehr zu entfernen und sie starben. Eine Ursache für Todesfälle bei dem Einsatz komplementärer Krebstherapien ist die verpaßte Gelegenheit, konventionelle Therapien anzuwenden, die wirklich einen großen Unterschied hätten ausmachen können.

Eine andere Ursache sind bestimmte, überaus unethisch vorgehende Quacksalber, die in einer ausgesprochen unhygienischen Umgebung sehr zweifelhaft Behandlungen

anwenden. Menschen erkranken und sterben aufgrund der unsinnigen Anwendung schlechter Behandlungen unter fürchterlichen Verhältnissen. Es gibt Todesfälle, das steht außer Frage. Ich glaube aber doch, daß dies nur und 10 % der Patienten sind, die komplementäre Krebstherapien in Anspruch nehmen. Am anderen Ende dieses Kontinuums stehen wiederum 10 % der Patienten, die diese Therapien in Anspruch nehmen und außergewöhnliche Geschichten zu erzählen haben. Diese Patienten unterzogen sich komplementären Krebstherapien, ihr Zustand besserte sich, und sie fingen an, mit ihrem Krebs regelrecht zu leben. Einige berichten über eine langfristige Remission oder gar über das Verschwinden ihres Karzinoms. Diese Geschichten sind belegt. Das Institute for Noetic Sciences in den Vereinigten Staaten hat soeben eine Bibliographie veröffentlicht (1985), das Ergebnis einer Untersuchung aller Berichte über spontane, unerklärliche Remissionen nach Krebsleiden ist, die in der wissenschaftlichen Literatur beschrieben worden sind. Zum ersten Mal ist damit ohne weiteres der Zugang zu diesen Hunderten von Berichten möglich, die die außerordentlich unterschiedlichen Bedingungen deutlich machen, unter denen Menschen von einem Krebsleiden genesen sind. In Japan enthält die medizinische Fachliteratur zum Beispiel viele Berichte über Patienten, die sich eine medizinische Behandlung ihres Karzinoms einfach nicht leisten konnten. Sie gingen deshalb nach Hause und sagten sich: "Nun, ich habe mein Leben in Gottes Hand gegeben und vertraue mich jetzt Gott einfach an. Wann er mich auch immer zu sich nehmen will, wird er es tun." Und danach lebten sie weiter, immer weiter, und schließlich schrieb jemand einen Artikel darüber. Über einen anderen, ebenso fesselnden Fall berichtete die Association for Humanistic Psychology. Es handelt sich dabei um einen Mann aus den Vereinigten Staaten mit fortgeschrittenem Bronchialkarzinom, der nur noch wenige Wochen zu leben haben schien. Das veröffentlichte Interview fand 10 Jahre später statt! "Als der Arzt mir sagte, ich hätte nur noch ein paar Wochen zu leben, sagte ich mir, nun würde ich dem Krebs erst einmal etwas zu essen geben, bevor er mich auffressen würde. Als ich dann also in das Krankenhaus kam, bestellte ich von allem drei Portionen. Und da ich sehr nervös war, ließ ich jeden Tag ein paar Krüge Bier in mein Zimmer schmuggeln. Als ich das Krankenhaus verließ, aß ich einfach weiter und nahm rund 50 Pfund zu. Ich weiß, daß ich bei Lungenkrebs mit dem

Rauchen hätte aufhören sollen, aber ich schaffte es einfach nicht!" Zehn Jahre später war dieser Mann noch am Leben und bei guter Gesundheit.

Dies macht deutlich, daß die Bedingungen, unter denen ein Einzelner gesund werden kann, sehr unterschiedlich sein können. Die Erfahrung lehrt, daß verschiedene Menschen mit dem gleichen Karzinom mit unterschiedlichen Therapien gute Ergebnisse erzielen und daß die Patienten, bei denen die Therapie anschlägt, unabhängig von dem Grad der Erkrankung eine geradezu überraschende Besserung erleben, während es bei anderen, die schon früh begonnen und sich nach Kräften bemüht haben, zu keinerlei Besserung kommt. Die psychologische Literatur über den "internal locus of control" legt den Schluß nahe, daß 10, 15 oder 20 % der Gesamtbevölkerung an die Veränderbarkeit des eigenen Lebens glauben.

Außergewöhnliche Krebspatienten machen unter den an Krebs Erkrankenden wahrscheinlich gerade diese 10 oder 20 % aus. Innerhalb dieser beiden Gruppen von je 10 % sind die Extreme zu suchen, die entweder Erfolg haben oder scheitern. Daneben stehen 80 % der Krebspatienten, denen die Therapie entweder nicht schadete, die andererseits aber auch keine außerordentliche Remission erlebten. Sie unterzogen sich einer ihnen sinnvoll erscheinenden Therapie und wurden, wie Dr. Alec Forbes vom Bristol Cancer Health Centre sie nennt, zu "gesunden Krebspatienten". Und diese gesunden Krebspatienten weisen sehr interessante Ergebnisse auf. Sie schneiden bei allen etablierten Therapien eher besser ab, weil sie größere Stärke und Spannkraft aufweisen. Ihre Moral ist besser, sie empfinden weniger Schmerzen, und ihre Lebensqualität nimmt eher zu.

8. Die Bedeutung der Gesundheitsförderung für komplementäre Krebstherapien

Interessant an den komplementären Krebstherapien ist der Umstand, daß sich bei näherer Betrachtung so viele von ihnen ganz oder zum Teil als Systeme der intensiven Gesundheitsförderung erweisen. Das ideale System der intensiven Gesundheitsförderung für einen außergewöhnlichen Krebspatienten würde ich als multimodalen Ansatz zur Steigerung des physischen, geistigen, emotionalen und spirituellen Wohlbefindens bezeichnen, der auf die spezifischen Bedürfnisse, Überzeugungen, Zielsetzungen, Lebensverhältnisse, Ressourcen, Vorlieben

und psychophysiologischen Reaktionen des einzelnen zugeschnitten ist.

Bei dieser Definition des Idealtyps möchte ich ferner auf die Bedeutung der Aussage hinweisen, wonach es wichtiger ist zu wissen, was für ein Patient die Krankheit hat als was für eine Krankheit der Patient hat. Dies ist wirklich wahr, denn das Ziel der intensiven Gesundheitsförderung ist die Schaffung von Bedingungen, die den Gesundungsvorgang für jeden einzelnen Menschen optimieren. Zwar gibt es bestimmte Praktiken, die gemeinhin der Gesundheit förderlich sind und Voraussetzungen für eine Gesundung schaffen, doch erfordert die Erkundung der besonderen Konstellation, unter der die inneren Kraftquellen des einzelnen optimal für die Gesundung freigesetzt werden, viel Fingerspitzengefühl. In diesem Idealfall verfolgt der Patient/Untersucher mit der Hilfe seines Arztes sorgfältig seine Reaktion auf das von ihm gewählte multimodale System und ändert sie je nach seiner subjektiven Erfahrung, objektiven Gesundheitsindizes oder dem Krankheitsprozeß ab.

Obwohl einige Enthusiasten oder Befürworter komplementäre Krebstherapien als "Krebsheilverfahren" bezeichnen mögen, handelt es sich dabei nicht um "Heilverfahren" im Sinne eines ärztlichen Eingriffes, durch den eine Krankheit regelmäßig und zuverlässig geheilt wird. Das primäre Ziel vieler dieser Therapien besteht vielmehr in einer Verbesserung der inneren und äußeren Bedingungen, die die Grundlage dafür schaffen, daß die jeweils mögliche natürliche Gesundung erfolgt. Deshalb werden diese Therapien am besten als Ergänzungen der sensiblen (und ebenso auch individuellen) Anwendung konventioneller Therapien in Anspruch genommen. Die Zielsetzungen der gesundheitsförderlichen Ergänzungstherapien bestehen darum in einer Steigerung der allgemeinen Immunfunktion, der Moral, der allgemeinen Stärke, der Vitalität und anderer, die Widerstandsfähigkeit des Körpers bestimmenden Faktoren.

Die komplementären Therapien, die als Gesundheitsförderungssysteme betrachtet werden können, schlagen eine Kombination aus Ernährung, Zusatzstoffen, Bewegung, Entspannung, Meditation, Bildsprache, Gebet, Lebenswillen, Verbesserung des familiären und beruflichen Umfelds, Veränderung der Lebensarbeit, neuen Ausblicken auf den Sinn des Lebens und anderen Formen der Selbsterkundung oder Gesundheitsverbesserung vor. Viele dieser Therapien sind nicht nur intensive Formen

der Gesundheitsförderung, sondern legen auch viel Nachdruck auf Streßabbau. Somit erscheint die Annahme vernünftig, daß manche Menschen ganz einfach deshalb länger leben, weil die tumorbegünstigende Wirkung des Streßes beseitigt ist. Wenn Streßabbau und intensive Gesundheitsförderung sich also wechselseitig verstärken, ist es dann nicht wahrscheinlich, daß sich auch das gesamte, das Krebswachstum begünstigende psychobiologische Milieu ändert?

Hier ist ein Hinweis auf die Untersuchungen über multiple Persönlichkeiten angebracht (Institute of Noetic Sciences 1985). Dies sind Menschen, die als Kinder schwer mißbraucht wurden und deren Persönlichkeit gewissermaßen zerbrach. Demzufolge bildeten sich in ihnen 5, 10, 15 oder 20 verschiedene Persönlichkeiten aus, die sich der jeweils anderen zumeist nicht bewußt waren und nacheinander in das Bewußtsein traten. Mit der Entwicklung des Gebiets der Psychoneuroimmunologie begannen die Wissenschaftler, sich mit dieser Erscheinung zu beschäftigen und erkannten, welch ein unglaubliches Laboratorium eine multiple Persönlichkeit darstellt. Sie gingen der Frage nach, was bei einem Wechsel der Persönlichkeiten mit den verschiedenen psychoneuroimmunobiologischen Parametern geschieht und stellten außerordentliche physiologische Veränderungen fest. Die eine Persönlichkeit bekommt Allergien, eine andere nicht. Eine Persönlichkeit kann Diabetiker sein, eine anderer nicht. Die eine ist kurzsichtig, eine andere nicht. Bei diesen Menschen mit multiplen Persönlichkeiten kommt es also zu außerordentlichen Persönlichkeitsveränderungen.

In ähnlicher Weise ist bei außerordentlichen Krebspatienten, die sich auf ihre Krankheit wirklich tiefgründig einlassen wollen, zu beobachten, daß sie ein anderer Mensch werden als der, der Krebs bekam. Dies ist uneingeschränkt wahr. Sie sind keine multiplen Persönlichkeiten, doch wir alle haben Unterpersönlichkeiten. Und so stellt man typischerweise fest, daß Menschen, die Krebs bekommen, unter starkem Streß standen, eher depressiv gestimmt waren, Ärger in sich hineinfräßen und in ihrem Leben nicht richtig aus sich herausgingen. Und als sie krank wurden, lief eine Art innerer Dialog in ihnen ab: "So, Charly, du hast dieses Schiff nun schon seit langem gesteuert und hast dich nach besten Kräften bemüht zurecht zu kommen, aber George da drüben versteht sich besser auf

Schlechtwettersegeln, wie es jetzt nötig ist. In Kriegszeiten ist er der bessere Premierminister. Wir setzen dich also ein Weilchen auf die Oppositionsbank und nehmen George, denn George hat die Persönlichkeit, die für den Kampf um unser Leben erforderlich ist." Und die ganze Persönlichkeit ändert sich. Man kann es sehen. Daran besteht kein Zweifel. Man weiß, daß dies wirklich eine tiefgreifende Persönlichkeitsänderung ist. Und wenn man diese Persönlichkeitsänderung mit großen Bemühungen verbindet, die eigene Ernährung ins reine zu bekommen und sich Bewegung zu verschaffen - was ja an sich schon Depressionen entgegenwirkt - und noch mit vielen anderen Schritten verbindet, dann muß sich das psychobiologische Milieu, in dem sich das Krebsleiden entwickelte, ganz einfach ändern.

Unter diesem Blickwinkel kann man sich in der Tat fragen, weshalb Krebspatienten oft stillschweigend davon abgehalten werden, sich angesichts der Diagnose Krebs nachhaltig um eine möglichst weitgehende Verbesserung ihres allgemeinen Gesundheitszustandes zu bemühen. Ärzte betrachten den allgemeinen Gesundheitszustand, die Moral und die Funktionstüchtigkeit als aussagekräftige Prädiktoren der Prognose von Krebspatienten. Ein gesunder Mensch kann sowohl der Krankheit als auch der Therapie besser widerstehen als jemand mit schlechtem Gesundheitszustand. Einige Karzinome wachsen so langsam, daß der Patient ausreichend Zeit hat, ein System nachhaltiger Gesundheitsförderung zu erkunden und sich darauf einzulassen, das nach seiner Vorstellung seine körperliche Gesundheit und sein psychologisches Befinden verbessert, wie immer seine Auswirkungen auf das Fortschreiten der Krebserkrankung sein mögen.

Ein Krebspatient auf der Suche nach einem ethischen System intensiver Gesundheitsförderung findet sich in einer komplexen Situation wieder. Seine Entscheidung wird ihm auch dadurch nicht erleichtert, daß viele komplementäre Krebstherapien unterschiedliche Vorstellungen von der Wiedererlangung der Gesundheit repräsentieren. Darüber hinaus gelingt es, wie wir gesehen haben, einigen der Patienten, die die empfohlenen Änderungen ihrer Lebensweisen durchführten, ihren Status zu verbessern, während andere ihre Gesundheit unter Umständen schädigen. Diätprogramme sind hier ein treffendes Beispiel. Männer verlieren bei der Umstellung auf eine vegetarische Diät in der Regel mehr an Gewicht als Frauen. Dies ist in vielen

Yoga-Zentren und auch anderenorts häufig zu beobachten. Bei Krebs ist ein Gewichtsverlust jedoch oft auch mit Auszehrung verbunden. Eine Gewichtsabnahme kann darum für einen Patienten und seinen Hausarzt sehr beängstigend sein, wenn beide mit der Erscheinung der diätbedingten Gewichtsabnahme von Vegetariern nicht vertraut sind. Darüber hinaus kann der mit einigen strikt vegetarischen Diätformen einhergehende Gewichtsverlust sogar ungesund und unklug sein, insbesondere bei einem männlichen Krebspatienten mit von Anfang an niedrigen Gewichtsreserven. Die Lage ist also keineswegs einfach, und Arzt wie Patient streben nicht nach einem abstrakten Ideal der optimalen therapeutischen Ernährung, sondern nach einer Ernährung, die empirisch dem einzelnen Patienten zugute kommt.

Allein schon die Komplexität all dieser Fragen spricht im übrigen eindeutig für die weitere Erkundung komplementärer Krebstherapien unter der Betreuung durch einen gut ausgebildeten, ernährungsorientierten Arzt, der sich auch auf die konventionelle Krebstherapie versteht. Leider sind Onkologen, Internisten und Allgemeinmediziner, die entsprechend ausgebildet sind und Erfahrungen mit der Betreuung von Krebspatienten bei sachkundigen Entscheidungen zwischen konkurrierenden Systemen der intensiven Gesundheitsförderung aufweisen, eine Seltenheit. Das gesamte Gebiet der ethischen, individualisierten Gesundheitsförderung motivierter Krebspatienten ist stark entwicklungsbedürftig, wenn wir Krebskranken integrierte Systeme aus konventionellen und komplementären Therapieformen anbieten wollen.

9. Viele ungeklärte Fragen sind zu untersuchen

Zahlreiche Elemente komplementärer Krebstherapien sollten wissenschaftlich untersucht werden. Am wichtigsten und am naheliegendsten ist dabei die Frage: "Wirken sich intensive Bemühungen hochmotivierter Krebspatienten um eine multimodale Gesundheitsförderung in einer Form aus, die über ein stärkeres Gefühl persönlicher Leistungsfähigkeit und besserer Lebensqualität hinausreicht?" Hier ergeben sich viele wichtige Fragen. Zuerst einmal die Frage, ob es möglich ist, daß bestimmte Krebspatienten, die nachhaltige Programme der physischen,

geistigen, emotionalen und bisweilen auch spirituellen Weiterentwicklung aufnehmen, ihren allgemeinen Gesundheitszustand dadurch nennenswert verbessern. Umgekehrt gefragt: Wieviele fügen sich selbst Schaden zu oder erreichen dabei nichts? Zweitens, sind diese Formen intensiver Gesundheitsförderung (wenn sie funktionieren) für die Lebensqualität auch dann von Wert, wenn keine Wirkung auf die Entwicklungsgeschwindigkeit der Krebserkrankung festzustellen ist? Drittens, verbessert die nachhaltige, auf mehreren Ebenen zugleich betriebene Gesundheitsförderung die Widerstandsfähigkeit gegenüber Nebenwirkungen der konventionellen Therapien und damit möglicherweise auch die Wirksamkeit der konventionellen Therapien? Viertens, wirken sich nachhaltige Bemühungen um eine auf verschiedenen Ebenen erfolgende Gesundheitsförderung auf den Ablauf des Krebsprozesses oder auf die Prävention von Rezidiven bei bestimmten Krebsformen oder bei manchen Patienten mit bestimmten Krebsformen aus? Fünftens, lassen sich die Wirkungen individualisierter Systeme intensiver Gesundheitsförderung wissenschaftlich abschätzen und, wenn ja, wie?

Viele Forscher und Kliniker beschäftigen sich mit den komplementären Systemen der intensiven Gesundheitsförderung und wenn sie feststellen, daß ein System nicht praktikabel ist oder nicht für alle Patienten mit einer spezifischen Krebsform geeignet ist, so gelangen sie zu dem Schluß, eine weitere Auseinandersetzung damit lohne sich nicht. Damit gehen sie Forschungsmöglichkeiten verloren, die außergewöhnliche Krebspatienten bieten, die sich aus eigenem Antrieb für diese Gesundheitsförderungssysteme entschieden haben. Was können wir von der Beobachtung dieser persönlichen Pionierarbeit lernen? Welche groben Muster werden erkennbar, wenn wir die unterschiedlichen Erfolgsquoten verschiedener Programme bei verschiedenen Krebsformen und, was ebenso wichtig ist, verschiedenen Arten von Menschen sorgfältig betrachten? Ein faszinierendes Beispiel ist die Fachliteratur über Brustkrebs. Wynder & Rose vertreten die Auffassung, eine Ernährung "nach japanischer Art" könne bei Brustkrebspatientinnen nach der Menopause, nicht jedoch bei Frauen vor dem Klimakterium, eine hilfreiche adjuvante Therapie darstellen, wobei sie sich auf eine aufschlußreiche Übersichtsarbeit über die epidemiologische Literatur stützen. Sie führen Berichte an, wonach

Japanerinnen nach der Menopause eine doppelt so hohe 10-Jahres-Überlebensrate erreichen wie Amerikanerinnen, während die Überlebensrate von Japanerinnen vor der Menopause der der Amerikanerinnen sehr nahe kommt. Sie schlagen deshalb klinische Studien über diese Frage vor (Wynder & Rose 1984). Sollten die klinischen Studien jedoch auf die "durchschnittliche" amerikanische Brustkrebspatientin nach der Menopause ausgerichtet sein, für die die Einführung einer "japanischen Ernährung" eine Streßbelastung bedeuten könnte, die den Erfahrungen der Japanerin nicht entspricht, oder eher auf außergewöhnliche Krebspatientinnen, die an dem Programm teilnehmen wollen? Dies ist ein Beispiel für einen möglichen Übergang von der am allgemeinsten formulierten Frage "Wirkt sich eine Ernährungsumstellung, von der man aufgrund epidemiologischer Studien ein geringeres Brustkrebsrisiko erwartet, auf die Überlebens- oder Rezidivrate aus?" Zu weitaus verwickelteren Fragen der Gesundheitsförderung: "Wirkt sich diese Ernährungsumstellung bei motivierten Frauen nach der Menopause auf das Überleben oder die Rezidivhäufigkeit aus?" Wenn dies der Fall sein sollte, dann könnte logischerweise die nächste Frage lauten, ob die - chirurgische oder chemische - Herbeiführung der Menopause bei einer motivierten Brustkrebspatientin vor der Menopause diese in eine Gruppe bringen könnte, bei der eine höhere 10-Jahres-Überlebensrate möglich wäre. Wenn verschiedene Ernährungsweisen und verschiedene Formen der Nahrungsergänzung im Hinblick auf ihre mögliche lebensverlängernde Wirkung selektiv sein können, so könnten verhaltensorientierte Maßnahmen eine vom Tumortyp unabhängige Wirkung nach sich ziehen. Die Auswirkungen der Psychotherapie, der Meditation, der Bildsprache, der Schlaftherapie und von Entspannungstechniken hängen möglicherweise viel stärker vom psychologischen Gefüge des Einzelnen ab. Meares führte in Australien einige der interessantesten klinischen Studien über intensive Meditation durch und berichtet für seine klinische Untersuchungsreihe, daß die Patienten unabhängig vom Krebstyp Verbesserungen der Lebensqualität und in einigen Fällen sogar eine Lebensverlängerung erreichen. "Die Behandlungsergebnisse bei 73 Patienten mit fortgeschrittenem Krebsleiden, die an wenigstens 20 intensiven Meditationssitzungen teilnehmen konnten, machen deutlich, daß fast alle diese Patienten neben viel geringeren Unannehmlichkeiten und Schmerzen eine

deutliche Verminderung der Angstgefühle und Depressionen erwarten dürfen. In 10 % der Fälle ist mit einer durchaus bemerkenswerten Verlangsamung der Wachstumsgeschwindigkeit des Tumors zu rechnen" (Locke 1986). Die Wirkungen der Psychotherapie auf die Lebensverlängerung und die Lebensqualität verdient unbestreitbar eine nähere Untersuchung. Eine der interessantesten Übersichtsarbeiten zu diesem Thema stammt von Cunningham (1984). Er räumt zwar die methodologischen Unzulänglichkeiten der bisherigen klinischen Studien ein, ist jedoch der Auffassung, daß ihre Aussagen dennoch "sowohl wahr als auch sehr bedeutsam" sein können. Er schlägt für die Gewichtung ihrer Ergebnisse die Verwendung eines anderen Standards vor, den man als das Prinzip der durchgängigen Stimmigkeit ("cross-study consistency") bezeichnen könnte. "Cunningham ist der Ansicht, daß die Ergebnisse der klinischen Studien miteinander sowie mit den Ergebnissen der Prospektivstudien zur Korrelierung von Persönlichkeitsfaktoren mit Krebs und von tierexperimentellen Untersuchungen zur Ermittlung der Auswirkungen von Streß auf das Tumorstadium übereinstimmen" (Locke 1986). Bei der intensiven Gesundheitsförderung von Krebspatienten stellen sich noch andere wichtige Fragen. Viele Krebsforscher und Kliniker sind heute der Auffassung, daß sich spezifische Krebsformen bei verschiedenen Patienten auf unterschiedlichen Wegen entwickeln und damit anders ausgedrückt verschiedene Ätiologien besitzen können. Wenn dies zutrifft, könnte eine spezifische Form der intensiven Gesundheitsförderung bei Patienten mit ähnlichen Krebsformen deutlich verschiedene Wirkungen ergeben. Von der wissenschaftlichen Warte aus betrachtet wird die Frage nach der Ermittlung der geeignetsten Formen der intensiven Gesundheitsförderung damit sehr komplex und schwierig. Im Hinblick auf die Bewertung ergeben sich also große Probleme. Die Krebspatienten, die diese persönlichen Versuche mit verschiedenen Formen der intensiven Gesundheitsförderung machen, sehen es jedoch anders. Sie überwachen sorgfältig ihr eigenes "subjektives" Gefühl des Wohlbefindens bei verschiedenen Methoden der Gesundheitsförderung. Ebenso verfolgen sie Berichte ihrer Ärzte über den Fortgang der Erkrankung. Stoßen sie auf Methoden der Gesundheitsförderung, bei denen sie sich besser fühlen und für die objektive Belege vorliegen, daß es ihnen

gut geht, so setzen sie diese Behandlungsformen häufig fort. Fühlen sie sich bei diesen mutmaßlichen Gesundheitsförderungsprogrammen nicht besser oder scheint der Fortgang der Erkrankung dadurch nicht beeinflusst zu werden, so entscheiden sie sich in ihrer Selbstversorgung für einen neuen Weg. Sie brauchen schließlich nicht die Frage zu klären, ob das von ihnen gewählte System der Gesundheitsförderung sich bei jedem Patienten mit der gleichen Krebsform bewähren würde. Sie brauchen die unterschiedlichen Einwirkungen der medizinischen Behandlung und die komplementären Formen der Selbstversorgung nicht zu bewerten. Sie besitzen ein legitimes Interesse an der einfachen, empirischen Frage, was ihnen selbst am besten hilft.

Weshalb setzen wir, die wissenschaftlich orientierte Ärzteschaft, der Erkundung all dieser Fragen so großen Widerstand entgegen oder zeigen wir so geringes Interesse daran? Nach meiner Meinung dürfte dies etwas mit unseren Vorurteilen zu tun haben. Eines dieser Vorurteile läßt uns ständig nach einer auf Spitzentechnologien beruhenden Therapie suchen, die bei allen Menschen mit der gleichen Krebsform gleichermaßen wirksam ist und ausschließlich Methoden entwickeln, die im Rahmen dieser Parameter funktionieren.

Es gibt noch weitere Komponenten der Gesundheitsförderung, die unter dem Blickwinkel ihrer unterschiedlichen Wirkungen untersucht werden könnten. Gibt es eine Art "ewig gültiger Weisheit" über das Gesundwerden, die erklären könnte, weshalb verschiedene Menschen trotz grundlegend verschiedener und oft widersprüchlicher Systeme der Gesundheitsförderung eine offensichtliche Lebensverlängerung oder eine bessere Lebensqualität erreichen oder leichter sterben? Läßt dies darauf schließen, daß es breite Hauptstraßen gibt, auf denen viele sicher zur Gesundheit zurückgelangt sind, gleichzeitig aber auch zahllose Nebenstraßen, die denen, die diesen Weg eingeschlagen haben, genauso viel Erfolg gebracht haben, obwohl sie in entgegengesetzter Richtung zu den breiten Hauptstraßen verlaufen? Frieden und Liebe tragen sicherlich sehr zum Gesundwerden bei, doch trifft es ebenso zu, daß die außergewöhnliche Genesung mancher Menschen sich aus Wut und Haß speiste.

Möglicherweise werden die besten Forscher in Zukunft die Beobachtung sehr ernst nehmen, daß für verschiedene Menschen unterschiedliche Dinge

gesundheitsförderlich sind und zur Gesundung beitragen. Zur Untersuchung der optimalen Wirkung der intensiven Gesundheitsförderung bei außergewöhnlichen Krebspatienten werden wir darum unsere Standardmethodik grundlegend ändern müssen. Eine überaus anregende Entwicklung sind die Ansätze zur Vermarktung einer Reihe unterschiedlicher Bluttests zur krebstypunabhängigen Ermittlung des Fortgangs oder der Regression des Tumorwachstums. Eines der Grundbedürfnisse bei der Forschung auf dem Gebiet der intensiven Gesundheitsförderung zugunsten von Krebspatienten ist eine Art "Biofeedback", durch das der Patient und der Kliniker erfahren, ob die spezifische Form der Gesundheitsförderung, die bei ihnen erprobt wird, sich irgendwie auf den Fortgang des Tumorwachstums auswirkt. Wenn diese Tests zu erschwinglichen Preisen auf den Markt gelangen, wird das Streben der außergewöhnlichen Krebspatienten nach wirksamen persönlichen Systemen der intensiven Gesundheitsförderung eine grundlegende Wandlung erfahren.

10. Eine neue, bedeutsame soziale Kraft in der Krebskrankenversorgung

Die Erscheinung außergewöhnlicher Krebspatienten, die sich an der Verbindung wirksamer etablierter Therapien mit komplementären Behandlungsformen, Änderungen des Lebensstils und Selbstversorgungssystemen, die ihnen sinnvoll erscheinen, interessiert zeigen, stellen in der Krebstherapie und der Krebskrankenversorgung eine wichtige gesellschaftliche Kraft dar. Einige dieser außergewöhnlichen Krebspatienten haben angesichts der oft gegensätzlichen Vorstellungen über die konventionelle und die komplementäre Krebstherapie eine pragmatische, pluralistische Betrachtungsweise gewonnen. Im Rahmen der komplementären Krebstherapie haben diese Patienten im allgemeinen eine Vielzahl von Methoden der intensiven körperlichen, geistigen, emotionalen und spirituellen Gesundheitsförderung ermittelt. Der Wert der intensiven Gesundheitsförderung für motivierte Krebspatienten ist noch nicht schlüssig erwiesen. Zahlreiche außergewöhnliche Krebspatienten nehmen jedoch ganz persönlich eine Überprüfung der intensiven Gesundheitsförderung vor, die sich von spekulativeren und fragwürdigeren Praktiken alternativer Krebstherapien deutlich trennen läßt. Diese Erscheinung wirft viele interessante klinische, wissenschaftliche und

allgemeinpolitische Fragen auf und sollte weiter untersucht werden. Die autonomen Selbsthilfegruppen, die durch diese außergewöhnlichen Krebspatienten populär geworden sind, könnten einen entscheidenden Hinweis auf die künftigen Entwicklungen im Bereich der Krebskrankenversorgung geben. Genau wie die humanistisch inspirierten "birthing centres" die Geburtshilfe im Krankenhaus

während des letzten Jahrzehnts verändert haben, läßt sich auch ohne Schwierigkeiten ein nachhaltiges Interesse der Verbraucher an einer menschlichen Krebspatientenversorgung denken, bei der innovative Strategien der Gesundheitsförderung und vielversprechende komplementäre Krebstherapien mit den besten Möglichkeiten einer wirksamen konventionellen Krebstherapie verbunden werden.

KONZEPTIONELLE PERSPEKTIVEN ZUR LEBENSQUALITÄT: EINE UNLÖSBARE AUFGABE ODER NOTWENDIGE HERAUSFORDERUNG?

Jorn Beckmann & Gert Ditlev

Der Begriff Lebensqualität kann auf unterschiedliche Weise debattiert werden. Eine Möglichkeit besteht darin, den quantitativen empirischen Ansatz zu analysieren, um zu entscheiden, ob die Forschungskategorien operational, empirisch eindeutig und inhaltlich relevant sind; Fortschritt im Sinne der Veränderung der Anzahl von Kategorien wird dabei nicht durch systematische empirische Überprüfung, sondern über die Modifikation der Theorie zur Lebensqualität erreicht. Die gegenwärtige Debatte über Lebensqualität hat auch den Konflikt zwischen Naturwissenschaften und einem humanistischen Ansatz zum Inhalt. Unserer Ansicht nach muß der Begriff Lebensqualität über das schwierige Konzept "Glück" definiert werden. Wenn Krebs "Glück" bedroht, beeinflussen nicht nur eine, sondern zwei fundamentale Krisen die Lebensqualität, die wir als zentrale Kategorie einer therapeutischen Methode auffassen.

1. Es geht um viele Sachverhalte

Im Begriff "Lebensqualität" sind nicht nur eine, sondern viele Sachverhalte eingewoben. Zum Beispiel gibt es das Thema alternativer therapeutischer Methoden; oder das Thema empirische Forschung bezüglich Lebensqualität - und natürlich die Frage nach der Wahl der therapeutischen Methode. In diesem Beitrag werden wir uns auf die empirische Forschung und die Wahl der therapeutischen Methode beschränken. Der empirisch quantitative Ansatz der Forschung zur Lebensqualität wählt Forschungskategorien in Abstimmung mit zwei Kriterien oder Theorien aus: 1) Kategorien werden auf der Grundlage einer definierten wissenschaftlichen Theorie ausgewählt, sie müssen operational bzw. empirisch eindeutig sein; und 2) Forschungskategorien werden auf der Basis der Theorie zur Lebensqualität ausgewählt. Die wissenschaftliche Theorie kann aber nicht das einzige Selektionskriterium sein, denn sie kann nur definieren, welche Begriffe operational oder "wissenschaftlich" sind. Sie kann nicht feststellen, welche Begriffe für die Lebensqualität relevant sind und vor allen Dingen kann sie nicht entscheiden, ab wann alle relevanten Be-

griffe evaluiert sind.

Diese Aspekte werden von einer Theorie zu Lebensqualität entschieden. Jede quantitative empirische Analyse der Lebensqualität setzt eine Theorie der Lebensqualität voraus (Beckmann et al. 1987). Fortschritt ist ein zentrales, implizites Merkmal von Wissenschaft. Im quantitativ empirischen Sinn kann Fortschritt mindestens zweierlei heißen: Entwicklung bei der Definition oder Veränderung der Anzahl von Forschungskategorien (mehr/weniger). In einer Theorie zur Formulierung empirisch wissenschaftlicher Begriffe wird die Norm der Exaktheit benutzt, um die erste Definition von Fortschritt zu bewerten; wir interessieren uns allerdings für die zweite Definition: Forschung als Veränderung der Anzahl von Forschungskategorien. Im Gegensatz zu anderer empirischer Forschung wurde der quantitativ empirische Ansatz zur Untersuchung von Lebensqualität nicht mit der Idee der empirischen Testung im Hinterkopf entwickelt. Fortschritt im quantitativ empirischen Ansatz bedeutet dann den Austausch der Theorie zur Lebensqualität. Da dieser Austausch aber nicht wissenschaftlich klar definiert ist, wird Fortschritt identisch mit willkürlichem Wandel (Beckmann et al. 1987).

Die Entwicklung der Forschung über Lebensqualität stellt mindestens drei Fragen: 1) Können der quantitativ empirische und der empirisch interpretative Ansatz integriert und miteinander gebraucht werden? 2) Wie werden theoretische Überlegungen zur Lebensqualität bewertet? 3) Wie werden theoretische Überlegungen und empirische Forschung miteinander kombiniert? Diese drei Fragen stellen die wichtigsten Forschungsfragen bei der Untersuchung von Lebensqualität dar.

2. Naturwissenschaften versus humanistischem Ansatz

In der Debatte über Lebensqualität wird gerne zum Thema Naturwissenschaften vs. humanistischem Ansatz diskutiert. Wenn diese Debatte fortgeführt wird, dann bleibt von der Diskussion über Lebensqualität nichts weiter übrig als ein Austausch bekannter und nicht mehr hinter-

fragbarer Standpunkte. Die beiden Ansätze haben ein wesentliches Konzept gemeinsam: Lebensqualität wird als Glück definiert. Das Problem ist allerdings, daß Glück von beiden jeweils anders definiert wird. Dem naturwissenschaftlichen Ansatz entsprechend wird Glück als körperliches Vergnügen bzw. Mißvergnügen definiert. Dies rührt vom naturwissenschaftlichen Paradigma her, das biologisch-mechanisch orientiert ist. Der Mensch wird als Teil der Natur betrachtet, ein antisoziales, sinnliches, mechanisches Wesen. Glück im naturwissenschaftlichen Sinn bedeutet Hedonismus. Der humanistische Ansatz definiert demgegenüber Glück als Selbstverwirklichung und inneren Frieden oder Harmonie. Nach dem humanistischen Paradigma ist der Dialog das Verfahren und der Mensch ist Kultur und ein bewußtes und soziales Wesen. Glück im humanistischen Sinne bedeutet Eudemonismus. Die Diskussion über Lebensqualität ist, so gesehen, teilweise eine Debatte über diese beiden Paradigmen. Der eudemonische und hedonistische Standpunkte haben gleiche Stärken und Schwächen, aber ganz sicher viele Bereiche, in denen sie nicht übereinstimmen. Viele Personen beteiligen sich nicht mehr an der Diskussion über Lebensqualität, weil sie nicht mehr kontrollierbar ist; andere messen Lebensqualität, ohne sie jemals definiert zu haben. Obwohl diese Gruppen die Notwendigkeit für eine Definition anerkennen, beharren sie darauf, daß, solange die ganze Angelegenheit sich mit verdeckten Konzepten von Lebensqualität befaßt, sie theoretisch unmöglich wird (Beckmann & Ditlev 1982).

3. Qualität des Lebens versus Quantität an Freiheit

Auch wenn die Definition von Glück von Person zu Person variiert, ist es doch erforderlich, daß jedes Individuum in der Lage ist zu entscheiden, was es unter Glück verstehen will. Es ist deshalb nutzlos, eine universell konkrete Definition von Glück zu formulieren. Wir möchten stattdessen in eine Diskussion über die Bedingungen für Glück und das heißt: die Bedingungen für Lebensqualität einsteigen. Der Begriff Freiheit und die Fähigkeit, seine eigenen Ziele zu wählen und zu verwirklichen, werden die zentrale Bedingung unserer These. Entsprechend dem naturwissenschaftlichen Paradigma bedeutet Krankheit die Disharmonie mit den biologischen und

physischen Bedürfnissen, während nach dem humanistischen Ansatz sie als Zusammenbruch von Sinn bezeichnet wird. Nach unserer These wird Krankheit nun als Einschränkung von Freiheit definiert. Nach dem naturwissenschaftlichen Paradigma besteht die Aufgabe der Behandlung darin, die Harmonie der Bedürfnisse wiederherzustellen; nach dem humanistischen Ansatz in der Wiederherstellung von Sinn. Nach unserer These besteht sie in der Maximierung von Freiheit. Die gegenwärtigen Standpunkte in der Diskussion über Lebensqualität müssen aufgegeben, der Krankheits- und Behandlungsbegriff müssen neu gefaßt, die Anwendung des Begriffs Lebensqualität muß neu definiert werden.

4. Lebensqualität als therapeutische Methode

Der Begriff Lebensqualität ist nicht nur ein Kriterium für Entscheidungen und Optionen, er ist auch ein zentraler Begriff als therapeutische Methode. Diese Überlegung gründet auf eine neue Beschreibung von Krisensituationen mit dem Begriff Lebensqualität als Basiskategorie. Krebs - im Gegensatz zu vielen anderen Krankheiten - löst nicht eine, sondern zwei Krisen aus. Sie beide, der Verlust der äußeren Welt und die notwendige Integration der Krankheit sind miteinander verwoben und deshalb auch nicht sofort als eigenständige Einheiten zu erkennen. Entsprechend der Zwei-Krisen-Theorie verursacht Krebs nicht nur eine Krise der Integration sondern auch eine fundamentale Krise.

5. Die Krise bezüglich des Verlusts der äußeren Welt

Die fundamentale Krise bei Krebs ist durch den Verlust der äußeren Welt verursacht. Das alltägliche Leben kollabiert. Dieser Zusammenbruch verursacht "Ich"- oder Selbst-Angst sowohl für das Ich als auch durch das Ich. Mit anderen Worten: der Mensch verändert sich von einem "menschlichen Wesen" in ein "Ich". Er fällt aus allen alltäglichen Verpflichtungen heraus, in denen Leben noch als unvermeidlich gegolten hat. Es gibt ein Verständnis im alltäglichen Leben, daß die äußere Welt ewig oder offensichtlich sei, und daß das Individuum von ihr absorbiert werden kann. In der Krise bei Krebs wird das Individuum auf seine eigenen Ressourcen zurückgeworfen. Das Subjekt oder das Ego werden

erschüttert, was zur Folge hat, daß das Individuum mit sich selbst und dem Mangel eines Selbst konfrontiert wird. Die fundamentale Krise bewirkt einen sozialen Mangel, der durch den Verlust des Selbst verstärkt wird. Die Sicherheit und das Vertrauen, ein Mensch zu sein, erweist sich als Illusion. Die fundamentale Krise bedeutet, daß sich das Individuum selbst als jemand etablieren muß, der/die Ziele setzt und sich nicht seiner/ihrer Umgebung hingibt.

6. Die Krise der Integration der Krankheit

Die Schwierigkeiten bei der Integration der Krankheit stellen auch eine Krise dar, die im Zusammenhang damit steht, sich Ziele zu setzen. Wenn diese Krise isoliert behandelt wird, stellen sich drei Probleme:

1. der Patient, das angenommene Subjekt für die Lösung des Konflikts, existiert nicht, sondern befindet sich gerade im Aufbau. Die Integration stellt deshalb nicht eine Kombination von Neuem in Altes, sondern von Neuem in Neues dar. Ohne dieses Verständnis bleibt das Resultat der Therapie zufällig.
2. Das Individuum muß seine fundamentale Krise allein lösen; vielleicht wird es das niemals tun.
3. Anstrengungen, die Krise der Integration zu lösen, können schließlich die Lösung der fundamentalen Krise blockieren. Die physischen Schwierigkeiten der Krankheit erhöhen diese Wahrscheinlichkeit. Der Hospitalisierungsprozeß wirkt sich beispielsweise auf den je individuellen Subjektwerdungsprozeß dadurch negativ aus, als in ihm das Individuum zu einem Objekt gemacht wird. Muster, die das alltägliche Leben eines Individuums leiten, d.h. Muster, die es als Subjekt akzeptiert, werden von Mustern abgelöst, die typisch für das Krankenhaus sind. Die Werte bzw. der Wertemangel des Krankenhauses werden zum neuen Alltagsleben des Individuums. Hospitalisierung kann zur Konsequenz haben, daß der Integrationsprozeß zum Stillstand kommt.

7. Schlußfolgerungen

Der Konzept der Lebensqualität ist nicht nur ein Kriterium, das uns hilft, zwischen

alternativen Behandlungsmöglichkeiten zu wählen, sondern es wird selbst zu einem therapeutischen Mittel. Es kann in komplexen Krisensituationen zur Anwendung kommen, in denen das Individuum bewußt oder unbewußt aus einem gegebenen Wertesystem herausfällt, weil es nicht länger nützliche Unterstützung leistet. Es wird nun Aufgabe des Individuums, ein Wertesystem für sich selbst zu entwickeln, wobei es sich selbst zur Grundlage nimmt und ihm klar ist, daß auch die Gültigkeit der Werte eine Funktion von ihm selbst ist. Die Werte werden nicht allgemein menschliche, sondern "Ich"-Werte. In dieser Situation, in der das Individuum nach dem "Ich" und neuen Werten sucht, wird es das Opfer einer weiteren Krise, in der es zwei Möglichkeiten gibt: entweder vergißt das Individuum sich oder es bleibt in dem Prozeß der Subjektwerdung und unterstützt ihn. Dabei entwickelt es dann "Ich"-Werte, die die Basis für es selbst werden. Mit anderen Worten: Werte, die das Individuum selbst gesetzt und ausgewählt hat, werden zur Grundlage seines Lebens, während es sich durch seine fundamentale Krise arbeitet. Das Zwei-Krisen-Konzept und unsere neue Definition von Lebensqualität stellen einen nützlichen Rahmen für die Behandlung von Menschen mit Krebs dar.

Danksagung

Diese Studie wurde mit finanzieller Unterstützung der Königin Margrethe von Dänemark, der Astrid Thaysen Stiftung und der Ib Henriksen Stiftung durchgeführt. Wiederabdruck aus dem Scandinavian Journal of Gastroenterology, 1987:22, Supplement

ZUSAMMENFASSENDE BEMERKUNGEN

Der Wert der intensiven Gesundheitsförderung bei Krebspatienten ist noch nicht schlüssig bewiesen. Viele Krebspatienten haben jedoch mit eigenen Versuchen einer intensiven Gesundheitsförderung begonnen und autonome Selbsthilfegruppen aufgebaut, die einen entscheidenden Hinweis auf künftige Tendenzen in der Krebskrankenbetreuung geben könnten.

Genau wie humanistische "Birthing Centres" die Praxis der Krankenhausgeburt während des letzten Jahrzehnts verändert haben, könnte die nachdrückliche Vertretung von Verbraucherinteressen im Sinne einer menschenwürdigen Krebskrankenbetreuung zu innovativen Strategien der Gesundheitsförderung führen, in denen vielversprechende komplementäre Krebstherapien mit den besten Methoden der wirksamen herkömmlichen Krebsbehandlung ihren Platz finden.

Viele Einrichtungen der Krebskrankenversorgung bemühen sich gerade um solch einen Ansatz. Sie setzen die Gesundheitsförderung zur Verbesserung der Lebensqualität der Krebspatienten und zur Beeinflussung des Krankheitsverlaufs ein, während innovative Projekte spezifische Probleme angehen und das Wohlbefinden der Patienten durch Befähigung zu besserer Bewältigung und verstärkte soziale Unterstützung anstreben.

Ihre Suche nach einer sinnvollen Verknüpfung traditioneller Behandlungsweisen und auf den Einzelnen zugeschnittener Formen intensiver Gesundheitsförderung, die aus komplementären Therapieformen abgeleitet sind, könnte zu einer wesentlichen Kraft werden, die in den nächsten Jahren zur Entwicklung von auf den Menschen zugeschnittenen integrierten Krebstherapien führen könnte.

4.

**CHRONISCHER SCHMERZ:
EIN NEUES VERSTÄNDNIS**

EINFÜHRENDE BEMERKUNGEN

In den letzten Jahren haben unsere Vorstellungen von der Schmerzverursachung, -verarbeitung und -empfindung große Fortschritte gemacht. Wir haben erkannt, daß der rein kausale Ansatz zumeist unzulänglich ist. Die Vorstellung einer direkten Korrelation - hier Organschaden, dort Schmerz - ist heute wissenschaftlich nicht mehr haltbar.

Während der beiden letzten Jahrzehnte hat ein differenzierterer Ansatz der Betrachtung von Schmerzzuständen zu einer deutlicheren Trennung zwischen zwei Erscheinungen geführt - zwischen akutem und chronischem Schmerz. Ungeachtet der umfassenden wissenschaftlichen Literatur sind diese Einsichten weitgehend auf eine kleine Gruppe eingeweihter Experten beschränkt geblieben. Selbst innerhalb der Ärzteschaft wird dieser Sachverhalt häufig nicht in vollem Umfang erkannt. "Schmerz bleibt Schmerz, und Pillen sind das beste Mittel", scheint immer noch die landläufige Auffassung der meisten Ärzte und der Öffentlichkeit zu sein. Diese Situation bedeutet für alle in der Gesundheitserziehung Tätigen eine besondere Herausforderung.

Das ist umso dringlicher, als sich heute mit Fug und Recht sagen läßt, daß die Behandlung chronischer Schmerzzustände allein mit den für die akute Schmerztherapie anwendbaren Methoden einem Kunstfehler und damit der Unterlassung der gebotenen Hilfeleistung nahekommt.

Die Erscheinung des chronischen Schmerzes macht die Notwendigkeit deutlich, nach neuen medizinischen Handlungsmöglichkeiten und neuen Wegen der Gesundheitsförderung zu suchen. Hier wird wie bei kaum einem anderen Krankheitsbild deutlich, daß für das rechte Verständnis ein ganzheitlicher, systematischer und ökologischer Standpunkt erforderlich ist.

ZUR SITUATION VON MENSCHEN MIT CHRONISCHEN SCHMERZEN IM VERSORGUNGSSYSTEM - DEFIZITE, VERÄNDERUNGSVORSCHLÄGE

Hanne Seemann

1. EINLEITUNG

"Die Kranken sind menschlicher, haben mehr Geist, sind interessanter als die Gesunden...". Dieser provozierenden Ansicht war Nietzsche (1982), der meinte, daß er seine "höhere Gesundheit" seinem langen Siechtum verdanke, und: "Ich verdanke ihm auch meine Philosophie." Wenn Schipperges (1984, S.145) resümiert: "Krank-sein gehört eben zum Gesamtcharakter des Menschen", so gilt dies ebenso für Schmerzen als wohlvertrautes Element menschlichen Erlebens. Da in der Medizin Schmerzen als Symptom und diagnostisch relevanter Hinweis auf eine Krankheit gelten, sind Schmerzen für viele Personen, die diese Sichtweise übernommen haben, ein Anlaß, sich körperlich krank zu fühlen. Wir müssen ein Gesundheitskonzept finden, in dem es möglich ist, daß eine Person sagen kann: "Ich bin krank" oder "Ich habe Schmerzen, aber es geht mir gut". Das Konzept des "gesunden Kranken", also eines Menschen, der sich trotz Krankheit heil und in seiner Persönlichkeit unbeschädigt fühlt, scheint mir in diesem Zusammenhang glücklich gewählt (vgl. den Beitrag von Milz in diesem Buch). Erstens ist es ein weites Konzept, das viele Zustände individuellen Befindens einzuschließen erlaubt, und zweitens läßt es zu, daß der Einzelne seinen Zustand selbst bestimmt. Anfang dieses Jahrhunderts drückte Groddeck, einer der Gründer der modernen Psychosomatik, dies in seiner Abhandlung "Natura sanat, medicus curat" folgendermaßen aus: "Ich sehe keine Möglichkeit, das Wort krank wissenschaftlich zu definieren. So gestatte man mir, persönlich zu urteilen. Krank ist für mich, wer in seiner Leistungsfähigkeit geschädigt ist und sich für krank hält. Alle anderen, mögen sie von der Wissenschaft tausendmal für krank erklärt werden, sind für mich gesund, selbst wenn der Tod sie schon gepackt hätte, selbst wenn ihr Leib schon vom Leiden bis auf ein Restchen verzehrt ist. Mit ihnen hat der Arzt nichts zu schaffen. Sie sind gesund" (Groddeck 1913). Gesundheitsförderung bei chronischen Schmerzen könnte auf diesem Hintergrund darauf zielen, Ansätze zu identifizieren, die sowohl die Gesellschaft und das

Gesundheitswesen als auch das soziale Umfeld von chronischen Schmerzpatienten und die Patienten selbst umfassen, um eine nach ihren Maßstäben befriedigende Lebensqualität und subjektives Wohlbefinden zu erreichen.

Im Hinblick auf dieses Ziel konzentriert sich die Analyse der gegenwärtigen Situation auf folgende Punkte:

- die Heterogenität des Schmerzbegriffs;
- das Ausmaß des Problems chronischer Schmerzen und die Bedeutung von Lebensweisenfaktoren;
- die Situation von Patienten mit chronischen Schmerzen im Gesundheitswesen;
- das Ausmaß, in dem diagnostische und therapeutische Verfahren sich auf holistische Ansätze gründen und wie weit sie Patienten ermutigen, sich selbst intensiver für die Verbesserung ihrer Gesundheit einzusetzen;
- Kriterien für eine integrative Schmerztherapie;
- die Notwendigkeit von Studien über Einstellungen und Verhalten des sozialen Umfelds der Patienten;
- und schließlich Vorschläge im Hinblick auf eine Reihe von Konzepten und Ansätzen für die Entwicklung der Gesundheitsförderung für chronische Schmerzpatienten.

2. Was ist chronischer Schmerz?

Eine Definition von Schmerz aus der Forschungsperspektive wurde in den Jahren 1976 bis 1979 im Auftrag der International Association for the Study of Pain (IASP) von einer Kommission erarbeitet, der 14 Wissenschaftler aus dem Schmerzbereich angehörten: "Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potentieller Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird." (An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage or described in terms of such damage.) (IASP 1979). Der interessante Teil dieser Definition liegt im letzten Halbsatz "... or described in terms of such damage", der sagt, daß zwar alle Schmerzen so erlebt werden, als ob Körpergewebe zerstört würde

bzw. wäre, daß es aber für das Schmerz-erleben selbst irrelevant ist, ob eine solche Schädigung tatsächlich vorliegt. Das heißt, daß z.B. durch psychische Probleme hervorgerufene oder aufrechterhaltene Rückenschmerzen vom Patienten genauso real erlebt werden wie Rückenschmerzen, die durch defekte Wirbelgelenke verursacht sind. Es ist nicht zulässig, im letzteren Fall von 'echten', und im ersten Fall von 'eingebildeten' Schmerzen zu sprechen (Schmidt & Struppler 1982). Die Definition der IASP erweckt allerdings den Eindruck, als seien Schmerzempfinden und Schmerzerleiden unmittelbar miteinander verknüpft. Dies ist nicht immer der Fall: Experimentell erzeugte Schmerzen z.B. werden häufig als 'reine' Sinnesempfindung ohne affektive Unlustkomponente wahrgenommen, bei Dauerschmerzen andererseits überwiegen oft die Unlustkomponente und das Gefühl des Beeinträchtigtseins erheblich. Eine gravierende Schwäche dieser Definition ist, daß sie nicht zwischen akuten und chronischen Schmerzen unterscheidet. Für die Klinik, also Diagnostik und Behandlung von Schmerzen, aber auch für den Patienten, der seine Erwartungshaltung darauf einstellen muß, ist diese Unterscheidung jedoch zentral. Akute Schmerzen weisen auf drohende oder bereits eingetretene Gewebeschädigungen hin, sie sind in der Regel auf den Ort der Schädigung begrenzt. Dieser Ort ist gut lokalisierbar und gibt in Verbindung mit der Schmerzqualität und -rhythmik Hinweise auf die zugrundeliegende Ursache. Aufgrund der diagnostischen Valenz akuter Schmerzen als Leit- oder Begleitsymptom bestimmter Krankheiten gilt es in der Klinik als Fehler, Schmerzen zu unterbinden, bevor sie ihre diagnostische Schuldigkeit getan haben. Akute Schmerzen lösen auch typische vegetative Reaktionen aus: Herzfrequenz und Blutdruck sind erhöht, die Atmung vertieft, die Pupillen erweitert, die Spannung der Muskulatur ist erhöht, und die Schweißdrüsen der Hand sind verstärkt tätig. Das gesamte sympathische Nervensystem wird also durch akute Schmerzen aktiviert, und zwar in der gleichen Weise wie bei Angstgefühlen. Maßnahmen, die bei akuten Schmerzen angstmindernd wirken, mildern auch die subjektive Stärke des Schmerzerlebens und das Ausmaß der vegetativen Schmerzreaktionen. Langanhaltende oder Dauerschmerzen (z.B. Rückenschmerzen, Tumorschmerzen) oder immer wiederkehrende Schmerzen, wie Migräne, Kopfschmerzen, Trigeminusneuralgie, werden als chronische Schmerzen bezeichnet, wenn sie länger als ein halbes

Jahr bestehen. Die für akute Schmerzen typischen vegetativen Begleiterscheinungen sind bei Dauerschmerzen nicht mehr so deutlich, stattdessen treten andere vegetative Symptome in den Vordergrund. Die Patienten berichten über Schlafstörungen, Appetitmangel, Abnahme der Libido, Reizbarkeit, nachlassendes Interesse, Verlust an Kontakt mit Verwandten und Freunden und eine immer stärker werdende Beschäftigung mit den Körpersymptomen. Es treten mehr und mehr Gefühle der Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit und des Zweifels am Sinn des Weiterlebens auf - also eine depressive Symptomatik, die auch als algogenes Psychosyndrom bezeichnet wird. Die Intensität des Schmerzerlebnisses und das Ausmaß der depressiven Verstimmung scheinen sich wechselseitig zu bedingen und zu verstärken (Schmidt & Struppler 1983, S.23); es ist bis heute ungeklärt, ob die Depressionen Ursache oder Folge chronischer Schmerzen sind. Die Frage erscheint müßig, wenn man bedenkt, daß eine auf der Ebene der Neurotransmitter angreifende Therapie - z.B. mit Tryptophan, das die präsynaptische Bildung des Serotonin fördert (Seltzer et al. 1981), und mit trizyklischen Antidepressiva, die den Abbau dieser Substanz verhindern - sich auf beide Zustände positiv auswirken kann. Neurophysiologische Untersuchungen von Terenius (1979) legen die Annahme ähnlicher Entstehungsmechanismen für Schmerz und Depression nahe. Bei chronischen Schmerzen kommt es häufig zu einer deutlichen Loslösung des Schmerzerlebnisses von der ursprünglich oder fortdauernd zugrundeliegenden körperlichen Störung, so daß für die betroffenen Menschen die Schmerzen zur eigentlichen Ursache ihrer Beeinträchtigung werden. Mehr noch: "... im Schmerz erfahren wir die Spaltung der natürlichsten aller Einheiten, der Einheit nämlich zwischen unserem mentalen und unserem körperlichen Sein" (Buytendijk 1948), oder mit den Worten von Metz: "chronischer Schmerz ist eine Daseinsform, in der der Körper zum Zentrum der Lebenswelt wird" (zit. bei Vrancken in diesem Buch). Da in der Praxis noch häufig nicht zwischen akuten und chronischen Schmerzen unterschieden wird und eine direkt auf die Schmerzen gerichtete Therapie wegen unklarer Diagnose unterbleibt, müssen Patienten oft jahrelang mit schweren Schmerzzuständen leben. Die einfache Halbjahresmarkierung als Abgrenzung chronischer von akuten Schmerzen ist

deshalb auch keine ausreichende Basis, um die "Chronizität" eines Schmerzzustandes zu beurteilen. Gerbershagen (1986) hat eine Stadieneinteilung vorgeschlagen, die Faktoren des Chronifizierungsprozesses und die Einschätzung der Therapieresistenz der Schmerzen bzw. der Prognose mit einbezieht.

und/oder
 Persönlichkeitsstörungen,
 therapieresistente
 Depressionen, ausgeprägte
 nicht beeinflussbare
 psychosoziale und
 Umgebungsfaktoren,
 ausgeprägte Multimorbidität.

Tab. 1. Einteilung des Schmerzes in Stadien, nach dem Stand der Chronifizierung

(Beschreibung der Stadien nach Gerbershagen 1986, gekürzt)

Stadium	Charakteristika (beispielhaft)
Stadium I	Akuter-subakuter Schmerz ohne oder mit wenigen undvorhersehbarer komplizierenden Faktoren, Behandlung monodisziplinär oder ggf. interdisziplinär (2-3 Fachgebiete, z.B. Anästhesie, Neurologie, Orthopädie); zumeist beherrschbar.
Stadium II	Nichtakuter, hartnäckiger Schmerz mit komplizierenden Faktoren, multilokuläres Schmerzsyndrom mit mehreren differenzierbaren Lokalisationen verschiedener Schmerzqualität und -intensität, mehrmaliger Arztwechsel, häufige ungezielte Konsultationen medizinischer Spezialisten, schmerzbedingte Krankenhausaufenthalte und operative Eingriffe, möglicherweise Medikamentenmißbrauch und -abhängigkeit, mäßig stark ausgeprägte psychosomatische und/oder Persönlichkeitsstörungen, langfristige interdisziplinäre medizinische und psychosomatische Therapie.
Stadium III	Dauerschmerz, oft nicht klar lokalisierbar, Schmerzausbreitung auf entfernte Körperareale, multilokuläres Schmerzsyndrom mit gleicher Schmerzqualität und -intensität, häufiger Arztwechsel, häufige schmerzbedingte Krankenhausaufenthalte und Operationen, langjähriger Medikamentenmißbrauch, Polytoxikomanie, Zustand nach Medikamentenentzugsbehandlung, ausgeprägte psychosomatische

Bestimmte Krankheitsbilder sind primär dem Stadium II zuzuordnen, zum Beispiel die frühen postherpetischen und diabetischen Neuropathien und das Sudeck-Syndrom. Typische Krankheitsbilder des Stadiums III sind z.B. die manifesten postherpetischen, alkoholinduzierten und diabetischen Neuropathien und Schmerzen bei Thalamussyndrom. Der Begriff der Chronizität hat schon in der medizinischen Nomenklatur der verschiedenen Schmerzsyndrome eine sehr heterogene Bedeutung. Die postherpetische Neuralgie zum Beispiel ist ein schwerer chronischer Schmerz, der nach Herpes zoster (Gürtelrose) auftreten kann, wenn dieser im akuten Zustand nicht richtig behandelt wurde. Sind aber nach seinem Auftreten mehrere Monate vergangen, so ist er mit den derzeit verfügbaren therapeutischen Mitteln weitestgehend therapieresistent, also chronisch. Migräne und andere Kopfschmerzformen zählen zu den chronischen Schmerzen, auch wenn durch frühzeitiges medikamentöses Eingreifen die Anfälle erfolgreich kuptiert werden. Auch für iatrogene Kopfschmerzen, die bei Analgetika-Abusus, besonders von Mischpräparaten, gehäuft auftreten, wird der Begriff "chronischer Schmerz" verwendet. Bei gelungenem Entzug verschwinden sie oft schnell und vollständig. Spannungskopfschmerzen gelten so lange als chronisch, bis ihre individuelle Ätiologie aufgedeckt und eine wirkungsvolle Prävention, z.B. durch Streß- oder Konfliktmanagement gefunden ist. Rheumabedingte Schmerzen sind ein ständiger Begleiter des entzündlichen Rheumatismus; sie sind wie dieser chronisch und progredient und werden im Rahmen der Rheumatherapie als Begleitsymptomatik behandelt. Symptomatische Antirheumatika haben eine bessernde Wirkung auf Schmerzen und Schwellungen und damit auch auf Bewegung und Belastbarkeit. Ihr entzündungshemmender und schmerzstillender Effekt ist auf die Dauer ihrer Anwendung beschränkt. Ähnliches gilt auch für Tumorschmerzen. Schwere Tumorschmerzen, wie sie in späteren im Vergleich zu frühen Krank-

heitsstadien häufiger auftreten (Foley 1979), sind einer adäquaten Schmerztherapie zugänglich, z.B. durch die Gabe von Opiaten, peridural oder oral nach Zeitschema, und können dann völlig oder wenigstens tolerabel gelindert werden (WHO 1986). In späten Tumorstadien auftretende Schmerzen gelten als chronisch, auch wenn sie kürzer als ein halbes Jahr bestehen, weil die verursachende Krankheit progrediert und die Schmerzen dauernd palliativ behandelt werden müssen. Der Patient würde in einem solchen Fall erfolgreicher Schmerzlinderung sicher nicht sagen, er habe chronische Schmerzen. Das gleiche gilt auch für Patienten, denen es ohne Medikamente gelingt, ihre Schmerzen aus dem Bewußtsein zu verdrängen, z.B. wenn sie sich stark auf etwas anderes konzentrieren oder hypnotische Dissoziationstechniken einsetzen. Obwohl also der Patient eine Schmerzlinderung erfährt, sprechen wir dennoch von chronischen Schmerzen, wenn sie einer dauernden Behandlung bedürfen. Schmerzen sind ein privates Ereignis und nur dem Patienten selbst, nicht aber dem Arzt zugänglich. Chronische Schmerzen ohne nachweisbaren somatischen Befund, wie sie häufig im Kopf- und Gesichtsbereich auftreten, oder Rückenschmerzen, die trotz vielfältiger therapeutischer Bemühungen und vor allem nach Operationen weiterbestehen, werden nicht selten mit dem Terminus "psychogen" - im Sinne einer Restkategorie - belegt. Diese Dichotomisierung von somatogen versus psychogen ist nicht vertretbar, da man weiß, daß bei jedem Schmerzgeschehen, besonders aber bei chronischen Schmerzen, eine starke mentale und psychosoziale Beteiligung vorhanden ist. Anhaltende und vor allem wiederholt erfolglos therapierte Schmerzen gehen bei vielen Patienten mit schweren psychischen Beeinträchtigungen, Hoffnungslosigkeit, depressiven Verstimmungen, Verbitterung und Resignation einher, die die Schmerzen wiederum verstärken und weiter aufrechterhalten.

Auch wenn Schmerzzustände aufgrund psychischer oder sozialer Bedingungen chronifizieren, ist es oft nicht gerechtfertigt, sie als psychogen zu bezeichnen. So können z.B. nach einem Unfall aufgrund ängstlicher Schonhaltung und Verspannung Schmerzen anhaltend fortbestehen, sie können sich verschlimmern, wenn sie ins Zentrum der Aufmerksamkeit rücken, und "gesunde" Aktivitäten verdrängen, sie können nach dem Abheilen einer Körperläsion fortbestehen, wenn der Betroffene einen sekundären Krankheitsgewinn daraus zieht,

und sie können über lange Zeit hinweg als Konversionssyndrom, z.B. im Sinne hysterischer Schmerzen, oder als Erschöpfungssyndrom bei andauernder Überlastung aufrechterhalten werden und damit psychische und Lebensform-bezogene Änderungen vermeiden helfen.

Ein besonders in Amerika (Fordyce 1974) und in den Niederlanden verbreitetes psychologisches Chronifizierungsmodell von Schmerzen wurde aus dem operanten Ansatz der Lerntheorie entwickelt. Im Rahmen der Verhaltenstheorie geht dieser Ansatz davon aus, daß Schmerzverhalten dann gehäuft auftreten kann, wenn ihm systematisch positive Konsequenzen folgen.

Anteilnehmende Reaktionen des sozialen Umfelds, Befreiung von unangenehmen Tätigkeiten oder die Möglichkeit des Rückzuges aus belastenden Lebensumständen können die Schmerzen über lange Zeit aufrechterhalten. Chronische Schmerzen als Ergebnis eines sozialen Lernprozesses entstehen in diesem Verstehenskontext dann, wenn Menschen die gewünschte soziale Zuwendung oder andere wichtige Gratifikationen nicht durch andere (nicht selbstdestruktive) Handlungen erlangen können; dies ist besonders wichtig im Hinblick auf die Lernerfahrungen von Kindern.

Um akute von chronischen Schmerzen abzugrenzen, wird auch häufig die Ansicht vertreten, daß akute Schmerzen Symptomcharakter haben, während der chronische Schmerz als eigenständige Krankheit angesehen werden muß. Diese Ansicht ist von Nutzen, wenn man darauf hinweisen will, daß chronische Schmerzen meist nicht von selbst abklingen, daß sie diagnostisch und therapeutisch sorgfältig ins Auge zu fassen sind, vor allem dann, wenn kein somatischer Befund erhoben werden kann, oder wenn der Befund in keiner Relation zum Ausmaß der Schmerzbelastung steht. Diesen Schmerz allerdings als Krankheit im medizinischen Sinn zu behandeln, geht am Phänomen vorbei, wenn die aufrechterhaltenden Bedingungen des Schmerzes im psychischen und sozialen Umfeld des Patienten zu suchen sind. Für einen somatisch orientierten Mediziner ist es dann aber oft nicht möglich, weiträumig zu fragen, was es denn eigentlich ist, das diesen Menschen so schmerzt. Bei genauerem Hinsehen sind viele Menschen mit chronischen Schmerzen in ihrem Leben an irgendeiner Stelle steckengeblieben, und die Schmerzen sagen fortwährend: 'Ändere etwas!'. Bresler meint, daß "Schmerzen eine Warnung sind, die auf ernsthafte Probleme Ihres Lebens hinweisen ... obwohl viele von uns Schmerzen als einen Feind ansehen, der besiegt werden muß, sehen

andere Gesellschaften in ihnen einen Freund, der uns warnt, wenn etwas nicht stimmt" (Bresler, zitiert nach Milz 1985). Auch Beck (1981) stellt in seinem Buch "Krankheit als Selbstheilung" eindrucksvoll dar, wie der Körper Krankheiten benutzt, um seine Selbstheilungskräfte zu mobilisieren.

Die Heterogenität chronischer Schmerzzustände hinsichtlich ihrer Ätiologie, ihrem Erscheinungsbild, ihrer Ansprechbarkeit auf Therapie und ihrer Belastung für den Patienten machen es schwierig, eine einheitliche Zustandsbeschreibung dessen zu geben, was chronische Schmerzen sind, auch im Hinblick darauf, in welcher Weise sie die Lebensqualität der Betroffenen beeinträchtigen.

Wir benötigen deshalb dringend eine verbesserte, und das heißt präventions- und therapierelevante Forschung über Chronifizierungsfaktoren bei Schmerzen. Bisherige Ätiologiekonzepte chronischer Schmerzen, die sich auf Persönlichkeitstypologien stützen, z.B. der "pain-prone patient" (Engel 1959), müßten durch handlichere Ansätze ergänzt werden, die veränderbare Chronifizierungsfaktoren auf der somatischen, psychischen und sozialen Ebene aufspüren. Hierfür sind Längsschnittuntersuchungen unerlässlich, z.B. in "Schmerzfamilien" mit langen Schmerzkarrieren im Vergleich zu normalen Entwicklungsgängen, "health careers", bei vergleichbaren Ausgangslagen.

3. Häufigkeiten und Lebensstilfaktoren

Folgt man pauschalen Schätzungen, so haben fast ein Drittel aller Einwohner von Industrieländern chronische Schmerzen. Von ihnen sind etwa die Hälfte bis zwei Drittel jeweils während ein paar Tagen, Wochen oder Monaten im Jahr arbeitsunfähig (Bonica & Black 1974). In einem Bericht aus den USA von 1979 (Report of the Panel on Pain, National Institute of Health, Bethesda) wird die Belastung der Volkswirtschaft der USA allein durch Schmerzen auf jährlich 40 bis 50 Milliarden Dollar geschätzt. Neuere Schätzungen kommen auf Beträge von 70 Milliarden Dollar pro Jahr, wenn man medizinische Kosten, verlorene Arbeitstage pro Jahr und notwendige Rentenkosten zusammenrechnet (Milz 1985). Der Nuprin Pain Report (Taylor & Curran 1985) ist die erste repräsentative Erhebung über das Vorkommen von Schmerzen in der Bevölkerung der USA. Für die Erwachsenenbevölkerung werden insgesamt ca. 4 Milliarden Lebensstage ermittelt, die jährlich durch

Schmerzen beeinträchtigt sind, d.h. daß der erwachsene US-Bürger an durchschnittlich 23 Tagen im Jahr in seinem normalen Lebensvollzug aufgrund von Schmerzen erheblich behindert ist. Für die US-Bürger mit Vollzeitbeschäftigung ergeben sich insgesamt 550 Millionen verlorene Arbeitstage pro Jahr aufgrund von Schmerzen.

3.1 Einige Hinweise auf Häufigkeit und Heftigkeit

Chronische Rückenschmerzen sind zwar keine lebensbedrohende Krankheit, sie bedeuten aber eine schwere Belastung für den Betroffenen und seine Familie und führen oft zu vorzeitiger Berentung. Rückenschmerzen sind eine häufige Ursache erzwungener körperlicher Inaktivität. Sie führen in vielen Fällen zur endgültigen Arbeitsunfähigkeit: nur 50 % aller Patienten, die länger als 6 Monate an Rückenschmerzen leiden, kehren in den Arbeitsprozeß zurück. Für die Bundesrepublik fehlen epidemiologische Studien, jedoch finden sich in der Statistik der AOK für 1981 ca. 700.000 Fälle mit sog. schmerzhaften Wirbelkörpersyndromen, hinter denen sich häufig Kreuzschmerzen verbergen, die zu einem Arbeitsausfall von insgesamt 13 Millionen Arbeitstagen pro Jahr führen. Auch im Formenkreis der rheumatischen Erkrankungen sind Schmerzen ein vorherrschendes und wiederkehrendes Symptom. Jeder zweite der rund 1,2 Millionen Polyarthritiden-Patienten in der Bundesrepublik Deutschland leidet ständig unter starken Schmerzen; 37 % bezeichnen ihre Schmerzintensität als mittelstark (Schade 1987; Raspe & Zeidler 1982). In der US-Bevölkerung leiden 51 % der Erwachsenen zumindest gelegentlich oder häufig an Gelenkschmerzen, 19 % von ihnen mehr als 100 Tage im Jahr (Taylor & Curran 1985); dies betrifft vor allem die über 65jährigen. Kopfschmerzen sind nach Heyck (1975) das verbreitetste Leiden in modernen Zivilisationsländern. Soyka (1984) berichtet über eine Studie im Kanton Zürich (Angst & Dobler-Mikula 1983), bei der die Einjahresprävalenz von Kopfschmerzen für Männer 59 %, für Frauen 77 % betrug. Von den Männern hatten 23 %, von den Frauen 44 % während des letzten Jahres mindestens einmal monatlich an Kopfschmerzen gelitten. Im Gegensatz zu anderen Schmerzen treten Kopfschmerzen am häufigsten in jungen Jahren auf und werden mit zunehmendem Alter seltener: 85 % der

18-24jährigen US-Bürger berichten, während des vergangenen Jahres an einer oder mehreren Arten von Kopfschmerzen gelitten zu haben, verglichen mit 50 % der über 65jährigen (Taylor & Curran 1985). Für Krebserkrankungen liegen zwar differenzierte Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken vor, es gibt jedoch keine verlässlichen Angaben über Häufigkeit und Intensität des Tumorschmerzes in Abhängigkeit von Art und Stadium der Krebserkrankung. So sollen zwischen 55 % und 85 % der Krebskranken in einem fortgeschrittenen Tumorstadium an Schmerzen leiden (Wagner 1984). Die Unterschiede in den geschätzten Zahlen rühren daher, daß in vielen Statistiken nicht auf Tumorart oder Tumorstadium Bezug genommen wird. Leukämie ist selten schmerzhaft, während Knochenmetastasen oft stärkste Schmerzen verursachen (Foley 1979; Twycross & Fairfield 1982). Zahlen wie die oben genannten kommen fast ausschließlich aus den englischen Hospizes, also Einrichtungen, die sich eine umfassende Versorgung und Betreuung schwer Krebskranker zur Aufgabe gemacht haben. In der Bundesrepublik Deutschland herrscht dagegen eine weit verbreitete Unkenntnis über Krebschmerzen in den

Schmerzpatienten seien. Eine dänische Studie (zit. in Tammisto et al. 1983) sagt aus, daß 22 % der ambulanten Patienten eines Gesundheitszentrums eine Schmerzbehandlung benötigen, differenziert aber nicht zwischen akuten und chronischen Schmerzen; 4 % des gesamten Patientenguts sind Großverbraucher an Therapieangeboten, die Hälfte davon sind als problematische Schmerzpatienten zu betrachten. Das finnische Gesundheitsministerium (Tammisto et al. 1983) gibt an, daß 2 % des Patientenguts bei Allgemeinärzten als problematische Schmerzkrankte anzusehen sind, die bereits therapieresistente Schmerzen haben.

Ausgehend von insgesamt etwa 25 Millionen Patienten pro Jahr bei Allgemeinärzten in der Bundesrepublik Deutschland kommen wir mit diesem Prozentanteil auf ca. 3 Millionen chronische Schmerzpatienten, darunter ca. 375.000 bis 500.000 solche mit problematischen Schmerzzuständen (vgl. Tabelle 2). Diese Zahl entspricht jenen 10-11 % aller chronischen Schmerzpatienten, die laut unserer Umfrage (Zimmermann & Seemann 1986) die praktischen Ärzte, Internisten und Neurologen gerne an schmerztherapeutische Spezial-einrichtungen weiterüberweisen möchten.

TABELLE 2. Patienten mit chronischen Schmerzen in der Bundesrepublik Deutschland

Patienten gesamt bei Allgemeinärzten	Patienten mit chronischen Schmerzen	Patienten mit problematischen Schmerzen
25 Mio.	3 Mio.	400.000
100 %	ca. 12 %	ca. 1.5 %
Allgemeinarzt	Allgemeinarzt, Facharzt	Schmerztherapeutische Einrichtung

Einrichtungen der Primärversorgung, und auch die Hausärzte, die dieses Problem sehr wohl kennen, wissen oft nicht adäquat damit umzugehen.

Was chronische Schmerzen insgesamt betrifft, wird für die Bundesrepublik Deutschland die Zahl von 3 Millionen chronischen Schmerzpatienten genannt. Diese Zahl kann als realistisch angenommen werden, wenn damit die behandlungsbedürftigen Schmerzen gemeint sind. Wir haben in einer Umfrage unter niedergelassenen Ärzten in der Bundesrepublik Deutschland festgestellt, daß bei den praktischen Ärzten, Internisten und Neurologen 10-12 % des Patientenguts chronisch Schmerzkrankte sind, bei den Orthopäden 31 % (Zimmermann & Seemann 1986). Eine US-Studie (Margolis et al. 1984) berichtet, daß 13 % des Gesamt-patientenguts bei Internisten chronische

Als problematische Schmerzpatienten werden überwiegend solche angesehen, die eine lange "Patientenkarriere" durchlaufen haben und deren Schmerzen stark psychisch überlagert sind (Stadium III nach Gerbershagen 1986).

Aus der Kartei einer Praxis mit Schwerpunkt Schmerztherapie ergab sich, daß eine unausgelesene Stichprobe von Patienten (910 männliche, 1.549 weibliche) bei Überweisung bereits durchschnittlich 7,3 Jahre wegen ihrer Schmerzen in Behandlung waren. Auch andere ambulante schmerztherapeutische Einrichtungen berichten, daß ihre Schmerzpatienten seit etwa 10 Jahren vorbehandelt sind und dabei im Durchschnitt 11 verschiedene Ärzte konsultiert haben. Es ist bemerkenswert, daß rund 70 % dieser Patienten im erwerbsfähigen Alter sind. Es gibt also offenbar eine Gruppe von schwer Schmerz-

kranken, bei denen der Chronifizierungsprozeß so weit fortgeschritten ist, daß sie auf längere Sicht eine intensive therapeutische und interdisziplinäre Betreuung brauchen. Gemessen am Patientengut des Allgemeinarztes handelt es sich jedoch um eine relativ kleine Gruppe von etwa 1,5 % aller Patienten.

Welche Therapieversuche bei diesen Schmerzen bereits unternommen wurden und fehlgeschlagen sind, welche Faktoren zur Chronifizierung und Therapieresistenz geführt haben, welche Personen zu den problematischen Schmerzpatienten gehören, und unter welchen sozialen Bedingungen sie leben, wissen wir nicht.

Die Zahlen zum Analgetikaverbrauch demonstrieren den Umfang der medikamentösen Therapie von Schmerzen. Aus den Basisdaten des Gesundheitswesens 1983-1984 des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie kann man entnehmen, daß der Umsatz im Jahr 1982 für Analgetika 373,5 Mio. DM betragen hat. In den letzten Jahren stagniert der Umsatz.

Nach dem Ergebnis eines Mikrozensus haben im April 1980 ca. 9,5 % der Bevölkerung regelmäßig und 13,5 % gelegentlich Arzneimittel gegen Schmerzen oder Schlafstörungen eingenommen. Mit zunehmendem Alter steigt sowohl bei Männern als auch bei Frauen der Medikamentenkonsum.

Über die Anwendung von Rheumamitteln, die z.T. auch analgetisch wirken und häufig wegen der Schmerzen eingenommen wurden, geht aus den Daten des Statistischen Bundesamtes der Bundesrepublik Deutschland hervor, daß ein etwa 50 % höherer Anteil der weiblichen gegenüber der männlichen Bevölkerung betroffen ist und daß mit ansteigendem Lebensalter die Medikamenteneinnahme dramatisch zunimmt.

Bei Medikamenten gegen Schlafstörungen und Schmerzen spielt die Selbstmedikation eine große Rolle. In einer Untersuchung von Illy & Jork (1983) in 50 Haushalten in der Bundesrepublik Deutschland wurden mehr als ein Viertel der in den Hausapotheken befindlichen Medikamente in Form der Selbsttherapie verwendet. Die häufigsten Indikationen zur Selbsttherapie sind in Tabelle 3 aufgeführt.

Unter anderem wegen dieses hohen Ausmaßes an Selbstbehandlung bei Schmerzen ist eine verlässliche Auskunft über die Schmerzbelastung der Bevölkerung aus der Anzahl und Art ärztlicher Verordnungen nicht zu gewinnen.

Für eine sozialökonomische Analyse des Schmerzproblems in der Bundesrepublik Deutschland wäre zunächst eine Definition und Abgrenzung derjenigen Krankheitsbilder in Form von Diagnosekennziffern nach der

TABELLE 3. Indikationen für die Selbstmedikation von Arzneimitteln. Die Prozentzahlen geben den Anteil der Befragten an, die wegen des jeweiligen Syndroms Medikamente einnahmen.

(Nach Illy & Jork 1983)

Indikation	%
Schmerzen im Bereich des Bewegungsapparates	23
Sonstige Schmerzsyndrome	15.5
Schlafstörungen und psychische Probleme	9
Obstipation	9
Störungen des Allgemeinbefindens	6.5

ICD-Klassifikation erforderlich, bei denen der Schmerz als zentrales Krankheitsmerkmal die subjektive Gesundheitssituation beeinträchtigt (Degowitz et al. 1980). Diejenigen Schmerzen, die für sich gesehen Krankheitswert besitzen, müssen in die ICD-Klassifikation als eigene Kategorie aufgenommen werden. Dann wäre es z.B. auch möglich, mit der AOK sämtliche Krankschreibungen zu erfassen und nach schmerzbedingten Arbeitsausfällen aufzuschlüsseln.

3.2 Der Nuprin Pain Report: welche Bedeutung haben die Lebensweisen?

Zahlen über schmerzbedingte Arbeitsausfälle erlauben dann zwar eine ungefähre Größenschätzung der Problematik aus medizinischer Sicht, lassen aber kaum Schlüsse darauf zu, welchen Beeinträchtigungen Menschen, die unter chronischen Schmerzen leiden, in ihrem täglichen Leben und ihrer psychischen Befindlichkeit ausgesetzt sind. Einen Schritt in diese Richtung macht der kürzlich erschienene Nuprin-Pain-Report (Taylor & Curran 1985), der in einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage in den USA neben den üblichen Fragen zur Schmerzprävalenz (Art, Häufigkeit, Stärke) und demographischen Profilen auch die sozialen und ökonomischen Konsequenzen der Schmerzen, die Inanspruchnahme medizinischer und nicht-medizinischer Einrichtungen und Therapien zur Schmerzbehandlung, den Zusammenhang zwischen Schmerzen und Streß und zwischen Schmerzen und "health locus of control" sowie einigen relevanten Lebensstilfaktoren, wie Lebens- und Arbeitszufriedenheit, Alkoholverbrauch, Rauchen, Schlafgewohnheiten, Freizeitverhalten u.a. untersucht hat. Solche sozialepidemio-

logischen Daten können Hinweise darauf geben, welche sozialen Gruppen hinsichtlich Prävention und Gesundheitsförderung ins Auge gefaßt werden sollten. Der Report berichtet z.B., daß junge Menschen häufiger Schmerzen haben als ältere. Dies trifft für alle Schmerzarten zu, mit Ausnahme von Schmerzen des Bewegungsapparates, die mit zunehmendem Alter sprunghaft ansteigen. Frauen leiden wesentlich häufiger unter Kopfschmerzen als Männer, während für alle anderen Schmerzarten nur eine geringfügig gesteigerte Häufigkeit bei Frauen zu sehen ist. Weiße Frauen leiden im Vergleich zu Frauen anderer ethnischer Herkunft deutlich weniger an Menstruations-schmerzen. Der finanzielle Status bzw. das Einkommen scheint in keinem Zusammenhang mit Schmerzen zu stehen, deutlich jedoch die Familiengeschichte, d.h. eine Häufung von Schmerzen in der Generationenfolge. Zwischen Schmerzen und Lebensstilfaktoren gibt es einige Zusammenhänge, z.B. daß im allgemeinen Menschen, die drei oder mehr Tage in der Woche Sport treiben, die nicht rauchen, wenig trinken und nicht oder wenig fernsehen, weniger Schmerzen haben als die Gegengruppe. Jogger tendieren dazu, mehr Muskel- (und bei Frauen Menstruations-)schmerzen zu haben als Nicht-Jogger, aber sie leiden weniger unter Rückenschmerzen und Schmerzen des Bewegungsapparates. Raucher haben häufiger und stärkere Schmerzen im Magen als Nichtraucher. Bei den Personen, die Alkohol zu sich nehmen, steigt sowohl die Prävalenz als auch die Schmerzintensität mit der Menge des Alkoholkonsums an, insbesondere was Kopf- und Magenschmerzen betrifft. Auch bei Personen, die viel fernsehen, sind Schmerzen häufiger zu finden als bei denen, die nicht fernsehen. Was dabei Ursache oder Folge ist, läßt sich nicht sagen. Insgesamt gesehen unterscheiden sich Personen, die Schmerzen haben, in ihrem Gesundheitsverhalten nicht von der Gesamtbevölkerung. Mit der Zunahme der Schmerzen steigt allerdings die Tendenz, sich weniger zu bewegen und mehr zu rauchen; diejenigen, die Alkohol trinken, steigern den Alkoholkonsum, wenn ihre Schmerzen stärker sind. Was die Behinderung der täglichen Routine bzw. Arbeitsaktivitäten betrifft, so hat es den Anschein, als ob diejenigen Personen mit weniger Einkommen und schlechter Schulbildung, aber auch die Frauen und diejenigen, die insgesamt viel "daily life stress" erleben, sich am meisten behindert fühlen. Andererseits lassen sich diejenigen Personen, die sich für ihre Gesundheit persönlich verant-

wortlich fühlen (internal health locus of control) - auch eher Protestanten im Vergleich mit Katholiken -, durch die Schmerzen weniger in ihrem täglichen Leben und ihren Arbeitsaktivitäten unterbrechen. Was die verlorenen Arbeitstage betrifft, so geht die weitaus größte Anzahl auf das Konto von Rückenschmerzen, gefolgt von Schmerzen des Bewegungsapparates, Kopfschmerzen und Muskelschmerzen, wobei es bemerkenswert ist, daß diejenigen Personen, die einen Full-time-Job haben, wesentlich weniger Arbeitstage versäumen als die Teilzeitarbeiter. Es besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen Schmerzen und Streß, und zwar sowohl bezüglich direkten Streßauslösern, gehäuft auftretenden Streßereignissen im Sinne von "life events" und der "hassles-scale", die "irritable, frustrating, distressing demands that to some degree characterize everyday transactions with the environment" erfaßt. Besonders der deutliche Zusammenhang zwischen dem Ausmaß des Stresses mit der Schmerzintensität, und zwar bei allen Schmerzarten, ist hier bedeutsam. Ein bemerkenswertes Ergebnis zeigt sich in Bezug auf die Börsenmakler, die einer überdurchschnittlichen Streßbelastung ausgesetzt sind, dabei aber einen sehr niedrigen Score auf der Hassles-Scale und eine sehr geringe Schmerzprävalenz haben. Diese Divergenzen zwischen den verschiedenen Streßfaktoren lassen vermuten, daß sie eine außergewöhnliche Fähigkeit zum Streß-Coping besitzen. Sternbach (1986) weist, ausgehend von diesen Ergebnissen, darauf hin, daß den "hassles" möglicherweise eine bessere Prädiktionskraft zukomme als unspezifischem Streß und "stressful life events". Eine Studie von DeLongis (1982) weist darauf hin, daß "hassles" stärker mit der somatischen Gesundheit in Beziehung stehen als kritische Lebensereignisse. Bei den subjektiven Ursachenannahmen für die Schmerzen fällt auf, daß von denjenigen, die unter Kopfschmerzen leiden, 48 % Streß als die einzige Ursache und zwei Drittel Streß als eine Teilursache ihrer Schmerzen annehmen. Bei 14 % der Personen, die unter Kopfschmerzen leiden, ist der Streß vor allem arbeitsbedingt. Bei Rückenschmerzen nehmen die Betroffenen in erster Linie somatische Ursachen an (Verletzung, Schädigung). Von denen, die häufig Muskelschmerzen haben, vermutet ein Drittel als Ursache Überlastung; fast die Hälfte derjenigen, die Magenschmerzen haben, führen diese auf falsche Ernährung zurück, immerhin 35 % auf Streß, davon 10 % auf Arbeitsstreß,

und 33 % der Personen mit Magenschmerzen halten Streß für den wichtigsten Auslöser ihrer Schmerzen. Streß wird auch von einem Drittel der Frauen, die Menstruations-schmerzen haben, als Ursache angesehen. Witterungseinflüsse berichten 46 % derjenigen, die an bewegungsabhängigen Schmerzen leiden, aber auch 30 % der Kopfschmerzpatienten. Auch Muskel- und Rückenschmerzen scheinen in einem gewissen Maß vom Wetter abhängig zu sein.

Es wäre wünschenswert, den Nuprin Pain Report methodisch und inhaltlich analog zu replizieren, da für die Bundesrepublik Deutschland derartige sozialepidemiologische Daten nicht vorliegen.

Wir haben aber vor allen Dingen kaum Kenntnis davon, welche individuelle Bedeutung ein langdauernder oder sogar lebensbegleitender Schmerz für die betroffenen Menschen hat, wie sehr er ihr psychisches oder soziales Leben belastet, welche Einschränkungen damit verbunden sind, welche Bewältigungsversuche die betroffenen Personen unternehmen und in welchem Maße diese glücken oder aber zusätzlich destruiierend wirken.

Epidemiologische Querschnittanalysen helfen da nicht weiter. Was wir brauchen, sind sorgfältig geplante Längsschnittuntersuchungen, die von einem sozialökologischen Modell der Schmerzentstehung und -chronifizierung ausgehen (siehe die Oldenburger Longitudinalstudie zur Herzinfarkt-Rehabilitation von Badura et al. 1986 und den Beitrag von Badura in diesem Buch) und innerpsychische Konflikt- und Streßbewältigungsstrategien und Variablen der persönlichen Kontrollüberzeugung (locus of control) miteinbeziehen. Es gibt Hinweise darauf, daß die mikro-soziale Lebenswelt (Haushaltsstruktur, soziale Kontakte, Familienzusammenhalt) mehr Erklärungskraft hat als makrosoziale Kategorien (Grunow et al. 1984 und den Beitrag von Breitkopf & Grunow-Lutter in diesem Buch).

4. Die Situation von Patienten mit chronischen Schmerzen im professionellen, institutionalisierten Versorgungssystem

Aus dem Nuprin Pain Report geht hervor, daß 88 % derjenigen, die häufiger als nur gelegentlich Schmerzen haben, das medizinische Versorgungssystem dafür in Anspruch nehmen, und alle diejenigen Patienten, die sehr starke Schmerzen haben. Man kann davon ausgehen, daß in Anbetracht unseres Krankenversicherungssystems, das den Zugang zur medizinischen Versorgung erleichtert, und der ver-

breiteten Meinung, daß chronische Schmerzen in die Hände des Arztes gehören, die Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung bei uns ähnlich hoch ist.

4.1 Schmerzanalyse

Die erste und häufigste Anlaufstelle für Schmerzpatienten ist der Hausarzt bzw. bestimmte Fachärzte, wie Neurologen für Kopfschmerzen, Orthopäden für Rücken- und Gelenkschmerzen oder Internisten für Magenschmerzen, die wiederum an andere Fachspezialisten weiterüberweisen. (Der Nuprin-Pain-Report stellt fest, daß nur 3 % der Patienten mit chronischen Schmerzen einen Schmerzspezialisten konsultieren, 3 % einen Ernährungsfachmann und 2% einen spirituellen Heiler.)

Der einzelne Arzt ist aber in vielen Fällen weder von seinem "Schmerz"verständnis her noch von den Kenntnissen und Ressourcen, die er in der Behandlung chronischer Schmerzen besitzt, in der Lage, das jeweils individuell geprägte und komplexe Schmerzgeschehen bei chronischen Schmerzpatienten zu entschlüsseln. Chronische Schmerzen halten sich sehr häufig nicht an die Grenzen eines ärztlichen Fachgebietes und müssen schon auf der somatischen Ebene aus der Sicht mehrerer Fachgebiete beurteilt werden (Zimmermann & Seemann 1986).

4.1.1 Auf dem Wege zu einem interdisziplinären Ansatz

Unter den Schmerzspezialisten bildet sich aufgrund zunehmender Erfahrung mit schweren chronischen Schmerzen mehr und mehr ein Konsens heraus, daß die interdisziplinäre Diagnostik in Form eines Schmerzkonsiliums bzw. einer Schmerzkonferenz ein effektiverer Weg zum Verständnis eines schwierigen Schmerzproblems ist, als die Beurteilung durch einen einzelnen Arzt, auch wenn mehrere Facharzturteile sukzessive eingeholt wurden (vgl. den Beitrag von Flöter in diesem Buch). In interdisziplinären Schmerzkonferenzen bemühen sich Anästhesisten, Neurologen, Psychologen, Orthopäden, Allgemeinmediziner, Internisten, Hals-Nasen-Ohren-Ärzte (die Zusammensetzung der Konferenz variiert je nach Problemlage) gemeinsam mit dem Schmerzpatienten um ein möglichst umfassendes Verständnis des komplexen Schmerzgeschehens.

Obwohl von allen, die sich regelmäßig mit chronischen Schmerzen befassen, immer

betont wird, daß es sich bei Schmerzen, um eine zentralnervös vermittelte Wahrnehmung handelt, die sensorische sowie affektiv-reaktive Komponenten besitzt und von somatischen, psychischen und sozialen Bedingungen gestaltet ist, steht dennoch in der interdisziplinären Schmerzanamnese und -diagnostik, auch bei Anwesenheit von Psychiatern und Psychologen, die organmedizinische Betrachtung ganz selbstverständlich an erster Stelle. Der Patient wird im Hinblick darauf befragt und hat seine Antworten daraufhin auszurichten. Ist die medizinische Anamnese erfolgreich, d.h. kann das Zustandsbild zusammen mit den vorliegenden diagnostischen Befunden einem definierten Schmerzsyndrom zugeordnet werden, so ist der Vorgang abgeschlossen und das weitere Prozedere geht, einschließlich Therapiewahl, seinen vorgezeichneten Weg. Die Person des Patienten ist dabei nur als Informationsträger zum Zwecke der nosologischen Klassifikation von Interesse.

Von wenigen Ausnahmen abgesehen besteht ein Konsens über das Tabu, in Schmerzkonferenzen psychische oder soziale Bereiche zu berühren. Erst bei fehlendem oder unklarem somatischen Befund wird der Verdacht einer psychischen Beeinträchtigung diskutiert, aber erst, wenn der Patient die Konferenz bereits verlassen hat. Dann erst wird der Beschluß gefaßt, daß der persönlich betreuende Arzt den Patienten einer psychotherapeutischen Behandlung zuführen soll.

Dieses Prozedere wird mit der Annahme begründet, daß viele Schmerzpatienten mit einem somatischen Krankheitsmodell ihrer Schmerzen zum Arzt kommen und auf jeden Hinweis auf eine mögliche Psychogenese ihrer Schmerzen abwehrend bis aggressiv reagieren. Hier handelt es sich offenbar um ein Mißverständnis auf beiden Seiten. Den Ärzten sollte klar sein, daß sie ihre Patienten dazu erzogen haben, ausschließlich somatische Symptome zu präsentieren. Es gibt genügend Patienten, die gegenüber einem Arzt überhaupt nicht mehr über die subjektive Seite ihrer Krankheit und ihres persönlichen Leidens sprechen, sondern sich auf die vom Arzt geforderte medizinische Ebene mit erstaunlicher Flexibilität einzustellen wissen. Ärzte, die sich viel mit chronischen Schmerzen beschäftigen, wissen sehr wohl, daß das Schmerzerleben in seiner individuellen Stärke und Belastung tief von psychischen und sozialen Faktoren mitgeprägt ist, verstehen es aber häufig nicht, mit dem Patienten in einer Form darüber zu sprechen, daß dieser sich nicht als Simulant oder Neurotiker fühlen muß.

Der Patient sollte aber das Gefühl vermittelt bekommen, daß er seine Schmerzen, die er als ganzheitliches Geschehen erlebt, auch so darstellen kann, und daß es für die Diagnosestellung wichtig ist, inwieweit durch die Schmerzen seine Integrität als Person, sein Lebensgefühl und sein sozialer Lebensvollzug beeinträchtigt sind. Wenn sich ein Arzt aufgrund seiner somatisch ausgerichteten Ausbildung nicht in der Lage fühlt, eine schmerzbezogene soziale und psychische Anamnese durchzuführen, so ist eine Teamarbeit zwischen Arzt und Psychologen bereits im ersten Gespräch einer getrennten Exploration vorzuziehen. Nur so kann dem Patienten das Ineinanderspiel und die wechselseitige Beeinflussung von somatischen, psychischen und sozialen Faktoren verdeutlicht werden, und die befürchtete Etikettierung und Psychiatrisierung wird vermieden. Der Arzt selbst, der bisher die Arzt-Patient-Interaktion in einer Weise eingeschränkt hat, daß nur die somatischen Teilfaktoren einer Krankheit erfragt wurden, muß dem Patienten nunmehr nicht nur erlauben, sondern ihn auch lehren, seine Schmerzen mit Bezug auf seinen gesamten psychischen und sozialen Kontext ins ärztliche Gespräch zu bringen. Allerdings müssen auch die Ärzte selbst eine solche ganzheitliche Perspektive erst wieder lernen.

4.1.2 Fragebogen zur Schmerzanamnese ermöglicht eine holistische Perspektive

Um diesen Zugang für die Ärzte zu erleichtern, wurden in neuerer Zeit standardisierte Schmerzanamnesen in Fragebogenform entwickelt, die inzwischen unter den Schmerzspezialisten Verbreitung gefunden haben. Sie legen neben einigen Fragen zur Allgemeinanamnese und Schmerzvorgeschichte den Schwerpunkt auf das aktuelle Schmerzgeschehen, wie Intensität der Schmerzen, Auftretenshäufigkeit und Dauer, Tagesrhythmik, Topographie der Schmerzen in einem Körperschema, die Schmerzqualität beschreibende Adjektive (brennend, stechend, klopfend, bohrend usw.) sowie Adjektive, aus denen die affektive Belastung durch die Schmerzen abgelesen werden kann (quälend, bedrohlich, furchterregend, nervtötend, grausam usw.). Diese Schmerzanamnese erfragt auch die Stimmungslage (Depressivität, Angst), Beeinträchtigungen der Tagesaktivität und die Streßbelastung sowie die Meinung des Patienten, welche Ursache(n) die Schmerzen haben, wodurch sie verschlimmert oder gelindert werden

können, welche Bewältigungsstrategien der Patient selbst einsetzt und welche Gedanken ihn im Zusammenhang mit seinen Schmerzen besonders beunruhigen.

Alle Fragen der Anamnese beziehen sich auf die subjektive Sicht des Patienten über seine Schmerzen.

Solche Schmerzanamnesen werden in einigen Spezialeinrichtungen für Schmerzkranken z.Z. schon routinemäßig bei allen Patienten eingesetzt und auf postalischen Wege vor dem Erstgespräch erhoben. Dies hat drei Vorteile: der Arzt kann schon vor dem Erstgespräch Informationen aus der Anamnese zur Kenntnis nehmen und sie im Gespräch mit dem Patienten weiter vertiefen; beide, Patient und Arzt, haben die Beschreibung des Schmerzgeschehens in eine ähnliche Struktur gebracht; und schließlich weiß der Patient nun, daß seine subjektive Sicht und die mit den Schmerzen verbundenen psychischen und sozialen Probleme von Interesse sind.

Unsere Erfahrungen mit den Schmerzanamnesen stützen im übrigen nicht die Ansicht, daß Patienten mit chronischen Schmerzen ihren Zustand ausschließlich somatogen ansehen. Bei der Auswertung von 440 Anamnesen ambulanter Schmerzpatienten aus den Praxen zweier niedergelassener Schmerzspezialisten geht hervor, daß mehr als ein Viertel der Patienten psychische Faktoren für die Schmerzverursachung bzw. Auslösung und Verschlimmerung der Schmerzen angeben, und etwa 30 % psychische Bewältigungsstrategien, z.B. Entspannung, Aufmerksamkeitsablenkung und Streßvermeidung einsetzen (Flöter et al. 1988). Eine Schmerzanamnese, die die subjektive Sicht des Patienten in den Vordergrund stellt, ist ein wichtiger Teilbereich der Analyse des Problems "Chronischer Schmerz" zusätzlich zu und nicht anstelle der herkömmlichen medizinischen Diagnostik. Es wäre wichtig, daß sowohl in der Sprechstunde als auch in den interdisziplinären Konferenzen möglichst viele Ebenen des Schmerzgeschehens zur Sprache kommen und von Ärzten und Psychologen gemeinsam mit dem Patienten diskutiert werden, damit jeder von der fachspezifischen Sicht der anderen lernen kann. Ein derartiges Vorgehen erfordert allerdings viel Zeit, etwa 2-3 Stunden insgesamt, die von den Kassen nicht honoriert werden.

4.1.3 Ein sozio-psychosomatischer Ansatz für chronische Schmerzen ist erforderlich

Wir sind z.Z. noch weit entfernt von einem systemtheoretischen Modell von chronischem Schmerz, das die Wechselwirkungen zwischen

den somatischen, psychischen und spirituellen Ebenen eines Individuums und seine sozialen und ökologischen Umgebungsbedingungen verständlich machen könnte. Die einzelnen Forschungsdisziplinen, die sich in den letzten zehn Jahren vermehrt mit Schmerzforschung befaßt haben, haben eine Fülle von Einzelergebnissen in der Neurophysiologie, Psychologie und klinischen Medizin hervorgebracht, die wichtige Hinweise darauf geben, welche Faktoren an einem individuellen Schmerzgeschehen beteiligt sein könnten und in Betracht gezogen werden sollten. Man darf jedoch nicht vergessen, daß die herkömmliche wissenschaftliche Forschungsmethodik eine Komplexitätsreduktion vornimmt, indem sie einzelne Variablen herausgreift und zueinander in Beziehung setzt. Dieser Ansatz führt zu Wahrscheinlichkeitsaussagen, die auf den Einzelfall nicht zuverlässig anwendbar sind. Es ist deshalb wichtig, daß der Arzt, der Patient und alle Beteiligten begreifen, daß für das Verständnis des Problems: "eine bestimmte Person hat in einem bestimmten Lebensabschnitt eine bestimmte Art chronischer Schmerzen" die Betrachtungsebene gewechselt werden muß, von einer zerlegenden, quantifizierenden Analyse zu einer ganzheitlichen Sicht, d.h. zu einem verstehenden, also hermeneutischen Vorgehen. Viele Menschen haben allerdings nicht gelernt, bei Krankheitssymptomen, zu denen auch Schmerzen gehören, die Warum-Frage mit Bezug auf ihren Lebenskontext zu stellen, sondern haben diese Frage an den Arzt delegiert, und somit auf den biomedizinischen Bereich beschränkt. Wendet sich der Patient andererseits mit dieser Warum-Frage an einen Psychologen, so wird nicht selten ausschließlich die psychische Ebene betrachtet. Ein psychosomatisches Krankheitsverständnis, das impliziert, daß psychische Einflüsse massive funktionelle und strukturelle Veränderungen des Körpers hervorbringen können bzw. körperliche Krankheiten zu schweren psychischen Störungen beitragen oder führen können, wird im Hinblick auf chronische Schmerzen von vielen Ärzten und Psychologen, die sich mit Schmerztherapie befassen, vertreten. Dieses globale Konzept in die tägliche Praxis zu transponieren und aufzuschlüsseln kann oft nur unbefriedigend gelingen, da unsere Kenntnisse über Bedingungsbeziehungen bei weitem nicht ausreichen.

Auch viele Patienten wissen wohl, daß z.B. ein großer Teil chronischer Kopfschmerzen streßbedingt ist und daß starke oder

dauernde Muskelverspannungen Schmerzen hervorrufen können, sind aber nicht in der Lage, selbst Situationen zu erkennen, die streß- bzw. spannungsauslösend sind, zu fragen, warum sie "Streß" bedeuten und wie man damit fertig werden kann, bevor sie Schmerzen hervorrufen. Manche Menschen, die eine starke Wahrnehmungsorientierung auf äußere Ereignisse haben, haben wenig Zugang zu inneren Ereignissen wie Gefühlen von Ärger, Trauer, Freude, Angst, vegetativen Reaktionen und Haltungs- und Muskelanspannungen, die mit solchen Gefühlen einhergehen. Chronischer Schmerz ist nach meiner Überzeugung ein ziemlich lauter Hilfeschrei des Körpers, den er einsetzen muß, wenn wir es nicht gelernt haben, subtilere Signale wahrzunehmen. Was wir brauchen, ist eine sozio-psycho-somatische Sichtweise chronischer Schmerzen, nicht nur bei den professionellen Schmerzspezialisten, sondern vor allem auch im Selbstverständnis der Patienten. Aus der Perspektive der Gesundheitsförderung wird man deshalb die Qualität der ärztlichen und psychologischen Schmerzanalyse (-anamnese, -diagnose) danach beurteilen müssen, inwieweit sie alle relevanten Bereiche einschließt, vor allem aber danach, in welchem Ausmaß sie dem Patienten hilft, sich selbst auf allen diesen Ebenen mit seinem Schmerzproblem besser zu verstehen. Damit der "Experten"-Status des Patienten zukünftig besser beurteilt und berücksichtigt werden kann, wäre es nötig, Studien durchzuführen über "subjektive Theorien" von Menschen mit chronischen Schmerzen, ähnlich einer Arbeit von Verres (1986) über Krebspatienten, in der die subjektiven Hypothesen Betroffener und ihrer Angehörigen über Ursachen, Implikationen und Folgen ihrer Krebserkrankung erforscht worden sind.

4.2 Schmerztherapie

In diesem Abschnitt werden - auf dem Hintergrund der Situation in der Bundesrepublik Deutschland - zwei Aspekte der Schmerzbehandlung dargestellt: a) der medizinische Ansatz und b) das relativ neue Gebiet psychologischer Schmerztherapie.

4.2.1 Ärztliche Behandlung

Von den in Abschnitt 3 genannten drei Millionen Patienten mit chronischen Schmerzen werden etwa 90 % von praktischen Ärzten und Internisten unter Hinzuziehung

von Fachärzten, vor allem Orthopäden und Neurologen, versorgt. Die praktischen Ärzte werden von jedem ihrer Schmerzpatienten durchschnittlich einmal pro Woche konsultiert.

Für chronische Schmerzen ist die Indikationsfrage, welche Therapie bei welchem Syndrom in welchem Stadium angezeigt ist, sehr oft ungeklärt. So sind beispielsweise Onkologen, aber auch Hausärzte, die Tumorpatienten in späten Stadien betreuen, nicht genügend darüber informiert, daß auch schwere Tumorschmerzen durch orale Opiate nach einem Zeitschema gelindert werden können (WHO 1986). Der Griff zum Rezeptblock für die Verschreibung von Analgetika (sehr oft noch Mischpräparate) ist bei Neuralgien und Kopfschmerzen, aber auch bei anderen Schmerzzuständen üblich. Niedergelassenen Ärzten fehlen ausreichende Informationen darüber, welche schmerztherapeutischen Methoden es gibt und wo Schmerzspezialisten zu finden sind, die sie um Rat fragen können, sodaß langdauernde Schmerzprobleme von Ärzten oft abgetan und als lästig ignoriert werden. Beim Patienten führt das zu Resignation oder zu Aggression und zu häufigen Arztwechseln. Die Gefahr, daß Schmerzpatienten eine ganze Reihe von Schmerztherapien sukzessive und quasi probeweise durchlaufen, und daß damit die Chronifizierung bzw. Therapieresistenz gefördert wird, darf nicht unterschätzt werden.

Bei den meisten Patienten, die eine Spezialeinrichtung für Schmerztherapie aufsuchen, ist der Chronifizierungsprozeß weit fortgeschritten, viele Therapieversuche sind bereits fehlgeschlagen. Es ist einer der Grundsätze der Schmerztherapie, bei solchen problematischen, auch als chronisch therapieresistent bezeichneten Schmerzzuständen, mit möglichst großer methodischer Breite vorzugehen. Trotzdem muß der Therapeut diesen Patienten sagen, daß sie bei gutem Therapieverlauf eine Linderung ihrer Schmerzen erhoffen können, nur in den seltensten Fällen eine völlige und dauerhafte Remission.

Etwa 300.000 bis 400.000 Patienten in der Bundesrepublik Deutschland sind Problemfälle, die die niedergelassenen Ärzte an schmerztherapeutische Einrichtungen überweisen bzw. überweisen würden, wenn in Wohnortnähe solche Einrichtungen zur Verfügung stünden (Zimmermann & Seemann 1986).

Da über die Existenz schmerztherapeutischer Einrichtungen bei Ärzten und vor allem bei Patienten ein großes Informationsdefizit besteht, haben wir

einen Schmerztherapie-Führer zusammengestellt (Seemann et al. 1987), der 124 ärztliche und 28 Einrichtungen für psychologische Schmerzbehandlung enthält. Von den 124 ärztlichen Einrichtungen werden 93 von Anästhesisten geleitet, 16 von Neurologen. Die Organisationsform ist bei 74 Einrichtungen eine Klinikambulanz, bei 40 handelt es sich um Praxen niedergelassener Schmerztherapeuten und 10 sind Schmerzkrankehäuser, die sich ausschließlich der Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten widmen und vorwiegend stationäre Patienten betreuen.

Es besteht ein Konsens, daß von den chronischen Schmerzpatienten, die multifaktorielle Behandlung brauchen, 90-95 % ambulant und gleichzeitig wohnortnah versorgt werden sollten. Wenn man davon ausgeht, daß eine schmerztherapeutische Einrichtung im Höchstfall 400 der ständiger Betreuung bedürftigen Patienten versorgen kann, so benötigen wir in der Bundesrepublik mindestens 1.000 solcher Einrichtungen, die vor allem auch in ländlichen Bereichen angesiedelt sein sollten.

Die regionale Verteilung der schmerztherapeutischen Einrichtungen ist in der Bundesrepublik allerdings sehr ungleichmäßig. In Schleswig-Holstein, im nördlichen Niedersachsen bis zur Nordseeküste finden sich fast keine Einrichtungen, die Patienten dort müssen im Raum Hamburg bzw. Hannover schmerztherapeutische Hilfe

suchen. Dagegen gibt es im Rhein-Ruhr-Gebiet und im bevölkerungsreichen Ballungsgebiet Rhein-Main, um Frankfurt und Wiesbaden, sowie im Rhein-Neckar-Raum um Heidelberg eine ganze Reihe von Schmerzambulanzen und Schmerzpraxen, während Bayern, mit Ausnahme von München, völlig unterversorgt ist. In Berlin (West) sind uns 6 schmerztherapeutische Einrichtungen bekannt.

Die im Schmerztherapieführer enthaltenen Informationen sind Selbstdarstellungen der schmerztherapeutischen Einrichtungen in Form eines Fragebogens, der im Original abgedruckt ist. Er gibt Auskunft über die Adresse der Einrichtung, den leitenden Arzt, sein Fachgebiet, Öffnungs- und Wartezeiten, Therapiemethoden, die von der Einrichtung angewendet werden (vgl. Tabelle 4).

In 11 der 74 Klinikambulanzen arbeiten Psychologen als Konsiliarii oder, in seltenen Fällen, als feste Mitarbeiter. In weiteren 10 Ambulanzen wird Psychotherapie von den Ärzten selbst durchgeführt, meist handelt es sich dabei um Entspannungsverfahren, seltener um Hypnose. Von den 40 Schmerzpraxen arbeiten 8 mit Psychologen zusammen, und 10 bieten psychotherapeutische Behandlung aufgrund eigener Weiterbildung an.

Im Medizinstudium können nur in begrenztem Maße Kenntnisse über schmerztherapeutische Verfahren erworben werden. Man kann generell feststellen, daß die Weiter-

TABELLE 4. Therapieangebot der Schmerzambulanzen an Kliniken (A) (n = 74) und Schmerzpraxen (P) (n = 40) (%-Angaben entsprechen der Anzahl der Einrichtungen, die die die genannte Therapiemethode anbieten)

Therapie	A	P
Medikamente	100%	100%
Therapeutische Lokal- und Leitungsanästhesie	99%	100%
TENS (Transkutane Elektrische Nervenstimulation)	95%	70%
Rückenmarksnahe Opiatapplikationen	88%	44%
Physikalische Therapie	72%	72%
Neurolytische Nervenblockaden	72%	47%
Akupunktur	62%	75%
Implantationen (Pumpen, Ports, Stimulatoren u.ä.)	46%	8%
Kleine Psychotherapie	45%	68%
Entzugsbehandlung	43%	70%
Entspannungsverfahren	34%	52%
Chirurgische Verfahren	31%	12%
Manuelle Therapie	30%	42%
Biofeedback	22%	37%
Laser	19%	42%
Verhaltenstherapie	14%	20%
Hypnose	14%	25%
Körperorientierte psychotherapeutische Verfahren	10%	12%
Zentrale Stimulation	7%	2%

bildung nach dem Studium die wichtigste Quelle für schmerztherapeutische Kenntnisse ist.

Aus Tabelle 4 geht hervor, daß in allen Einrichtungen die "klassischen" somatischen Schmerztherapieverfahren (Medikamente, Lokal- und Leitungsanästhesien, rückenmarksnahe Opiatapplikation, physikalische Therapie und neurolytische Nervenblockaden) im Vordergrund stehen, daß aber auffallend häufig auch "alternative" Verfahren angewandt bzw. angeboten werden, darunter an erster Stelle das inzwischen gut etablierte (und von den Krankenkassen getragene) TENS (Transkutane Elektrische Nervenstimulation), aber auch Akupunktur, die bei Kopfschmerzen inzwischen als anerkannte Therapieform gilt (Fischer 1985). Biofeedback wird von den Ärzten selbst angewandt, während für Entspannungsverfahren, Verhaltenstherapie, Hypnose und körperorientierte psychotherapeutische Verfahren Psychologen als Mitarbeiter oder Konsiliarii herangezogen werden.

Die Anwendungshäufigkeit dieser alternativen Therapieformen ist sicherlich nicht allzu groß, unter anderem weil sie von den Patienten aus der eigenen Tasche bezahlt werden müssen; die Tatsache jedoch, daß sie in den genannten Häufigkeiten im Repertoire der schmerztherapeutischen Einrichtungen auftauchen, läßt den Schluß zu, daß die Schmerztherapeuten diese Therapieformen für nützlich erachten und sich Kenntnisse darüber aneignen. Wir wissen nicht, ob andere, nicht-schulmedizinische Behandlungsmethoden von ärztlichen Schmerztherapeuten angewandt werden, z.B. Atemluftionisierung (Inglis & West 1984), Osteopathie, die besonders in den USA weit verbreitet ist (Inglis 1978) oder spirituelles Heilen durch Handauflegen, das z.B. im Cancer Help Center in Bristol (England) als eine gebräuchliche Therapieform gilt (Wetzler, persönliche Mitteilung). Eine relativ neue Möglichkeit, Schmerzen und Depressionen durch eine geeignete Diät in Kombination mit L-Tryptophan günstig zu beeinflussen, beginnt sich unter den Schmerztherapeuten allmählich durchzusetzen (Flöter 1985; Seltzer et al. 1981; Kolata 1982). Mir scheint, daß sich in der Schmerzbehandlung eine Einteilung in "klassische" und "alternative" Therapieformen nicht vornehmen läßt. (Sieht man einmal davon ab, daß Schmerzbehandlung in der Homöopathie und anthroposophischen Medizin von ganz anderen theoretischen und existenzphilosophischen Voraussetzungen ausgeht, die im eigentlichen Sinne alternativ sind.) Schmerztherapie ist

nämlich "mangels hinreichenden Verständnisses der Ursachen und Mechanismen vieler Schmerzformen häufig rein empirisch ... Erstens haben wir bei vielen Formen chronischer Schmerzen keine oder nur eine ungefähre Ahnung, wie und warum sie entstehen. Zweitens haben wir oft auch keinen Schimmer, warum die eine Form der Behandlung hilft, die andere nicht. Aber drittens können wir doch, trotz aller Ignoranz, in den meisten Fällen chronischer Schmerzen den Patienten eine wirkungsvolle Therapie anbieten" (Schmidt & Struppler 1982, S. 39). (Dies setzt aber eine umfassende Schmerzanalyse voraus, sonst bleibt die Therapiewahl probatorischer Natur.) Da die Schmerzentsstehungsmechanismen, besonders bei schon sehr lange bestehenden Schmerzzuständen, oft nicht vollständig aufgedeckt werden können, greifen die Schmerztherapeuten in der Regel zu einem ganzen Bündel von therapeutischen Maßnahmen, die auf verschiedenen Einflüssebenen ansetzen, um die Erfolgchancen zu verbessern. Eine Möglichkeit, einer ganzheitlichen Behandlung näherzukommen, ist ein Ordnungsschema, nach dem Herget (1985) und Vogelsberger (persönliche Mitteilung) ihre Therapieplanung ausrichten. Dazu gehört die Basistherapie, z.B. Symbioselenkung, Fasten, Ernährung, Kräuterkunde, wobei die Patienten lernen, diese Anwendungen in ihr tägliches Leben einzubinden. (Wenn z.B. Johanniskrauttee gegen depressive Verstimmtheit verordnet wird, dann werden die Patienten gleichzeitig aufgefordert, das Johanniskraut draußen zu suchen und zu identifizieren.) Auch die Regulations-therapien, wie Klimatherapie, Balneotherapie, Entspannungstherapien, können von den Patienten selbst angewendet und in ihren Tagesablauf integriert werden. Die Ordnungstherapien (Akupunktur, Homöopathie) und die manuellen und physikalischen Therapieformen gehen schon spezifischer an das Krankheitsgeschehen heran, während die Pharmakotherapie, Regionalanästhesie und TENS als symptomatische Therapien angesehen werden. Herget nennt dieses Vorgehen polypragmatisch bzw. komplementär, um zu betonen, daß die Anwendungen sich gegenseitig ergänzen. Ich würde vorschlagen, die Schmerztherapiemethoden danach zu beurteilen, in welchem Maße sie nebenwirkungssarm sind und die körpereigenen Heilungskräfte stimulieren. Was unter dem Gesichtspunkt der Gesundheitsförderung besonders interessiert, ist, inwieweit die einzelnen Schmerztherapiemethoden die Mitarbeit des Patienten zulassen bzw. fördern. Einmal

ganz abgesehen davon, daß es immer besser ist, wenn der Patient die Wirkungsweise einer Therapie versteht und an ihre Wirksamkeit glaubt, und daß dieser Glaube auch immer von der Haltung des Therapeuten und seiner Interaktion mit dem Patienten abhängt, verlangen z.B. neurochirurgische Eingriffe, Nervenblockaden, Analgetika und Psychopharmaka, aber auch Außenseitermethoden wie hautausleitende Verfahren (Kanthariden-Pflaster, Baunscheidt-Verfahren), lediglich die Akzeptanz des Patienten für ihre Anwendung. Transkutane elektrische Nervenstimulation dagegen erfordert aktives Verständnis und Mitarbeit, da diese Maßnahme regelmäßig, und zwar in der richtigen Art und Weise, angewendet werden muß. Es ist zu vermuten, daß das deutliche Nachlassen der Therapieeffekte im Laufe der Zeit auf mangelhaftes bzw. Nicht-Anwenden zurückzuführen ist.

Flöter (1986) konnte zeigen, daß bei sachgemäßer, kontrollierter Anwendung die positiven Therapieeffekte über lange Zeit erhalten blieben.

Krankengymnastik und Bewegungstherapien sind übende Verfahren, und sie verlangen Verständnis, Eigenaktivität und Durchhaltevermögen. Hier stellt sich, ebenso wie bei den Entspannungstherapien, die Frage, inwieweit der Patient solche täglichen Übungen als erfreuliche Bereicherung seines Tagesablaufs oder aber als eine lästige Pflicht und zusätzliche Belastung verstehen wird.

Am Beispiel des Biofeedback läßt sich gut zeigen, in welchem Ausmaß Nutzen und Wirksamkeit einer therapeutischen Methode von der Art ihrer Anwendung abhängen. Das Biofeedback wird in der Schmerztherapie als Entspannungsverfahren im weitesten Sinn eingesetzt (EMG-, EEG-, respiratorisches und Hautwiderstands-Vasokonstriktions-Biofeedback). Der Patient lernt dabei, meist sehr schnell, definierte physiologische Parameter, wie Muskelspannung, Atemfrequenz, elektrische Hirnpotentiale, auf einen günstigen Sollwert hin zu verändern, indem er seinen Ist-Zustand rückgemeldet bekommt, d.h. er lernt, Körpervorgänge selbst regulativ zu steuern. Bei falscher Anwendung, bzw. wenn der Patient keine richtige Anleitung erhält, besteht aber die Gefahr, daß der Patient das Gerät in einer technisch manipulativen Weise einsetzt, d.h. er richtet seine Aufmerksamkeit nur auf die auditiven Signale des Geräts und nicht auf die Veränderungen, die in seinem Körper stattfinden. Er verpaßt also die Chance, seine diskriminative Wahrnehmungsfähigkeit für die Signale und den Zustand seines Körpers zu verbessern. Darüber hinaus ver-

hindert möglicherweise das Biofeedback, da es auf einfache Weise eine Symptomatik wie Spannungskopfschmerzen reduzieren kann, die Suche nach den auslösenden Ursachen, z.B. Streß, oder eine inadäquate Konfliktverarbeitung. Die Abhängigkeit von einem technischen Apparat darf ebenfalls nicht unterschätzt werden, zumal sich herausgestellt hat, daß das Biofeedback anderen Entspannungsverfahren, z.B. dem Jacobson-Training oder kognitiven Strategien, die ohne technische Apparate auskommen und dadurch auch jederzeit verfügbar sind, nicht deutlich überlegen ist (Jessup et al. 1979; Turner & Chapman 1982; den Beitrag von Rehfish in diesem Buch). Abschließend sollen noch einige Hindernisse genannt werden, die einem umfassenden Ansatz der Schmerztherapie im ärztlichen Bereich in der Bundesrepublik Deutschland im Wege stehen:

- Es bestehen gravierende Defizite in der Ausbildung der Ärzte. Diagnostik und Therapie chronischer Schmerzen kommen im Studium so gut wie nicht vor.

- Sogenannte "Heilpraktiker"-Methoden, zu denen vor nicht allzu langer Zeit auch noch die Homöopathie gehörte, sind tabuisiert und gelangen daher nicht in die Weiterbildung.

- Es werden zu wenige Therapiestudien über unkonventionelle Behandlungsverfahren durchgeführt.

- Facharztrechtliche Einschränkungen verbieten eine fächerübergreifende Diagnostik und Therapie, die für chronische Schmerzen angemessen ist.

- Abrechnungsprobleme mit den Krankenkassen, die wichtige Therapien (z.B. Akupunktur, aber auch ausführliche Beratungsgespräche), die für Patienten mit chronischen Schmerzen absolut notwendig sind, nicht bezahlen, bringen vor allem niedergelassene Schmerztherapeuten in Schwierigkeiten.

- Die Schmerzambulanzen an Kliniken klagen vor allem über beengte räumliche Verhältnisse, nicht ausreichende Personalstellen und zu häufige Arztwechsel.

4.2.2 Psychologische Schmerztherapie

Die Psychologen sind in dem noch sehr jungen Betätigungsfeld der Schmerztherapie weitgehend auf ihre eigene Initiative angewiesen, da in der universitären

Ausbildung das Thema Schmerz so gut wie nicht vorkommt. Allerdings können sie auf Inhalte der Physiologie, Psychodiagnostik, Psychopathologie und der Klinischen Psychologie und Psychotherapie zurückgreifen und diese Kenntnisse mit aus den USA stammenden schmerztherapeutischen Methoden verbinden.

Zwei Methoden, das kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Schmerzbewältigungstraining (Meichenbaum & Turk 1976; Turk 1977), welches Coping-Strategien wie Fokussieren der Aufmerksamkeit, Imagination und Selbstinstruktionen vermittelt, und der operante Ansatz der Fordyce-Schule (Fordyce 1974), der vor allen Dingen die Beseitigung positiver Verstärkung für Schmerzverhalten, eine Erhöhung der körperlichen Aktivität (Bewegungstherapie und Buchführung über die "up-time") und eine schrittweise Entwöhnung von Medikamenten anstrebt, wurden bei uns rezipiert und auf deutsche Verhältnisse zugeschnitten. Eine modifizierte Form des Schmerzbewältigungstrainings wird vor allem im Rheumaschmerzbereich eingesetzt (Köhler 1982; den Beitrag von Prümel et al. in diesem Buch).

Für die psychologische Migränebehandlung wurden spezielle Streßbewältigungstechniken eingesetzt, die mit Entspannungsverfahren, z.B. dem progressiven Muskelrelaxationstraining von Jacobsen (1939) oder Biofeedback, z.B. dem Vasokonstriktions-Biofeedback (vgl. den Beitrag von Falkenstein & Falkenstein in diesem Buch) kombiniert werden. Beide Trainingsmethoden verlangen vom Patienten ein hohes Maß an Eigenaktivität und Mitarbeit, z.B. beim Aufspüren individueller Streßauslöser, beim Führen von Migräne-Tagebüchern und der Aufzeichnung gesundheitsbezogener Aktivitäten (Miltner et al. 1986), haben also stark lehrenden Charakter. Der Trend psychologischer Interventionen bei chronischen Schmerzen geht in Richtung multidimensionaler Behandlungskonzepte, die auf verschiedenen Ebenen der Schmerzverarbeitung einzugreifen versuchen. Entspannungsverfahren, die zunehmend mehr mit schmerzspezifischen Imaginationstechniken kombiniert werden, oder Biofeedback werden als Bestandteil einer jeden psychotherapeutischen Intervention bei chronischen Schmerzen eingesetzt. Hinzu kommen Methoden der Aufmerksamkeitslenkung durch Hypnose, Fokussierungs- und Defokussierungsmethoden, Veränderung von schmerz- und streßrelevanten Kognitionen, Veränderung des Schmerzverhaltens und Einflußnahme auf

die emotionale Befindlichkeit durch Förderung von positiven Emotionen und eines positiven Selbstbildes, Förderung der Selbstsicherheit und Unterstützung beim Umgang mit Behinderung, Verlust, Schuld, Trauer und Tod.

Die Entwicklung der psychologischen Schmerztherapie steckt noch in den Kinderschuhen, und es wäre wünschenswert, daß ein breites Spektrum an therapeutischen Ansätzen für diesen Bereich nutzbar gemacht wird, und die Psychologen und Psychotherapeuten, die auf diesem Gebiet arbeiten, einen regen Austausch über ihre Erfahrungen pflegen, zumal es noch sehr wenige gut evaluierte Therapiestudien gibt. Meines Erachtens sollten auch körperorientierte Verfahren wie die Feldenkrais-Methode und das chinesische Chi-Gong (eine Variante des Tai-Chi zur Heilbehandlung) und hypnotherapeutische Verfahren wie die Erickson-Hypnotherapie und das Neurolinguistische Programmieren (NLP) vermehrt eingesetzt und auf ihre Wirksamkeit überprüft werden. Unter dem Gesichtspunkt der Gesundheitsförderung kann psychologische Schmerztherapie danach beurteilt werden, inwieweit sie in der Lage ist, die Motivation und Eigenaktivität bei den Patienten zu wecken und nutzbar zu machen. Kompetenzen-stärkende Verfahren eignen sich hierfür besser als solche, die sich auf Problemanalyse konzentrieren (wie z.B. die Psychoanalyse), und werden von den Patienten leichter angenommen. Die psychologischen Verfahren, die z.Z. in der Schmerztherapie hauptsächlich eingesetzt werden, zeigt Tabelle 5. Acht Einrichtungen bieten auch Gruppentherapie für Schmerzpatienten an. Im Durchschnitt enthält das therapeutische Angebot 4,5 Therapieverfahren. Abschließend sollen noch einige Hindernisse genannt werden, die in der Bundesrepublik Deutschland einer positiven Entwicklung der schmerztherapeutischen Versorgung im psychologischen Bereich im Wege stehen:

- die derzeitige berufsrechtliche Lage der Psychologen verhindert eine kreative Weiterentwicklung, in die auch neue Therapieansätze einbezogen werden können;
- nur wenige Psychologen sind für die psychologische Schmerztherapie ausgebildet;
- die alleinige Zulassung der Verhaltenstherapie zur Ersatzkassenabrechnung führt dazu, daß

TABELLE 5. Psychologische Verfahren in der Schmerztherapie
(aus Schmerztherapie-Führer 1987)

Therapiemethoden	Anzahl der Einrichtungen (n = 28)
Verhaltenstherapie (kognitiv, multimodal)	21
Schmerzbewältigungstraining	6
Operante Methoden	2
Social skill training	2
Entspannungsverfahren	21
Autogenes Training	4
Gesprächstherapie	3
Hypnotherapie	11
Visualisierungstechniken	2
NLP (Neurolinguistische Programme)	2
Biofeedback	10
Familientherapie	5
Tiefenpsychologische Verfahren	4
Konzentrierte Bewegungstherapie	2
Gestalttherapie	2

alle anderen Verfahren, wie z.B. Hypnose oder die Schmerztherapie nach Erickson, privat abgerechnet werden müssen;

- die Zusammenarbeit zwischen ärztlichen Schmerztherapeuten und Psychologen muß auf die Gruppe der Patienten beschränkt bleiben, die eine psychotherapeutische Behandlung selbst bezahlen können;

- der grundlegende Baustein interdisziplinärer Kooperation in der Schmerztherapie, nämlich die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Psychologe, ist aus diesem Grund und nicht so sehr wegen mangelnder Einsicht oder Kooperationsbereitschaft weitgehend unmöglich.

5. Integrative Schmerztherapie

Bei den folgenden Ausführungen zu den Kriterien, die Schmerztherapie erfüllen müßte, um die Bezeichnung "integrativ" zu verdienen, habe ich mich an Michael Lerner's (1985) Vorschlägen für eine integrative Krebsstherapie orientiert.

- Integrative Schmerztherapie richtet sich an eine Person, die Schmerzen hat, nicht allein auf das Schmerzsyndrom. Die Therapiewahl darf sich nicht ausschließlich an der Indikationsstellung orientieren, sondern muß die Person, die Schmerzen hat, an der Therapiewahl beteiligen und aktiv in die Behandlung einbeziehen.
Die Autonomie des Patienten zu betonen, bedeutet aber auch eine veränderte Verteilung der Verantwortlichkeit, und das heißt, daß die Autorität des Arztes bei der Verordnung einer Maßnahme hinterfragt werden muß. Wenn das "belief system" des Patienten eine in den Augen des Arztes irrationale Entscheidung präferiert, sollte in Betracht gezogen werden, daß der Placebo-Effekt in der Schmerztherapie eine wichtige positive Rolle spielt, während eine innere Ablehnungshaltung des Patienten zu Nocebo-Effekten führen kann. Die Compliance des Patienten, auf die ärztlicherseits viel Wert gelegt wird, darf sich nicht in "Befolgen" erschöpfen.

- Ganzheitliche Schmerztherapie verlangt einen Individuum-zentrierten Zugang. In Abwandlung von William Osler (zitiert bei Lerner): "Es ist wichtiger zu wissen, was das für ein Mensch ist, der die Schmerzen hat, als was für ein Schmerz es ist, der behandelt werden soll." Daß die Therapie zur Persönlichkeit des Patienten passen muß, gilt insbesondere für die psychotherapeutische Behandlung von Schmerzen. Therapeut und Patient sollten in ihren grundlegenden Werthaltungen weitgehend übereinstimmen, die ausgewählten Therapiemethoden sollten mit der Realitätskonstruktion des Patienten in Einklang gebracht werden können und an schon vorhandene Kompetenzen anknüpfen. Meines Wissens ist es in der Bundesrepublik Deutschland nur Herget (1985), der die Schmerztherapie auch mit Bezug auf den Konstitutionstypus des Patienten auswählt. Einige für uns alltägliche Therapieformen wie Krankengymnastik oder physikalische Therapie werden von manchen Personen als diskriminierend empfunden, da diese ein eher passives "Heil"verständnis gegenüber dem Arzt haben. Türkische Männer empfinden aktive Bewegungstherapie und Krankengymnastik als Verhöhnung, insbesondere unter der Anleitung von weiblichem Pflegepersonal, während sie z.B. Tanzen akzeptieren (Blechner 1986, persönliche Mitteilung).

- Integrative Schmerztherapie kann auf verschiedenen Ebenen ansetzen: auf der physischen, psychischen, kognitiven,

motivationalen, religiösen bzw. spirituellen Ebene und sie muß das soziale und ökologische Umfeld berücksichtigen. Wenn wir in der Schmerztherapie eine möglichst große methodische Breite fordern, so ist damit gemeint, daß sich das Spektrum der Therapie über verschiedene Ebenen erstrecken soll. Als Ansatzpunkt hat sich bewährt, den Patienten dort abzuholen, wo er sich gerade befindet, d.h. von dem auszugehen, was er selbst über seine Schmerzen und mögliche Hilfen denkt und anzunehmen bereit ist. Therapeutische Hilfe bedeutet bei chronischen problematischen Schmerzen so gut wie immer auch die Beratung in Ernährungsfragen, in Arbeits- und Freizeitverhalten und vor allen Dingen hinsichtlich der Art, wie man mit Schmerzen kognitiv und emotional umgehen kann, um Schmerzerleichterung zu finden. Eine umfassende Schmerztherapie muß das soziale Umfeld und das persönliche Lebensgefühl des Patienten mit einbeziehen. Es gibt gerade bei chronischen Schmerzen so viele mögliche Bedingungen, die den Zustand aufrechterhalten und verschlimmern können, daß jede ärztliche Bemühung scheitern muß, wenn das soziale und psychische Umfeld nicht beachtet wird.

- Es sollte überdacht werden, welche Rolle sog. Außenseiter- oder Alternativmethoden bei einer integrativen Behandlung spielen. Unter einer ganzheitlichen Perspektive erscheint es mir besser, diese Methoden als Komplementärverfahren zu bezeichnen und sie als notwendige Ergänzung zur klassischen medizinischen Therapie zu betrachten (Hergert 1985).

- Behandeln und Heilen sind zwei verschiedene Dinge (Groddeck 1913; Bresler 1979). Die Ebene, auf der sich Heilung ereignet, ist eine andere als die, auf der die Therapie ansetzt. Schmerztherapien können z.B. palliativ am Symptom ansetzen und die Schmerzen durch analgesierende Medikamenteneffekte lindern, sie können aber auch einen Anstoß geben für selbstregulative Heilungskräfte auf der somatischen oder psychischen Ebene. Es gelingt nicht, die einzelnen Schmerztherapieformen in dieser Hinsicht zu klassifizieren. Wir wissen z.B. nicht, welchen Beitrag das Bewußtsein, die innere Haltung und die Erwartungen des Patienten und des Arztes in diesem Zusammenhang leisten. Wenn Patienten gegenüber bestimmten Therapien Angst und Ablehnung empfinden und nicht glauben können, daß sie etwas nützen, dann werden die Heilungsvorgänge möglicherweise massiv

durch Streß behindert. Ich halte es für wichtig, dem Patienten eine möglichst genaue Vorstellung davon zu geben, in welcher Weise eine bestimmte Schmerztherapie ihre Wirkung entfalten soll, damit der Patient diese inneren Vorgänge nach Kräften durch seine Vorstellungen unterstützen kann. Innere Vorstellungsbilder, Imaginationen, Visualisierungen werden in der psychologischen Schmerztherapie explizit zur symptomatischen wie zur heilungsfördernden Behandlung eingesetzt. Ein Beispiel für den ersten Fall ist die Dissoziation vom Schmerz, wobei der Schmerz durch verschiedene Imaginations-techniken aus dem Bewußtsein hinausbefördert wird. Ein Beispiel für den zweiten Ansatz sind durchblutungsfördernde und spannungslösende Imaginationen und Funktionsbilder, die auf physiologische Veränderungen gerichtet sind, oder trance-therapeutische Verfahren, die den Zugang zum Unbewußten erleichtern und Widerstände, an tieferliegende Konflikte heranzugehen, abbauen helfen. Bei Biofeedback und Akupunktur oder auch Akupressur und Reflexzonenmassagen kommt es auf die Art ihrer Anwendung bzw. die Haltung des Therapeuten an, ob sie symptomatisch oder regulativ wirken.

- Der häufig anzutreffende Fatalismus von Therapeuten angesichts schwerer Schmerzzustände, der mit solchen oder ähnlichen Worten geäußert wird: "Ich kann nichts mehr für Sie tun, damit müssen Sie eben leben", bringt den Patienten in eine Resignation und Hoffnungslosigkeit, die seinen Zustand nur noch verschlimmern. Der Arzt sollte sich verpflichtet fühlen, dem Patienten zu zeigen, wie er damit leben kann. Es gibt in der psychologischen Schmerztherapie potente Ansätze, wie Biofeedback und autosuggestive Methoden, mit denen der Patient selbst seine Schmerzen unter Kontrolle halten kann.

- Als wichtigstes Moment einer integrativen Schmerztherapie ist aber sicher die Arzt-Patient-Beziehung zu bedenken. Lerner zitiert Paracelsus: "The main reason for healing is love". Patienten mit schweren Schmerzzuständen verbreiten häufig eine Atmosphäre, die bei den Behandlern Aggressionen und Distanz auslöst. Ich habe von Schmerzpatienten oft den Eindruck, daß sie wie kleine Kinder ihr Bedürfnis nach Zuwendung und persönlicher Berührung durch Abwehr und Aggressivität kaschieren. Die starre psychische Panzerung vieler dieser Patienten bringt bei ihrer Umgebung genau das hervor, was sie am meisten befürchten.

Eine Komponente dieses Verhaltens ist auch die autoaggressiv anmutende Selbstauslieferung an invasive und destruktive Maßnahmen, die immer wieder zu beobachten ist und selbst Ärzte in Schrecken versetzt. Es ist bei Patienten, die seit langer Zeit schwere Schmerzen haben, außerordentlich wichtig, ihnen warmherzig, zuversichtlich, ermutigend zu begegnen und in ihrer Persönlichkeit Teile aufzuspüren, die unversehrt, positiv und liebenswert sind, und diese zu stärken.

"We should have an eye for the patients' qualities and strengths, however hidden they may be. And we should keep in mind that a person's greatest weakness may turn out to be her greatest strength."
(Vrancken, persönliche Mitteilung).

6. Der chronisch Schmerzkranken in seinem psychosozialen Umfeld

Es gibt meines Wissens keine Studien darüber, wie dauernde oder immer wiederkehrende starke Schmerzen vom psychosozialen Umfeld des Betroffenen aufgenommen und verarbeitet werden. Ein entscheidender Punkt, der Schmerzen von anderen chronischen Behinderungen bzw. Krankheitszuständen unterscheidet, ist der, daß man sie von außen nicht direkt beobachten kann und daß das Ausdrucksverhalten der betroffenen Personen sehr unterschiedlich ist. Ob überhaupt und auf welche Weise Schmerzen nach außen, also in das soziale Umfeld (wozu auch die professionellen Helfer zu rechnen sind) hinein kommuniziert werden, hängt von vielerlei Faktoren ab. Als Beispiele seien genannt:

- ethnische Zugehörigkeit: Südländer drücken Schmerzen häufiger durch Klagen und Weinen aus als Nordamerikaner oder Nordeuropäer (Wolff & Langley 1975). In östlichen Kulturen, z.B. Taiwan, gilt der Ausdruck der emotionalen Beeinträchtigung als unakzeptabel; 70 % der Patienten, die die psychiatrische Universitätsklinik aufsuchen, klagen zunächst ausschließlich über Körpersymptome (Kleinmann 1980). Diese Art der "Somatisierung" ist auch in westlichen Kulturen, insbesondere bei den unteren Sozialschichten festzustellen. Geburten oder schmerzhaftes Initiationsriten werden in manchen sozialen Gemeinschaften ohne Ausdruck von Schmerz überstanden (Schiefenhövel 1980);
- familiäre Lernerfahrungen: in manchen Familien (z.B. Arztfamilien) sind Klagen über körperliche Beeinträchtigungen

verpönt. Eltern, insbesondere die Mütter, fungieren einerseits als Modelle, die nachgeahmt werden, andererseits übernehmen Kinder die elterliche Bedeutungsgebung hinsichtlich Gefährlichkeit und erforderlicher Maßnahmen bei Schmerzen;

- konkreter sozialer Kontext: Schmerzen werden als Begründung für den Rückzug aus bestimmten Situationen, z.B. von sozialen Verpflichtungen, oder vom Arbeitsplatz leichter akzeptiert als psychische Probleme;

- Persönlichkeitseigenschaften: Introvertierte sind im Ausdruck ihrer Schmerzen zurückhaltender als Extravertierte (Weisenberg 1982);

- Altersabhängigkeit: die Unfähigkeit kleiner Kinder bei längerdauernden Krankheiten, die mit Schmerzen verbunden sind, ihre Schmerzen in signifikanter Form, also unterscheidbar vom Gesamtleiden auszudrücken, hat dazu geführt, daß von Schmerzforschern und Ärzten angenommen wird, Kinder wären gegenüber Schmerzen weniger empfindlich. Begründete Zweifel an dieser Auffassung äußert Owens (1984);

- Erwartung bzw. Erfahrung des Betroffenen, ob sein Schmerzausdruck die erwartete Reaktion bzw. Hilfeleistung hervorbringen wird. Nicht wenige Patienten nehmen eine gewohnheitsmäßige Leidensmiene bzw. -haltung an, weil sie sich davon die optimale Zuwendung ihres Arztes und ihrer Bezugspersonen versprechen;

- Entschädigungsverfahren: auch die verbreitete Auffassung, daß Personen, die einen Rentenantrag gestellt oder Versicherungs- bzw. Entschädigungsverfahren laufen haben, ihre Schmerzen in übertriebener Weise kommunizieren, ist offenbar nicht richtig, wie eine Untersuchung von Mendelson (1984) zeigen konnte. (Nebenbei bemerkt: Für Renten- und Versicherungsgutachten werden Schmerzen als begründendes Kriterium nicht herangezogen.)

Zborowski (1952) hat darauf hingewiesen, daß die kulturspezifische Akzeptanz und die Interpretation bestimmter Schmerzformen als ein Bestandteil des normalen Lebens darüber entscheidet, welche Schmerzen als persönliches Unglück oder als Krankheit angesehen werden und in medizinische Behandlung kommen. Auch die Art und Weise der Heil-Behandlung hängt ab von kulturell akzeptierten Bedeutungszuschreibungen: Schmerz, der als

(göttliche) Strafe für eine moralische Übertretung erlebt wird, kann möglicherweise durch Beten gesüht oder muß klaglos ertragen werden. Wenn der Patient davon ausgeht, daß seine Schmerzen durch den bösen Blick oder Hexerei hervorgebracht werden, ist die adäquate Antwort darauf möglicherweise ein Amulett oder ein Ritual.

In der Bundesrepublik Deutschland und anderen westlichen Industriegesellschaften können wir davon ausgehen, daß die Schmerzkranken und ihr soziales Umfeld chronische Schmerzen als ein Krankheitssymptom bewerten und sie damit der kurativen Medizin überantworten. Als unerfreuliches, störendes und z.T. sehr behinderndes Symptom soll es möglichst sofort und gänzlich zum Verschwinden gebracht werden. Diese Einstellung, die schon Buytendijk (1948) als "Algophobia" charakterisiert hat, veranlaßt viele Menschen mit chronischen Schmerzen dazu, fortwährend von einem Arzt zum anderen zu wandern, sich krank zu fühlen und ihr "normales Leben" auf die Zeit nach ihrer Rekonvaleszenz zu verschieben. Wir können vermuten, daß das psychosoziale Umfeld diese Haltung teilt und die Aufforderung, zum Arzt zu gehen, implizit oder explizit äußern wird.

Welche anderen Interpretationen das psychosoziale Umfeld und der Patient sonst noch in Betracht ziehen, ist völlig unklar. Wir wissen aber von Psychologen, die mit Schmerzpatienten arbeiten, daß es oft sehr schwierig ist, die Patienten von einem einseitigen Verständnis seiner Schmerzen als Krankheitssymptom wegzuführen und sie dazu zu bewegen, die Schmerzen in einen weiteren Lebenszusammenhang zu stellen. Ein erster, relativ einfacher Schritt ist es, die Patienten anzuleiten, die konkreten Lebensveränderungen, die sich wegen der Schmerzen ereignet haben oder tagtäglich ereignen, zu erkennen. Weit schwieriger ist es für den Patienten herauszufinden, welche Bedeutung die Schmerzen für sein persönliches Leben haben, auf welche Fehler seines Lebens sie hinweisen, was sie ihm sagen wollen. Diese Unfähigkeit erschwert dem Patienten wie auch seiner sozialen Umgebung den konstruktiven Umgang mit den Schmerzen. Bezugspersonen reagieren in ihrer Hilflosigkeit oft so, daß sie den Patienten weiter in seine Krankheitsrolle hineintreiben. Der sekundäre Krankheitsgewinn durch Entlastung von ungeliebten Aufgaben, Rückzug aus Konflikten, emotionale Zuwendung von Bezugspersonen sowie das wahllose Einnehmen von Analgetika erhalten

die Schmerzen aufrecht, verstärken sie nicht selten sogar.

Man kann davon ausgehen, daß in der Bevölkerung über chronische Schmerzen, über die Bedingungen ihres Entstehens und ihrer Aufrechterhaltung, und über Strategien des Umgangs mit chronischen Schmerzen profunde Unkenntnis besteht. Besonders die Unkenntnis, daß man als Betroffener überhaupt etwas tun kann (außer sich an den Arzt zu wenden), verhindert die Frage, was denn zu tun sei. Dies ist, wie mir scheint, auch der Grund, weshalb sich im Schmerzbereich noch kaum Selbsthilfeaktivitäten etablieren konnten. Einige wenige Selbsthilfegruppen, z.B. Zusammenschlüsse von Patienten mit chronischer Migräne oder Rheuma, sind Fortführungen von therapeutischen Gruppen, die ihre Schmerzbewältigungskompetenzen, die sie in der Gruppentherapie gelernt haben, weiter üben.

In den Volkshochschulen werden schmerzspezifische Themen kaum angeboten. Autogenes Training, andere Entspannungsverfahren und bewegungstherapeutische Verfahren, z.B. Feldenkrais oder konzentrierte Bewegungstherapie, werden von Schmerzpatienten nicht genutzt, weil sie nicht wissen, wie sie diese Techniken speziell für ihre Schmerzen einsetzen können. Als grundlegendes Problem muß also das Informationsdefizit angesehen werden. Zwei wichtige Broschüren aus dem amerikanischen Raum: "Free yourself from pain" von Bresler (1979) und "How can I learn to live with pain when it hurts so much?" von Sternbach (1977), die unmittelbar patientenorientiert sind und ganz konkret Aufklärung und Handlungshilfen anbieten, sind leider nicht ins Deutsche übersetzt. Eine wichtige Orientierungshilfe, auch bei Schmerzen, gibt "Der Alternative Gesundheitsführer" (Inglis & West 1984), der ins Deutsche übersetzt wurde. Außer einem kleinen Kreis von Schmerztherapeuten und Psychologen in der Schmerzbehandlung, die sich intensiv mit dem Problem chronischer Schmerz befaßt haben, dürfte z.Z. kaum jemand in der Lage sein, das Problem "chronischer Schmerz" zu überblicken. Hinzu kommt, daß das einzelne chronische Schmerzsyndrom seine jeweils eigenen psychosozialen Probleme mit sich bringt, so daß die kleine Gruppe von Professionellen, die sich mit Schmerzen befassen, sich wiederum aufsplittert in solche, die sich auf Rheumaschmerzen, auf Kopfschmerzen, Rückenschmerzen oder Tumorschmerzen spezialisiert haben. Diese Experten in Sachen Schmerz haben nun

belleibe nicht alle eine ökologische und ganzheitliche Orientierung, wenn sie ihre Patienten beraten und behandeln. Andererseits ist das ganze Gebiet noch so jung und im Aufbruch, d.h. auch so wenig festgefahren, daß die Hoffnung auf die Durchsetzbarkeit neuer und richtungsweisender Ideen nicht ganz desolat erscheint.

7. Gesundheitsförderung bei chronischen Schmerzen - Wege zur Veränderung

Um konkrete Veränderungen in den Einstellungen und Verhaltensweisen von Schmerzpatienten und ihrem sozialen Umfeld zu erreichen, und um ihnen effektive Bewältigungsstrategien zu ermöglichen, sind grundlegende Veränderungen in der Gesellschaft und im Gesundheitswesen unabdingbar.

Da es bisher nur wenig konkrete Ansätze in der Gesundheitsförderung für chronische Krankheiten gibt, sollten die folgenden Vorschläge im Hinblick auf Konzepte und Strategien unser Interesse finden.

Der Ansatz: Ein positiv formuliertes Lebensweisenkonzept - besonders im Bereich der Primärprävention - sollte gegenüber der bisher fast ausschließlichen Orientierung an Risikovermeidung im Vordergrund stehen. Dies hat auch ganz konkrete Auswirkungen auf die Rolle der professionellen Unterweiser: nicht nur das Verboten oder Vermeiden von gesundheits-schädlichen Handlungen und Einflüssen, wie z.B. Rauchen, Medikamentenmißbrauch, exzessiver Fernsehkonsum oder einseitige Ernährung, sondern vermehrtes Herstellen und Aufsuchen positiver Lebensformen müssen gelehrt und gezeigt werden.

Rehabilitation. Die Rehabilitation chronisch schmerzkranker Menschen darf nicht, wie bisher üblich, nur oder vorrangig unter dem Gesichtspunkt der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit betrachtet werden, obwohl die Rückkehr ins Arbeitsleben für die Patienten einen sehr wichtigen Schritt darstellt (Badura & Lehmann 1987). Rehabilitationsbemühungen müssen anerkennen, daß auch andere Aspekte, wie Beziehungsfähigkeit, Genußfähigkeit, subjektiv zufriedenstellende Zeitgestaltung, für die Lebensqualität wichtig und förderlich für die Gesundheit sind, und als solche von den Trägern des öffentlichen Gesundheitswesens unterstützt werden müssen.

Verändertes Rollenverständnis. Wenn Schmerzen chronisch, d.h. therapieresistent und lebensbegleitend geworden sind, ist sowohl bei den

Betroffenen und ihrem sozialen Umfeld als auch bei den Ärzten eine Änderung ihres Rollenverständnisses notwendig: der Betroffene selbst muß die einseitige Fixierung auf die Patientenrolle aufgeben und versuchen, die Krankheit in sein normales Leben zu integrieren, wobei ihn sein soziales Umfeld akzeptierend unterstützen muß; der Arzt sollte sich nicht länger ausschließlich als "Bekämpfer der Krankheit" verstehen, sondern muß zum "Begleiter und Berater" bei der Bewältigung schwieriger Lebensumstände werden.

Erziehung der Erzieher. Ein verändertes Rollenverständnis von Ärzten, Psychologen und professionellen Unterweisern erfordert eine zusätzliche Ausbildung in beratenden Funktionen. Nicht nur Ärzte und Psychologen, sondern auch Schwestern im medizinischen und Pflegebereich sowie die Sozialdienste, die mit praktischen Problemen von chronisch Schmerzkranken vertraut sind, sollten Aufgaben bei der Weiterbildung ihrer Kollegen übertragen bekommen.

Informations- und Beratungsstellen. Medizinische und psychologische Aufklärung und Beratung, sowie Information über konkrete Hilfen müssen wohnortnah und leicht zugänglich sein. Konsequenterweise muß das bedeuten, daß die Beratung auch in Nicht-Krisensituation, z.B. einfach aus Informationsinteresse, eingeholt werden kann. Es müßten darüber hinaus auch Kontakt- und Beratungsstellen geschaffen werden, an die sich Patienten und ihre Angehörigen mit ihren Fragen und Problemen wenden können. Dies kann in Form von Telefondiensten, wie z.B. beim "Krebsinformationsdienst für den deutschen Bürger im Krebsforschungszentrum" in Heidelberg, geschehen und/oder in sozialen Einrichtungen mit eigenen Räumen, die zusätzlich zu Information und Beratung auch die Möglichkeit zu sozialen Kontakten anbieten.

Selbsthilfe. Es wäre wichtig, Selbsthilfeformen für Schmerzkranken zu finden, die der Problematik "chronischer Schmerz" angemessen sind. Um eine sinnvolle Selbsthilfe auf diesem Sektor in Gang zu bringen, müßte zunächst einmal diskutiert werden, was Menschen, die Schmerzen haben, für sich selbst und füreinander tun können.

Gruppenzusammenschlüsse von Patienten ohne fachliche Anleitung geraten leicht in die Gefahr, eine Informationsbörse für Schmerztherapieverfahren und Erfahrungen mit Ärzten zu sein und sich ansonsten auf den Austausch von Klagen zu beschränken. Es wäre denkbar, daß man zunächst

Lerngruppen einrichtet, die unter fachkundiger Anleitung z.B. Entspannungsmethoden, Schmerzbewältigungstechniken, Bewegungsübungen, gegenseitige Massagen, Zubereitung gesunder Ernährung und andere Selbsthilfetechniken einüben, um dann mehr und mehr von fremder Hilfe unabhängig zu werden und als Selbsthilfegruppe weiterzubestehen (vgl. den Beitrag von Breitkopf & Grunow-Lutter in diesem Buch).

Allgemeine Gesundheitsbildung. Volkshochschulen und vereinzelt auch Krankenversicherungsträger (z.B. die AOK in Pforzheim) haben in der Bundesrepublik Deutschland in letzter Zeit ihre Angebote zur Gesundheitsförderung ausgebaut, z.B. die Aufklärung und Unterweisung in gesunder Ernährung, Entspannungskurse, Bewegungstraining für bestimmte Zielgruppen, insbesondere für Migräne- und Rheumapatienten, Angebote zur Freizeitgestaltung und Förderung sozialer Aktivitäten unterschiedlicher Art und vereinzelt auch schon Schmerzbewältigungsprogramme. Solche Angebote sind gut geeignet, soziale Isolation aufzufangen, in die Menschen mit chronischen Beschwerden leicht hineingeraten. Die Volkshochschulen sind bekanntermaßen sehr offen für Anregungen, neue Angebote in ihr Programm aufzunehmen. Die "professionellen Unterweiser" sollten sich daher aufgefordert fühlen, Aufklärung über chronische Schmerzen und Schmerzbewältigungskompetenzen über solche öffentlichen Bildungseinrichtungen weiterzuvermitteln.

Partizipation. Volkshochschulkurse, Gruppenangebote und institutionalisierte Hilfen jeder Art für chronisch Schmerzranke dürfen nicht an den Bedürfnissen der Betroffenen vorbei geplant werden und müssen so angelegt sein, daß sie entsprechend den individuellen Bedürfnissen der einzelnen Teilnehmer ausgestaltet werden können, damit diese nicht eine passive Konsumentenhaltung einnehmen. Dies impliziert aber, daß die Teilnehmer an der Planung und Ausgestaltung solcher Vorhaben möglichst frühzeitig und umfänglich beteiligt werden müssen.

Patientenaktivierung. Die im letzten Punkt angesprochenen Partizipationsangebote und die meisten Aspekte der vorausgegangenen Punkte sind dazu geeignet, Patienten dazu zu motivieren, selbst aktiv zu werden und Verantwortung für die Verbesserung ihres Zustands zu übernehmen. Es ist eine der wichtigsten und gleichzeitig schwierigsten Aufgaben für die Psychologen in der Schmerztherapie, die Motivation der Patienten zur Eigenaktivität und Übernahme von Verantwortung für sich selbst zu

wecken und zu stärken, zumal viele dieser Patienten in Resignation und Hoffnungslosigkeit versunken sind und aufgrund ihrer Verlassenheitsgefühle sehr leicht neue Abhängigkeitsbeziehungen zum Therapeuten eingehen.

Verfügbarkeit gesundheitsfördernder Maßnahmen. Eine gesunde und ausgewogene Ernährung mit naturbelassenen Lebensmitteln ist für manche Patienten einfach zu teuer. Auch der Umstand, daß die Krankenkassen gesundheitserhaltende Maßnahmen nicht mehr übernehmen, führt dazu, daß für eine große Gruppe von Menschen mit chronischen Schmerzen die so wichtigen supportiven Maßnahmen wie Bäder, Massagen, aber auch eingehende Beratungsgespräche finanziell nicht tragbar sind und daher unterbleiben.

Öffentlichkeitsarbeit. Die Medien haben sich im Laufe der letzten beiden Jahre des Themas "chronischer Schmerz" vermehrt angenommen. Allerdings kommen dabei vor allem medizinische und Therapieversorgungsfragen, etwa bezüglich der Existenz und Ausstattung schmerztherapeutischer Einrichtungen, zur Sprache, während Aspekte der Gesundheitsförderung auch hier noch nicht thematisiert werden. Hier sollten sich Schmerztherapeuten und Psychologen aufgefordert fühlen, laienverständliche und konkrete Beiträge in Presse, Rundfunk und Fernsehen einzubringen.

Um die vorgeschlagenen Wege sachkundig angehen zu können, benötigen wir als Voraussetzung eine ganzheitliche und ökologische Neukonzeptualisierung des Phänomens chronischer Schmerz. Schmerzforschung muß interdisziplinär und kooperativ durchgeführt werden, in Zusammenarbeit von Grundlagenforschung, klinischer, psychologischer und sozialwissenschaftlicher Forschung. Bezüglich der Forschungsinhalte sollten wir an die soziale Verpflichtung der Wissenschaftler appellieren, Forschungsthemen zu wählen, die im Interesse der Patienten einer dringlichen Klärung bedürfen, und ihre Forschungsergebnisse in einer Weise zu präsentieren, daß sie leicht in die Praxis implantiert werden können.

SCHMERZ: EIN KALEIDOSKOP VON IDEEN, KONZEPTEN UND ANSÄTZEN

In ihrem Hintergrundpapier hatte Hanne Seemann darauf hingewiesen, daß zur Erklärung chronischer Schmerzen zahlreiche Theorien aufgestellt worden sind. Manche Forscher sehen in dieser Erscheinung ein Zerfallssymptom, eine Störung der Integrität des Systems oder das Zeichen einer existentiellen Notlage, während andere darin eine Beziehungsproblematik, eine negative Verarbeitung von Erfahrungen oder eines sozialen Lernprozesses zu erkennen glauben. Noch andere, wie zum Beispiel Bresler (vgl. seinen Beitrag in diesem Buch), betrachten chronische Schmerzen als Zeichen der Unfähigkeit des Einzelnen, sich Veränderungen zu stellen und innerlich zu reifen. Die folgenden Seiten ergänzen Seemanns Papier durch Anmerkungen und zusammenfassende Darstellungen, die als Material zur weiteren Reflexion und Diskussion gedacht sind:

- a) eine Synopse jüngerer Forschungsergebnisse über:
 - die Physiologie und Biochemie von Schmerzen;
 - Beiträge der Psychoneuroimmunologie
- b) einige Aspekte einer Soziologie des Schmerzes
- c) Analysen unterschiedlicher Konzepte und Ansätze, die Schmerz betrachten als:
 - Krankheitssymptom (somatotherapeutische Schule);
 - Verhaltensweise (Loeser/Fordyce);
 - psychosomatische Reaktion und sozialer Lernprozess (Kallinke);
 - Kommunikationsphänomen (Seemann);
 - Symptom eines aus den Fugen geratenen Lebens (Metz);
 - Störung der Integrität des Systems (De Vries);
 - Signal der zerbrochenen Einheit (Psychosynthesetheorie);
 - Riß in der Ganzheit des Einzelnen (Vrancken);
- e) einen holistischen Ansatz in der Schmerztherapie (Müller-Busch);
- f) einige unbeantwortete Fragen (Lafaille).

JÜNGSTE ERGEBNISSE ZUR PHYSIOLOGIE UND BIOCHEMIE DES SCHMERZES

Manfred Zimmermann

Die Grundlagenforschung, vor allem zur Physiologie, Pharmakologie und Biochemie des Schmerzes, hat die wissenschaftlichen Konzepte über den Schmerz verändert. Das Schmerzsystem oder nozizeptive System kann als Schadensfrühwarnsystem des Körpers betrachtet werden, das eine große lebenserhaltende Bedeutung hat und sich wohl deshalb als besonders störungs-sicherer Teil des Nervensystems während der Evolution entwickelt hat. Diese Sichtweise gilt grundsätzlich für den akuten und den chronischen Schmerz. In vielen Fällen ist diese vordergründige Interpretation des Schmerzes als protektives System allerdings nicht zutreffend. So gibt es sowohl bedrohliche Krankheiten ohne Schmerz als auch Schmerzzustände ohne erkennbare körperliche Erkrankung. Deshalb ist eine kausal orientierte Schmerztherapie oft nicht erfolgreich. Die pathogenetischen Mechanismen kann man, im Hinblick auf die Beteiligung des Nervensystems, in vier Gruppen einteilen. Diese Einteilung ist vor allem auch nützlich für die Auswahl der therapeutischen Ansätze.

- Spezialisierte nervöse Schmerzrezeptoren (Nozizeptoren) werden durch beginnende Schädigung aller Organe erregt (z.B. Gelenkschmerz), wobei meistens chemische Mediatoren (z.B. Entzündungssubstanzen) eine Rolle spielen, vor allem bei chronischen Schmerzen. Neuropeptide (z.B. Substanz P), die aus den Nozizeptoren freigesetzt werden, bewirken neurogene Entzündungen. Sie stellen wahrscheinlich eine Verbindung zwischen Nervensystem und Immunsystem dar.
- Defekte des Nervensystems können zu neuropathischen Schmerzen führen. Bei Schädigungen peripherer somatischer Nerven kommt es zu Nervenschmerzen (z.B. Schmerz bei Nervenkompression, Nervendurchtrennung oder diabetischer Polyneuropathie). Traumatische oder neurochemische Pathologie im Zentralnervensystem führt zu Deafferenzierungsschmerz (z.B. post-herpetische Neuralgie, Schmerz bei Querschnittslähmung).

- Funktionsstörungen des sympathischen, skelettmotorischen oder endokrinen Steuerungssystems können, durch eine Art "positiver Rückkopplung", chronische Schmerzzustände unterhalten, für die die Bezeichnung "reaktiver Schmerz" oder "Fehlregulationsschmerz" geeignet erscheint. Besonders bei diesen Schmerzursachen ist auch die Mitwirkung psychologischer Einflüsse deutlich, die schmerzverstärkend sein können (z.B. Muskelspannungsschmerz bei Streß), über die jedoch auch schmerztherapeutische Zugänge möglich sind.

Bei vielen chronischen Schmerzen besteht, entsprechend der oben genannten Klassifikation, keine Erregung von Nozizeptoren, oder diese sind zumindest nicht primäre Ursache für die Schmerzen. Deshalb ist in diesen Fällen eine Schmerztherapie, die an den Nozizeptoren ansetzt (z.B. peripher wirkende Analgetika), wenig sinnvoll. Im Zentralnervensystem gibt es kein umschriebenes Schmerzzentrum oder -system. Die neurophysiologische Forschung läßt vielmehr erkennen, daß Schmerz auf einem komplexen Zusammenspiel vieler neuraler Teilsysteme beruht, es kommt zur Interaktion von sensorischen, motorischen, sympathischen, neuroendokrinen und limbischen Funktionen. Entsprechend dieser komplexen Beteiligung des Zentralnervensystems hat der Schmerz viele Dimensionen im Wahrnehmungs-, Erlebnis- und Verhaltensbereich. Die zentralnervöse Schmerzinformation unterliegt vielseitigen Modulationen, z.B. durch inhibitorische Systeme. Dabei sind endogene Opiode und andere inhibitorische Transmittersysteme (z.B. Serotonin) beteiligt. Die großen individuellen Unterschiede in der Wahrnehmung von Schmerzen können zum Teil durch unterschiedliche Aktivitäten der Transmittersysteme erklärt werden. Die von der Grundlagenforschung kommenden Erkenntnisse der zentralnervösen inhibitorischen Schmerzmodulation haben zu neuen therapeutischen Konzepten geführt, sowohl in der Medizin als auch in der Psychologie, die auch die eigenen Fähigkeiten des Patienten zur Schmerzbewältigung einbeziehen.

DIE PSYCHONEUROIMMUNOLOGIE SCHAFFT EINE NEUE PERSPEKTIVE

Rieke Alten

Die Psychoneuroimmunologie ist eine relativ junge Wissenschaft. Bis zur Publikation des Bandes "Psychoneuroimmunology", herausgegeben von Robert Ader (1981), blieben ihre Erkenntnisse, die vorwiegend nebeneinander von Immunologen, Endokrinologen und Neurologen gewonnen waren, einem kleinen Kreis von Wissenschaftlern vorbehalten. Im Vorwort dieses Bandes führt der bekannte Immunologe Robert A. Good aus: "Wenn ich mit der Frage konfrontiert werde, ob eine positive Lebenseinstellung, Trauer, Depression oder Angst zum Beispiel die Fähigkeit des Organismus, sich mit Infektionen, Autoimmunerkrankungen oder sogar Krebs auseinanderzusetzen, beeinflussen könne, dann weiß ich sicher, daß solche Einflüsse existieren, aber ich fühle mich unfähig zu beschreiben, auf welche Art und Weise sie funktionieren, noch kann ich beschreiben, wie diese Einflüsse gebändigt, vorausgesagt oder kontrolliert werden könnten." Unser Wissen um chronische Krankheiten ist durch Erkenntnisse der Systemtheorie wesentlich verändert worden. Dem im Sinne der Systemtheorie intervenierenden Arzt ist bewußt, daß es sich bei der Krankheit um einen Entwicklungsprozeß handelt und daß er in der aktuellen Krankheit einer "Krisis" begegnet, die längst vor diesem Ereignis begonnen hat - und auch danach weitergehen wird. Gleichzeitig wird darin berücksichtigt, daß auch der Arzt sich auf einem bestimmten Punkt seines Entwicklungsprozesses befindet. So kommt es in der Arzt-Patienten-Interaktion zur Begegnung zweier Individuen mit jeweils biographisch geformter Wirklichkeit. Nur wenn es gelingt, eine gemeinsame Wirklichkeit herzustellen, ist die Voraussetzung für eine Subjekt-Subjekt-Beziehung gegeben. Wesentlich ist die Erkenntnis - die heute für jeden Sozialwissenschaftler selbstverständlich ist, sich bisher in der ärztlichen Praxis hingegen nur wenig ausgewirkt hat -, daß der Standpunkt des Beobachters und seine Theorie das Resultat der jeweiligen Beobachtungen bestimmt. Die neueren Forschungsergebnisse der Psychoneuroimmunologie haben gezeigt, daß das Gehirn und das Immunsystem engstens miteinander kooperieren. So konnten Nervenfasern im Thymus, in den Lymphknoten, der Milz sowie im Knochenmark nachgewiesen werden. Weiterhin wurde gezeigt, daß Zellen des Immunsystems

chemische Signale des Zentralnervensystems, vermittelt über Neuropeptide und Neurotransmitter, beantworten. In grundlegenden Studien wurde sowohl der immun-suppressiven als auch der immunstimulierenden Effekt von Stressoren nachgewiesen. Wobei jedoch darauf hingewiesen werden muß, daß diejenigen psychologischen Faktoren, die die Immunkompetenz modulieren, im einzelnen noch nicht determiniert werden konnten. Aufgrund der wegweisenden Arbeiten von Pert (1987) konnte der Ort des Gehirns, wo Affekte immunmodulierend wirken können, durch den Nachweis einer vierzig Mal höheren Neuropeptid-Rezeptorkonzentration - nämlich bestimmte Areale des limbischen Systems - enger eingegrenzt werden. Solche Untersuchungsergebnisse lassen die Annahme berechtigt erscheinen, daß diese Substanzen auf biochemischem Wege Emotionen vermitteln. Ein weiteres wichtiges Resultat ist die Erforschung der Substanz P, eines Neuropeptids, dessen Freisetzung mit der Schmerzempfindung verbunden ist. Gegenstand weiterer Untersuchungen sind Persönlichkeitsstudien sowie Coping-Mechanismen in Relation zum Krankheitsverlauf bei chronischen Krankheiten. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt kann die Frage, ob psychotherapeutische Intervention die Immunfunktion direkt beeinflussen kann und damit die Manifestation oder den Verlauf chronischer Erkrankungen ändern kann, noch nicht eindeutig beantwortet werden. Verschiedene Methoden wie Autogenes Training, Biofeedback, Meditation, Hypnose sowie Visualisierungstechniken sind diesbezüglich noch nicht abschließend zu beurteilen.

Aaron Antonovsky (1987), der fordert, neben die Pathologie die "Salutologie" gleichberechtigt in die Medizin einzuführen, entwickelte aufgrund seiner Forschungen das Kohärenz-Konzept, das besagt, daß ein Individuum in der Lage ist, sein Leben als verständlich, bewältigbar und wertvoll zu erleben. Mit seinen Worten: "Salutologisch zu denken, öffnet nicht nur den Weg zur Formulierung und Weiterentwicklung einer Theorie der Bewältigung, sondern zwingt uns nachgerade, ihr unsere Energien zu widmen. Als ich diese Orientierung angenommen hatte, wurde ich direkt zur Formulierung des Konzepts 'Kohärenzsinn' als zentrale Antwort auf die salutologische Frage geführt." Wir wissen heute, daß die Physiologie jedes Individuums geprägt ist von Erfahrungen, die zu einem einzigartigen Muster der potentiellen Immunreaktion geführt haben und wissen weiterhin, daß mit Affekten verbundene Lebensereignisse

in sensiblen Lebensphasen von speziellen immunologischen Reaktionen begleitet sind, sodaß - falls im späteren Leben phantasierte, drohende oder reale Wiederholungen analoger Lebensereignisse auftreten - diese mit speziellen Immunreaktionen einhergehen können, die über einen Zusammenbruch der autoimmun Balance zu einer fehlerhaften Reaktion des Immunsystems und damit zur Manifestation z.B. von Autoimmunerkrankungen führen. Auch unter Berücksichtigung der Tatsache, daß jeder Zustand von Gesundheit und Krankheit das Resultat einer komplexen Interaktion von genetischen, altersabhängigen, geschlechtsspezifischen Merkmalen, aber auch bakteriellen, viralen und vielen anderen Faktoren mehr ist, sollte im Sinne einer biopsychosozialen Herangehensweise (Engel 1977) vorrangig Wert darauf gelegt werden, welche Bedeutung die Erkrankung für den Patienten in seiner inneren und äußeren Lebenswelt hat. So wird die erneute Einführung der biographischen Methode, die schon von den Vertretern der anthropologischen Medizin gefordert wurde, in Anbetracht der vorliegenden Daten der Psychoneuroimmunologie hochaktuell. Nur der kontinuierliche Dialog zwischen Klinikern und vorwiegend im Labor tätigen immunologischen Forschern schafft die Voraussetzungen zur Verwirklichung einer Medizin, die dem biomechanischen das biopsychosoziale Modell gegenüberstellt (Uexküll & Wesiack 1988).

BEITRÄGE ZU EINER SOZIOLOGIE DES SCHMERZES *David Field*

Die soziologischen Betrachtungsansätze zum Schmerzproblem sind nicht klar herausgearbeitet. Es lassen sich drei Schwerpunkte unterscheiden. In den frühen Arbeiten von Forschern wie Zborowski (1952) und Zola (1966) wurde die soziale und kulturelle Variabilität des Schmerzerlebens und der Schmerzdeutung bei verschiedenen ethnischen Gruppierungen ermittelt. Die Schmerzbehandlung in Institutionen durch Angehörige der Heilberufe wurde von Strauss und seinen Mitarbeitern untersucht (Fagerhaugh & Strauss 1977; Strauss 1970). In jüngerer Zeit wählten Kotarba (1983) und Locker (1983) einen problemspezifischen Ansatz, bei dem das Erleben, die Bedeutung und die Behandlung chronischer Rückenschmerzen bzw. von Schmerzen bei primär-chronischer Polyarthritiden untersucht wurden. Außer im Falle von Locker wurden diese Untersuchungen sämtlich in den Vereinigten

Staaten durchgeführt. All diesen Ansätzen ist die Betonung der gesellschaftlichen Formung des Schmerzerlebens des Einzelnen gemeinsam. Die Kernaussage der noch in den Kinderschuhen steckenden Schmerzsoziologie liegt in der Betonung der sozialen Prägung der Interpretation, der Bedeutung und des Erlebens bei den Leidenden, den Angehörigen der Heilberufe und anderen hierfür wichtigen Menschen. Dementsprechend sollte eine Soziologie des Schmerzes zum Verständnis chronischer Schmerzen beitragen, indem gesellschaftliche Parameter des Schmerzerlebens aufgehehlt werden. Die primär-chronische Polyarthrititis bietet einen guten Ansatzpunkt für die Ausarbeitung einer Soziologie des Schmerzes. Zwar ähneln die Probleme von an primär-chronischer Polyarthrititis leidenden Menschen in vieler Hinsicht dem Schmerzerleben von Patienten mit anderen Krankheitsbildern, doch weist ihr Erleben der chronischen Erkrankung zwei Aspekte auf, die es von dem der meisten übrigen Behinderten unterscheidet. Ihr Zustand ist durch ein hohes Maß an Ungewißheit und durch oft schwere chronische Schmerzen gekennzeichnet. Das Hauptsymptom sind Schmerzen in einem oder mehreren Gelenken des Körpers und obwohl hierbei sowohl kurz- wie langfristig Schwankungen auftreten können, sind die Schmerzen doch fast stets vorhanden und werden zu einem Mittelpunkt im Leben des Leidenden. Das gesellschaftliche Leben eines Menschen mit primär-chronischer Polyarthrititis dreht sich um den Wunsch nach Minimierung und Bewältigung der Schmerzen. Die Ungewißheit über den Krankheitsverlauf und die Stärke der zu erlebenden Schmerzen machen es jedoch sehr schwer, eine befriedigende und stabile Lösung zur Bewältigung der Krankheit zu finden. Sicher ist nur, daß es Schmerzen geben wird, wieviel Schmerzen jedoch und in welchen Gelenken und mit welchen Folgen für die Mobilität und die Aktivität, ist niemals sicher. Schmerzen sind nicht nur ein unangenehmes Erlebnis, sondern auch eine direkte Ursache der Aktivitätseinschränkung. Eine Aktivität kann eingeschränkt werden, um die Schmerzen zu vermindern und zwischen der Erfüllung der Erwartungen und Anforderungen des gesellschaftlichen Lebens und der Begrenzung der Schmerzen und der Erschöpfung auf das noch Erträgliche besteht eine ständige Spannung. Der Patient muß fortwährend mit im Konflikt stehenden Forderungen und Taktiken jonglieren: er muß einen Balanceakt vollführen, bei dem er einerseits die Einschränkungen aufgrund der Krankheit annimmt und mit ihnen lebt, sie ander-

erseits aber auch bekämpft und ein "normales Leben" führt. Diese miteinander im Konflikt stehenden Anforderungen sind von Weiner (1975) gut abgehandelt worden. Schmerzen sind jedoch auch eine Quelle psychologischer Schwierigkeiten. Bekanntermaßen besteht eine Wechselwirkung zwischen Schmerz und Angstgefühl und Depression, die beide die Folge des Erlebnismusters des Polyarthritikers sein können. Ungewißheit kann zum Angstgefühl führen, das seinerseits die Schmerzempfindlichkeit steigern kann. Eine Aktivitätseinschränkung kann dazu führen, daß sich der Patient aus der gesellschaftlichen Interaktion zurückzieht oder diese einschränkt, was wiederum Depressionen hervorrufen kann (Strauss & Glaser 1975). Der deprimierte Patient ist wahrscheinlich auch empfänglicher für Schmerzen. Diese spezifischen Merkmale des Schmerzes und seiner Behandlung stehen im Wechselspiel mit anderen verbreiteten Problemen, von denen sie ihrerseits beeinflußt werden und denen sich die Langzeitpatienten und Körperbehinderten gegenübersehen. Ein verbreitetes Problem sind die Auswirkungen der Behinderung auf andere, und wie bei anderen zu einer zur Behinderung führenden Krankheitsbildern kann die berufliche Laufbahn der Patienten mit primär-chronischer Polyarthrititis starken Einschränkungen unterliegen. Eines der Probleme, denen sich der Patient gegenüber sieht, besteht darin, daß diese Schmerzen im wesentlichen privat sind und anderen nicht auffallen. Es kann also schwierig sein, anderen die Bedeutung und den Schweregrad der Schmerzen deutlich zu machen oder sie davon zu überzeugen, daß sie an Behandlungsstrategien mitwirken und diese tragen sollten, durch die sich die Schmerzen vermindern oder minimieren lassen. Wie schon dargestellt wurde, können Schmerzen auch bei Versuchen, in der Therapie der primär-chronischen Polyarthrititis eine "Normalisierungsstrategie" durchzuführen, Probleme hervorrufen. Statt dessen können die Schmerzpatienten gezwungen sein, ihre Aktivitäten stark einzuschränken, indem sie zum Beispiel ihre Rolle im Beruf und in der Familie aufgeben und ein solcher Rückzug aus dem gesellschaftlichen Leben kann sowohl ihr Selbstbild als auch ihr psychologisches Wohlbefinden beeinträchtigen. Sowohl die zeitliche als auch die moralische Ordnung können durch die Schwierigkeiten des Patienten bei alltäglichen Verrichtungen stark gestört werden, was in der Gesellschaft und im Familienleben zu Problemen führt. Hierbei können auch Fragen nach der Identität und der Selbst-

achtung des Patienten auftauchen. Schließlich kann eine im Hinblick auf die Schmerzlinderung oder -beherrschung erfolglose medizinische Behandlung zur Suche nach einer Alternativtherapie führen. Das Kernproblem ist die Frage der Ungewißheit und der Schmerzbeherrschung. Eine Reihe von Erkenntnissen deutet darauf hin, daß Unvorhersagbarkeit das Schmerzerleben verstärkt. Die Ausarbeitung von Verhaltensroutinen und die Suche nach alternativen Behandlungsformen können beide die wichtige psychologische Aufgabe erfüllen, dem Patienten das Gefühl der scheinbaren Kontrolle über sein Leben und der Vorhersagbarkeit zu vermitteln. Verhaltensroutinen und die genannten Behandlungsformen können die physiologischen Grundlagen des Schmerzes nicht direkt abbauen, bieten aber, indem sie ein Element der Vorhersagbarkeit in die Organisation des gesellschaftlichen Lebens des Patienten einführen, die Auswirkungen des Schmerzes zu vermindern und möglicherweise auch den Schweregrad der empfundenen Schmerzen zu senken. Hier besteht anscheinend ein fein austariertes Gleichgewicht, und andere psychologische Faktoren sind ganz offensichtlich ebenfalls von Bedeutung.

SCHMERZ ALS KRANKHEITSSYMPTOM

Zusammenfassung von Mariët A.E. Vrancken

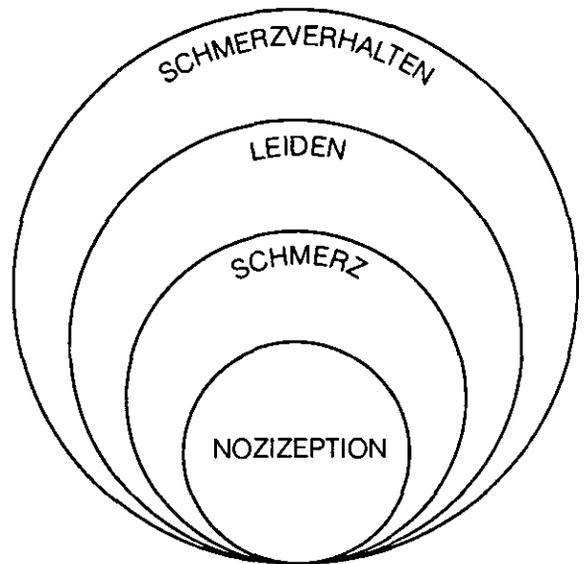
Die somatotherapeutische Schule macht zumindest grundsätzlich keinen Unterschied zwischen Schmerz und chronischen Schmerzen. Jeder Schmerz (Beschwerde) wird seinem Wesen nach als organisch angesehen, d.h. als Krankheit oder Krankheitssymptom. Der Arzt versucht, eine Diagnose zu stellen und das zugrunde liegende pathologische Substrat zu beheben. Chronische Schmerzen werden anerkannt, soweit ein bekanntes Syndrom beteiligt ist, z.B. Trigeminusneuralgie, postherpetische Neuralgie, reflektorische Sympathikusdystrophie (Sudeck-Dystrophie), Rückenschmerzen wegen Gelenkverschleiß usw. Ansonsten wird davon ausgegangen, daß die Patienten keine "echten Schmerzen" haben oder Psychiatriepatienten sind.

SCHMERZ ALS VERHALTENSWEISE

Zusammenfassung von Mariët A.E. Vrancken

Die behaviouristische therapeutische Schule betrachtet chronische Schmerzen als Verhaltensweise und multidimensionale

Krankheitserscheinung. Das dabei verwendete Modell ist das "Loesersche Ei" (Loeser 1980), nach dem Schmerzen in vier Komponenten unterteilt werden: Nozizeption, Schmerzempfindung, Leiden und Schmerzverhalten. Der Ausgangspunkt ist der Umstand, daß der an Schmerzen Leidende



gezwungen ist, auf seine Schmerzen zu reagieren. Bei an chronischen Schmerzen leidenden Menschen wird angenommen, daß sie falsch reagiert haben. Chronische Schmerzen werden damit zu einer typischen Form der somatischen Fixierung, die als "Schmerzfixierung" bezeichnet wird. Darüber hinaus erlangen Schmerzpatienten aufgrund ihrer Beschwerden auch einige Vorteile. So können Schmerzen durch verschiedene Umstände, die zu ihrer Linderung beitragen, sehr schnell aufrecht erhalten werden, z.B. die Aufmerksamkeit anderer, Ruhebedürfnis oder die Möglichkeit, unangenehmen Situationen, wie dem Gang zur Arbeit oder der Auseinandersetzung mit Schwierigkeiten, aus dem Weg zu gehen. Diese Umstände sind nicht nur in der bestehenden Situation gegeben, sondern auch infolge früherer Erfahrungen "wirksam" geworden. Psychologen gehen davon aus, daß ein Verhalten, bei dem Schmerz und Belohnung miteinander verbunden sind, im Gedächtnis haften bleibt und in neuen Situationen reaktiviert wird. Nach der Beurteilung des Schmerzverhaltens und des Faktorenkomplexes, der dieses Verhalten beeinflussen kann, wird eine Therapie vorgeschlagen. Ihre Ziele werden bisweilen in einer Art Vertrag festgelegt, sodaß sich der Patient verpflichtet fühlt, das zu tun, was als das Beste für ihn angesehen wird (Fordyce 1978). Diese Therapie hat folgende Ziele:

- Abbau des Schmerzverhaltens, das seinerseits Schutzbestrebungen anderer hervorruft;
- Steigerung des Aktivitätsniveaus und Verbesserung des körperlichen Zustands;
- Verminderung des Medikamentenverbrauchs;
- Herbeiführung tatsächlichen Wohlbefindens;
- Verminderung der schmerzbedingten Inanspruchnahme des Gesundheitswesens.

Kurz gesagt wird bei der Therapie versucht, den Patienten durch Ausrichtung seiner Aufmerksamkeit auf andere Lebensbereiche zu rehabilitieren. Der Patient lernt, "mit und trotz Schmerzen zu leben". Die Erfahrung zeigt, daß die Patienten nach der Teilnahme an dem Programm immer noch leiden, durch ihre Schmerzen aber weniger beeinträchtigt werden. Der Patient hat also gelernt, seine Schmerzen zu bewältigen. Dieser Ansatz wird zumeist in leichten Fällen chronischer Schmerzen gewählt.

SCHMERZEN: OFT EINE PSYCHOSOMATISCHE REAKTION, MEIST ERGEBNIS EINES LERNPROZESSES

Dieter Kallinke

Die Psychosomatik hat wesentlich zu der Erkenntnis beigetragen, daß Schmerzen mehr sind als die Wahrnehmung einer schädlichen physikalisch-chemischen Reizung der Nozizeptoren (Schmerzrezeptoren). Schmerz ist häufig der Ausdruck einer psychisch-physiologischen Aktivierung oder einer depressiven Reaktion, die u.a. zu Verhaltensänderungen führen. Er wird durch die Schmerzwahrnehmung des Betroffenen ausgelöst und durch die Reaktion seines sozialen Umfelds beeinflusst.

Ein Drittel aller Patienten, die zur Behandlung chronischer Schmerzen eine Spezialeinrichtung aufsuchen, weisen erhebliche psychische Störungen auf, die mit Schmerzen einhergehen. Häufig sind die Schmerzen Teil eines sog. lavierten, d.h. schwer erkennbaren depressiven Syndroms oder sie stellen eine psychosomatische Reaktion dar, d.h. sie sind Ausdruck eines autonomen Aktivierungszustandes, der sich aus der Unfähigkeit des Patienten ergibt, zwischenmenschliche Beziehungskonflikte zu meistern und/oder mit Situationen fertig zu werden, die dem Einzelnen mehr abverlangen als er bewältigen kann.

Chronische Schmerzen sind also oft Ausdruck a) einer psycho-physischen Anspannung bzw. Erschöpfung (Erschöpfungsdepression) nach andauernder Überforderung in stark wettbewerbsorientierten Situationen oder b) einer Fehlbelastung des Bewegungsapparates.

Die Chronifizierung von Schmerzsyndromen ergibt sich andererseits oft aus der Anteilnahme des sozialen Umfeldes. Die Beachtung des sog. Schmerzverhaltens (z.B. Klagen, Grimassen, Hinken) durch Angehörige, Freunde oder Kollegen begünstigt sein erneutes Auftreten. Das Schmerzverhalten kann dann weit über die Zeitdauer der ursprünglichen Schmerzempfindung hinausreichen, vor allem bei Menschen, die nicht auf normalem Wege auf sich aufmerksam machen können. Somit können chronische Schmerzen das Ergebnis eines sozialen Lernprozesses sein.

Bei der Therapie sollten grundsätzliche wie pragmatische Gesichtspunkte berücksichtigt werden.

Auf der grundsätzlichen Ebene müssen wir historisch verwurzelte Hindernisse überwinden. Wir müssen es schaffen, die westliche "Algophobie", also die Angst vor Schmerzen und ihre Vermeidung um jeden Preis, zu beseitigen. Wir müssen also eine neue Einstellung zum Schmerz fördern, die erkennt, daß a) der Patient etwas gegen seine Schmerzen tun kann und b) Schmerzen auf mehr als eine rein organische Läsion hinweisen. Der Schmerz spielt - wie die Lust - eine grundlegende Rolle bei der Organisation des Verhaltens. Er hat einen Sinn.

Auf pragmatischer Ebene brauchen wir einen verhaltenstherapeutisch orientierten Ansatz, der auf Selbsthilfe abzielt und bei dem Patienten folgendes lernen können:

- die Beherrschung von innerer Unruhe (Furcht, Spannungsgefühl) und die Beeinflussung von Schmerzen durch Entspannungstechniken unter Einschluß des Biofeedback;
- die Förderung einer positiven Einstellung durch aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, wodurch Rückzugsverhalten und die daraus resultierende, Schmerzgefühle begünstigende Depression vermindert werden können;
- die Verminderung oder Relativierung der Schmerzen durch körperliche Betätigung und Verdrängung der Schmerzen aus dem Mittelpunkt des Lebens;
- die Unterstützung der Schmerztherapie durch eine geeignete Ernährung, da die

Schmerzschwelle eng mit den Eßgewohnheiten zusammenhängt.

Hat der Patient erst einmal verstanden, daß Schmerzen in vielen Fällen durch psychische Faktoren beeinflusst werden, wird er sich der Möglichkeit bewußt, Schmerzen ohne medizinische Mittel zu vermindern, indem er lernt, den Schmerzzustand zu analysieren und seine Bedeutung zu interpretieren. Wenn der Patient erkennt, daß der Schmerz die Funktion als Warner und innerer Ratgeber haben kann, muß er ihn nicht länger als Feind betrachten.

Chronisch kranke Patienten brauchen mehr als eine Linderung ihrer Symptome. Sie benötigen einander ergänzende Behandlungsansätze, die ihnen helfen, ihr Leiden zu verstehen und ihnen den Mut geben, Änderungen in vielen ihrer Lebensbereiche vorzunehmen.

SCHMERZ: EIN KOMMUNIKATIONSPHÄNOMEN

Hanne Seemann

Chronische Schmerzen stellen ein Kommunikationsphänomen dar, das sich auf drei unterschiedliche Kommunikationssysteme bezieht. Erstens, das individuell-innerpsychische System, in dem Schmerz als Körpersignal verstanden wird, das vom Bewußtsein auf unterschiedlichen Ebenen wahrgenommen und interpretiert wird: der sensorisch-diskriminativen, kognitiv-bewertenden und affektiv-motivationalen Ebene. Falsche Bewertungen von Schmerzsignalen sind möglicherweise auf mangelnde Kenntnisse, ethnische oder religiöse Faktoren, Erziehungseinflüsse, Lernerfahrungen usw. zurückzuführen. Da Kognition und Emotion sich gegenseitig bedingen, sind Angst, Depressivität, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Aggressivität usw. häufig mit chronischen Schmerzen assoziiert; sie können als Folge ungünstiger kognitiver Verarbeitung von Erfahrung interpretiert werden. Das zweite Kommunikationssystem betrifft die Arzt-Patienten-Kommunikation. Hier besteht häufig eine Diskrepanz zwischen dem, was der Patient weiß, und dem, was der Arzt wissen will; eine defizitäre Arzt-Patienten-Kommunikation liegt dann vor, wenn die subjektive Ebene des Schmerzerlebens nicht in die Diagnostik und Therapie einfließt. Ein weiteres Problem betrifft die Verantwortlichkeit für die Gesundheit, die vom Patienten

häufig auf den Arzt abgewälzt wird; dies hat bei chronischen Schmerzkranken besonders fatale Folgen, da wichtige Veränderungen auf der subjektiven Ebene stattfinden und vom Patienten motivational unterstützt werden müssen.

Schließlich gibt es die Kommunikation in familiären und anderen sozialen Kontexten. Hier tragen zwei gegenläufige Reaktionen zur Verstärkung und Aufrechterhaltung von Schmerzen bei. Auf der einen Seite gibt es soziale Vorteile und Belohnungen verschiedener Art, wie z.B. die Freistellung von ungeliebten Tätigkeiten, finanzielle Kompensationen usw., die mit Schmerzbedingungen assoziiert sind und zur Aufrechterhaltung des Krankheitsverhaltens beitragen. Auf der anderen Seite kann die Ausgrenzung nicht voll teilnahmefähiger Personen zur Isolation führen, wobei sich dann Schmerz, Depressivität und Einsamkeit in einem *circulus vitiosus* gegenseitig aufrechterhalten.

Psychotherapeutische Strategien tragen dazu bei, den Patienten zu helfen:

- die Wahrnehmung von Körpersignalen und deren Verständnis zu erweitern und zu verbessern;
- eine realistische Einschätzung der individuellen Perspektiven im Zusammenhang mit den chronischen Schmerzen zu erreichen;
- ihr Ich zu stärken und eine positive emotionale "Gegenwelt" zu entwickeln;
- ihre Kompetenz zu erweitern und depressiven Stadien durch die Teilnahme in Selbsthilfegruppen usw. vorzubeugen.

Im Hinblick auf die Arzt-Patienten-Beziehung ist es von äußerster Wichtigkeit, daß der Arzt solche diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen vorzieht, die vom Patienten Eigenaktivität und Selbstverantwortlichkeit verlangen. Ein Weg, die Aufmerksamkeit des Patienten zu erhöhen, besteht darin, ihn zu täglichen Aufzeichnungen über seine Schmerzsymptome aufzufordern. Auf der anderen Seite sollten invasive Behandlungsmethoden (z.B. Morphium), die die Selbstheilungskräfte zerstören, wo immer möglich reduziert werden.

SCHMERZ: SYMPTOM EINES NICHT INTEGRIERTEN LEBENS

Zusammenfassung von *Robert Lafaille*

Metz (1964, 1975) hat in einer neurochirurgischen Klinik für nicht heilbare Schmerzpatienten eine Reihe von Forschungsstudien durchgeführt. Dabei benutzte er die phänomenologische Methode, d.h. er notierte drei Jahre lang Beobachtungen - ohne vorab definierten theoretischen Rahmen. Darüber hinaus schloß er seine persönlichen Reaktionen in die Untersuchungen mit ein, indem er über sie in kurzen biographischen Notizen (Gedanken, Gefühle usw.) berichtete. Insgesamt kam er zu folgenden Schlußfolgerungen:

1. Die klassischen medizinischen Modelle (besonders im Hinblick auf die Physiologie des Schmerzes) sind von Descartes' Theorie der sinnlichen Wahrnehmung beeinflusst, die den Menschen als einen Roboter sieht und die erfahrungsmäßige Wirklichkeit des Schmerzes ignoriert. Es ist aber offensichtlich, daß Schmerz nicht von der Erfahrung (Wahrnehmung) von Schmerz getrennt werden kann (sollte).

2. In der neurochirurgischen Klinik wird die Schmerzerfahrung praktisch aus dem Blick verloren. "Die Diagnose übersetzt den Schmerz in anatomisch-physiologische Kategorien. Sie übersetzt die Sprache des Subjekts in die Sprache des Körpers. Sie transformiert Subjektivität in Objektivität. Für den Patienten ist die Diagnose eine Entlastung. Die Realität seiner Schmerzerfahrungen benötigt freilich keine Bestätigung durch eine objektive Diagnose. Als Kind seiner Zeit glaubt er allerdings, daß der Schmerz durch eine biologische Abweichung erzeugt worden ist, und die objektive Bestätigung dieses Glaubens ist hochwillkommen. Er fühlt sich verstanden. Auch aus einem anderen Grund gefällt ihm diese Bestätigung, denn der Diagnose folgt ein chirurgischer Eingriff. In der Mehrzahl der Fälle verschwindet der Schmerz nach dem Eingriff. Was kann er mehr wollen? Er ist glücklich, denn die Entscheidung hätte auch in eine andere Richtung gehen können" (Metz 1975, S.32 f.).

3. Das neurophysiologische Modell gibt keine Antwort bei solchen Fällen, wo keine objektive, zeigbare Abweichung gefunden werden kann. Im Rahmen der klassischen Schmerztheorie müßte der Arzt dem Patienten sagen: "Die Untersuchung hat keine Störungen gezeigt, die Ursache Ihres

Schmerzes sein könnte. Ohne Ursache keine Wirkung. Was Sie spüren, ist kein Schmerz. Vergessen Sie es: Sie fühlen nichts!" Worauf der Patient antworten könnte: "Herr Doktor, ich bezweifle nicht Ihre Kompetenz. Vielleicht läßt der gegenwärtige Stand der Wissenschaft noch nicht zu, daß Sie eine Diagnose meiner Krankheit vornehmen können? Was allerdings die Schmerzerfahrung betrifft: spüren Sie es oder ich?" (Metz 1975, S.32 f.).

4. Der kausale Denkansatz der Neurophysiologie macht es schwer, adäquate Antworten zu geben bezüglich a) des "sich verändernden" Charakters der Schmerzerfahrung, der nicht auf objektive Veränderungen zurückgeführt werden kann, und b) erheblicher individueller Unterschiede bei der Schmerzerfahrung. Der kausale Bezugsrahmen der Schmerztheorie impliziert einen Zusammenhang zwischen der Schwere des Schmerzes und der Schwere des Leidens. Dem widerspricht die Empirie. Es gibt schwere Schmerzen in Fällen geringer oder sogar bei gar keinen Störungen; wie umgekehrt bei erheblichen Verletzungen keine Schmerzen auftreten können. Entscheidend ist die Bedeutung, die eine Person einer Verletzung gibt (Beecher 1959); Schmerz, der mit einem stark gewünschten Ergebnis in Beziehung steht, kann viel leichter kontrolliert werden.

5. Schmerzpatienten sprechen über ihren Schmerz metaphorisch; sie sind nicht in der Lage, ihre Erfahrungen in Worte zu kleiden. Es handelt sich um eine "als-ob" Realität. Dennoch scheint diese offensichtliche Unfähigkeit zu beschreiben, was Schmerz ist, nicht die Fähigkeit zur Kommunikation zu behindern, daß es Schmerz gibt.

6. Zwischen Fallgeschichte und Lebensgeschichte muß klar unterschieden werden. Neurophysiologen sind nur an Fallgeschichten interessiert. Demgegenüber sollte Schmerz zuallererst als Teil der Lebensgeschichte angesehen werden.

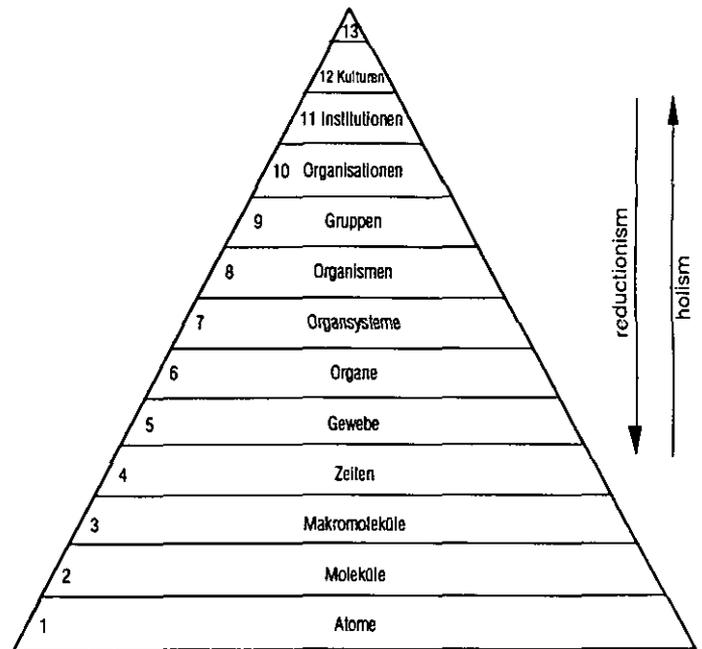
Zusammenfassung

Aufgrund der Untersuchung der Lebensgeschichte von 250 Patienten kommt Metz zu dem Schluß, daß Schmerzerfahrung ein Existenzmodus ist, nämlich das Symptom eines nicht integrierten Lebens. Ein primäres Merkmal der Schmerzerfahrung ist, daß die Wahrnehmung der Welt verschwindet und die Konzentration auf den eigenen Körper Platz greift. "Der Körper

wird das Zentrum der eigenen Lebenswelt." Ein zweites Charakteristikum ist darin zu sehen, daß dieser Prozeß zu einem Zusammenbruch der harmonischen Integration in die Realitätsstrukturen führt; eine einzelne Struktur (der schmerzhaft Körper) wird innerhalb der Existenz dominant.

Die Existenz des Schmerzes blockiert die strukturierende Kraft des Bewußtseins im Hinblick auf die es umgebende Welt. Allerdings kann diese strukturierende Kraft ihren Einfluß wiedergewinnen und die Schmerzerfahrung ermöglicht wieder die Realitätswahrnehmung; dies geschieht entweder im Zusammenhang mit sehr alltäglichen Ereignissen - wie z.B. fernsehen - oder das Subjekt wird durch eine Herausforderung von besonderer Bedeutung wieder in die Welt zurückgebracht. "Es ist klar, daß Fluktuationen in der Schmerzerfahrung der Abfolge von Integrations- und Desintegrationsprozessen zugeschrieben werden können" (Metz 1975, S.92).

"Aus therapeutischer Sicht muß dem Patienten geholfen werden, die Disintegration seines Lebens zu verhindern. Sie ist nur zu einem geringen Teil ein Attribut der Person; ihren Ursprung findet man im wesentlichen in den Beziehungsnetzwerken (und deren Interdependenzen), deren Teil der Patient ist. Beratung und Beziehungstherapie sind deshalb die hauptsächlichen Wege zur Genesung. Dies führt zu einem fundamentalen Wandel in den Aufgaben des Arztes, da er zuallererst sich mit der Heilung der Disintegration und nicht mit der "Abweichung" beschäftigt. Diese Therapie kann nicht diktatorisch verordnet werden, noch funktioniert sie allein auf Grundlage des Wissens vom menschlichen Körper. Im Rahmen des alltäglichen Lebens stehen nicht die Mechanismen oder die Prozesse, sondern die Beziehungen im Mittelpunkt; nicht exakte Objektivität, sondern Subjektivität, nicht Tod, sondern Leben, nicht die Formel, sondern das Wort. In gewisser Weise deprofessionalisiert das den Arzt, der diese Therapie wählt. Sein Wissen spielt eine negative, im besten Fall eine präventive Rolle, denn tief eingegrabener medizinischer Drill kann den therapeutischen Prozeß erheblich behindern. Für die lebende Welt und das soziale Netzwerk muß Raum geschaffen werden: der Schmerz entstand in diesem Netzwerk, weshalb er auch hier geheilt werden muß" (Metz 1975, S.109).

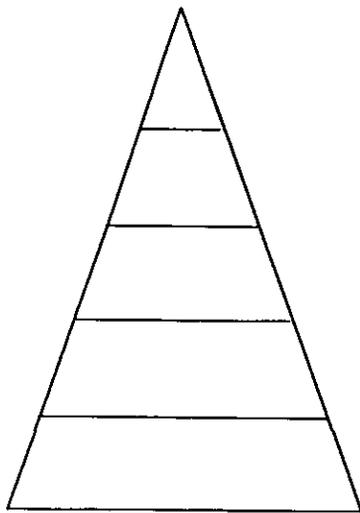


SCHMERZ: EINE ZERSETZUNG DER INTEGRITÄT DES SYSTEMS

Zusammenfassung von *Robert Lafaille*

In seinem Buch "Behoud van Leven" (Wahrung des Lebens) versucht Marco de Vries (1985), in einem wissenschaftlichen Modell den holistischen Ansatz in der Medizin und die allgemeine Systemtheorie zu integrieren. Nach de Vries läßt sich in den Wissenschaften ein Wandel vom kartesischen zum post-kartesischen Weltbild beobachten. Die Unterschiede zwischen dem neuen und dem alten Modell werden im folgendem Schema, das von vielen anderen Forschern übernommen worden ist, deutlich. De Vries (1985, 1984, 1983 a, b, 1981) wendet diesen Ansatz auch beim Thema Schmerz an. Schmerz wird dann als universales Signal verstanden, das eine Zersetzung bzw. drohende Zersetzung der Integrität des Systems auf irgendeiner Ebene anzeigt. Der Schmerz ist der Anfangspunkt und als solcher auch die erste Phase des Heilungsprozesses. Er spielt zu jedem Tageszeitpunkt eine Rolle, auch wenn wir uns dessen nicht immer bewußt sind. Der Schmerz macht auf Gewebezestörungen aufmerksam und fordert angemessene Antworten: den entsprechenden Teil des Körpers in Sicherheit zu bringen und Maßnahmen zu ergreifen, die die Schmerzursache beseitigen. Diese Funktion von Schmerz scheint durch unsere moderne, technologische Gesellschaft nicht gesehen zu werden, wenn sie immer wieder versucht, Schmerz unter allen Umständen zu vermeiden.

Schmerzerfahrung kann als ein unerfreuliches - und in ihrer sehr intensiven Form



Ebenen menschlichen Lebens	Arten von Schmerz
relationaler Schmerz	Kombination von Schmerzarten der anderen Ebenen
existentieller Schmerz	Verzweiflung, existentielle Scham und Schuld, bodenlose Angst
mentaler Schmerz	Verwirrung und Desorientierung
emotionaler Schmerz	Trauer, Angst, Depression, Schuld, Scham und Furcht
physischer Schmerz	stechender, bohrender, brennender, klopfender, nagender, krampfartiger oder ekelhafter Schmerz

als unerträgliche subjektive Erfahrung definiert werden. Häufig, aber zumindest zeitweilig kann sie so überwältigend sein, daß das Bewußtsein von anderen Erfahrungen ausgeschlossen ist, daß alle mentalen oder physischen Aktivitäten ausgeschlossen sind und daß Furcht und Angst ums eigene Leben hervorgerufen werden. Diese Definition von Schmerz betrifft nicht nur die physische, sondern alle Ebenen des menschlichen Lebens. Wir können zwischen physischen, emotionalen, mentalen, existentiellen und relationalen Schmerz unterscheiden. Alle zeigen nur einen Bruch der Integrität auf der jeweiligen Ebene an, sei es in einer Person, zwischen Personen oder zwischen einer Person und ihrer Umwelt.

Auf der Ebene des physischen Schmerzes kann man zwischen primärem und sekundärem Schmerz unterscheiden. Primärer Schmerz tritt sofort auf. Er ist ein Warnsignal, das umgehend Informationen über das Ereignis weitergibt, die Lokalisation und die Verbreitung der Gewebezzerstörung. Dieser Schmerz ist eine scharfe, klare und genau lokalisierbare Sensation. Sekundärer Schmerz tritt unmittelbar nach dem Verschwinden des primären Schmerzes auf. Man kann ihn als Erinnerungssignal verstehen. Sekundärer Schmerz ist diffus, nagend, nicht so einfach zu lokalisieren und kann bis zu fortgeschrittenen Stadien des Heilungsprozesses anhalten.

Physischer Schmerz kann viele Arten haben. Man kann zwischen stechendem, bohrendem, brennendem, klopfendem, nagendem, krampfartigem oder ekelhaftem Schmerz unterscheiden. Diese qualitativen Unterschiede sind für die medizinische Diagnose von besonderer Bedeutung.

Emotionaler Schmerz kann als Signal für die Zersetzung der emotionalen Integrität

oder als begleitendes Signal für die Zersetzung auf anderen Ebenen angesehen werden. Dieser Schmerz kann als Trauer, Angst, Depression, Schuld, Scham oder Furcht auftreten.

Mentaler Schmerz weist auf die Zersetzung der mentalen Integrität hin. Er kann als Verwirrung oder Desorientierung auftreten, die häufig als sehr schmerzhaft empfunden werden.

Existentieller Schmerz ist das Signal für die Zersetzung der Integrität der Person als Ganzer, besonders die Zerstörung bzw. die Drohung der Zerstörung der Beziehung zwischen dem Ich - als das regulierende Zentrum und als ein Zentrum des Bewußtseins und Willens - und anderen Bereichen der Persönlichkeit (hier verstanden als System, das Körper, Gefühle und Geist integriert). Er kann als Verzweiflung, existentielle Scham und Schuld und als bodenlose Angst auftreten. Scham, Schuld und Angst werden hier von ihren emotionalen Formen in dem Sinne unterschieden, als sie viel grundsätzlicher, schmerzhafter und für die gesamte Existenz bedrohlicher empfunden werden.

Relationaler Schmerz tritt auf, wenn die Integrität der zwischenmenschlichen Beziehungen bedroht bzw. zersetzt wird. Er kann in derselben Weise wie in den Fällen emotionalen, mentalen oder existentiellen Schmerzes bzw. in einer Kombination von ihnen auftreten.

Da es zwischen den verschiedenen Bereichen der Persönlichkeit viele funktionale Beziehungen gibt, ist es klar, daß diese verschiedenen Manifestationen von Schmerz in unterschiedlichen Kombinationen auftreten können. Schmerz auf einer Ebene kann Schmerz auf einer anderen auslösen. Physischer Schmerz kann Angst auslösen und

umgekehrt können emotionaler oder existentieller Schmerz von physischem Schmerz begleitet sein wie z.B. Schmerzen in der Herzgegend nach einem schmerzlichen Verlust.

Das hier vorgestellte Modell ist von Vrancken (1983, 1985) und von Engelhart & Vrancken (1984) weiterentwickelt worden.

SCHMERZ: SIGNAL FÜR EINE ZERBROCHENE EINHEIT

Zusammenfassung von Robert Lafaille

Die Theorie der Psychosynthese (Assagioly 1985) meint, daß die "natürliche" oder "kulturell normale" Antwort auf Schmerz unsere innere Welt in zwei Teile teilt: auf der einen Seite der glückliche und gesunde Teil, auf der anderen Seite der schmerzhaft, zufällige Teil. Diese innere Aufteilung ist ein Ko-Konstituens für die Schmerzerfahrung und kann einen wichtigen Faktor für ihre Chronizität darstellen. Das Institute of Ecological Health Care in Rotterdam wendet die Psychosynthese im medizinischen Bereich an. In dieser Therapie wird der Schwerpunkt darauf gelegt, Möglichkeiten zu schaffen, den Schmerz in das eigene Leben zu integrieren, Schmerz als einen wesentlichen Teil des Lebens zu akzeptieren und sich nicht als Feind oder Opfer des Schmerzes zu fühlen. Es ist äußerst wichtig, daß eine Person den Schmerz als bedeutungsvolles Signal einer Veränderung im Leben akzeptiert. Die Therapie kann behilflich sein, ein tieferes Verständnis der Beziehung zwischen dem Schmerz und der gegenwärtigen (inneren) Entwicklung zu aufzuschlüsseln.

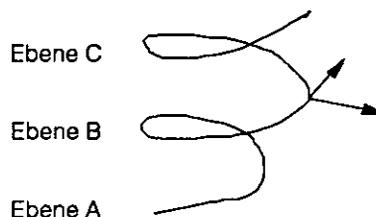
Die Erklärungsmodelle gründen auf sorgfältigen Studien über die Evolution und Entwicklungsstadien des Bewußtseins. Auf einer sehr allgemeinen Ebene kann man davon sprechen, daß sich das Bewußtsein als stetige Abfolge von Einheit und Differenzierung (= der Zusammenbruch der Einheit) entwickelt, wie die folgende Abbildung zeigt.

Sobald die Einheit des Bewußtseins zerstört wird, erfahren wir Schmerz. In einigen Fällen sind wir uns dieser Erfahrung gar nicht bewußt und wir nehmen sie

nicht einmal wahr. In anderen Fällen wiederum sind wir uns des Schmerzes sehr bewußt und manchmal hält er für einen längeren Zeitraum an. Dies kann insbesondere dann passieren, wenn die Entwicklung des Bewußtseins auf eine höhere Ebene der inneren Organisation steigt, wie in der folgenden Abbildung beschrieben.

ABBILDUNG 2

ERREICHUNG EINER NEUEN HOMÖOSTASE



Wenn die Homöostase auf Ebene B gestört ist, nehmen wir dies als Schmerz wahr. Auf jeder Ebene gibt es zwei Möglichkeiten: 1. die höhere Ebene (C) und damit auf dieser Ebene eine neue Homöostase (= Einheit) zu erreichen; oder

2. auf eine niedrigere Ebene zurückzufallen, was insbesondere immer die Somatisierung des Mißerfolgs, eine höhere Ebene zu erreichen, bedeutet; dies verursacht Schmerz.

In gewisser Hinsicht kann die Somatisierung die zweite Möglichkeit sein, die Ebene C zu erreichen: indem man sich des Somatisierungsprozesses und unbewußter Aktivitäten usw. bewußt wird. Auch wenn anfangs ein Mißerfolg stand, wird in vielen Fällen die Harmonie erst in einer zweiten Phase erreicht. In diesem Fall funktioniert der Schmerz als Motor und Führer, um den Prozeß erfolgreich abzuschließen. Wenn man diese spezielle Rolle des Schmerzes konstant ignoriert, kann dies zu chronischen Erkrankungen führen und sehr gefährlich werden. Diese allgemeinen Prinzipien werden wesentlich konkreter, wenn sie auf biographische Prozesse angewandt werden, die selten linear sind und in der Regel einen alternierenden Prozeß von relativer Ruhe bzw. Perioden von Unruhe (Perioden der Veränderung) zum Inhalt haben.

ABBILDUNG 1 - DER PROZESS DER BEWUSSTSEINSENTWICKLUNG

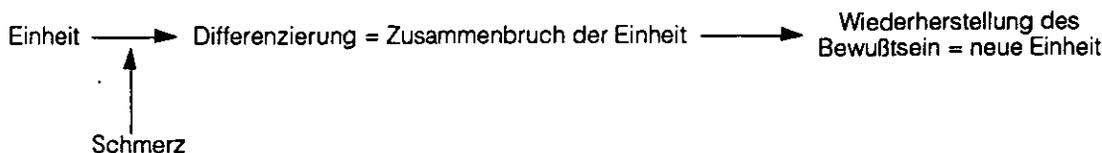
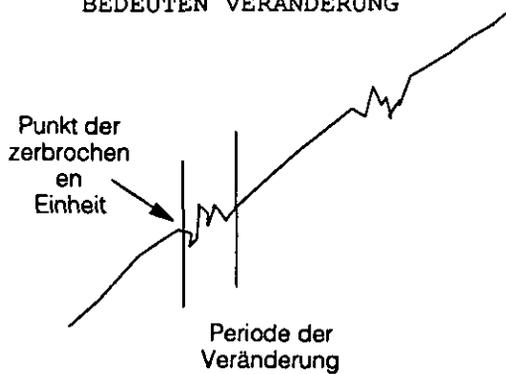


ABBILDUNG 3
BIOGRAPHISCHE PROZESSE
BEDEUTEN VERÄNDERUNG



In diesen Veränderungszeiten wird die zerbrochene Einheit als Schmerz, Angst, Furcht, Unwohlsein, Sinnlosigkeit empfunden. Obwohl über die meiste Zeit diese Gefühle negativ eingeschätzt werden, ist die Funktion dieses Lebensabschnitts mit dem ihm eigenen Gefühlen und Erfahrungen positiv zu sehen. Sie reflektiert die persönliche Situation zu der gegebenen Zeit und trägt zum kreativen Prozeß des Aufbruchs ins Ungewisse bei. Aus dieser Sicht stellt Schmerz ein Signal für die Suche nach einem neuen Sinn für das Leben und nicht etwa einen pathologischen Zustand dar.

Die hier genannten Konzepte und Prinzipien sind auf allen Ebenen des menschlichen Lebens anwendbar. Selbst auf der biologischen Ebene können wir Schmerz als ein Signal für die zerbrochene Einheit und als einen positiven Faktor im Heilungsprozeß interpretieren.

Die Anwendung dieses Rahmenkonzepts in der Therapie hat zur Folge, daß die Funktion von Therapie und die Rolle des Therapeuten neu definiert werden müssen. Aus dieser Sicht zielt die Therapie darauf ab, den Prozeß des Aufbruchs ins Ungewisse mit dem Ziel zu begleiten, einen neuen (oder besseren) Sinn im Leben zu finden. Der Therapeut sollte sein Hauptaugenmerk auf die subjektive Realität des Individuums - in der der Schmerz einen Teil darstellt - richten. Im Fall einer Person mit chronischen Schmerzen ist diese subjektive Realität normalerweise aufgrund der schmerzhaften Bedingungen "verloren" gegangen. Wenn man diese Bedingungen behandelt, muß das nicht notwendig der Person helfen, sich selbst als Subjekt wiederzufinden. Wir müssen vielmehr der Person helfen, einen Dialog mit ihrer inneren Realität zu führen.

Eine Grundvoraussetzung für einen guten Therapeuten besteht darin, den Schmerz in sein eigenes Leben integriert zu haben,

denn die Fähigkeit, Menschen dabei zu helfen, ihre Schmerzen zu bewältigen, hängt zu einem großen Teil davon ab, daß man selbst mit seinen eigenen Schmerzen fertig wird.

DER SCHMERZ ALS RISS IN DER GANZHEIT DES EINZELNEN

Mariët A.E. Vrancken

Der Begriff chronische Schmerzen ist überaus zweideutig. Vom Standpunkt des gesunden Menschenverstands aus betrachtet müßte die Zeitdauer für den Begriff "chronische" Schmerzen entscheidend sein. Ist die Zeit aber wirklich für das Entstehen chronischer Schmerzsyndrome oder für Menschen, die wochen-, monate- oder jahrelang leiden und klagen, von entscheidender Bedeutung?

Die Antwort hängt auch davon ab, was man bei einem Patienten finden will: selbst wenn Schmerzen die Hauptbeschwerde sind, werden aus einem eingehenden Gespräch bald andere gleichermaßen wichtige Tatsachen deutlich. Weshalb wird bei der Krankengeschichte des Patienten ausschließlich dem Schmerz Aufmerksamkeit geschenkt? Möglicherweise wirkt sich der Schmerz auf das Leben eines jeden - des an Schmerzen Leidenden oder seiner Mitmenschen - so nachhaltig aus, daß diese Beschwerde in den Vordergrund tritt. Vielleicht erklärt dies auch, weshalb der Schmerz schon bald beginnt, ein Eigenleben zu führen. Natürlich tragen auch andere Dinge zum Auftreten "chronischer" Schmerzen bei. Der Begriff des Schmerzpatienten ist ebenso vieldeutig. Zumeist wird er als pars pro toto verwendet, um Menschen zu bezeichnen, die an unerklärlichen oder "nicht zu lindernden" Schmerzen leiden. Wenn Menschen an "akuten" Schmerzen leiden, weshalb werden sie dann nicht als Schmerzpatienten betrachtet? Schließlich ist der Begriff des Leidens von der Etymologie her in dem Wort "Patient" bereits enthalten: das griechische Verb pati bedeutet "fühlen". Während jeder Schmerzpatient Schmerzen "fühlt" und leidet, wird nicht jeder an Schmerzen Leidende auch als "Schmerzpatient" bezeichnet. Im Fall von Schmerzpatienten ist der Schmerz zu ihrem zentralen Anliegen geworden.

Der Schmerz als Riß und Aufruf

Ich betrachte den Schmerz als ein Konzept, dem die Bedeutung von etwas Fehlendem anhaftet. Ich gehe dabei von der Über-

legung aus, daß alles eins ist und daß ein Riß in diesem Einssein bei Schmerzen unmittelbar bevorsteht. Der Begriff des Verletztwerdens kann nur bestehen, wenn wir im Unbewußten irgendwie wissen, daß es ein Ganzes gibt. Der Schmerz mag seinen Ursprung auf verschiedenen Daseinsebenen haben (der biologischen Ebene, der psychologischen Ebene, der existentiellen, moralischen oder geistigen Ebene) und doch auf jeder anderen Ebene zum Ausdruck kommen, je nachdem wie der Betreffende auf den bevorstehenden Riß in seiner Integrität reagiert. Schmerz kann also als Signal betrachtet werden, das zum einen auf diese verlorene Integrität hinweist und zum anderen deutlich macht, daß "es mehr gibt". Ein an Schmerzen leidender Mensch hat eine Chance, da hierdurch das Bewußtsein für die Möglichkeit geschaffen wird, Teil eines größeren Ganzen zu werden. Der Schmerz ist die Aufforderung, über alte Denkmuster und Lebenserfahrungen hinauszugehen. Er bedeutet eine Lebenskrise, die eine ausgesprochen persönliche Antwort erfordert.

Der indische Philosoph Kahlil Gibran erklärt hierzu: "Deine Schmerzen zerbrechen den Panzer, die dein Verständnis umschließt." Im allgemeinen ist der Schmerz also ein Aufruf, zu einer anderen Ordnung überzugehen, einen Wandel zu vollziehen. Wenn Menschen über körperliche Schmerzen klagen, wie es ja bei chronischen Schmerzpatienten der Fall ist, sollten wir uns auf die aussagekräftigste Daseinsebene konzentrieren, die sich aus ihrer Geschichte ergibt. Bei chronischen Schmerzen kann die existentielle Ebene durchaus im Vordergrund stehen.

Leiden oder die Unfähigkeit zur Problemintegration

Leiden hängt mit allen Lebensbereichen zusammen, nicht nur mit den physischen Aspekten. Von der unmittelbaren Befriedigung biologischer Bedürfnisse abgesehen, lebt der Mensch, wie Bertalanffy, der Begründer der allgemeinen Systemtheorie, hervorhob, in einer Welt der Symbole, nicht der Objekte. Chronische Schmerzpatienten scheinen nach einer physischen Erklärung zu suchen, doch der Therapeut weiß, daß hinter ihren Fragen mehr steckt und wird der Frage nachgehen, ob die Patienten wegen mangelnden Verständnisses außerstande sind, das Schmerz-erlebnis in ihr Leben zu integrieren und/oder ob sie ganz einfach nach Hilfe, Wärme und Hingebung suchen, weil sie sich durch verlorene oder in die Brüche gegangene

Beziehungen verletzt fühlen. Illich (1976) erklärt ebenfalls, Schmerzen würden eine Frage auf. Die Medizin neige dazu, diese Frage zu übergehen und könne dadurch das Leiden verstärken. Illich zufolge lautet die grundlegende Frage: "Weshalb leide ich? Weshalb gerade ich?" In dieser Frage kommt das existentielle Problem erneut zum Ausdruck. Wenn Schmerzpatienten mit ihren Problemen nicht fertig werden, können sie ihre Schmerzen nie annehmen, ein Schritt, dem nach meiner Auffassung entscheidende Bedeutung zukommt. Mit der Annahme ist die Erkenntnis verbunden, daß die Schmerzen ihnen selbst gehören, daß sie zu ihnen eine Beziehung herstellen und selbst eine Antwort finden müssen. Dies könnte natürlich durchaus auch die Einnahme von Schmerzmitteln bedeuten, wenn die Schmerzen allzu stark sind. Leiden bedeutet, daß Menschen ihre Probleme (d.h. Schmerzen) psychologisch nicht verarbeiten können. Dazu kommt es, wenn die Schmerzen ihr Leben tatsächlich bedrohen, nicht nur biologisch, sondern auch im Hinblick auf die Integrität des ganzen Menschen. (Das gilt für jede Situation, in der nicht mehr die Möglichkeit besteht, sich selbst und sein eigenes Leben zu bestimmen).

Richtlinien für die diagnostische Ebene

Chronische Schmerzen können ohne tatsächlichen Zusammenhang mit der Nozizeption vorliegen, auch wenn die Krankengeschichte der meisten Schmerzpatienten auch nach der Heilung noch das Auftreten von Schmerzen zeigt, die somit inkorporiert wurden. Hierdurch hat sich die Qualität des Erlebnisses geändert. Die naheliegende Frage lautet: Weshalb? Hier müssen zwei häufig vergessene mögliche Erklärungen betont werden. Manche Schmerzpatienten litten einmal so stark, daß sie es nun aus Angst vor weiteren Schmerzen gar nicht wagen, ihren Körper wieder zu "betreten". Die Umstände, unter denen das Schmerzerleben erfolgte, können dabei von entscheidender Bedeutung sein. Eine weitere Möglichkeit ist die Einnahme von Beruhigungsmitteln wie Diazepam oder Seresta oder anderer Medikamente durch die Patienten. Eines der Entzugssymptome psychotroper Substanzen können Schmerzen sein, die schon nach kurzer Zeit und auch dann auftreten können, wenn der Patient diese Mittel nur gelegentlich verwendet. Die Grundfrage für den Therapeuten lautet: Weshalb kommt dieser Patient gerade jetzt

zu mir? Der Patient kann eine "wirkliche" Krankheit haben, doch es gibt viele Menschen mit einer gemeinhin als schmerzhaft betrachteten chronischen Krankheit, die doch nicht leiden. Dies belegt, daß sich die organische Ebene der personellen, existentiellen Ebene unterordnen läßt (Engelhart & Vrancken 1984, S.1388). Wenn dagegen Patienten über Schmerzen klagen, bedeutet dies, daß ihr Leben zum Stillstand gekommen ist. Sie können ihr Leben nicht mehr steuern. Der Therapeut muß deshalb eine "bifokale" oder stereoskopische Betrachtungsweise anwenden: ein Auge blickt auf die physischen Aspekte und das andere auf die Bedürfnisse des gesamten Menschen.

Therapie: Der Patient hat die Antwort

Bei chronischen Schmerzen hat der Patient den Kontakt mit dem schmerzenden Teil seines Körpers verloren, und dieser Teil ist ein Teil von ihm selbst. Wenn er seinen Körper wieder als Subjekt empfinden soll, muß die Integration auf der personellen, existentiellen Ebene erfolgen. Deshalb sollte nicht der Schmerz (als existiere er von sich allein), sondern der Mensch behandelt werden. Die Wiederherstellung dieser Integrität kann Jahre dauern. Sie kann sogar ein ganzes Leben in Anspruch nehmen, doch kommt offensichtlich irgendwann der Zeitpunkt, an dem professionelle Hilfe nicht mehr benötigt wird. Hier bedarf es eines tiefen Verständnisses für den Heilungsprozeß auf physischer wie auf psychologischer, geistiger und existentieller Ebene. Therapeuten haben ebenso wie Patienten ihre eigene Methode der Problembehandlung. Ich richte mich nach folgendem Grundkonzept: der Patient, der die Frage hat, hat auch die Antwort. Das führt in der Tat sehr weit. Wir sollten auf die Qualitäten und Stärken der Patienten achten, wie tief sie auch verborgen sein mögen. Wir sollten uns immer daran erinnern, daß die größten Schwächen eines Menschen sich als seine größten Stärken erweisen können. Wenn wir davon ausgehen, daß der Schmerzpatient nicht nur die Beziehung zu seinem Körper, sondern auch die zur Außenwelt verloren hat, wäre die beste Therapie eine Behandlung, die beide wiederherstellt. Hierzu ist eine Synthese des körperlichen Erlebens und der im Gespräch deutlich werdenden Probleme erforderlich: Probleme mit dem Ehegatten, dem Partner, Familienangehörigen oder Freunden, Schlafschwierigkeiten, berufliche Probleme usw. Alle diese Fragen können auf ein

gespaltenes inneres Ich hindeuten. Es ist keine leichte Aufgabe, einen Menschen zu dieser Synthese hinzuführen. Hierzu bedarf es einer Medizin neuen Stils, in der sich die Kenntnis des menschlichen Organismus stets mit dem subjektiven Körpererleben des Patienten verbindet, wobei beide Faktoren in einem, das Leben dieses Menschen offenlegenden Szenario miteinander verknüpft werden. Dies bedeutet für zwei oder mehr Menschen eine Reise, auf der noch nie zuvor beschrittene Pfade zu erkunden sind. Nach unserer Auffassung ist dies jedoch die Antwort auf das Schmerzproblem. Der Schmerz liegt in der Nähe von Leben und Tod auf der Lauer und verlangt, daß wir aus der Begrenztheit des Traditionellen in das Reich des Lebens eintreten.

HOLISTISCHE MEDIZIN IN DER REHABILITATIVEN SCHMERZTHERAPIE

H. Christof Müller-Busch

Bei einer historisch-kulturellen Betrachtungsweise des Phänomens Schmerz muß gefragt werden, weshalb gerade in unserer Zeit bestimmte Schmerzsyndrome wie Kreuzschmerzen, Migräne, rheumatische Beschwerden und Polyneuropathien bzw. oft schon die Angst davor - die "Algophobie", wie Buytendijk (1962) es nennt - ein so ungeheueres soziales Problem geworden sind und trotz aller diagnostischer und therapeutischer Erfolge der Spezialisten die Inzidenz chronischer Schmerzsyndrome eher zu- als abzunehmen scheint. Da aber die Geschichte des menschlichen Schmerzes nicht zu trennen ist von einer Geschichte des menschlichen Bewußtseins, muß versucht werden - in Anlehnung an Groddeck (1912) und von Weizsäcker (1927) - auch im individuellen Fall zu fragen, weshalb gerade dieser Mensch in dieser Zeit mit seinen spezifischen Lebenszusammenhängen an diesem oder jenem Schmerz leidet bzw. diese oder jene Krankheit bekommen hat. Diese Frage nach der Wesensbedeutung und der Botschaft des Schmerzes, der nicht nur als Hinweis auf eine mechanistische Funktionsstörung analysiert und objektiviert wird, sondern auch als existentiell bestimmtes Bewußtseinsphänomen wahrgenommen und erfahren wird, läßt sich beantworten, wenn nicht nur die Spezifität einer Erkrankung, sondern auch die individuelle Wirklichkeit (Uexküll 1986) des Betroffenen und seine historisch-kulturelle Entwicklung mitberücksichtigt werden. Unter diesem Aspekt ist die Frage nach der Botschaft des Schmerzes die eigentliche

Grundlage eines ganzheitlichen, holistischen Ansatzes in der Algesiologie. Sinnvolle Schmerztherapie wird sich deshalb nicht nur auf das Anbieten einiger spezieller Behandlungsmethoden beschränken, sondern sie muß die Persönlichkeit des Patienten, für den die individuelle Erfahrung des schmerzhaften Leidens eine existentielle Bedeutung bekommen hat, berücksichtigen.

Dabei muß sich auch der Therapeut vor der oft unreflektierten Versachlichung des Schmerzerlebens Anderer bewahren, um sich mit geschichtlichem Verständnis der eigenen "pathischen Betroffenheit"

(Schipperges 1984) bewußt zu werden, ohne allerdings die eigene Einstellung zum Schmerz immer als Richtschnur therapeutischen Handelns anzusehen.

Der Holismus, wie er unter anderem von Smuts (1935), Haldane (1935) und Meyer (1935 a, b) in Auseinandersetzung mit materialistischen, mechanistischen und vitalistischen philosophischen Richtungen entwickelt wurde, kann als Vorläufer moderner Systemtheorien (v. Bertalanffy 1968, Weiss 1969, Laszlo 1972, Engel 1980) angesehen werden. Der Holismus geht von der abgestuften Gliederung der historisch bestimmten Wirklichkeit aus, deren Struktur, Integrität und Dynamik von den Wechselbeziehungen und regulatorischen Prozessen zwischen oder auf den verschiedenen Stufen abhängig ist.

Auch der Holismus in der Medizin geht von der Annahme eines Universellen, Ganzen (Holon) aus - ein Begriff, der ja schon bei Aristoteles deutlich von dem der bloßen Gesamtheit (Pantes) unterschieden wird. Wenn bei Descartes der gesunde Mensch mit einer gut funktionierenden Uhr im perfekten mechanischen Zustand verglichen wird, so geht der Holismus davon aus, daß nicht nur die Uhr mehr ist als die Summe ihrer Einzelteile, sondern daß auch der Mensch mehr ist als das, was durch die Analyse der in ihm wirkenden biochemischen und biophysikalischen Einzelprozesse erkannt werden kann, d.h. daß er als Einheit von Leib, Seele und Geist oder Geschichte verstanden werden muß. Entscheidend ist, daß diese drei Bereiche differenziert wahrgenommen werden können und eine für die menschliche Existenz zwischen Geburt und Tod sich gegenseitig durchdringende, bestimmende Einheit bilden. Genauso wenig wie es einen physikalischen, biologischen oder psychologischen Holismus geben kann, gibt es auch keinen medizinischen Holismus - ein Ausdruck, der von Groß (1986) in einem Editorial des Deutschen Ärzteblatts geprägt wurde - sondern allenfalls ein an

holistischen oder systemtheoretischen Prinzipien orientiertes Verständnis in der Medizin.

Dabei ist eine ganzheitliche Betrachtungsweise in der Medizin natürlich nichts Neues. Wir finden sie sowohl in der westlichen als auch in der östlichen Tradition des Heilens. Schon Hippokrates erkannte die im lebenden Organismus vorhandenen natürlichen Heilkräfte, deren Aktivierung beizustehen die wesentliche Funktion des Arztes in der Therapie ausmache. Auch die chinesischen Vorstellungen von Harmonie und Dysharmonie im Rahmen der Polaritäten- und Elementenlehre beruhen darauf, daß der menschliche Organismus als ein System angesehen wird, dessen sämtliche Teile miteinander verbunden und voneinander abhängig sind.

Ebenso spielt bei vielen naturheilkundlichen oder homöopathischen Ansätzen in der Medizin die Erforschung und Behandlung von Störungen auf der dynamisch-energetischen Ebene im Rahmen eines ganzheitlich organisierten Ordnungsprinzips eine große Rolle. Gemeinsam ist all diesen Ansätzen, daß sich aus einer anthropologischen Sicht die therapeutische Beziehung stärker an der Entwicklung individueller Heilungskräfte als an der spezifischen Behandlung einer Krankheit orientiert. Dieser Aspekt wird meines Erachtens bei der Evaluierung vieler Behandlungsmethoden, gerade auch in der Schmerztherapie, viel zu wenig beachtet.

Im folgenden werden die vielfältigen Aspekte dargestellt, die bei der Diagnose und Therapie von Schmerzbedingungen in Betracht zu ziehen sind.

Eine ganzheitliche Schmerzeinschätzung: Konzepte und Ziele

Die Einschätzung gründet sich auf drei Prämissen:

1. Chronischer Schmerz ist ein dauerhafter und/oder intermittierender unangenehmer Zustand, der sich auf den Körper oder Teile von ihm bezieht. Die individuelle Schmerzwahrnehmung hat Auswirkungen auf die Lebensweisen einer Person und auf ihre Umgebung.
2. Chronischer Schmerz wird vom Subjekt, von biographisch-kulturellen Entwicklungen und durch die Spezifität einer Krankheit bestimmt.
3. Chronischer Schmerz ist immer ein biographisch und existentiell bestimmtes Phänomen des Bewußtseins. Es ist nicht

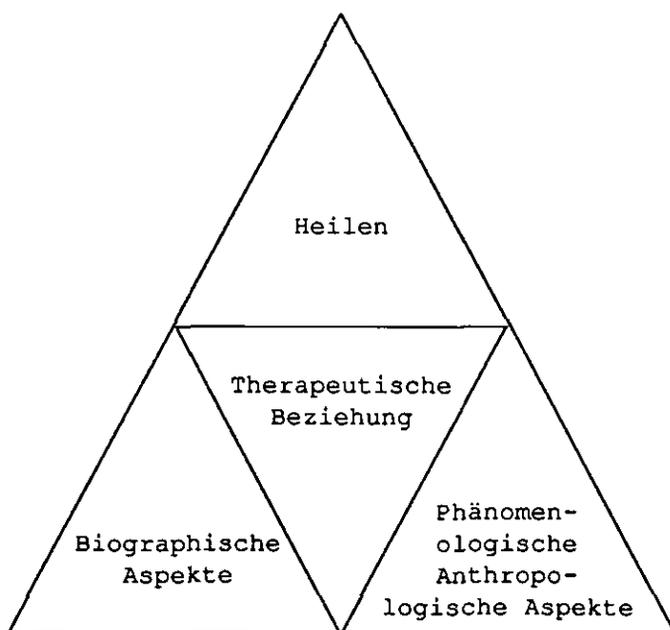
immer der Schmerz, der die Lebensweise, sondern eher die Lebensweise, die den Schmerz bestimmt.

Die Einschätzung verfolgt vier Ziele:

1. nach der Bedeutung des Schmerzes für eine Person zu suchen: "Warum leidet diese Person zu dieser Zeit an diesem Schmerz?";
2. eine bestimmte "Schmerzkarriere" zu unterbinden;
3. zusammen mit dem Patienten ein individuelles, integratives Behandlungskonzept zu entwickeln, das die Schmerzwahrnehmung als ein Phänomen des Bewußtseins sieht;
4. die Selbstheilungs- und Selbstbestimmungsfähigkeiten des Patienten zu unterstützen.

Um diese Ziele - die auf Heilung gerichtet sind - erreichen zu können, muß die Einschätzung auf einer sorgfältigen Analyse der phänomenologischen und biographischen Aspekte gründen, die zu einer konstruktiven therapeutischen Beziehung führt.

Abbildung 1



Phänomenologische Aspekte

1. Konstitution, Körperhaltung, Orientierungssinn;
2. Lokalisation, Modalität der Schmerzwahrnehmung;
3. Verbalisation - Schmerzausdruck, die Art des Leidens;
4. Schmerzverhalten, Stimmung, Gefühle;
5. Biorhythmen, Lebensabschnitt;
6. Leib-Seele-Beziehung - Trennung?;
7. vegetativer Status, Wärme, Kälte;
8. ethnischer

Hintergrund; 9. Visualisierungs- und Vorstellungsfähigkeit; 10. Ängste, affektiver Status.

Biographische Aspekte

1. kultureller Hintergrund - Schmerzerziehung;
2. Familiengeschichte hinsichtlich Schmerz und Freude, frühe Kindheit, Jugend;
3. Einstellungen gegenüber Gesundheit und Krankheit;
4. soziale Aktivitäten;
5. Krankheiten unter Berücksichtigung von Schmerz;
6. intellektuelle, emotionale Fähigkeiten, Erziehung und Interessen;
7. Rhythmen der Schmerzerfahrung, Schlafgewohnheiten;
8. Therapieerfahrungen und -erwartungen;
9. Bewältigungsfähigkeiten bei Lebensproblemen;
10. Schmerz in Beziehung zu Liebe.

Therapeutische Beziehung

1. Schmerz ist häufig nur ein Kommunikationsproblem;
2. im Hinblick auf die subjektive Wahrnehmung ist der Schmerztherapeut von denselben Gesetzen abhängig wie derjenige, der an Schmerzen leidet;
3. Schmerz hat immer eine Bedeutung;
4. therapeutische Interventionen können helfen, nicht heilen;
5. therapeutische Interventionen erfordern Phantasie und Intuition;
6. Liebe, Vertrauen und Partizipation sind erforderlich, um eine Schmerzkarriere abubrechen;
7. Wissen ist die Grundlage des Heilens;
8. Schmerz beeinflusst Lebensweisen, aber Lebensweisen umgekehrt auch Schmerz;
9. es gibt viele Wege, Schmerz zu bewältigen, aber oft ist es schwierig, sie herauszufinden;
10. Heilen ist eine Aktivität einer ganzen Person.

2. Ein Einblick in die Komplexität chronischer Schmerzen

Die folgenden vier Fallstudien beschreiben deutlich, warum die Behandlung des Symptoms "Schmerz" nicht ausschließlich auf einer Diagnose gründen kann, die auf die Analyse spezifischer pathologischer Mechanismen und somatogenetischer/psychischer Faktoren begrenzt ist.

Fallbeispiel 1: Stumpfneuralgie

Herr K., 42 Jahre, ein bis zum Beginn seiner Erkrankung gesunder Chemielaborant,

mußte sich wegen arterieller Durchblutungsstörungen in den Jahren 1962-1968 mehrfach an den unteren Extremitäten operieren lassen; unter anderem Vorfußamputation links und Oberschenkelamputation rechts. Seit 1982 traten zunehmend typische Stumpfneuralgien im Oberschenkelstumpf rechts auf, die unter anderem mit Psychopharmaka, peripher und zentral wirkenden Analgetika, physikalischer Therapie und Akupunktur behandelt wurden. Bei der ersten Vorstellung in der Schmerzambulanz im Januar 1987 klagte Herr K. über heftigste, besonders nachts quälende, elektrisierende bohrende Dauerschmerzen im Bereich des Oberschenkelstumpfes rechts. In beruflicher Hinsicht sei die Erkrankung in der Jugend für ihn lebensbestimmend geworden; nach einer Umschulung zum Betriebswirt habe er eine verantwortungsvolle Tätigkeit in einem großen Industrieunternehmen ausgeübt, jedoch würden die Schmerzen seit drei Jahren zunehmend unerträglich, sodaß er in seiner beruflichen Tätigkeit stark eingeschränkt sei und er nunmehr den Wunsch habe, Rentner zu werden. Durch die Schmerzen, aber auch durch innerbetriebliche Konflikte sehe er keine Perspektive mehr. Die Behandlung beschränkte sich auf therapeutische Lokalanästhesie, TENS, Ohrakupunktur und die Gabe von Bryophyllum, wodurch eine Schmerzfreiheit für Stunden bis Tage erreicht werden konnte. Durch Visualisierungsübungen und die Technik des Inneradvising wurde versucht, die Bedeutung des Schmerzes im Zusammenhang mit psychosozialen Machtkonflikten am Arbeitsplatz aufzuzeigen. Nach sechs Wochen berichtete Herr K., nachts weitgehend schmerzfrei zu sein, gelegentlich auftretende neuralgiforme Beschwerden würden ihn nicht mehr beeinträchtigen. Er habe seine Rauchgewohnheiten aufgegeben, die Situation am Arbeitsplatz habe sich durch einen neuen Chef gewandelt; diese Änderung seines Lebens habe auch seine Einstellung zum Schmerz verändert. Für ihn sei der Schmerz ein wichtiger Begleiter geworden, er träume wieder von Sehnsüchten der Jugend, die er sich eines Tages zu erfüllen gedenke.

Fallbeispiel 2: Chronische postencephalitische Cephalgie

Frau T., 60 Jahre alt, erkrankte im Jahr 1960 an einer tuberkulösen Meningoenzephalitis, weswegen sie mehrere Monate lang mit Streptomycin behandelt wurde. Seitdem litt sie besonders abends und nachts an dumpfdrückenden und stechenden

Dauerkopfschmerzen, die sich bei emotionaler Belastung, im Frühjahr und Herbst sowie bei extremer Hitze und Kälte verstärkten.

Bei der ersten Begegnung im Januar 1987 klagte sie zudem über Schwerhörigkeit, Gleichgewichtsstörungen, Ohrensausen und Kopfzittern. Therapieversuche mit verschiedenen Analgetika, Anticanbulativa, Autogenem Training, Atemübungen und Akupunktur seien bisher erfolglos gewesen. Früher sei sie nie krank gewesen, auch bei der Geburt ihrer drei Kinder habe sie keine nennenswerte körperliche Schmerzerfahrung gehabt. Aufgewachsen sei sie in einer religiös eingestellten Familie. Ihr Leben sei durch großes Pflichtbewußtsein bestimmt. Den von ihr erlernten Beruf einer Kinderkrankenschwester habe sie nach der Eheschließung mit einem Volksschulrektor aufgegeben. Der Ehemann habe jedoch durch Krieg und Kriegsgefangenschaft viel gelitten. Er sei streng und autoritär und seit vielen Jahren alkoholabhängig. Während ihrer Erkrankung habe der Ehemann ein Verhältnis zu "einer sehr attraktiven Haushälterin" angefangen, was sie zwar sehr verletzt habe, ihr jedoch auch die Kraft gegeben habe, seitdem - trotz aller Beschwerden - ihrer Rolle als Hausfrau gerecht zu werden. Manchmal habe sie auch an Scheidung gedacht, sie wüßte jedoch, daß ihr Mann und der noch im Hause lebende Sohn sie bräuchten.

Frau T. schildert ihren Schmerz als tiefschwarz und von zackiger Form. "Können Sie sich vorstellen, nach einer Meningitis dauernd einen Eisenring um den Kopf zu tragen?" Die innere Unruhe, Anspannung und Verzweiflung werden von ihr auf die dauernden Kopfschmerzen zurückgeführt. Eine Behandlung mit Antidepressiva lehnt sie ab. Die medikamentöse Therapie mit Chamomilla, Cuprokulta, Aurum in homöopathischer Dosierung sowie Keftalodoron wird begleitet von einer vorsichtigen Deutung der Schmerzerfahrung im Zusammenhang mit ihrer religiösen Erziehung. Nach drei Monaten berichtet Frau T., daß sie sich nun durch abendliche meditative Übungen entspannen kann und Ruhe für sich findet. Durch die Wiederbeschäftigung mit religiösen Fragen hätten sich das Schicksal, hätten Schmerz und Leiden in ihrem Leben eine andere Qualität bekommen.

Fallbeispiel 3: Thalamusschmerz

Frau D., eine zierliche, interessierte, gewissenhafte Sekretärin, Mutter von zwei erwachsenen Kindern erlitt bei der

Beerdigung der Schwiegermutter im Alter von 45 Jahren eine linksseitige intrazerebrale Blutung mit Ventrikel-einbruch. Ein Hochdruck sei zwar seit einigen Jahren bekannt gewesen, jedoch nicht behandelt worden. Sonst sei sie bis zu ihrer Erkrankung immer gesund gewesen und habe in vielen Bereichen Aktivitäten entwickelt. Die Familienharmonie sei jedoch zuletzt durch einen geplanten Hausverkauf erheblich belastet gewesen. Ihre Kinder hätten sich deswegen von ihr getrennt, bei der Beerdigung habe sie diese erstmals seit langem wiedergesehen. "Vielleicht habe ich die Freude des Wiedersehens und den schmerzlichen Anlaß im Kopf nicht ausgehalten", überlegt sie eineinhalb Jahre nach dem Ereignis im Januar 1987 während eines stationären Aufenthaltes zur Behandlung eines typisch thalamischen Schmerzsyndroms mit besonders vormittags verstärktem Brennschmerz und Hepathie in der gesamten rechten Körperhälfte und Betonung des distalen rechten Arms.

Die bisherigen Therapieversuche mit Carbamazepin, Neuroleptika, Autogenem Training, Krankengymnastik und Ergotherapie hatten keinen Erfolg gezeigt. Durch die Angst vor einem neuen Schlaganfall sei sie stark belastet, zumal der Blutdruck trotz medikamentöser Einstellung immer noch stark schwanke. Besonders schlimm seien die Angstgefühle und Schmerzen beim Autofahren (als Beifahrerin), beim Versuch zu telefonieren, zu lesen, fernzusehen, beim Einkauf.

Während des zweimonatigen stationären Aufenthaltes wurde neben einer blutdruckregulierenden medikamentösen Therapie versucht, die Schmerzsituation mit niedrig dosierten Antidepressiva, anthroposophischen Medikamenten, Eurythmie, Visualisierungsübungen und Inneradvising bewußter und erträglicher zu machen. Tatsächlich gelang es der Patientin, kurze Phasen der Schmerzfreiheit zu erleben, die von ihr als Glücksgefühl bezeichnet wurden, in denen sie ihre rechte Körperhälfte besonders intensiv wahrgenommen habe, was von ihr mit warmen Farben beschrieben wird. Nach der Entlassung aus der stationären Betreuung beginnt Frau D. wieder selbst Auto zu fahren und einzukaufen. Weitere konzentrierte Tätigkeiten können jedoch noch immer nicht durchgeführt werden. Nach einem längeren Aufenthalt in Spanien, zusammen mit ihrem Ehemann, berichtet die Patientin, daß sie erstmals dort eine lange Phase der Schmerzfreiheit, des Glücks beobachtet habe, die bis zum Ende des Aufenthaltes andauert hätte. Die

Wärme dort, die Harmonie, habe sie - auch wenn ihre rechte Seite eine ganz andere wäre - wie den Beginn eines neuen Lebens empfunden.

Fallbeispiel 4: Chronische Stumpfnuralgie

Herr und Frau S., ein aus Lettland stammendes, kinderloses Ehepaar jüdischer Herkunft, emigrierten im Jahr 1982 nach Berlin (West). Bei der ersten Begegnung in der Schmerzambulanz im Jahre 1983 berichtete Frau S., daß ihr Ehemann, mit dem sie seit fast 50 Jahren verheiratet sei, seit einer kriegsbedingten Verletzung und Amputation im Jahre 1944 unter unerträglichen Schmerzen im Stumpfbereich leide. Die bisherigen Behandlungen bei über 40 Ärzten in der Sowjetunion und in der Bundesrepublik Deutschland hätten trotz mehrerer Operationen, Nervenblockaden oder medikamentöser Therapieversuche keine Linderung gebracht. Mehrmals in der Woche müsse sie wegen akuter Schmerzanfälle den Notarzt rufen, um analgetisch wirksame Injektionen für ihren Mann zu bekommen, die von ihr genauestens wegen möglicher Nebenfolgen dokumentiert wurden, da ihr Mann auch an einer Hypertonie, Angina pectoris, Diabetes mellitus, einer toxischen Hepatopathie und einer Nierenfunktionsstörung leide. Der 73jährige Ehemann, der trotz der vielen Begleiterkrankungen und seiner Behinderung ein fast athletisches Erscheinungsbild bot, begleitete ihre Schilderungen mit lebhaften, pathetischen Gesten und einer fast kindlichen, schelmenhaften Mimik. Eine selbständige Beschreibung seiner Schmerzsymptomatik war ihm nicht möglich. "Sie sind unerträglich und ohne meine Frau wäre ich verloren", wiederholte er mehrfach und betonte, daß er früher Schauspieler gewesen sei, aber kurze Zeit nach der Verletzung wegen der Schmerzen seine Karriere aufgeben mußte. Während der dreijährigen Betreuung des Patienten wurde die therapeutische Beziehung im wesentlichen von der Ehefrau bestimmt. Regelmäßig erschien sie in der Schmerzambulanz bzw. telefonierte, um mit schriller, fordernder Stimme Hausbesuche für ihren Mann zu arrangieren oder therapeutische Ratschläge zu diskutieren. Mehrere stationäre Aufenthalte, die meistens mit der gleichzeitigen Aufnahme der Ehefrau verbunden werden mußten, brachten keine Linderung der Beschwerden. Auffällig war jedoch, daß Herr S. dann weniger oder keine Beschwerden hatte, wenn er einige Tage von seiner Frau getrennt war, wogegen sie sich dann umso heftiger beklagte.

Im Jahr 1986 starb Frau S. an einem lange Zeit von ihr negierten metastasierten Rektumkarzinom. Einige Tage nach ihrem Tod wurde Herr S. ohne Beschwerden in einem Altersheim aufgenommen. Im Juli 1987 meldete sich Herr S. erstmals selbst telefonisch in der Schmerzambulanz und klagte über die früheren Stumpfschmerzen. Es war am ersten Jahrestag des Todes seiner Frau.

3. Zusammenfassung: Schmerz bedeutet vieles

Chronischer Schmerz muß als Phänomen des Bewußtseins angesehen werden, das zu fundamentalen Erfahrungen im Leben in Beziehung steht und aus vier Dimensionen besteht:

1. Das physiologische Phänomen, bei dem Schmerz bezogen ist auf die Stimulation von Schmerzrezeptoren durch schädliche Reize und auf die Modulation durch hemmende Systeme (Schmerzmechanismus).
2. Das kognitive Phänomen, bei dem Schmerz sich in der Form emotionaler Qualitäten manifestiert, die vergleichbar sind mit denen der Freude, Lust, Traurigkeit (Schmerzwahrnehmung).
3. Das Kommunikationsphänomen, bei dem das Individuum wegen seines Schmerzes mit sich selbst und seiner Umwelt interagiert (Schmerztoleranz, Schmerzverhalten).
4. Das existentielle Phänomen, bei dem Schmerz individuell und sozial/historisch bestimmt ist, was umgekehrt das soziokulturelle Umfeld beeinflusst (Schmerzerfahrung).

Die Geschichte des Schmerzes kann nicht von der Geschichte des menschlichen Geistes getrennt werden. Aus teleologischer Sicht und insbesondere im Hinblick auf chronischen Schmerz sollte es möglich sein, unser Verständnis vom Schmerz zu erweitern und individuelle Heilungskräfte zu unterstützen. Dies wäre die Grundlage einer ganzheitlichen Schmerzbeurteilung und eines integrativen Ansatzes zur Schmerzbehandlung. Beobachtungsergebnisse zeigen, daß es in bestimmten Fällen tatsächlich möglich ist, bislang unbekanntes Heilungsressourcen im Prozeß der therapeutischen Interaktion zu beeinflussen. Die Schmerzbeurteilung und die Fähigkeit, Schmerz zu erdulden, werden nicht nur durch eine bestimmte Krankheit und ihre psychischen Aspekte determiniert,

sondern auch durch soziale und Umweltbedingungen, die außerhalb der individuellen Kontrolle liegen, und durch die historische Entwicklung des Menschen. Konzepte, die diese Aspekte berücksichtigen, werden unser bislang unvollständiges Schmerzkonzept in der Medizin erweitern.

EINIGE UNBEANTWORTETE FRAGEN

Robert Lafaille

In seiner meisterhaften Darstellung des Zivilisationsprozesses stellte Elias (1969) die Hypothese auf, Soziogenese und Psychogenese verliefen parallel. Diese Hypothese hat sich selbst für die Praxis als sehr fruchtbar erwiesen. So wandte zum Beispiel De Swaan (1983) diese Theorie auf die Platzangst und die Einstimmungsgespräche von Psychotherapeuten an. Bei Schmerz und chronischen Schmerzen wäre es wertvoll, der Frage nachzugehen, auf welche Weise diese beiden Prozesse miteinander verknüpft sind. Aus der Arbeit von Elias wissen wir, daß die "Schmerzwelle" im Laufe der Geschichte unterschiedlich hoch lag. Führt dies auch zu Schwankungen der Schmerzempfindungen des Einzelnen? Welche Rolle spielt diese veränderliche Meßgröße für die Chronizität des Schmerzes? Wirkt sich die Einstufung - ja Abstempelung - von Menschen als "chronische Schmerzpatienten" als Chronizitätsfaktor aus?

Ein anderes Untersuchungsgebiet betrifft die Beziehung zwischen Macht und Schmerz. Aus den Erfahrungen und Forschungsarbeiten vieler therapeutischer Schulen geht hervor, daß jemand gewöhnlich Schmerz empfindet, wenn er durch jemand anderen unterdrückt wird. Die Gesellschaft läßt sich als kontinuierlicher Prozeß der Strukturierung und Umstrukturierung der Macht betrachten, und Veränderungen der Machtstrukturen und Machtpositionen sind eine Lebenskonstante. Welche Folgen haben diese Prozesse a) für den Einzelnen und b) auf der makrosoziologischen Ebene?

Die folgenschweren Auswirkungen von Veränderungen der Machtstrukturen auf die Gesundheit des Menschen lassen sich durch experimentelle tierpsychologische Forschungsarbeiten erhärten: experimentell hervorgerufene Veränderungen der sozialen Schichtung bei Tieren verursachen Krankheiten und können bis zum Zusammenbruch des Immunsystems führen (Bailleux, Utrecht).

Eine dritte Frage betrifft die Einstellung zum Schmerz. Wir können nicht bestreiten, daß in vielen Gesellschaften Schmerzge-

fühle weitgehend verborgen bleiben. Was bedeutet es, daß bestimmte Kulturen Schmerzen leugnen? Welche Mechanismen stehen hinter dieser Einstellung? Wie hängt sie mit dem Umgang der Gesellschaft mit der Macht zusammen? Macht - Machtlosigkeit - Schmerz: besteht hier irgendeine wechselseitige Beziehung im Rahmen einer Kausalkette?

Welchen Einfluß hat diese kollektiv akzeptierte Leugnung (Tabuisierung) des Schmerzes auf den Einzelnen? Weshalb ist es gesellschaftlich nicht annehmbar, Schmerzgefühle zum Ausdruck zu bringen? Was geschieht zum Beispiel mit den

Schmerzgefühlen, die durch die derzeitige Wirtschaftskrise ohne jede Frage verursacht werden: unterhalten sich Paare in vertrauten Augenblicken darüber, oder wird alles verdrängt und beteiligen wir uns an dem Spiel nach dem Motto "Das Leben ist schön", obwohl wir innerlich vor Schmerz schreien möchten?

Die Medizinanthropologie kann für die hier zu untersuchende Thematik große Bedeutung besitzen. Sie kann nicht nur Einblicke in die kulturübergreifende Vielfalt des Schmerzerlebens, sondern auch in die Unterschiedlichkeit und die Folgen der Therapie vermitteln.

GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND CHRONISCHER SCHMERZ: HERAUSFORDERUNGEN UND WAHLMÖGLICHKEITEN.

David E. Bresler

"Es ist wichtiger zu wissen, was für ein Mensch an einer Krankheit leidet, als was für eine Krankheit dieser Mensch hat."

Sir William Osler

1. Die Schmerzepidemie

Chronische Schmerzen sind zu der kostspieligsten, belastendsten und verbreitetsten Gesundheitsstörung in der westlichen Welt geworden. Schätzungsweise 8-10 % der Bevölkerung der meisten westlichen Länder leiden an der einen oder anderen Form chronischer Kopfschmerzen. Allein die Arthritis peinigt über 50 Millionen Amerikaner, von denen 20 Millionen ärztliche Hilfe benötigen (Arthritis Foundation 1976; Pauley & Haskell 1975). Jedes Jahr fordert die Arthritis 600.000 neue Opfer und ihre volkswirtschaftlichen Kosten werden auf fast 13 Milliarden Dollar geschätzt. Kreuzschmerzen - eine der häufigsten schmerzhaften Beschwerden - machen 7 Millionen Amerikaner zu Invaliden und sind jährlich dem National Center for Health Statistics zufolge Anlaß für fast 19 Millionen Arztbesuche. Rechnet man noch die vielen anderen mit Schmerz verbundenen Gesundheitsstörungen hinzu - Gesichts- und Zahnschmerzen, Neuralgien und Neuritiden, Krebs, Hals- und Schulterschmerzen, den Tennisarm, Muskelkrämpfe und andere mehr, so leuchtet ein, daß chronische Schmerzen die Volkswirtschaft in den USA jährlich schätzungsweise 60 Milliarden Dollar kosten. Die Kosten in Form menschlichen Leidens entziehen sich jeder Betrachtung. Für mich sind solche Statistiken ein Schock. Würde eine Infektion mit einem geheimnisvollen, neuartigen Grippevirus Dutzende von Millionen Bürger bedrohen und Milliarden Dollar an Arztkosten und Verdienstausfall verursachen, so würde unverzüglich eine öffentliche Kampagne eingeleitet, um unsere Wissenschaftler in Bataillonen in die Schlacht zu führen. Chronische Schmerzen nehmen in unserem Land überhand und fügen ihren Opfern, deren Angehörigen und der gesamten Gesellschaft schweren körperlichen, emotionalen, geistigen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Schaden zu. Unser Gesundheitswesen fängt jedoch gerade erst

an, sich auf dieses Problem einzustellen. Und nach meiner Einschätzung geschieht dies aus einem viel zu engen Blickwinkel und in viel zu unpersönlicher Form. In diesem Vortrag möchte ich die Frage ansprechen, weshalb weltweite Bemühungen zur Gesundheitsförderung bei chronischen Schmerzpatienten nicht nur in die Wege geleitet werden müssen, um Schmerzen zu vermindern, sondern auch um Leiden zu lindern. Ich werde auch darauf eingehen, auf welche Weise eine einfache Methode wie die gelenkte Bildersprache ("guided imagery") im Rahmen eines Selbsthilfeprogramms für das Erreichen beider Ziele eingesetzt werden kann.

2. Die traditionelle Schmerzbehandlung

Wir leben in einer Zeit medizinischer Wunder. Mit dem Aufkommen von Schutzimpfungen, Antibiotika und besseren sanitären Verhältnissen haben wir erlebt, wie Infektionskrankheiten, die einstmals ganze Zivilisationen dezimierten, praktisch ausgerottet wurden. Die Kindersterblichkeit ist beträchtlich zurückgegangen, und fast täglich lesen wird über verblüffende medizinische Fortschritte, die noch vor wenigen Jahren undenkbar erschienen wären.

Demgegenüber gibt es keine einzige uneingeschränkt sichere und wirksame Form der Schmerzbehandlung. Viele der heute am häufigsten verwendeten Methoden wurden nicht von modernen Menschen, sondern von alten Zivilisationen entwickelt und sind ihrem Wesen nach seit Tausenden von Jahren die gleichen geblieben.

Morphin, das bekannteste Schmerzmittel in der modernen Medizin, wird aus Opium gewonnen, das vor 40 Jahrhunderten bei den Ägyptern häufig als Analgetikum eingesetzt wurde. Die alten Römer verließen sich auf eine Kombination aus Opium und Wein. Die Eingeborenenstämme in Indien und Südafrika verwandten Weidenblätter, die reich an Salicylsäure (einem der Inhaltsstoffe des Aspirins) sind, um Gelenksbeschwerden und den Geburtsschmerz zu lindern.

Die Inkas kauten die Blätter der Koka-pflanze schon Jahrhunderte, bevor das Kokain 1860 von einem deutschen Wissen-

schaftler isoliert wurde. Die transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS) - eine Methode zur Schmerzbeherrschung durch Anlegen schwacher elektrischer Ströme - wurde von Pedanius Discordides, einem Feldarzt bei den Truppen Neros, verwendet, indem er einen Zitterrochen als Stromquelle benutzte.

Schon vor ihm hatten Plato und Aristoteles von der betäubenden Wirkung der elektrischen Schläge des Zitterrochens als Mittel zur Behandlung von Gicht und Kopfschmerzen berichtet. Allerdings lag die Mortalität bei diesem Verfahren häufig über 50 %, sodaß es sich bei der Bevölkerung verständlicherweise nicht durchsetzen konnte.

Die Akupunktur, Heilkräuter und verschiedene Formen der Physiotherapie (Wärme, Kälte und Massage) gehören seit wenigstens 5000 Jahren als fester Bestandteil zur chinesischen Medizin. In China sind aus Stein gehauene Akupunkturnadeln gefunden und auf die Steinzeit datiert werden.

3. Akuter und chronischer Schmerz im Vergleich

Durch die Verfeinerung und Erweiterung der Erkenntnisse alter Zivilisationen hat die moderne Technologie eine fast unendliche Vielfalt von Arzneimitteln zustande gebracht, von denen viele rezeptfrei erhältlich sind. In der Behandlung akuter oder von sich aus begrenzter Schmerzen sind diese Mittel gewöhnlich äußerst wirksam, da sie vorübergehende Linderung verschaffen, während der Körper seine Selbstheilungskräfte einsetzt. Nach der Entwicklung der Nervenblockade und anderer moderner Anästhesieverfahren bleibt Patienten, die sich einer Operation unterziehen, im allgemeinen jegliche Schmerzbelastung während des Eingriffs erspart.

Nun sind die hochentwickeltesten pharmakologischen Behandlungsansätze, mit denen sich akute Schmerzen so erfolgreich beherrschen lassen, in der Behandlung chronischer Schmerzen oder von Dauerschmerzen oft unwirksam oder laufen dem Behandlungsziel sogar zuwider. Während akute Schmerzen aufgrund der Selbstheilungskräfte des Körpers gewöhnlich von selbst besser werden, verschlimmern sich chronische Schmerzen zumeist im Laufe der Zeit.

Grob gesprochen handelt es sich bei jedem Schmerzproblem, das länger als 6 Monate besteht, um chronische Schmerzen. Diese Schmerzpatienten werden in einem fort von Arzt zu Arzt geschickt, denn auch wenn

sich vorübergehende Linderung erreichen läßt, kommen die Schmerzen doch unweigerlich zurück.

Werden z.B. über einen längeren Zeitraum Analgetika und/oder Anästhetika verwendet, so kommt es zu einer pharmakologischen Gewöhnung, und die Wirksamkeit nimmt weiter ab. Im Laufe dieses Gewöhnungsvorgangs steigern die Patienten häufig die Dosierung ihres Arzneimittels, weil sie meinen, "wenn ein wenig gut ist, dann ist viel noch besser".

Unglücklicherweise rufen höhere Dosierungen nur stärkere Nebenwirkungen hervor, da die Gewöhnung immer ausgeprägter wird. Darüber hinaus bringen die meisten der wirksamsten Analgetika eine sehr hohe Gefahr der pharmakologischen Abhängigkeit mit sich.

Dementsprechend sind chronische Schmerzpatienten zumeist von großen Mengen verhältnismäßig unwirksamer Arzneimittel abhängig, die starke Nebenwirkungen hervorrufen, von denen wiederum viele zu einem gesteigerten Schmerzempfinden beitragen. Versuchen die Patienten die Einnahme dieser Arzneimittel zu verringern, so lassen die dann auftretenden Entzugerscheinungen darüber hinaus ihre Beschwerden noch unerträglicher werden, sodaß sie aus Verzweiflung zu ihrer vorherigen Behandlung zurückkehren. Wenn Arzneimittel nicht mehr wirken, bekommen die Patienten häufig zu hören: "Da kann man nichts mehr machen. Sie werden damit leben müssen." Meiner Meinung nach gibt es für Schmerzpatienten immer noch Hoffnung. Solange nicht jeder denkbare Behandlungsweg versucht worden ist, sollte man niemandem sagen: "Da kann man nichts machen."

Eine solche Aussage hat zwei iatrogene Folgewirkungen: zuallererst zerstört sie das wichtigste Heilungspotential, über das Patienten mit chronischen Schmerzen verfügen - die Hoffnung. Wir werden uns damit später noch eingehender beschäftigen. Zum zweiten vermittelt sie die unausgesprochene Erkenntnis, daß, wenn man "damit leben muß", man erst dann keine Schmerzen haben wird, wenn man nicht mehr am Leben ist. Dies kann die schon stark ausgeprägten Selbstmordgedanken vieler chronischer Schmerzpatienten noch verstärken.

4. Das Schmerzerleben

Eine der größten Herausforderungen an den Kliniker und den Forscher bei der Beschäftigung mit chronischen Schmerzen ist die Überwindung der Unschärfe der

Begriffe und Konzepte, mit der sie beschrieben werden. So scheint es uns hilfreich zu sein, zwischen Schmerzempfindung (psychische Wahrnehmung eines unangenehmen Reizes) und Schmerzerleben (dem gesamten subjektiven Erleben des Schmerzes) zu unterscheiden. Darüber hinaus ist unbedingt daran zu denken, daß zwischen der Schmerzempfindung und dem Schmerzerleben nicht notwendigerweise eine unmittelbare Beziehung besteht.

Dies ergibt sich aus einer von Beecher beschriebenen Studie, der feststellte, daß im Kampf schwer verwundete Soldaten nur über eine leichte Beeinträchtigung ihres Befindens berichteten; sie waren in Hochstimmung, weil sie nun für die Dauer des Krieges nach Hause geschickt würden (Beecher 1959). Demgegenüber verursacht der Phantomschmerz in einer fehlenden Extremität häufig quälende Beschwerden, auch wenn der ganze Stumpf betäubt worden ist (Melzack 1973).

Viele Menschen stellen sich den Schmerz als eine Sache vor. Ähnlich wie ein Splitter eine Sache ist - also ein Gegenstand oder Stoff, der von außen in den Körper eindringt. Wer sich also versehentlich mit dem Hammer auf den Daumen schlägt, könnte sagen, daß er "in seinem Daumen einen Schmerz hat, der in die Hand ausstrahlt".

Diese Vorstellung ist ungenau, da der Schmerz seinen Sitz nicht im Daumen hat. Wer sich verletzt, stimuliert die Nervenrezeptoren, die einen ganzen Schwall elektrischer und chemischer Meldungen durch die Nerven in Hand und Arm zum Rückenmark und zum Gehirn schicken. Ob eine bestimmte Empfindung schmerzhaft ist, hängt davon ab, wie das Nervensystem sie deutet. Kommt das Nervensystem zu dem Schluß, daß die Meldungen aus dem Daumen dringlich sind und sofortiges Eingreifen erfordern, so kann es eine Schmerzempfindung hervorrufen, die mit dem Daumen und der Hand identifiziert wird. Es ist jedoch unbedingt zu bedenken, daß der Hauptschmerzrezeptor zwischen den Ohren liegt, wo der Schmerz in Wirklichkeit seinen Sitz hat.

Es ist leicht zu erkennen, daß Schmerz keine "Sache" ist, wenn wir an seinen Gegensatz, das Lustgefühl, denken. Wer etwas isst, das köstlich schmeckt, wird kaum sagen: "Mensch, ich habe vielleicht ein Lustgefühl im Mund! Mein Mund verschafft mir ein einziges Lustgefühl, das jetzt um die Zunge herum, die Kehle hinunter und in den Magen strahlt." Eine derartige Beschreibung hört sich lächerlich an, doch wird Schmerz gewöhnlich genau mit solchen Begriffen beschrieben.

Ganz offensichtlich stellen Lust und Schmerz beide eine verwickelte Interpretation einer komplexen Abfolge von Ereignissen auf höherer Ebene dar. Es ist bekannt, daß Schmerz durch Erlerntes und früh in der Entwicklung entstandene Dispositionen beeinflusst wird. So sind in einer schmerzfreien Umgebung gezüchtete Tiere im späteren Leben gegenüber schädlichen Reizen unempfindlich (Melzack & Scott 1957; Gonda 1962).

Soziale, kulturelle und ethnische Unterschiede im Schmerzerleben sind ebenfalls hinreichend belegt (Gonda 1962; Sternbach 1968; Zborowski 1969). Ein schlagendes Beispiel sind die gezielten Initiationsriten vieler Naturvölker, die als regelrechte Folter betrachtet würden, wenn sie von Angehörigen der westlichen Kulturen vollzogen würden.

Aristoteles vertrat als erster die Auffassung, daß "Schmerz ein Gefühl" ist, das genauso allumfassend ist wie Wut, Entsetzen oder Freude. Für die frühen Philosophen lautete die Antwort auf die Frage "Was ist Schmerz?" "Das Gegenteil von Lust". Die gefühlsmäßige Komponente des Schmerzes ist mit anderen Aspekten des Schmerzerlebens unausweichlich verbunden, denn Angst und Erregung sind die natürliche Folge einer schmerzhaften Empfindung, die den höheren Wahrnehmungsebenen mitteilt, daß "etwas nicht stimmt". Kann dieses "etwas" eindeutig ermittelt und geeignete Abhilfe geschaffen werden, so ist das (akute) Schmerzerleben damit zu Ende.

Für die meisten chronischen Schmerzpatienten ist dieses "etwas" jedoch verschwommen, und die Furcht vor ständigen Schmerzen in einer unbekanntem Zukunft ruft noch größere Angst hervor. Im physiologischen Bereich kommt es zu übermäßiger Sympathikusaktivität, die sich in einem Anstieg der Herzfrequenz und des Blutdrucks sowie in einer Zunahme der Atemtätigkeit, schwitzenden Händen und vermehrter Muskelanspannung äußert (Sternbach 1976). Bei Patienten mit Skelett- und Muskelschmerzen erhöht diese vermehrte Muskelspannung oft die Schmerzempfindung, die die Angst vergrößert, was wiederum zu noch größerer Muskelspannung und noch heftigeren Schmerzen führt. Der Kliniker ist sich über den Zusammenhang zwischen Schmerz und Angst gut im klaren, denn die Behandlung eines dieser Faktoren bringt oft auch bei den anderen eine Linderung (Gonda 1962; Sternbach 1968; Jamison et al. 1976).

Im Laufe der Zeit erschöpft sich die Fähigkeit zu übersteigerter Sympathikusaktivität und es treten bald stärker

vegetativ geprägte Symptome auf, wie z.B. das Gefühl der Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung, Schlafbedürfnis und Appetitstörungen, Reizbarkeit, Verminderung der Anteilnahme und der Libido, allmähliche Zerrüttung der persönlichen Beziehungen mit Verwandten und Freunden sowie eine verstärkte Somatisierung der Beschwerden (Sternbach 1976). Auf diese Weise werden akute Schmerzen und Angstgefühle zu chronischen Schmerzen und Depressionen.

Bekanntermaßen ist die Ausbildung einer reaktiven Depression die auffälligste emotionale Veränderung bei chronischen Schmerzpatienten (Sternbach 1976; Merskey 1976). Sie kann offen zutage treten oder für den Patienten bzw. den Arzt verdeckt sein. In gewisser Weise kann man eine Depression als eine Art Gefühlsschmerz betrachten, denn wenn sie wirksam behandelt wird, ist oft auch im chronischen Schmerzerleben eine Linderung festzustellen (Bresler & Trubo 1979). Die psychophysiologische Grundlage chronischer Schmerzen muß betont werden, denn es handelt sich hierbei um ein komplexes subjektives Erleben, bei dem physische, perzeptive, kognitive, emotionale und geistige Faktoren eine Rolle spielen. Sagt ein Patient mit einer Arthritis in der Wirbelsäule "ich habe Rückenschmerzen", dann kann sein Schmerzerleben auch mit Angst oder Depression verbunden sein (die zu Schlaflosigkeit, Appetitverlust und einer Abschwächung des Sexualtriebs führt); ebenso können Arzneimittelabhängigkeit oder Drogensucht, zahlreiche Nebenbeschäftigungen, Arbeitslosigkeit, Familie und Freunde, masochistisches Verhalten und eine Vielzahl anderer Probleme dabei im Spiel sein. Sie bleiben unter Umständen unauslöschlich mit dem erlebten Rückenschmerz verbunden, selbst wenn die gesamte Wirbelsäule chemisch betäubt worden ist. Es ist also leicht zu erkennen, weshalb eine Pille oder Spritze allein chronische Schmerzen nicht heilen können. Der häufigste Fehler des Klinikers besteht darin, nur den physischen Aspekt des Problems zu beurteilen und zu behandeln. Er geht von der Annahme aus, das Therapieziel sei die Behandlung des Schmerzes der Menschen. Ich sehe das Therapieziel dagegen in der Behandlung der Menschen, die Schmerzen haben. Von diesem Blickwinkel aus betrachtet, macht die Frage keinen Sinn, ob ein Patient "wirkliche" oder "eingebildete" (imaginäre) Schmerzen, "organische" oder "psychische" Schmerzen oder aber "berechtigte" bzw. "hysterische" Schmerzen

hat. Der Schmerz ist ein ausgesprochen subjektives und persönliches Erlebnis, und auch wenn er sich physisch nicht erklären läßt, ist jeder Schmerz real.

5. Schmerz und Leiden

Es hat sich nach unserer Ansicht auch als hilfreich erwiesen, zwischen Schmerz und Leiden (d.h. die Art, wie man Schmerzen erträgt oder erduldet) zu unterscheiden. Wie ich noch darlegen werde, gehört der Schmerz ebenso zur Gesundheit wie das Lustgefühl. Er lehrt, führt, motiviert und bewegt uns zu Veränderungen.

Leiden ist demgegenüber völlig unnötig und unproduktiv. Wer Schmerzen nicht wirksam zu bewältigen mag, der leidet, was sich in der Unfähigkeit zeigt, zu schlafen, zu essen, zu arbeiten oder sein Leben voll zu genießen. Das Leben in seinem persönlichsten und eigentlichen Sinn hört auf. Wie später noch darzulegen sein wird, bin ich der Auffassung, daß Leiden in erster Linie eine Begleiterscheinung der eigenen Einstellung ist, und angesichts der Tausenden klinischer Fälle bin ich auch davon überzeugt, daß es möglich ist, beträchtliche Schmerzen zu empfinden, ohne zu leiden.

In der eher traditionellen psychologischen Literatur wird zwischen Schmerzempfindlichkeit und Schmerztoleranz unterschieden. Bei der Aus- und Weiterbildung von Medizinstudenten und Krankenhausärzten an der Universität von Kalifornien, Los Angeles (UCLA) habe ich es als hilfreich empfunden, die klinische Bedeutung der Schmerztoleranz durch Röntgenaufnahmen von 2 Patienten mit Knieschmerzen vor Augen zu führen. Der erste Patient hatte einen leichten Betriebsunfall erlitten und dafür eine hohe Entschädigung verlangt. Obwohl die Röntgenaufnahmen seines Knies völlig normal waren, litt er sehr und war nicht in der Lage, Treppen zu steigen, Auto zu fahren oder länger als zwei Stunden am Stück zu schlafen. Er war zu einem niedergeschlagenen und deprimierten Vollinvaliden geworden, der auf seine Familie und 6 oder 7 verschiedene Arzneimittel angewiesen war. Der zweite Patient war Berufssportler (American Football) und hatte sich vorher schon 6 Knieoperationen mit beträchtlicher Narbenbildung unterzogen. Bei der Untersuchung dieser Knieaufnahmen (die eher wie Straßenkarten als wie Röntgenbilder aussahen) fragten wir uns, wie dieser Sportler noch gehen, geschweige denn Football spielen konnte. Er

berichtete nur über geringe Beschwerden, nahm keine Schmerzmittel (da sie ihm den "Biß" nahmen) und wollte nur behandelt werden, wenn sich dadurch die Stabilität und Bewegungsfreiheit im Kniebereich steigern ließen.

Dem ersten Patienten hatten weder Nervenblockaden noch Akupunktur, TENS, Physiotherapie oder verschiedene Arzneimittel geholfen. Mit Hilfe eines Selbstmanagementprogramms und psychotherapeutischer Unterstützung und Planung fand er jedoch allmählich zu einer anderen Einstellung (Wertsystem) zu seiner Verletzung und konnte seine Schmerztoleranz beträchtlich steigern (und sein Leiden vermindern). Der zweite Patient hatte bereits ein hohes Maß an Schmerztoleranz erreicht. Glücklicherweise konnte ihm mit Akupunktur und einem geeigneten Übungsprogramm geholfen werden.

In der klinischen Situation sehen wir uns häufig den Grenzen unserer Möglichkeiten gegenüber, bei schweren physischen Leiden (z.B. die Degeneration eines Gelenkknorpels) eine Besserung zu bewirken. Unserer Fähigkeit, dem Patienten bei der Steigerung seiner Schmerztoleranz zu helfen, ist jedoch gewöhnlich kein Ende gesetzt; der holistisch orientierte Mediziner kann darum oft erfolgreich die Leiden des Patienten vermindern, auch wenn sich "(medizinisch) nichts mehr machen läßt".

So können z.B. bei einem alten Patienten mit fortgeschrittener degenerativer Gelenkerkrankung in regelmäßigen Abständen verabreichte Cortisonspritzen ein gewisses Maß an akuter Symptomlinderung (verminderte Empfindlichkeit) hervorrufen, doch kann das Problem auch weiterhin "unerträglich" bleiben. Andererseits kann der Patient, wenn er Methoden der "gelenkten Bildersprache" (guided imagery) und der Selbsthypnose zur Erhöhung der Schmerztoleranz erlernt, so weit kommen, daß er die Aussage treffen kann, daß ihm seine Gelenke "keine Beschwerden mehr" bereiten.

Obwohl auf diesem Gebiet nach meiner Kenntnis noch keine gezielten Forschungsarbeiten betrieben wurden, wird es sich zeigen, daß Endorphine wenig mit Schmerz und alles mit Leiden zu tun haben. Erhält ein Patient eine Morphininjektion, wird er häufig erklären, "es tut noch weh, aber es kümmert mich nicht mehr". Das ist erhöhte Toleranz, nicht verminderte Empfindlichkeit.

Wie weit das Leiden eines Patienten verringert werden kann, hängt von zahlreichen komplexen Variablen ab, darunter auch von dem Wertesystem und den

Einstellung des Patienten, seinen frühkindlichen Erfahrungen, dem Schweregrad der physischen Erkrankung und, was vielleicht am wichtigsten ist, der Bedeutung des Schmerzes in seinem Lebenszusammenhang.

6. Die Bedeutung des Schmerzes

Seit grauer Vorzeit liefert der Schmerz entscheidende Informationen über die Beziehungen des Menschen zu seiner inneren und äußeren Welt. Der Schmerz teilt nachdrücklich mit, daß "etwas nicht stimmt" und fordert den Körper auf, zur Verhinderung weiterer Schädigungen etwas zu tun. Unter dem Blickwinkel der Evolution betrachtet handelt es sich dabei um eine der wirkungsvollsten Methoden zur Sicherung des Überlebens eines Lebewesens in einer gefährlichen Welt.

Zwar sehen die meisten Autoritäten durchaus die positiven Aspekte des akuten Schmerzes, doch sind viele der Meinung, chronische Schmerzen seien ein "biologischer Fehler" und dienen "keinen sinnvollen Zweck". Um diesen "Fehler" zu beheben, empfehlen sie starke Arzneimittel oder chirurgische Eingriffe, die die Schmerzempfindung auslöschen sollen. Das im einzelnen verwendete Verfahren hängt eher von dem jeweils befragten Experten als von den spezifischen Bedürfnissen des Patienten ab.

So wird ein Internist wohl Medikamente, ein Psychologe eine Psychotherapie, ein Akupunkteur Nadeln, ein Chiropraktiker Handgrifftechniken empfehlen usw. Wie einer meiner Lehrer, Abraham Maslow, zu sagen pflegte: "Wer einen Hammer in der Hand hält, sieht sich nach Nägeln um." Nach meiner Meinung ist den wohlverstandenen langfristigen Interessen des Patienten oft nicht gedient, wenn das Hauptziel der Therapie in der künstlichen Überlagerung oder Unterdrückung der Schmerzen besteht und nicht der Versuch gemacht wird, die darin enthaltene eigentliche Botschaft zu verstehen. Es ist als reagiere man auf das Schrillen einer Feueralarmanlage, indem man die Drähte durchschneidet, um den lästigen Lärm abzustellen, statt daß man das brennende Gebäude verläßt.

Die Vorstellung, chronische Schmerzen seien ein "Fehler" oder "Zufallseignis", ist genauso, als sagte man "Das waren die Marsmenschen". Manchmal sage ich zu einem Patienten: "Vielleicht kamen Sie gerade die Straße herunter und gerieten aus Versehen in einen Schmerzstrahl vom Mars. Ich hoffe, das ist nicht der Fall, denn

wir haben noch kein Gegenmittel gegen Strahlen vom Mars und wissen auch nicht, wie wir den Marsmenschen mitteilen sollen, die Strahlen abzustellen."

Dann sage ich dem Patienten, es könne vielleicht eine andere Erklärung geben: Ihr eigenes Nervensystem erzeugt das Schmerzerleben aus einem bestimmten Grund. Im wesentlichen bin ich der Meinung, daß chronische Schmerzen gewöhnlich keine Krankheit und auch keinen Fehler darstellen; es handelt sich dabei vielmehr um ein durch den Körper wohlweislich hervorgerufenen Symptom. Nach meiner Meinung versucht der Körper, sich über Symptome selbst zu heilen und weitere Schädigungen zu verhindern. Wird diese Meldung wahrgenommen und werden geeignete Schritte eingeleitet, verschwinden die Symptome gewöhnlich, da sie nicht länger nötig sind. Zum Beispiel stellt niedriges Fieber (unter 39.5 Grad Celsius) den Versuch des Körpers dar, seine Temperatur zu erhöhen, um eindringende Bakterien zu "verbrennen". Die Praktiker der ostasiatischen Medizin betrachten Fieber als eine gesunde Reaktion auf eine bestehende Gefahr und versuchen nur, es zu senken, wenn es auf gefährlichere Werte (über 40 Grad Celsius) ansteigt. In der westlichen Welt greifen die meisten Menschen jedoch schnell zu einer Schmerztablette.

Die gegenwärtige Medizin beruht zu einem großen Teil auf einem "Anpassungsmodell" der Therapie, das auf Symptomunterdrückung abzielt. Leidet ein Patient an starken Angstgefühlen, werden oft Tranquilizer verschrieben. Doch weshalb hat ein bestimmter Patient hohen Blutdruck, Schlafstörungen oder eine Angstneurose? Was wollen uns die Symptome mitteilen? Die Vorstellung von einer "Sprache der Organe", von Mitteilungen des Körpers durch Symptome, hat mir immer gefallen. Beispiele dafür sind die "Laus, die einem über die Leber läuft" oder "ein gebrochenes Herz", und wir alle wissen, was Hämorrhoiden bedeuten.

Der Schmerz ist eine Botschaft, die uns vor einer Gefahr warnen will. Ausgehend von der urtümlichen, überlebensorientierten Weisheit des Nervensystems motiviert er uns auch dazu, Abhilfe zu schaffen, indem wir die Situation ändern und an die sich wandelnden Anforderungen der Welt, in der wir leben, anpassen. Der Schmerz warnt uns vor allen Gefahren, denen wir uns gegenübersehen, und wenn wir diese weiterhin ignorieren, nimmt der Schmerz an Stärke zu.

Vielleicht erleben deshalb zahlreiche chronische Schmerzpatienten nach einer Symptombehandlung nur eine vorübergehende

Linderung. Zwar läßt sich das Nervensystem für eine kurze Zeit mit Medikamenten oder chirurgischen Eingriffen täuschen, doch wenn eine verdeckte Gefahr bestehen bleibt, bricht der Schmerz erneut durch und kehrt im Laufe der Zeit wieder, bis die Botschaft wahrgenommen wird und eine angemessene Reaktion darauf erfolgt. Was will der Schmerz uns mitteilen? Was ist "falsch"? Welche Therapie ist erforderlich? Die Beantwortung dieser Fragen muß bei jedem Menschen anders aussehen, doch in den meisten Fällen hat die Mitteilung etwas mit ablaufenden Veränderungen zu tun.

7. Der Wandlungsprozeß

Veränderungen sind für das gesamte Leben von grundlegender Bedeutung. Wer zurückblickt und sich überlegt, wie sich das eigene Leben verändert, der wird erkennen, daß es im Regelfall zwischen Phasen des Friedens, der Zufriedenheit und der Lustempfindung sowie Abschnitten des Schmerzes und der Unsicherheit schwankt. Beide sind für das Leben und die Gesundheit von wesentlicher Bedeutung. Das Leben ist voll von Phasen der Auflösung, in der alte Grundmuster zerstört werden, damit sich neue entwickeln können. Diese Übergangsphasen sind schmerzlich, doch ohne sie würden wir niemals wachsen, vorankommen und Fortschritte machen. Wie Abraham Maslow zu sagen pflegte: "Wachstum ohne Schmerz gibt es nicht. Wenn es nicht schmerzt, wächst man auch nicht." Wenn ich mit Menschen spreche, die Schmerzen haben, versuche ich, ihren Lebenszyklus voll zu erfassen - also die Grundmuster der Veränderung, die ihr Leben kennzeichnen. Erstaunlicherweise handelt es sich bei diesen Grundmustern fast immer um Spiralen, denn es scheint dem Menschen beschieden zu sein, wieder in die gleiche Situation hineinzugeraten, durch die er sich vorher durchgekämpft hat, allerdings, so ist zu hoffen, auf einer höheren Ebene. Wie Nietzsche sagte: "Wer auch nur ein wenig Charakter hat, geht zeitlebens durch die gleichen Krisen hindurch." Eine modernere Version der gleichen Vorstellung lautet: "Es ist immer das gleiche Spiel - nur die Spieler und die Trikots ändern sich."

Menschen, die an chronischen Schmerzen leiden, haben mit der Bewältigung von Veränderungen zumeist Schwierigkeiten. Wenn sie sich einer krisenhaften Veränderung gegenübersehen, werden sie unbeweglich, wollen das Alte nicht preisgeben und nicht die schweren, aber

notwendigen Veränderungen vornehmen, die die Voraussetzung für ein sinnvolles neues Leben darstellen.

Manche stellen sich den Lebenszyklus als Tod und Wiedergeburt vor. Immer wenn wir eine neue Ebene erreichen, stirbt etwas ab, doch gleichzeitig wird etwas Neues geboren und tritt an dessen Stelle. Dieser Vorgang von Tod und Wiedergeburt erfolgt im gesamten Universum.

Nehmen wir zum Beispiel einen menschlichen Fötus. In gewisser Weise handelt es sich dabei eher um eine Pflanze als um ein Lebewesen. Er lebt im Wasser und wurzelt im Uterus, aus dem er seine Nahrung bezieht. Zum Zeitpunkt der Geburt jedoch werden das Wasser frei, die Stängel durchgeschnitten und die Wurzeln herausgerissen. Genau in diesem Augenblick hat die "Pflanze" aufgehört zu bestehen und ist der Säugling geboren. Etwas ist gestorben, doch gleichzeitig hat etwas anderes zu leben begonnen. Ist der Tod der Pflanze nicht gleichbedeutend mit der Geburt des Fötus? Sind das nicht ganz einfach zwei Aspekte ein und desselben Vorgangs?

Die gleiche Erscheinung ist überall in der Natur zu beobachten. Das Samenkorn wächst und wird zu einem Baum, der auf dem Höhepunkt seiner Pracht Blüten treibt. Doch kann der Baum diese Blüten für immer behalten? Nein. Bald verwelken sie und sterben ab. Ist der Tod der Blüten aber nicht gleichbedeutend mit der Geburt der Frucht - der eigentlichen Nahrung des Baumes? Und wenn die Frucht ihre volle Reife erreicht hat, verwelkt und stirbt auch sie. Dabei jedoch verbreitet sie ihren Samen, der wiederum für die tatsächliche Unsterblichkeit des Baumes sorgt.

Dieser Zyklus läuft auch in unserem eigenen Leben ab. Dem Vorgang der Veränderung sehen wir uns zum Beispiel in unseren Beziehungen immer wieder gegenüber. Zwar hoffen wir, daß unsere Bindungen zu den Menschen, die uns am nächsten stehen, für alle Zeit Bestand haben werden, doch müssen sich alle Beziehungen früher oder später ändern. Die einzige dauerhafte Beziehung, die wir unterhalten, ist die zu uns selbst. Wir wissen unsere Interaktionen mit anderen deshalb zu schätzen, weil sie uns die Möglichkeit bieten, verschiedene Teile unseres Selbst zu erleben. Wenn sich diese Beziehungen verändern, müssen auch wir uns verändern.

Das Erlebnis von Veränderungen ist mit Schmerz, Wut, Furcht und Ungewißheit verbunden. Psychologen unterscheiden bei einem solchen Wandlungsprozeß häufig vier

Phasen. Die erste ist die Phase der Verleugnung: "Das geschieht doch gar nicht in Wirklichkeit. Das ist alles ein Fehler." Die zweite ist der Zorn: "Weshalb denn gerade ich? Das habe ich nicht verdient. Das ist nicht gerecht." Die dritte ist die Phase der Klage: "Was mache ich denn jetzt? Wie kann ich ohne ihn/sie/es leben?" Die Schlußphase ist die der Anpassung: "Was wohl jetzt auf mich zukommt? Vielleicht wird es sogar noch besser als zuvor."

Wer an chronischen Schmerzen leidet, bleibt normalerweise in den ersten drei Stufen dieses Prozesses hängen. Der Zug seines Lebens kommt gewissermaßen kreischend zum Stillstand und jedes Wachstum hört auf. Nicht der Schmerz macht sein Leben unerträglich, vielmehr macht sein Leben den Schmerz unerträglich. Der Schmerz ist nicht die Ursache dafür, daß sein Leben stillsteht. Er ist das Ergebnis.

Aufgrund meiner persönlichen Erfahrungen und meiner Arbeit mit Tausenden von Patienten bin ich felsenfest davon überzeugt, daß es möglich ist, Schmerz zu empfinden und doch nicht zu leiden. Der entscheidende Unterschied liegt darin, wie die Realität des Schmerzerlebens wahrgenommen wird.

8. Das Wesen der Realität

Um die moderne Sicht der Realität zu verstehen, müssen wir uns der Physik zuwenden, der Wissenschaft der Definition und Quantifizierung der Realität. Das Newtonsche Weltbild wurde durch die Relativitätstheorie zerschlagen, die die Grenzen unserer Erkenntnis der realen Welt weiter hinausgeschoben hat.

In der klassischen Relativitätstheorie postulierte Albert Einstein die Gleichwertigkeit von Materie und Energie und untersuchte, auf welche Weise die Zeit unsere Wahrnehmung von Ereignissen beeinflusst. Einsteins Definition hat mir immer gut gefallen: "Wer zwei Sekunden lang auf einem heißen Ofen sitzt, dem kommt dies wie zwei Stunden vor. Wer jedoch zwei Stunden lang neben einer hübschen Frau sitzt, dem kommt das wie zwei Sekunden vor. Das ist Relativität." Die Theorie der Quantenmechanik bringt eine zusätzliche Erweiterung unserer Vorstellungen von der Welt, in der wir leben, mit sich. Nach dem Grundsatz der Komplementarität ist die Realität eines Ereignisses verschwommen und zweideutig, denn sie hängt ausschließlich von dem Bezugsrahmen ab, durch den sie betrachtet

wird. Anders ausgedrückt, was man erlebt, hängt ausschließlich davon ab, wie man es sieht.

Nehmen wir folgendes Beispiel, daß zwei Freunde gerade eine schwerwiegende Auseinandersetzung gehabt haben. Nachdem man mit dem einen gesprochen hat, kann man über das Verhalten des anderen empört sein. Spricht man nun mit dem zweiten, kann man seine Einstellung gut verstehen. Wer hat wirklich recht? Beide und keiner. Die Realität der Situation ist nicht eindeutig und die Frage "wer hat Recht?" hängt vom Bezugsrahmen des Beobachters ab. Wie Werner Heisenberg, einer der größten theoretischen Physiker unserer Zeit erklärt hat: "Das Universum ist nicht in vollem Umfang erkennbar oder vorhersehbar."

Es kommt darauf an, die praktischen Folgewirkungen dieser Vorstellung zu verstehen, denn sie wirken sich nachhaltig auf unsere Lebensweisen aus. Es gibt eine alte Geschichte von zwei Pfarrern, die sich mit einer Frage an ihren Bischof wenden. "Darf ich beim Beten rauchen?", fragt der erste Pfarrer. "Natürlich nicht", antwortet der Bischof. "Wenn du betest, muß deine ganze Aufmerksamkeit auf den Schöpfer konzentriert sein." Daraufhin fragt der zweite Pfarrer: "Darf ich beim Rauchen beten?" und der Bischof erwidert: "Natürlich. Beten ist während jeder Tätigkeit angebracht."

Wenn wir verstehen, daß die Realität verschwommen und keineswegs eindeutig ist, werden wir gezwungen, unser Leben auf eine radikal andere Weise zu betrachten. Was in dem einen Bezugsrahmen als Tragödie erscheinen mag, könnte von einem anderen Standpunkt aus betrachtet geradezu ein Segen sein. Aus der Perspektive eines Eis ist ein Huhn schließlich nur eine Zwischenstufe von einem Ei zum nächsten. Wichtiger noch ist die Aussage der Quantenmechanik, daß der Beobachtungsvorgang das Gesehene beeinflusst. Eine klassische Erläuterung dieser Vorstellung dreht sich um einen kleinen Behälter mit Wasser unbekannter Temperatur. Wie kann man die tatsächliche Temperatur des Wassers bestimmen? Man könnte ein Thermometer nehmen. Doch in dem Augenblick, in dem das Thermometer das Wasser berührt, ändert sich die Wassertemperatur, auch wenn sich die Temperatur des Thermometers von der des Wassers nur um ein Millionstel Grad unterscheidet.

Ebenso ist es, wenn man sich als hilfloses, hoffnungsloses Opfer einer unerträglichen Situation sieht: entsprechend erlebt man dann die Realität. Ändert man die Betrachtungsweise von sich

selbst und der Welt, in der man lebt, verändert man auch die Realität der eigenen Situation. Deshalb ist es möglich, Schmerzen zu empfinden, ohne zu leiden. Wir alle empfinden von Zeit zu Zeit Schmerzen, doch wenn wir diese Erfahrung als Gelegenheit zu Wachstum und Veränderung und nicht als eine Katastrophe betrachten, dann können wir unsere Realität ausgesprochen positiv erleben. Eine alte Ärteweisheit besagt, "die Überzeugung von einer Krankheit führt zur Krankheit, und die Überzeugung von der Heilung führt zur Heilung." Der Arzt John C. Lilly sagte einmal, "erst innerhalb bestimmter, erfahrungsbedingter und experimenteller Grenzen, die überschritten werden müssen, ist wahr oder wird wahr, was man für wahr hält." Ganz einfach formuliert: Was man sieht, das bekommt man auch.

Wie ändern wir dann unseren Bezugsrahmen? Indem wir unsere Überzeugungen, Einstellungen und Erwartungen an die Welt verändern. Dann müssen wir mit den Tiefenschichten des Körpers, der Psyche und der Seele in Kommunikation treten und auf dem Wege über Bilder und Symbole die Sprache des Unbewußten sprechen. Wie wir sehen werden, stellt die "gelenkte Bildersprache" (guided imagery) eine wirksame Methode zur Erleichterung dieser Kommunikationsform und zur Förderung des Heilungserlebnisses dar (Bresler & Trubo 1979; Oyle 1973, 1975, 1976; Shorr 1977; McKim 1972; Samuels & Bennett 1973; Samuels & Samuels 1975; Singer 1974; Kroger & Fezler 1976; Assagioli 1971; Jung 1964; Sommer 1978).

9. Die Bedeutung der Bildersprache und der Symbolik

Ungeachtet der erst vor kurzer Zeit erfolgten Einführung der "gelenkten Bildersprache" (guided imagery) als therapeutisches Hilfsmittel reichen die Wurzeln dieser neuen Methode möglicherweise bis in die althebräische Mystik zurück, die den Zusammenhang zwischen Bildern und über den normalen Erfahrungshorizont hinausreichenden Ereignissen anerkannte. In jüngerer Zeit haben die Psychotherapeuten eine Vielzahl von auf Bildern beruhenden Methoden angewandt, um dem Inhalt des Unbewußten näher zu kommen. So verwendete der Schweizer Psychiater Hermann Rorschach standardisierte Klecksbilder zur Beurteilung der psychologischen Relevanz verschiedener Bilder und Emotionen für den Geisteszustand seiner Patienten.

Freud entwickelte eine als "freie Assoziation" bezeichnete Technik, um so im Unbewußten lesen zu können. Er glaubte, daß das Unbewußte als Lagerplatz für instinktive und verbotene Wünsche und Ängste diene, die außerhalb des wachen Bewußtseins lägen und daß über die durch freie Assoziation erstellten Bilder ein großer Teil dieser reichen Informationsquelle beurteilt werden könne.

Carl Jung entgegnete, das Unbewußte enthalte mehr als nur unsere verbotenen Wünsche und Ängste und sei auch der Ort, an dem unsere tiefsten, positivsten Hoffnungen auf Erfüllung und Selbstverwirklichung aufbewahrt würden. Er entwickelte mehrere innovative Visualisierungsverfahren, durch die diese Aspekte des Unbewußten erschlossen werden sollten. In jüngerer Zeit haben O. Carl Simonton und Stephanie Matthews-Simonton die gelenkte Bildersprache als Ergänzung zu den üblichen Methoden der Krebstherapie hinzugenommen (Simonton et al. 1978). Die Simontons vergleichen die Bilder der Patienten von der Stärke ihres Körpers mit der Stärke ihres Krebsleidens. Sie berichten, daß sich das stärkere Bild im tatsächlichen Kampf häufig durchsetzt. Wird der Krebs zum Beispiel als gefährliches Tier wahrgenommen und die weißen Blutkörperchen als Schneeflocken oder Baumwolle, so ist die Prognose ungünstig. Als Teil ihres Programms lehren sie ihre Patienten oft, sich ihre weißen Blutkörperchen als Krieger vorzustellen, die die bösartigen Geschwulste angreifen und zerstören.

Der Hausarzt Dr. Irving Oyle hat eine ganze Reihe von Methoden der gelenkten Bildersprache beschrieben, die zur Behandlung vieler verschiedener medizinischer Probleme verwendet werden (Oyle 1973 a, 1975 b, 1976 c). Er glaubt, daß wir normalerweise nur mit 10 % unseres Gehirns Kontakt halten und daß die gelenkte Bildersprache eine Möglichkeit darstellt zu ermitteln, woran die übrigen 90 % denken.

In dem Maße wie immer mehr Therapeuten den möglichen Nutzen der gelenkten Bildersprache erkennen, werden ständig neue Methoden entwickelt (Bresler & Trubo 1979; Jaffe 1979). Ich kann an dieser Stelle nicht den Versuch unternehmen, einen Überblick über sie zu geben, doch soll der Patient bei einem der grundlegenden Verfahren ein symbolisches Bild seines Leidens zeichnen. Ein solches Bild kann eine umfassendere Vorstellung von der Erkrankung oder dem Symptom vermitteln, als dies bei einer verbalen Beschreibung möglich ist.

Eine meiner Patientinnen stellte sich ihre Gesichtsschmerzen visuell als "Feuer in ihrem Mund" vor. Mit diesem Bild vor Augen bat ich sie, sich Möglichkeiten zu überlegen, wie die Flammen gelöscht werden können. Die neuartigen Methoden, mit denen sich ein Feuer löschen läßt, finden lediglich in der Vorstellungskraft des Patienten ihre Grenze, und diese Patientin stellte sich vor, sie würde die Flammen in kühlen, schwebenden Wolken imaginären Wassers ersticken. Während sie diese Übung in gelenkter Bildersprache weiter verfeinerte, gingen ihre Schmerzen allmählich zurück. Man darf nicht vergessen, daß man die Welt so erlebt, wie man sie sieht.

10. Die Sprachen des Nervensystems

Der menschliche Körper ist ein ungeheuer komplexer Organismus. Sein Nervensystem umfaßt wenigstens 7 bis 10 Milliarden Nervenzellen, und eine durchschnittliche Zelle weist rund 5000 Schaltverbindungen auf. Dem Neurophysiologen Charles Herrick (1956) zufolge gibt es somit wenigstens 10 hoch 2.783.000 mögliche Verbindungen, über die sich Daten empfangen, speichern, verknüpfen und übertragen lassen. Wie wird dieses unglaublich komplexe System geregelt?

In einer früheren Arbeit hatte ich die Vermutung geäußert, die Antwort könne in den beiden grundlegend verschiedenen Wegen liegen, auf denen das Nervensystem mit sich selbst in Kommunikation steht (Bresler & Trubo 1979). Das eine Kommunikationssystem höherer Ordnung verwendet Wörter und verbale Vorstellungen. Dies ist der "bewußte Geist", die kleine Stimme im Kopf, die ständig mit einem spricht. Es hat sofortigen Zugang zu dem motorischen Nervensystem, jenem Teil, der die Muskulatur steuert und die willkürlichen Bewegungen vermittelt.

Um schnell einmal vorzuführen, wie dieser Teil des Nervensystems funktioniert, sollten Sie folgendes versuchen: Heben sie zuerst Ihren Arm hoch in die Luft. Strecken Sie ihn so hoch aus, wie Sie nur können. Nun, wie haben Sie es getan? Haben Sie Ihrem Körper sagen müssen, wie man den Arm hebt? Mußten Sie sagen, "Deltamuskeln - zusammenziehen! Latissimus dorsi - erschlaffen?"

Nein, Ihr Körper weiß genau, was er zu tun hat. Wenn Ihr Verstand bestimmte verbale Befehle erteilt - "ich hebe jetzt meinen Arm" -dann tun Sie das einfach. Verbale Befehle oder Vorstellungen haben unmittel-

baren Zugang zu den durch Ihr somatisches Nervensystem gesteuerten Funktionen. Nun sagen Sie Ihrem Körper bitte, er möge den Blutdruck steigern. Los! Versuchen Sie es einmal ...

Ihr Erfolg hält sich in Grenzen? Meine Erklärung wäre die, daß das autonome Nervensystem (der Teil, der den Blutdruck wie auch die Herzfrequenz, die Blutzusammensetzung, die Verdauung, die Geweberegenerierung und unter anderem auch die Immun- und Entzündungsreaktionen regelt), nicht auf die gleiche Sprache reagiert, die verwendet wurde, um Ihren Arm zu heben. Um den Blutdruck zu erhöhen, ist eine zweite Form des Kommunikationssystems erforderlich - und dieses verwendet die Sprache der Bilder und Symbole.

Wenn Sie erleben möchten, wie leicht Bilder zur Steigerung Ihres Blutdrucks eingesetzt werden können, dann probieren Sie einmal folgendes. (Hinweis: Wenn Sie schon Bluthochdruck haben, dann weiß Ihr Nervensystem anscheinend nur allzu gut, wie es Ihren Blutdruck in die Höhe bekommt. Sie sollten es dann nicht weiter dazu ermutigen.)

Sie sitzen friedlich und bequem auf einem Sessel und stellen sich vor, Sie seien im tiefsten, dunkelsten afrikanischen Urwald, allein an einem kühlen, feuchten Abend, nackt und zitternd. Sie wissen nicht, was Sie dort sollen, aber auch nicht, wo Sie sind und haben fürchterliche Angst. Dann erkennen Sie plötzlich, daß Sie nicht allein sind! In der Ferne hören Sie ein Bersten und Stampfen, das schnell lauter wird und immer näher kommt. Ihr Herz beginnt schneller zu schlagen und als das Geräusch noch lauter wird, geraten Sie in Panik und laufen davon. Zuerst laufen Sie recht langsam, doch dann verzweifelt immer schneller, während dieses "Ding" im Urwald näher kommt.

Nun ist klar, daß die Bestie Sie verfolgt! Während Sie durch den Wald jagen und das Unterholz Ihnen die Haut aufritzt, kommt die Bestie immer näher, bis Sie ihren Atem brennend heiß in Ihrem Nacken spüren. Während sie ansetzt, um Sie zu greifen, schreien Sie lauter als je zuvor in Ihrem Leben ...

Was ist geschehen? Wenn Sie in der Lage gewesen sind, sich von der oben beschriebenen Szene mitreißen zu lassen, dann hat Ihr Verstand fast mit Sicherheit Ihren Blutdruck in die Höhe getrieben. Wie ist das gekommen? Die Ergebnisse wurden auf die gleiche Weise hervorgerufen wie vorhin beim Heben Ihres Arms - durch eine entsprechende Vorstellung. Nur wurde in diesem Fall keine Wörtersprache, sondern eine Bildersprache eingesetzt.

Versuchen wir es mit einer weiteren Erläuterung des Unterschiedes zwischen verbalen Befehlen und Bildersprache: Geben Sie sich zuerst verbal den Befehl, "Speichel herzustellen und abzusondern". Denken Sie an diesen Befehl und sehen Sie zu, wieviel Sie zusammenbekommen. Wenn Sie wie die meisten Menschen sind, haben Sie wahrscheinlich ein wenig erzeugt, aber nicht gerade viel. Das ist auch nicht einfach, da die Teile des Nervensystems, die den Speichelfluß regeln, nicht ohne weiteres auf verbale Befehle reagieren. Versuchen wir es nun mit einem anderen Ansatz:

Stellen Sie sich vor, daß Sie eine große, gelbe, saftige Zitrone in der Hand halten. Führen Sie sich die Frucht geistig vor Augen, bis Sie sie sich in all ihrer sauren Frische vorstellen können. Nehmen Sie nun im Geiste ein Messer und zerschneiden Sie damit die Zitrone. Schneiden Sie sorgfältig ein dickes, saftiges Stück heraus. Nun beißen Sie tief in die Zitronenscheibe hinein und spüren, wie Ihnen der saure Zitronensaft in den Mund quillt und jede Geschmacksknospe Ihrer Zunge so mit Empfindungen sättigt, daß sich Ihre Lippen und Wangen zusammenziehen.

Wie war es diesmal mit der Speichelbildung? Wenn Sie sich das Bild lebhaft vor Augen führen konnten, so hat dieses Bild wahrscheinlich zu einem beträchtlichen Speichelfluß geführt, da das autonome Nervensystem die Bildersprache leicht versteht und gut darauf reagiert. Sie brauchen ihm nicht zu sagen, wie es zu reagieren hat, genauso wenig wie Sie Ihren Muskeln beibringen müssen, wie sie Ihren Arm zu heben haben. Hier folgt nun der springende Punkt meiner Erörterungen: Wenn Ihnen bei dem Gedanken an eine Zitrone der Mund wässrig wird, was geschieht dann, wenn Sie sich als hilfloses Opfer eines hoffnungslosen Problems vorstellen? Ist das nicht eine Aufforderung an Ihr Nervensystem aufzugeben?

Meiner Meinung nach werden negative Erwartungen häufig zu sich selbst erfüllenden Prophezeiungen, denn Bilder haben die Kraft, sich im Körper ihre eigene Realität zu schaffen. Erlebt ein Patient den Schmerz zum Beispiel als "glühend heißen Schürhaken", der ihm ständig in den Nacken gestoßen wird, oder als "Löwen, der am Rücken nagt und mit jedem Biß immer tiefer zu den Nerven vordringt", dann tragen diese Bilder wesentlich zu dem empfundenen Leiden bei und wirken sich auf den Heilungsprozeß aus.

11. Die beiden Gehirnhemisphären

Aus neueren Forschungsarbeiten geht eine mögliche anatomische Erklärung für die beiden durch das Nervensystem verwendeten Sprachen hervor. Diese Erklärung liegt unter Umständen im Gehirn selbst, das über zwei gesonderte Hemisphären verfügt. Mit dem bloßen Auge betrachtet, scheinen diese Hemisphären identisch zu sein, doch in funktioneller Hinsicht ist jede von ihnen einzigartig.

Bei den meisten Menschen ist die linke Hemisphäre der Sitz des bewußten Verstandes, denn sie ist am Vorgang des rationalen, logischen, analytischen und beurteilenden Denkens beteiligt. Vor allem die Nervenzentren, die die Sprache steuern, liegen vorwiegend in der linken Großhirnhemisphäre, so daß ihr Kommunikationssystem im wesentlichen verbaler Art ist. Dort hat die kleine Stimme in Ihrem Kopf ihren Sitz, die ständig zu Ihnen spricht.

Die rechte Großhirnhemisphäre verarbeitet demgegenüber die erhaltenen Informationen auf abstrakte, symbolische Weise und scheint mehr an kreativen, impulsiven, intuitiven und triebhaften Denkprozessen beteiligt zu sein. Ihre sprachlichen Fähigkeiten sind recht begrenzt, sodaß jede Kommunikation hauptsächlich über eine Bildersprache erfolgt - am auffälligsten in Träumen, Tagträumen und Intuitionen. Sie ist der Sitz des unbewußten Verstandes und obwohl ihre Kommunikation nicht mit Worten erfolgt, sollte man nicht annehmen, daß diese Hemisphäre unintelligent oder uninformiert sei. Nicht vergessen: "Ein Bild sagt mehr als tausend Worte."

12. Gehirn und Bewußtsein

Zwar weiß niemand genau, was "Bewußtsein" ist, doch hängt es nach meiner Überzeugung auf entscheidende Weise mit dem "Aufmerksamkeitsprozeß" zusammen: Was wir aufmerksam verfolgen, das erleben wir. Aufmerksamkeit ist eine der wertvollsten Eigenschaften des Menschen. Nichts, was man geben kann, besitzt mehr Intimität. Kinder zeigen uns, wie wahr diese Vorstellung ist. Sie versteigen sich zu den empörendsten Handlungen, um nur ja auf sich aufmerksam zu machen. Selbst wenn sie dann deshalb bestraft werden, hat es sich für sie doch gelohnt, denn nichts ist ihnen mehr wert.

Im Laufe der Jahre haben die meisten von uns gelernt, unsere Aufmerksamkeit größtenteils dem bewußten Verstand, der linken Gehirnhemisphäre zu schenken. Wir

hören in einem fort dem Geplapper der kleinen Stimme zu, die einen logischen, rationalen, analytischen Monolog über ihre Weltsicht vorträgt. Sehr schnell verlieren wir uns darin und vergessen, daß wir auch noch andere Teile besitzen.

Nichts ist kontraproduktiver. Sie sind nicht nur Ihr bewußter Verstand; er ist nicht wichtiger (oder unwichtiger) als irgendein anderer Aspekt Ihrer Existenz. Ihre linke Hemisphäre ist nur ein Teil Ihres Gehirns und besitzt wie andere lebenswichtige Organe eine spezielle Funktion, die für das Überleben wichtig ist - sie stellt logische Assoziationen zwischen Gedanke A, Gedanke B, Gedanke C. usw. her. Haben Sie sich je gefragt, "wie bin ich jetzt darauf gekommen?". Der bewußte Verstand kann blitzschnell eine Assoziationskette durchlaufen, und wenn Sie Ihre Aufmerksamkeit nur darauf konzentrieren, wird Ihre gesamte Erfahrungswelt mit dieser Gedankenkette gleichgesetzt.

In Wirklichkeit sind Sie aber weitaus mehr als Ihr bewußter Verstand. Sie bestehen auch aus Ihrer Intuition, Ihren Emotionen und Gefühlen, Ihren Trieben und Motivationen, Ihren Zielen und Bestrebungen, Ihren Werten und Überzeugungen, Ihrer Persönlichkeit und natürlich auch aus Ihrem physischem Körper. Für mich ist die Vorstellung, daß man vorwiegend sein bewußter Verstand ist, nicht sinnvoller als die, daß man vorwiegend seine Leber oder Nieren (oder sein Zorn, Appetit usw.) ist.

Wie kommt man nun mit anderen Teilen der eigenen Person in Kontakt? Ganz einfach, indem man ihnen Aufmerksamkeit schenkt. Unglücklicherweise tun die meisten von uns dies nur infolge von Unfällen oder unter starkem Zwang. Muß ein Teil von uns ganz dringend Gehör finden, so kann er für kurze Zeit unsere Aufmerksamkeit erhaschen. Wenn wir uns zum Beispiel verletzen, schrillt die Alarmglocke und unsere Aufmerksamkeit verlagert sich vorübergehend in unserem Körper an eine andere Stelle. Kurz danach wandern wir jedoch wieder zurück in den bewußten Verstand, und die innere Stimme setzt wieder ein.

Weshalb gestatten wir es dem bewußten Verstand, unsere Aufmerksamkeit so gründlich mit Beschlag zu belegen? Wir lassen dies zu, weil die meisten von uns dafür belohnt worden sind. In der westlichen Welt werden die Leistungen der linken Großhirnhemisphäre - unserer rationalen, logischen, artikulierten Seite - gewöhnlich höher bewertet als alle anderen. Unser Erziehungs-, Ausbildungs- und Gesellschaftssystem bieten logischen,

analytischen und artikulierten Menschen ein hohes Maß an Anerkennung und Aufstiegsmöglichkeiten.

Zwar werden Sportler für die Leistungen ihres Körpers belohnt (und demzufolge findet der Körper bei ihnen sehr viel Aufmerksamkeit). In ähnlicher Weise stützen sich Schauspieler, Schriftsteller oder Künstler unter Umständen vorwiegend auf ihre Intuitionen und Gefühle. Die meisten von uns erhalten jedoch, wenn überhaupt, nur eine geringe Anerkennung für Leistungen der rechten Gehirnhemisphäre - unserer kreativen, intuitiven und instinktiven Seite. So werden "unnütze" Tätigkeiten wie Tagträumereien bei uns gewöhnlich mißbilligt. Wir unterdrücken den kreativsten Teil unseres Nervensystems und vergessen regelrecht, wie wir uns Zugang zu ihm verschaffen können. Damit identifizieren wir uns fast ausschließlich mit dem bewußten Verstand und lassen zu, daß er unsere Aufmerksamkeit gefangen nimmt.

Wenn Sie glauben, Sie hätten Ihren bewußten Verstand unter Kontrolle, dann versuchen Sie es doch mit folgenden einfachen Experimenten. Unterbinden Sie zuerst für eine ganze Minute das Denken Ihres bewußten Verstandes. Schaffen Sie das? Nun sagen Sie Ihrem bewußten Verstand, er solle Ihnen eine falsche Antwort auf die Gleichung $2 + 2 = (?)$ geben. Lassen Sie ihn nicht zu der Zahl "4" zurückkommen. Diese Experimente verdeutlichen die Vorstellung, daß der bewußte Verstand nichts anderes ist als ein komplexer Biocomputer, der voll und ganz mit den Belohnungen und Bestrafungen früherer Lebenserfahrungen programmiert ist. Ist es nicht wichtig, Ihre Aufmerksamkeit auch einmal die rechte Hirnhemisphäre erforschen zu lassen?

Nur so werden Sie entscheidende Fehlvorstellungen vom Wesen Ihrer persönlichen Realität aufspüren können, die korrigiert werden müssen. So stellen Sie vielleicht fest, daß Ihre rechte Hirnhälfte mit negativen Überzeugungen und Erwartungen gefüllt ist, die ihrerseits für einen Großteil oder die Mehrzahl Ihrer negativen Erfahrungen verantwortlich sind. Diese Fehlerwartungen müssen erkannt werden, bevor sie sich ändern lassen. Über Bilder und Symbole können Sie leicht Zugang zum autonomen Nervensystem finden und in Ihrem Körper weitreichende Veränderungen hervorrufen. Wenn Sie lernen, die Sprache des unbewußten Verstandes zu sprechen, können Sie vielleicht auch neue Einsichten und Informationen gewinnen, die Ihnen bei der Erlangung einer optimalen Lebensqualität helfen können.

13. Übungsmethoden der gelenkten Bildersprache

Manche Menschen meinen, sie hätten nur begrenzte Fähigkeiten, vor ihrem geistigen Auge Bilder entstehen zu lassen, doch jeder kann dieses Talent bis auf eine erstaunlich hohe Stufe verfeinern. So ist die häufigste Form gelenkter Bildersprache das Sich-sorgen. Das, worüber wir uns Sorgen machen, ist nur in unseren Vorstellungen real; es ist ein Phantasiegebilde, das allerdings einen ausgesprochen negativen Zuschnitt besitzt. Viele Patienten erklären, wenn sie die Augen schlossen, sähen sie "nichts als schwarz mit einigen schwebenden roten, blauen oder grünen Punkten". Darum gefallen mir die Begriffe "Visualisierung" oder "visuelle Phantasie" nicht. Wir sind zwar in erster Linie visuelle Geschöpfe, doch ist die Bildersprache eine Art Ersatzbefriedigung, zu der das Sehen nicht notwendigerweise hinzugehört.

Erinnern Sie sich zum Beispiel an die Melodie von "Jingle Bells"? Wissen Sie noch, wie sie geht? ...

Wo haben Sie sie gehört? Hat jemand im Raum das Lied gespielt? Oder haben Sie sich nur an ein Hörbild erinnert? Auf die gleiche Weise können wir stellvertretend Riechbilder brennender Blätter an einem Samstag oder den salzigen Geschmack von faden Kartoffelchips erleben.

Um mit gelenkter Bildersprache umgehen zu können, müssen wir nicht wirklich in unserem Kopf hören, schmecken, fühlen oder riechen können. Wir müssen nur erleben, wie das Bild aussehen könnte, indem wir uns auf ein Ersatzerlebnis einlassen. Viele Menschen haben ihre Vorstellungskraft seit ihrer Kindheit nicht mehr in Anspruch genommen. Die Kontaktaufnahme mit Bildern auf der Ebene des Verstandes ist zu einem schwierigen und problematischen Prozeß geworden, denn seine kreativen und intuitiven Fähigkeiten haben lange brach gelegen. An anderer Stelle habe ich mehrere Übungen beschrieben, die im Training zur Vertiefung der bildersprachlichen Fähigkeiten verwendet werden können (Bresler & Trubo 1979). Eine Voraussetzung für maximale Wirksamkeit der mit der Bildersprache arbeitenden Methoden ist das Erreichen eines Zustandes tiefer Entspannung. Bei fleißigem und gewissenhaftem Üben sind jedoch die meisten Menschen ohne weiteres in der Lage, mit gelenkter Bildersprache umzugehen.

14. Bildersprache und Schmerzbehebung

Aufgrund unserer Arbeit mit Tausenden von Schmerzpatienten während der letzten 15 Jahre haben meine Kollegen und ich ein breites Spektrum bildersprachlicher Methoden entwickelt, durch die Schmerz und Leiden gelindert werden sollen (Bresler & Trubo 1979). Ein Ansatz ist die sogenannte "verstandeskontrollierte Analgesie" (mind-controlled analgesia, MCA). Dabei wird die Sprache des unbewußten Verstandes verwendet, um das Schmerzerleben positiv umzuwandeln. Vor der Aufnahme der MCA werden die Patienten gebeten, zwei Zeichnungen anzufertigen, die das Erlebnis ihrer Beschwerden in den schlimmsten und den besten Augenblicken symbolisieren. Dann werden sie angewiesen, sich vorzustellen, wie sie sich fühlen würden, wenn sie das stärkste aller möglichen Lustgefühle erlebten und ein drittes Bild zu zeichnen, das dieses Erlebnis symbolisiert.

Anschließend erhalten die Patienten eine bespielte Tonbandcassette mit der MCA-Übung und werden gebeten, jeden Tag mehrmals zu üben (1). Im wesentlichen beginnt die Übung mit einem Teil zur Schnellentspannung, an den sich in lebhafter Form das erste Bild anschließt (schlimmste Schmerzen). Durch systematische sensorische Verstärkung wird dieses Erlebnis dann in den Zustand umgewandelt, der durch das zweite Bild (optimaler Schmerzzustand) symbolisiert wird.

Schließlich werden die Patienten aufgefordert, ihr kreatives Potential in vollem Umfang freizusetzen und dieses Erlebnis in ein Bild von Lust, Gesundheit und Heilung aufzulösen. Im Laufe der Zeit stellen viele fest, daß sich mit den Bildern auch die Art und Weise ändert, auf der sie ihre Welt erleben.

Ein anderes Verfahren zur Schmerzbeherrschung wird als "Handschuhanästhesie" bezeichnet. Es handelt sich dabei um eine zweistufige Übung mit der Bildersprache, bei der die Patienten zuerst lernen, ein Taubheitsgefühl in der Hand zu entwickeln, als handele es sich dabei um einen imaginären Anästhesiehandschuh. Danach lernen sie, dieses Taubheitsgefühl durch einfaches Auflegen der "anästhesierten"

Hand auf jedes schmerzende Körperteil zu übertragen.

Handschuhanästhesie ist eine symptomorientierte Methode, d.h. sie vermindert die physischen Schmerzsymptome unabhängig von ihrer Ursache. Sie stellt eine nützliche Alternative zur Verabreichung von Analgetika dar und ist besonders bei Schmerzen hilfreich, die so stark sind, daß sich der Patient nicht ausreichend konzentrieren kann, um mit anderen, die Bildersprache nutzenden Methoden arbeiten zu können. Die Handschuhanästhesie trägt oft dazu bei, dem Schmerzgefühl "die Spitze zu nehmen", damit die Patienten andere Aspekte des Schmerzerlebens umfassender erkunden können.

Darüber hinaus liefert die Handschuhanästhesie ein schlagendes Beispiel für die Macht der Selbstbeherrschung. Wenn die Patienten erkennen, daß sie ein Taubheitsgefühl in ihren Händen willkürlich hervorrufen können, sehen sie, daß es ihnen auch gelingen könnte, ihre Schmerzen zu beherrschen. Dies ist von größtem therapeutischen Wert bei Schmerzpatienten, die sich völlig hilflos und außerstande fühlen, auf ihr Leiden einzuwirken. Die Symptomsubstitution ist eine weitere symptomorientierte Methode, die es dem Nervensystem erlaubt, die Beschwerde in einen anderen Bereich des Körpers zu verlagern, wo sie weniger Leiden verursacht. So können die Patienten zum Beispiel lernen, ihre Kopfschmerzen meinetwegen im kleinen Finger statt im Kopf zu spüren. Bei dieser Methode wird das Nervensystem nicht aufgefordert, das Schmerzerleben zu unterbinden (oder die Botschaft zu kaschieren, die es mitteilen will). Statt dessen verlagert es den Schmerz in einen weniger traumatisierten Bereich, damit die Patienten wirksamer an der Ermittlung der eigentlichen Ursache arbeiten können.

Diese und andere Vorgehensweisen ermutigen die Patienten, die intuitive Seite des Gehirns und all ihre inneren Ressourcen einzusetzen. Ihrem Wesen nach ermöglicht die gelenkte Bildersprache die Erarbeitung personenbezogener Bilder, die den Heilungsprozeß fördern. Ihre Verwendung beschränkt sich deshalb nicht auf Schmerzprobleme. Da sie das autonome Nervensystem und das Immun-/Entzündungsreaktionssystem mobilisieren kann, stellt sie bei jeder Art der Selbstheilung ein bedeutsames Hilfsmittel dar.

Man darf nicht vergessen, daß die Wirklichkeit verschwommen und keineswegs

1) Professionell bespielte Tonbandcassetten mit derartigen Übungen in Bildersprache sind beim Bresler Center Training Institute, Post Office Box 967, Pacific Palisades, California 90272, USA erhältlich.

eindeutig ist. Wer sein Leben als Folter bei lebendigem Leibe betrachtet, der erlebt es auch so. Wer sich dagegen in der eigenen Vorstellung als gesund, funktionstüchtig und lebensbejahend ansieht, dessen persönliche Welt stellt sich auch so dar.

15. Der innere Ratgeber

Zu einer der leistungsfähigen Methoden der gelenkten Bildersprache gehört die Schaffung eines "Ratgebers", "inneren Arztes" oder "geistigen Führers". Während einer Sitzung über gelenkte Bildersprache lernt der Patient, sich zu entspannen und wird dann darin unterwiesen, wie er ein imaginäres Lebewesen in sein Unbewußtes aufnimmt, um sich anschließend von ihm beraten zu lassen. Diese Ratgeber nehmen die verschiedensten Gestalten an - von Hunden und Fröschen bis zu religiösen Erscheinungen - sind aber natürlich in Wirklichkeit nur eine Widerspiegelung der Person, die dieses Bild schafft.

Definitionsgemäß hat der Ratgeber Zugang zu dem gesamten Bereich des Unbewußten, jenem Teil der Gehirns, der normalerweise außerhalb des Bewußtseins des Einzelnen liegt. Unser Unbewußtes ist ein wertvoller Lagerplatz für Einsichten, Anregungen und Wünsche, und durch regelmäßige Kommunikation mit dem Ratgeber können oft äußerst wichtige Informationen über die innere Welt gewonnen werden.

Die Ratgeber geben häufig Einblicke in frühere Erlebnisse, die zu der Schmerzsituation beigetragen haben können. Sie können auch ihren Rat zu bestimmten Methoden geben, die Beschwerden zu lindern.

Einer meiner Patienten, ein 52jähriger Kardiologe namens John, litt nach einer Behandlung wegen eines Rektumkarzinoms an entsetzlichen Kreuzschmerzen. Obwohl der Krebs offensichtlich durch den chirurgischen Eingriff und die Bestrahlungen beseitigt worden war, waren die zurückgebliebenen Schmerzen "unerträglich". Da die Zone so stark bestrahlt worden war, konnten weder wiederholte Nervenblockaden noch weitere chirurgische Eingriffe zur Linderung der schrecklichen Schmerzen verwendet werden, und der Patient sprach schon seit langem nicht mehr auf seine Schmerzmittel an. Als John zum ersten Mal zu mir kam, hatte er seine persönlichen Alternativen schon auf drei eingeengt: 1) erfolgreiche Behandlung, 2) freiwillige Aufnahme in einer psychiatrischen Heilanstalt oder 3) Selbstmord. John war überzeugt, daß er auf

keinen Fall weiter mit seinem Schmerz würde leben und gleichzeitig seine psychische Gesundheit bewahren können. Bei der Durchsicht seiner Krankenblätter stellte ich fest, daß John seinen Schmerz bei einem Gespräch mit einem Psychiater so beschrieben hatte: "Es ist, als würde ein Hund auf meiner Wirbelsäule herumkauen." Dies war ein so plastisches Bild, daß ich ihm vorschlug, auf dem Weg über gelenkte Bildersprache mit dem Hund Kontakt aufzunehmen. Aufgrund seiner klassischen medizinischen Ausbildung hielt er dies für einen albernem Gedanken, wollte es aber auf einen Versuch ankommen lassen. Unser erstes Ziel bei John bestand darin, den Hund dazu zu bringen, nicht mehr auf seiner Wirbelsäule herumzukauen. Während der nächsten Sitzungen gab der Hund entscheidende Informationen preis. Dem (Skippy genannten) Hund zufolge hatte John nie Arzt werden wollen - er hätte am liebsten Architektur studiert - war jedoch von seiner Mutter zum Medizinstudium gezwungen worden. Er hegte darum nicht nur seiner Mutter gegenüber Groll, sondern auch gegenüber seinen Patienten und Kollegen. Skippy vertrat die Auffassung, diese Feindseligkeit habe ihrerseits zum Entstehen seines Krebsleidens und ebenso zu dem anschließenden Schmerzproblem beigetragen.

Während einer Sitzung sagte Skippy zu John: "Du bist ein verdammt guter Arzt. Vielleicht ist das nicht der Beruf, den du haben wolltest, aber du mußt endlich erkennen, wie gut du deine Arbeit tust. Wenn du aufhörst, so verbittert zu sein und anfängst, dich selbst zu akzeptieren, dann höre ich auf, auf deiner Wirbelsäule herumzukauen." Diese Erkenntnisse gingen mit einer sofortigen Schmerzlinderung einher und innerhalb weniger Wochen wurde John ein neuer Mensch; sein Schmerz klang allmählich ab.

16. Der Freund im Inneren

Als ich von Dr. Irving Oyle erstmals in die Ratgebermethode eingewiesen wurde, war ich genauso skeptisch eingestellt wie jeder andere. Wie sollte sie all das bewirken, was er behauptete? Darüber hinaus war die Methode so unorthodox, daß ich meine Zweifel hatte, ob ein Durchschnittspatient sie akzeptieren würde. Wie würden Sie auf einen Arzt reagieren, der Ihnen vorschlägt, Sie sollten doch einmal mit dem Tierchen in Ihrem Kopf zu sprechen beginnen? Ich bin jedoch seitdem immer wieder nicht nur über den immensen Wert der gelenkten

Bildersprache, sondern auch über die Aufnahmebereitschaft der meisten Patienten für diese Methode überrascht gewesen. Rückblickend ist diese Aufgeschlossenheit allerdings nicht so erstaunlich, wie ich ursprünglich gedacht hatte. Im Grunde ist die gelenkte Bildersprache nur ein Weg, mit sich selbst ein Gespräch zu führen, was kaum eine neuartige Vorstellung ist. Mit Sicherheit reagieren wir bisweilen auf ein bestimmtes Ereignis mit dem Ausruf: "Verdammt noch mal! Ich wußte, daß das passieren würde!" Wie konnten wir das wissen? Wer hat es uns gesagt? Die Marsmenschen? Natürlich war es der intuitive Teil unseres Nervensystems - dem Wesen nach also ein innerer Ratgeber. Und wir hätten auf ihn hören sollen. Interessanterweise gehen Kinder mit ihrem Unbewußten nicht so nachlässig um wie Erwachsene. Sie führen eine natürliche Kommunikation mit diesen Teilen ihres Selbst und schaffen sich ständig ihre eigenen imaginären Spielkameraden. Leider mißbilligen Eltern ein solches Verhalten oft ("das ist doch nicht wirklich so, sei nicht so ein Träumer, rede nicht über Dinge, die du dir nur ausgedacht hast"). Infolgedessen koppeln sie ihre Sprößlinge unbewußt von diesem lebenswichtigen Teil ihres Selbst ab. Ich halte dies für eine tragische Situation. Wenn Kinder nämlich mit ihrer intuitiven Seite kommunizieren, so ist dies eine ausgesprochen normale und gesunde Tätigkeit. Wie traurig ist es, wenn man Kindern ganz offen sagt, sie sollten nicht impulsiv, spontan oder kreativ sein. Über gelenkte Bildersprache können die Menschen jedoch wieder Kontakt mit ihren inneren "Spielkameraden" aufnehmen, die ihnen wichtige Einblicke in ihr Leben vermitteln können. Sie können Ratschläge geben, wie sich Belastungen abbauen und die Gesundheit verbessern lassen. Sie können bei getroffenen Entscheidungen ermutigend wirken und dies mit einer Begeisterung tun, zu der Freunde oder Angehörige nicht in der Lage oder bereit sind. Da die Ratgeber eine Widerspiegelung ihrer Schöpfer sind, sind sie stets treu und ergeben. Gelegentlich kommt es aber doch zu Kommunikationsproblemen, was allerdings nicht überraschen kann. Ein Dialog mit Ihrem Ratgeber ist nur eine Widerspiegelung der Vorgänge in Ihrem Inneren. Zeigt sich Ihr Ratgeber schüchtern oder verängstigt, dann liegt das möglicherweise daran, daß Sie sich unsicher fühlen. Will Ihr Ratgeber nicht mit Ihnen sprechen, so vielleicht deshalb, weil Sie nicht bereit sind, sich dem zu

öffnen, was wirklich in Ihnen vorgeht. Denken Sie daran, daß Ratgeber stets auf Ihre wohlverstandenen langfristigen, überlebensorientierten Interessen hinarbeiten. Will ein Ratgeber nicht mit Ihnen zusammenarbeiten, könnte dies eine Nagelprobe auf Ihre Aufrichtigkeit sein. So berichtet Irving Oyle zum Beispiel über den Fall eines Psychiaters, der an schweren Migräneanfällen litt. Obwohl er gegenüber der gelenkten Bildersprache sehr skeptisch eingestellt war, fand er doch eine Ratgeberin - eine Seefrauen namens Ethel -, die darauf bestand, sie würde nur mit ihm sprechen, wenn er in den imaginären Ozean, in dem sie lebte, zu ihr hinausschwämme. Er lehnte zuerst ab, erklärte sich jedoch auf Betreiben von Dr. Oyle schließlich dazu bereit. Als er mehrere hundert Meter von der Küste hinausgeschwommen war, forderte Ethel ihn auf, mit ihr in die Tiefe zu tauchen, damit sie dort ihren Dialog aufnehmen könnten.

Der Psychiater kam sich noch alberner vor. "So ein Kitsch!", rief er aus. "Im Meer des Unbewußten versinken. Das ist doch alles lächerlich!" Ethel antwortete kurz angebunden: "Dann verklage mich doch! Ich weiß nicht nur über deine Kopfschmerzen Bescheid, sondern du hast auch noch schlimmere Dinge verdient! Du bist noch lächerlicher als ich."

Später, nachdem sie Freundschaft geschlossen hatten, fragte der Psychiater Ethel, warum sie anfänglich so feindselig gewesen sei. Ethel antwortete: "Du warst auch feindselig - und nur so konnte ich deine Aufmerksamkeit erringen." Letzten Endes läuft die gelenkte Bildersprache darauf hinaus, mit dem eigenen Nervensystem Freundschaft zu schließen. Wird diese Methode richtig angewandt, ist sie sicherer als invasivere psychotherapeutische Methoden wie beispielsweise Hypnose. Wenn es z.B. gefährlich ist, eine bestimmte psychologische Schutzbarriere oder einen Abwehrmechanismus niederzureißen, lehnt der Ratgeber es gewöhnlich ab, die Angelegenheit weiterzuverfolgen, bevor der Patient in der Lage ist, effizienter damit umzugehen.

Nach meiner Erfahrung teilen Ratgeber den Patienten nie etwas mit, für dessen psychologische Bewältigung diese nicht ausgerüstet sind. Noch wichtiger ist der Umstand, daß Ratgeber häufig genau angeben können, was zuerst getan werden muß, damit diese Information ohne Bedenken erteilt werden kann.

Aus meiner Sicht besteht ein weiterer großer Vorteil dieser Methode darin, daß

sie die Abhängigkeit vom Therapeuten verringert. Schließlich vermittelt ja ganz eindeutig der Ratgeber und nicht der Therapeut die Einsichten, die den Heilungsprozeß fördern.

Obwohl für die Therapie mit Hilfe gelenkter Bildersprache keine Komplikationen nachgewiesen sind, kann ich sie nicht bei Menschen empfehlen, die emotional hysterisch, geistig labil, schizophren oder an Vorformen einer Psychose leiden. Bei diesen Patienten könnte sich die gelenkte Bildersprache wirksam oder noch wirksamer als die herkömmliche Psychotherapie erweisen. Bevor jedoch nicht weitere Forschungsarbeiten durchgeführt worden sind, sollte sie bei diesen Patienten nur mit großem Bedacht eingesetzt werden.

17. Die ärztliche Kunst

Die gelenkte Bildersprache stellt einen anderen Ansatz in der Gesundheitsversorgung dar, weil in ihr mehr die ärztliche Kunst als die ärztliche Wissenschaft zum Ausdruck kommt. Statt Patienten in eine lang andauernde Psychotherapie einzubeziehen, durch die frühere Lebensereignisse analysiert und neu bewertet werden sollen, ermöglicht ihnen die gelenkte Bildersprache die

Teilnahme an einem großen, neuen Abenteuer der Selbsterkenntnis. Statt sich darauf zu konzentrieren, wie ein Patient in der Vergangenheit an Schmerzen oder anderen pathologischen Erscheinungen zu leiden begann, gestattet sie uns, schnell festzustellen, wo der Patient in seinem Leben hin will und wie er dort hinkommen kann.

Bei der Ausübung der ärztlichen Kunst stellt man fest, daß die Schmerztoleranz am nachhaltigsten verstärkt (und das Leiden am wirksamsten vermindert) werden kann, wenn schmerzliche Erlebnisse durch angenehme ausgeglichen werden. Deshalb lautet eines meiner häufigsten Rezepte: vier Umarmungen am Tag, eine vor jeder Mahlzeit und eine beim Zubettgehen. Ärzte sind mit der Untersuchung der Cholesterin- und Triglyceridspiegel im Serum zwar schnell zur Hand, doch die meisten Schmerzpatienten brauchen unbedingt einen höheren "Serumspäßlevel".

Wenn Menschen mit Schmerzen lachen, Spaß haben und die positive Seite der Welt sehen können, dann können sie sich auch für ein Leben ohne Leiden entscheiden. So betrachtet stehen wir bei der Gesundheitsförderung von Schmerzpatienten nicht vor einer medizinischen, sondern vor einer psychosozialen Herausforderung.

ABSCHLIESSENDE BEMERKUNGEN: EINIGE KLARE ZIELE UND ERFORDERNISSE

Zur Vorbereitung des Internationalen Symposiums über Gesundheitsförderung bei chronischen Krankheiten lud die Kölner Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu einer Expertentagung ein, die unter dem Vorsitz von Professor Bernhard Badura vom 3. bis 5. Dezember 1986 in Berlin (West) stattfand. Das Hauptziel der Tagung war "die Erfassung der vorhandenen Erkenntnisse über das Phänomen chronischer Schmerzzustände und die Ermittlung sozial- und gesundheitspolitischer Initiativen, die stärker gefördert werden müssen, damit chronische Schmerzpatienten Hilfe erhalten können, die ihrer Lage und der heutigen Praxis entspricht".

Die bei diesem Anlaß gehaltenen Vorträge sind in verschiedene Kapitel dieses Buches eingearbeitet worden. Daran schließen sich die Empfehlungen der vorbereitenden Expertentagung zu den auf verschiedenen Ebenen erforderlichen Maßnahmen an, und zwar in den Bereichen:

- Aufklärung der Öffentlichkeit;
- Berufsausbildung;
- Ausarbeitung geeigneter Modelle und
- Forschung.

1. Aufklärung der Öffentlichkeit

Zuerst einmal ist den Menschen die Einsicht zu vermitteln, daß körperlicher Schmerz der Ausdruck geistiger oder emotionaler Prozesse sein kann und die Wurzel des Problems häufig in der Lebensweise liegt. Die Menschen sind über Möglichkeiten von Veränderungen durch eigene Anstrengungen aufzuklären.

Zum zweiten müssen wir den Bann brechen, der bisher mit dem Begriff "chronische Krankheit" verbunden gewesen ist. Der Patient hat das Gefühl, es gebe keinen Ausweg, und der Arzt folgt traditionellen Therapieschemata. Darum muß die Öffentlichkeit sich des Übergangscharakters chronischer Schmerzen bewußt werden und erkennen, daß es doch eine Wahlmöglichkeit gibt: der Patient muß nicht in seiner Vorstellung des chronischen Krankseins und seiner Rolle als Kranker gefangen bleiben. Anders ausgedrückt: wir müssen der Öffentlichkeit den Weg zur Wahrnehmung, zur Bewußtwerdung und zur Erkenntnis

öffnen. Wir müssen eine andere Betrachtungsweise chronischer Schmerzen und Krankheiten fördern.

2. Änderung der bisherigen Vorstellungen in Medizin, Gesundheitswesen und Sozialarbeit

Die Therapie chronischer Schmerzen beruht immer noch im wesentlichen auf dem Modell des akuten Schmerzes. Der Schmerz wird mit einem sensorischen Aspekt gleichgesetzt und als Ausdruck einer Organverletzung gesehen. Bedeutsame psychologische Faktoren der Diagnose und Behandlung des Schmerzes werden außer acht gelassen. Die Ärzteschaft, andere Angehörige von Gesundheits- oder Sozialberufen sowie Studierende sind unbedingt über die jüngsten Erkenntnisse über die Physiologie und die Biochemie des Schmerzes, die Rolle des Immunsystems und den Einfluß psychologischer Faktoren wie des sozialen Umfelds zu unterrichten.

Das Hauptziel von Schulungsprogrammen sollte in einer Neuausrichtung der Vorstellungen der Angehörigen der Heilberufe von chronischen Krankheiten und Schmerzen und in einer Veränderung der Verhaltensweisen bestehen. In Kapitel 9 dieses Buches ist eine Reihe von Artikeln über Erfordernisse und Möglichkeiten sowie über neuartige Ansätze abgedruckt.

3. Ausarbeitung geeigneter Modelle auf der Grundlage des Konzepts der Gesundheitsförderung

Zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten mit chronischen Schmerzen brauchen wir Modelle, die folgenden Aspekten umfassend Rechnung tragen:

- der subjektiven Wahrnehmung durch den Patienten;
- der Bedeutung des sozialen Netzes für die Krankheitsverursachung;
- der veränderten Rolle von Arzt und Patient;
- dem Wert des teamorientierten Ansatzes und
- dem Erfordernis, alle personellen und gesellschaftlichen Ressourcen zu mobilisieren.

Dabei sollten derartige Modelle in erster Linie

- dem Patienten Handlungsmöglichkeiten eröffnen;
- gegenüber Menschen mit begrenzten Fähigkeiten bestehende Schranken beseitigen, die ihnen den Weg zu einer gesundheitsfördernden Lebensweise verschließen;
- das Eintreten für die Lebensqualität von Patienten mit chronischen Krankheitsbildern einbeziehen und
- alle Sektoren einschließen, die mit der Verwirklichung dieses Zieles zu tun haben, da bestimmte Einflußfaktoren chronischer Schmerzzustände außerhalb des Zugriffs des Gesundheitswesens liegen.

4. Ausarbeitung von Studien zur Bereitstellung ausreichender Daten auf verschiedenen Ebenen

Vom epidemiologischen Standpunkt aus betrachtet erfordert das Problem des chronischen Schmerzes zuerst einmal eine repräsentative Erhebung seiner Prävalenz und seiner Korrelate. Fortschritte bei unserer Betrachtung chronischer Schmerzen erfordern Daten über die wichtigsten beteiligten demographischen, wirtschaftlichen, sozialen und psychischen Variablen. Nur dann läßt sich über besondere Risikogruppen diskutieren und können Vorschläge zur Schmerzlinderung formuliert werden. Zweitens müssen wir unsere Kenntnisse über die Mechanismen, die chronische Schmerzen verursachen und die, mit denen sie sich beherrschen lassen, vertiefen. Eine Längsschnittuntersuchung ist erforderlich, um die Bedeutung ursächlicher Variablen zu beurteilen und zu klären, welche Faktoren einen Auswahlprozeß auslösen, bei dem bestimmte Menschen chronische Schmerzen erleiden, während andere verhältnismäßig schmerzfrei bleiben. Das gleiche gilt für die Ursachenforschung über die Erfolgsquote der Schmerzbeseitigung. Eine solche Studie erfordert die Formulierung komplexer Hypothesen und statistischer Modelle. Sie sollte die Berufslaufbahn, den Krankheits- und Gesundheitsverlauf unter Einbeziehung der sozialen Unterstützungssysteme erfassen und sich auf Haushalte und Institutionen statt auf Einzelne konzentrieren. Ausgehend von diesen Erkenntnissen könnten dann Versuchsprogramme ausgearbeitet und zur sorgfältigen Beurteilung vorgelegt werden, um die wirksamsten Strategien zu ermitteln. Forschung auf klinischer Ebene ist ebenfalls unbedingt erforderlich. Zur

Verbesserung unserer Kenntnisse über Prävention und Therapie müssen wir die an Schmerzzuständen beteiligten somatischen und psychischen Faktoren klarer herausarbeiten. Im klinischen Rahmen an Patienten durchgeführte Studien wären hier eine große Hilfe. Qualitative Daten sind ebenso dringend erforderlich. Die Patienten sind verschieden. Epidemiologische Daten können nicht erklären, wie Menschen als Einzelne mit Gesundheitsproblemen fertig werden. Deshalb sollten Fallstudien eine hohe Priorität erhalten. Hierdurch ließen sich die hier eine Rolle spielenden komplexen Variablen besser erfassen und die Grundmuster chronischer Schmerzzustände ermitteln. So dürften Forschungsarbeiten über "gute Schmerzbewältiger" zum Beispiel wertvolle Erkenntnisse liefern. Wie gelingt es manchen chronischen Schmerzpatienten, ihre Schmerzen zu bezwingen? Was läßt jemand zu einem "gesunden" Schmerzpatienten werden? In der klassischen medizinischen Tradition wird die Erfassung von Lebensgeschichten der Schmerzbewältigung kaum als wissenschaftlicher Beitrag eingeschätzt (wenn nicht sogar abgelehnt). Da Schmerz im wesentlichen eine subjektive Erfahrung ist, muß der Wert des Erfahrungswissens wiederhergestellt werden. Es sind Forschungsarbeiten auf dem Gebiet subjektiver Erfahrungen erforderlich, bei denen die Subjektivität nicht durch Konzepte zerstört wird, sondern im Gegenteil mit ihrem eigenen Wert deutlich hervortritt. Derartige Forschungen wären für die Schmerzpatienten selbst von unmittelbarem Wert, da sie Lebensgeschichten lesen, sich mit diesen Beispielen identifizieren und ihre eigenen Wege zur wirksamen Schmerzbewältigung finden könnten. Wir brauchen auch weitaus mehr Forschungsarbeiten, in denen die gesellschaftliche und kulturelle Orientierung mit den Schmerzerfahrungen Einzelner verknüpft wird. Neben der inneren Kluft zwischen Schmerz und Glück gibt es auch eine Kluft zwischen Subjektivität und Objektivität (dem Inneren und dem Äußeren), dem Einzelnen und der Gesellschaft, obwohl beide Seiten in einem grundlegenden Ganzen miteinander verbunden sind.

5. Abschließende Bemerkungen

Aus den in diesem Kapitel vorgetragenen Ansichten wird folgendes deutlich:

- Chronische Schmerzzustände können häufig nicht mit biomedizinischen Mitteln allein

verändert werden: es bedarf des kombinierten Einsatzes sozialer, psychologischer und medizintechnischer Kenntnisse. Das komplexe Phänomen des chronischen Schmerzes verlangt eine breite interdisziplinäre Zusammenarbeit.

- Soziale Unterstützung, mitfühlende Versorgung und Annahme, die Bereitschaft zur Selbsthilfe und die Förderung der aktiven Teilnahme usw. wirken sich sämtlich entscheidend auf chronische Schmerzzustände aus.

- Vor allem kommt es darauf an, die Betroffenen dazu anzuhalten, das Informationspotential und die Möglichkeiten einer aktiven Beteiligung voll zu nutzen und sie mit den bestehenden Handlungsmöglichkeiten vertraut zu machen, die zu tatsächlichen Veränderungen führen. Wer an chronischen Schmerzzuständen leidet, besitzt häufig ein beträchtliches Eigenpotential für eine bessere Lebensqualität, das er selbst aktiv fördern kann.

- Einige Faktoren liegen allerdings außerhalb der Möglichkeiten des Einzelnen zur Förderung von Veränderungen. Dies gilt für die Qualität der Nahrungsmittel, ihre Zusammensetzung und Verarbeitung, Verfügbarkeit und Erschwinglichkeit, die sich beträchtlich auf chronische Schmerzzustände auswirken können. Darüber hinaus kann das Eigenpotential für eine bessere Lebensqualität nur aktiviert werden, wenn eine angemessene Unterstützung aus dem Umfeld und durch Fachleute erfolgt, die keineswegs immer gegeben ist.

Diese Beobachtungen machen die Notwendigkeit der Ausarbeitung wirksamer Strategien auf der Grundlage des Konzepts der Gesundheitsförderung in vollem Umfang deutlich.

TEIL II

INNOVATIVE ANSÄTZE FÜR DIE IMPLEMENTATION VON GESUNDHEITSFÖRDERUNGSKONZEPTEN

5.

**DIE ENTWICKLUNG EINER
GESUNDHEITSFÖRDERNDEN GESAMTPOLITIK**

*Aktives, gesundheitsförderndes Handeln erfordert:
Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik*

Gesundheitsförderung beinhaltet weit mehr als medizinische und soziale Versorgung. Gesundheit muß auf allen Ebenen und in allen Politiksektoren auf die politische Tagesordnung gesetzt werden. Politikern müssen dabei die gesundheitlichen Konsequenzen ihrer Entscheidungen und ihre Verantwortung für die Gesundheit verdeutlicht werden. Dazu wendet eine Politik der Gesundheitsförderung verschiedene, sich ergänzende Ansätze an, u.a. Gesetzesinitiativen, steuerliche Maßnahmen und organisatorisch strukturelle Veränderungen. Nur koordiniertes, verbündetes Handeln kann zu einer größeren Chancengleichheit im Bereich der Gesundheits-, Einkommens- und Sozialpolitik führen. Ein solches gemeinsames Handeln führt dazu, ungefährlichere Produkte, gesündere Konsumgüter und gesundheitsförderlichere soziale Dienste zu entwickeln sowie sauberere und erholsamere Umgebungen zu schaffen. Eine Politik der Gesundheitsförderung muß Hindernisse identifizieren, die einer gesundheitsgerechteren Gestaltung politischer Entscheidungen und Programme entgegenstehen. Sie muß Möglichkeiten einer Überwindung dieser Hemmnisse und Interessengegensätze bereitstellen. Ziel muß es sein, auch politischen Entscheidungsträgern die gesundheitsgerechtere Entscheidung zur leichteren Entscheidung zu machen.

Ottawa-Charta

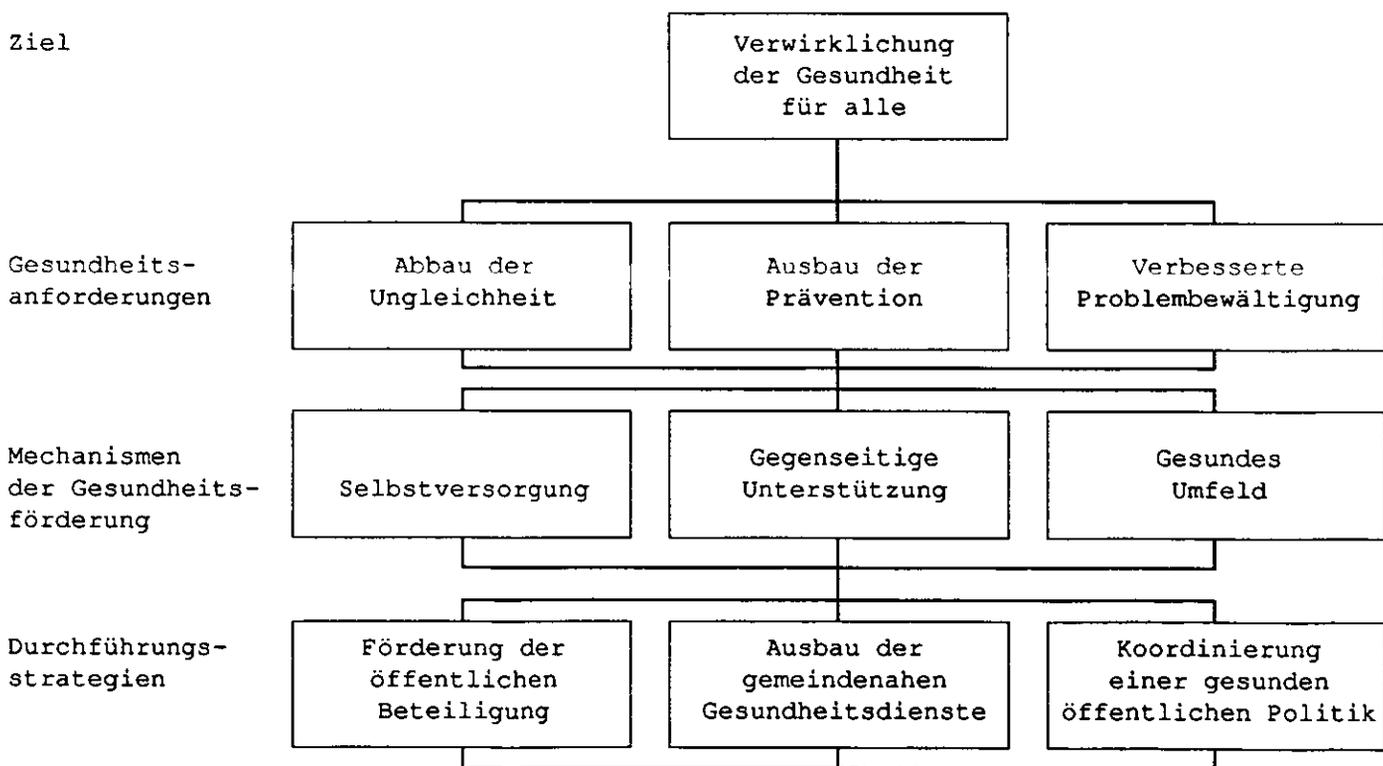
DAS KANADISCHE SYSTEM ZUR GESUNDHEITSFÖRDERUNG BEI CHRONISCHEN KRANKHEITEN

Barbara Naegele

Auf dem Ersten Internationalen Symposium über Gesundheitsförderung stellte Kanada den Beitrag "Gesundheit für alle: ein System zur Gesundheitsförderung" ("Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion") vor. In diesem Dokument werden die derzeitigen Vorstellungen wiedergegeben und eine begriffliche Grundlage für die Analyse derzeitiger und sich für die Zukunft abzeichnender Gesundheitsprobleme angeboten. Dieser Ansatz beruht auf den von der Weltgesundheitsorganisation erarbeiteten Grundsätzen der Gesundheitsförderung und greift die Themen auf, die anschließend in der Ottawa-Charta zum Ausdruck kamen. Kanadas System als solches bietet einen Rahmen für die Erörterung chronischer Krankheiten und die Ermittlung von Möglichkeiten, aus denen sich eine sektorübergreifende Handlungsweise ergibt. Die hervorstechenden Merkmale dieses Systems (Abb. 1) werden kurz erörtert. Die Steigerung der Fähigkeit des Menschen

zur wirksamen Bewältigung chronischer Krankheitsbilder wird als große Herausforderung für die betroffenen Patienten wie für ihre Versorger empfunden. Obwohl im Rahmen des kanadischen Systems auch noch andere Herausforderungen an die Gesundheitsförderung erkannt werden, unter anderem der Abbau von Ungerechtigkeiten und das verstärkte Bemühen um eine wirksame Prävention, liegen diese Fragen doch dicht beieinander und zielen auf bessere Problembewältigung ab. In Kanada treten chronische Krankheiten mit den sich daraus ergebenden Gesundheitsbeeinträchtigungen bei Menschen mit niedrigerem Einkommen, älteren Menschen und Frauen aller Altersgruppen gehäuft auf. So sind Männer mit niedrigem Einkommen beispielsweise vierzehn Jahre länger von einer solchen Beeinträchtigung ihrer Gesundheit betroffen als Männer mit einem hohen Einkommen (Epp 1986). Diese wachsenden Erfahrungen mit chronischen Krankheiten und Behinderungen, darunter

ABBILDUNG 1. EIN SYSTEM DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG



Quelle: Epp (1986)

auch mit chronischen Schmerzen, dürften den Prognosen zufolge zunehmen. Die heutige Langlebigkeit, Veränderungen im Lebensstil und das Älterwerden der Bevölkerung sind nur einige der Faktoren, die zu einem "längeren Leben bei schlechterer Gesundheit" beitragen (Verbrugge 1984). Zur Zeit weisen fast 13 % der Bevölkerung eine oder mehrere langfristige Funktionseinschränkungen auf, während diese Zahl bei Personen über 65 Jahren ca. 39 % beträgt (Statistics Canada 1986). Zu dieser Realität gehören der Begriff der Lebensqualität und die Einschränkung der "alltäglichen Verrichtungen".

Eine bloße Beurteilung der Prävalenz chronischer Krankheiten stellt den Schweregrad der Krankheiten und ihre Folgen für das Wohlbefinden des Einzelnen nur unzureichend dar. Statt dessen finden Meßgrößen der Aktivitätseinschränkung als Indikatoren der Auswirkungen chronischer Krankheiten zunehmend Anerkennung. Diese Meßgrößen sind zwar noch nicht ausreichend verfeinert, zeigen jedoch, daß die Hauptprobleme in Kanada Erkrankungen der Gliedmaßen und Gelenke, Herzkrankheiten, Arthritis und Rheuma, Trauma, Geisteskrankheiten, Asthma und Hypertonie sind (Wilkins et al. 1983). Bei dieser qualitativen Betrachtungsweise steht Krebs an zehnter Stelle. Statt bestimmter Krankheiten werden Einschränkungen der täglichen Funktionstüchtigkeit und die Minderung der Lebensqualität zum Hauptanliegen der Betroffenen und der sie unterstützenden Einrichtungen.

Prozesse und Strategien im Rahmen des Gesundheitsförderungsansatzes

Das kanadische System hat die Herausforderung der Bewältigung derartiger Beeinträchtigungen erkannt und konzentriert sich anschließend auf drei Prozesse oder Mechanismen, mit denen diese Herausforderung angegangen werden soll: es handelt sich dabei um:

- Selbstversorgung oder die Entscheidungen und Maßnahmen des einzelnen, die dieser im Interesse seiner eigenen Gesundheit ergreift;
- gegenseitige Unterstützung, bei der Menschen tätig werden, um sich gegenseitig zu helfen;
- ein gesundes Umfeld oder die Schaffung und Erhaltung von Bedingungen und einer Umgebung, die sich gesundheitsfördernd auswirken.

Diese Mechanismen werden noch bedeutsamer, wenn man ihre gegenseitige Verstärkung

betrachtet. Die gegenseitige Unterstützung, die bisweilen auch als Selbsthilfe bezeichnet wird, ist deshalb besonders wertvoll, weil sie die Vermittlung und die Aneignung von Informationen und Fertigkeiten einschließt, dann aber darüber hinausreicht und auch praktische und gefühlsbezogene Hilfeleistung leistet. Das Gesamtkonzept des gesunden Umfelds setzt die Anerkennung gesundheitspolitischer und gesundheitsfördernder Maßnahmen in Einzelbereichen voraus - vom Lebensbereich des Einzelnen über die Städte bis hin zur natürlichen Umwelt. Der Begriff des gesunden Umfelds verlagert den Rahmen der Gesundheitsfragen in weit außerhalb des Bereichs der Gesundheitsversorgung liegende Sphären. Schließlich werden in diesem System mehrere Strategien hervorgehoben:

- Förderung eines gesellschaftlichen Klimas, das eine Beteiligung der Öffentlichkeit begünstigt;
- Ausbau der gemeindenahen Gesundheitsdienste, damit diese die persönlichen Bedürfnisse und die der Öffentlichkeit stärker fördern;
- Koordinierung der öffentlichen Politik und Einbeziehung der Gesundheit als Faktor in die politischen Handlungskataloge auf allen Gebieten.

Bestimmte Systeme und Bemühungen gibt es bereits. Vor allem unterhält Kanada aus Regierungsmitteln bezahlte flächendeckende Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Die Beteiligung der Öffentlichkeit kommt auf mehreren Wegen zum Ausdruck, unter anderem über gemeinnützige Organisationen und eine wachsende Anzahl von Selbsthilfegruppen. Mit Regierungsmitteln finanzierte Programme, z.B. das Health Promotion Contribution Program (Gesundheitsförderungsprogramm) und New Horizons (Neue Horizonte; für alte Menschen) unterstützen örtliche Initiativen. Im Vergleich zu den medizinischen und institutionellen Einrichtungen bleiben die für die öffentliche Beteiligung und die gemeindenahen Tätigkeit bewilligten Mittel bescheiden. Ein großer Teil der im gemeindenahen Bereich erbrachten gegenseitigen Hilfe ist informeller Art und wird nicht registriert. So wird geschätzt, daß 80% der alten Menschen zugewandten Versorgung auf Angehörige, Freunde oder Nachbarn entfallen (Chappell 1985). Für Patienten mit chronischen Krankheitsbildern und ihre Versorger bestehen viele Unterstützungsmöglichkeiten, die die tägliche Belastung vermindern und die Aussichten auf ein erfüllteres Leben verbessern können. Zu diesen Wahlmöglichkeiten gehören die

Situationsbeurteilung, die Haushaltsführung, die Heimpflege, die zeitweise Entlastung der Versorger, Mahlzeiten-dienste und der Zuspruch am Telefon. Leider sind solche Dienste weder immer verfügbar noch koordiniert (Health Services and Promotion 1986).

Möglichkeiten zur Erweiterung des Horizonts

Die entscheidende Strategie - eine gesunde öffentliche Politik - fällt zumeist vor allem durch ihr Fehlen auf. Natürlich gibt es auch hier Ausnahmen. Wichtige Beispiele sind die Ergebnisse des Jahrs der Behinderten, in dem die Politik zu einer verstärkten Bereitstellung von Behindertenbussen, Toiletten für Rollstuhlfahrer und Rampen führten. Kürzlich handelte eine der größeren Maßnahmen von dem, was wir die Entwicklung von Wissen nennen. Es wurden Konferenzen

abgehalten, an denen jede kanadische Universität beteiligt war, um die Forscher mit den Praktikern aus den Gemeinden zusammenzubringen; dadurch sollten Forschungsprojekte initiiert werden, die auf Konzepte und Prinzipien der Gesundheitsförderung gründen. Gleichzeitig haben wir mit aller Sorgfalt sichergestellt, daß die Bundesregierung Gelder für Projekte zur Verfügung stellt, die eher gemeindeorientiert und weniger biomedizinisch ausgerichtet sind. Im Laufe des nächsten Jahres werden wir Forschungsanträge sehen, die diese Übung in "Konsensbildung" reflektieren.

Dies ist kurz dargestellt Kanadas konzeptueller Beitrag zur Gesundheitsförderung bei chronischen Krankheiten. Diese Betrachtungsweise erweitert unseren Horizont und ermöglicht ein vielfältigeres Wechselspiel zwischen verschiedenen Sektoren bei dem Streben nach "Gesundheit für alle".

STUFENWEISE WIEDEREINGLIEDERUNG IN DEN ARBEITSPROZESS - ERFAHRUNGEN DER BETRIEBSKRANKENKASSEN

Wilfried Berg & Sabine Rinck

Zahlreiche schwere Krankheiten reißen in ihren akuten Phasen den betroffenen Arbeitnehmer für Wochen und Monate aus dem Erwerbsleben und von ihrem Arbeitsplatz. Nach erfolgreich abgeschlossener Behandlung - auch bei chronischen Erkrankungen - ist eine Rückkehr an diesen Arbeitsplatz häufig sowohl möglich als auch aus therapeutischen Gründen wünschenswert.

Die Wiederaufnahme der Arbeit in voller zeitlicher und inhaltlicher Belastung nach monatelanger "Abstinenz" gestaltet sich allerdings oft sehr problematisch. Der abrupte Übergang in den Berufsalltag führt häufig dazu, daß der Betroffene den plötzlich wieder an ihn herangetragenen vollen Leistungsanforderungen nicht gewachsen ist und bereits nach kurzer Zeit eine erneute Erkrankung eintritt. Neben den offensichtlichen Gesundheitsschäden, die dadurch entstehen, treten durch diese kurzfristigen Wiedererkrankungen häufig auch schwere psychische Belastungen auf, die den Erkrankten gegenüber seiner Erkrankung kapitulieren lassen und sehr schnell bei allen Beteiligten den Gedanken an eine Frühverrentung aufkommen lassen.

Ein geschmeidiger und praktischer Plan

Eine stufenweise Wiederaufnahme der Arbeit hilft dagegen, eine solche plötzliche Überlastung zu vermeiden; es gelingt dadurch, zu einer sehr frühen Zeit an den Arbeitsplatz zurückzukehren, den Kontakt zu den Arbeitskollegen wiederherzustellen, durch die Teilnahme am Arbeitsprozeß und die Integration in den Betrieb das Selbstbewußtsein zu stärken und so die Krankheit besser zu bewältigen.

Aus diesen Erfahrungen bildeten sich im Laufe der letzten 10 Jahre bei einzelnen Betrieben, vor allem Großbetrieben mit Betriebskrankenkassen, das Verfahren der "stufenweise Wiedereingliederung" heraus. Es handelte sich dabei zunächst um Einzelfälle, in denen alle Beteiligten einer Maßnahme mit stufenweiser Steigerung der Arbeitszeit zustimmten. Hieraus entstand eine Möglichkeit der innerbetrieblichen Rehabilitation, deren Vorteile inzwischen von allen Krankenkassen anerkannt sind.

Das Verfahren der stufenweisen Wiedereingliederung wird, wie oben bereits angedeutet, bei langwierigen, zum Teil chronischen Krankheiten in der Regel entweder vom behandelnden Arzt, vom Vertrauensarzt oder vom Reha-Sachbearbeiter der Betriebskrankenkasse initiiert. Krankheitsarten, die für diese Art der beruflichen Rehabilitation besonders geeignet sind, sind vor allem Herz- und Kreislaufkrankungen (Herzinfarkt), chronische Erkrankungen des Bewegungsapparates, Krebserkrankungen und psychische Erkrankungen. Die initiiierenden Stellen - so es nicht in Ausnahmefällen der Versicherte selbst ist - bitten in ihnen geeignet erscheinenden Fällen den Versicherten um Einverständnis, sich mit dem jeweiligen Arbeitgeber in Verbindung setzen zu können, um mit diesem die Möglichkeiten und Verfahrensweise für eine stufenweise Wiedereingliederung am jeweiligen Arbeitsplatz abzusprechen. Gibt der betroffene Versicherte diese Einwilligung und ist der Arbeitgeber ebenfalls bereit, diese Maßnahme durchzuführen, wird in Kooperation aller Beteiligten, einschließlich des Betriebsarztes, ein Wiedereingliederungsplan erstellt, der die Einzelheiten der Arbeitsaufnahme, der stufenweisen ansteigenden Arbeitszeit und die Gesamtdauer der Maßnahme enthält. In der Regel läuft ein solcher Stufenplan für einen Zeitraum von 6 Wochen bis zu 6 Monaten. Eine Anpassung des einmal erstellten Planes an den jeweiligen Gesundheitszustand des Arbeitnehmers ist jederzeit möglich. Im Normalfall tritt die Krankenkasse als Koordinator unter Einbeziehung aller Beteiligten bei der Umsetzung des Stufenplanes auf. Zur Finanzierung in den jeweiligen Fällen gibt es je nach Betrieb verschiedene Möglichkeiten, die sich aber im wesentlichen in zwei Modellen zusammenfassen lassen. Im einen wird vom Arbeitgeber Teilentgelt je nach Höhe der gearbeiteten Stundenzahl und von der Krankenkasse Teilkrankengeld unter Anrechnung des gezahlten Arbeitsentgeltes gezahlt. Dies führt aufgrund diverser gesetzlicher Regelungen zu zum Teil komplizierten Anrechnungsverfahren, z.B. auch hinsichtlich von Rentenansprüchen,

die für den Versicherten nicht immer überschaubar sind. Aus diesem Grund wurde bei einigen Unternehmen, ausgehend wohl von der Firma Siemens - einem der Pioniere auf dem Gebiet der stufenweisen Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß - ein Modell erarbeitet, das für den Versicherten sehr transparent ist und auch finanziell relativ vorteilhaft. Hinsichtlich der Finanzierung sieht das Modell vor, daß der Versicherte, so lange seine wöchentliche Arbeitszeit weniger als 20 Stunden beträgt, von seiner Betriebskrankenkasse das volle Krankengeld erhält und der Arbeitgeber einen anrechnungsfreien Zuschuß in Höhe der Differenz zwischen Krankengeld und dem letzten Nettoverdienst vor der Arbeitsunfähigkeit bezahlt, wobei auch zwischenzeitlich eingetretene Tariferhöhungen berücksichtigt werden. Ab einer wöchentlichen Arbeitszeit von über 20 Stunden erhält der Versicherte die Bezüge, die er erhielte, wenn er seine volle Arbeitszeit arbeiten würde. Maßgebend ist auch hier das Arbeitseinkommen im letzten Monat vor der Arbeitsunfähigkeit; auch hier werden zwischenzeitliche Tariferhöhungen berücksichtigt. Dieses Modell wird aufgrund seiner "Anwenderfreundlichkeit" inzwischen von zahlreichen Betrieben und Betriebskrankenkassen praktiziert.

Viele positive Ergebnisse und eine 80%ige Erfolgsquote

Nach einer Umfrage des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen ist davon auszugehen, daß seit Einführung dieser Maßnahmen mehrere tausend Fälle der stufenweisen Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß bei Betrieben mit Betriebskrankenkassen in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt wurden. Die Erfolgsquote liegt nach Angaben der Betriebskrankenkassen bei 80-90%. Ende 1987 hatte ca. die Hälfte aller Betriebskrankenkassen Erfahrungen mit dieser Maßnahme der innerbetrieblichen Rehabilitation.

Aus den - nicht empirisch belegten - Erfahrungen der Betriebskrankenkassen, die das Verfahren der stufenweisen Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß praktizieren, lassen sich abschließend folgende positive Ergebnisse festhalten: Der Versicherte kehrt früher an seinen Arbeitsplatz zurück, hält dadurch den Kontakt zu seinen Arbeitskollegen und zu den Inhalten seiner Arbeit aufrecht. Er erreicht in der Regel früher seine volle

Arbeitsfähigkeit. Die Zahl der Frühverrentungen geht zurück, berufsfördernde rehabilitative Maßnahmen wie Umschulungen, die häufig mit dem Verlust des alten Arbeitsplatzes verbunden sind, werden oft nicht notwendig. Auch der Arbeitgeber kann frühzeitiger wieder auf das Wissen und Können des Beschäftigten zurückgreifen. Die Wahrscheinlichkeit, eine qualifizierte Arbeitskraft zu behalten, wird größer. Für die Krankenkasse ergeben sich aus der stufenweisen Wiedereingliederung vor allem dadurch Vorteile, daß die Arbeitsunfähigkeitszeiten in der Regel kürzer und dadurch auch die Krankengeldzahlungen niedriger sind bzw. dadurch, daß Teile der Krankengeldzahlung durch Arbeitsentgeltzahlungen ersetzt werden. Andere Sozialleistungsträger wie Rentenversicherung oder Arbeitsamt müssen bei geglückten Wiedereingliederungsmaßnahmen kaum in Anspruch genommen werden. Der beste Beleg für die positiven Erfahrungen ist die Institutionalisierung der stufenweisen Wiedereingliederung durch die Gesetzgebung. Bis Ende 1988 gab es keine gesetzliche Regelung für dieses Verfahren. Die kürzlich in Kraft getretene Gesundheitsreform in der Bundesrepublik Deutschland hat die stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß voll anerkannt (Paragraph 74 SGB).

WIE KANN DEN BEDÜRFNISSEN DER PFLEGENDEN ENTSPROCHEN WERDEN? EIN ZEHN-PUNKTE-PLAN FÜR PFLEGENDE

Ann Richardson

Den Bedürfnissen von Personen, die besonderer Pflege bedürfen - Personen, die älter, chronisch krank oder behindert sind - wird inzwischen die längst überfällige Aufmerksamkeit geschenkt. Etwas anders verhält es sich aber bezüglich der Bedürfnisse von denjenigen - den Pflegenden -, die sich um diese Personen zu Hause kümmern; sie werden weitgehend ignoriert. Vor zwei Jahren kamen die Vertreter einer Anzahl von Organisationen in Großbritannien zusammen, um ein Projekt ins Leben zu rufen, das diese Balance wiederherstellt. Sie wollten sowohl die Bandbreite der Bedürfnisse von Pflegenden beschreiben als auch Leitlinien für die Dienste herausgeben, die diesen Bedürfnissen entsprechen sollten. Die Dokumente - die nach intensiven Beratungen mit Personen, die in diesem Bereich tätig sind, vorbereitet wurden - sind inzwischen veröffentlicht worden (Richardson et al. 1989). In diesem kurzen Beitrag wird ein Überblick über die angesprochenen Themen gegeben.

Wer sind die Pflegenden

Pflegende können definiert werden als Personen, die sich um einen Verwandten oder Freund kümmern, der sein alltägliches Leben zu Hause aufgrund einer Behinderung, Krankheit oder seines hohen Alters nicht ohne Hilfe bewältigen kann. Dabei kann es sich um Eltern eines geistig behinderten Kindes handeln, um einen Ehemann, dessen Frau eine Behinderung hat, eine Tochter, die sich um ihre alte Mutter kümmert oder um jemanden, der für seinen chronisch kranken Freund sorgt. Die meisten Pflegenden sind Frauen, obwohl es auch männliche Pflegende gibt. Die spezifischen Verhältnisse variieren enorm. Dies hängt zum Teil mit den Unterschieden in der Natur und der Schwere des Zustandes der Person zusammen, um die sich gekümmert wird; aber auch mit den Unterschieden der individuellen Biographien und der Erwartungen. Pflegen findet innerhalb einer Beziehung statt; die Gefühle des Pflegenden bezüglich seiner Arbeit werden im Laufe der Zeit von der Natur dieser Beziehung beeinflusst. Pflegen schließt sowohl physisches als

auch emotionales Engagement ein. Die Aufgaben können ermüdend, unerfreulich und sogar potentiell gefährlich sein; jemand aus dem Bett heben ist beispielsweise eine häufige Verletzungsursache. Das Leben eines Pflegenden kann sich um die Person drehen, die man pflegt; viele Pflegende können keine Arbeitsstelle annehmen und manche können nicht einmal mehr das Haus verlassen. Allerdings ist die emotionale Seite häufig diejenige, die die größten Belastungen hervorruft. Verdruß, Ärger oder Schuld rufen viele Spannungen hervor. Es muß natürlich festgehalten werden, daß viele Pflegende erhebliche Befriedigung aus ihrer Tätigkeit ziehen, und sie mit Liebe, Großzügigkeit und Loyalität im Zusammenhang mit ihrer Rolle in der Familie ausüben.

Häufig finden sich Menschen tief in die Rolle des Pflegenden verstrickt, ohne überhaupt überlegen zu können, ob es dies ist, was sie tun wollen. Dies trifft sowohl dann zu, wenn die Pflegeaufgabe sich erst langsam entwickelt hat, z.B. beim Lebenspartner mit einer chronischen Krankheit, als auch dann, wenn sie plötzlich auf einen zukommt, z.B. bei der Geburt eines behinderten Kindes. Hat man die Rolle einmal angenommen, wird es zunehmend schwieriger, sie wieder abzustreifen. Der gesamte Druck - extern und, vielleicht noch wichtiger, intern - lastet auf dem Pflegenden. Häufig ist es schwierig, die Aufgaben mit jemanden zu teilen. Viele Pflegende bekommen nur geringe Unterstützung von Verwandten; sie trauen sich nicht, um Hilfe zu fragen, und werden sehr isoliert.

Ein Zehn-Punkte-Plan zur Unterstützung von Pflegenden

Was kann getan werden, um zu helfen? Der Zehn-Punkte-Plan beschreibt zehn unterschiedliche Bedürfnisse. Es gibt viele Maßnahmen, die unternommen werden können, um diesen Bedürfnissen zu entsprechen - von größeren Veränderungen in der Politik für Pflegende in einem Bereich bis zu kleinen praktischen Vorschlägen, um einzelne Pflegende bei ihrer täglichen Arbeit zu unterstützen. Allen geht es darum, die Pflegeaufgaben

einfacher zu gestalten und das Ausmaß zu reduzieren, in dem sich Pflegende in ihrer Rolle gefangen fühlen. In der genannten Broschüre werden diese Maßnahmen ausführlich dargestellt. Im folgenden werden einige Beispiele beschrieben, um den Gedankengang zu veranschaulichen.

1. Anerkennung der Leistung der Pflegenden und ihrer eigenen Bedürfnisse als Individuen. Kommunale Maßnahmen zur Krankenpflege, wie z.B. nach der Entlassung aus dem Krankenhaus, müssen die Bewältigungsfähigkeiten der Pflegenden in Rechnung stellen - ebenso wie die zur Verfügung stehenden Dienste, um sie zu unterstützen. Dies betrifft sowohl den gesamten Bereich als auch die individuelle Ebene. Diejenigen, die Dienste in Kliniken oder zu Hause bereitstellen, sollten die Bedürfnisse der Pflegenden und die der zu pflegenden Person besonders berücksichtigen. Praktisch bedeutet dies, daß man sich Zeit nimmt, um mit dem Pflegenden zu sprechen, sich ihre Sorgen anhört und ihre Leistungen respektiert. Pflegenden sollte nicht automatisch gesagt werden, daß sie "eine hervorragende Arbeit" machen; es könnte angemessener sein zu erkennen, daß sie müde scheinen und daß man potentielle Hilfsmöglichkeiten vorschlägt.

2. Maßgeschneiderte Dienste für die individuellen Verhältnisse eines Pflegenden, seine Bedürfnisse und Perspektiven, die während Diskussionen zu der Zeit gewonnen werden, wenn Unterstützung geplant wird. Die Dienste müssen flexibel und auf die Bedürfnisse des Pflegenden und der zu pflegenden Person eingehend geplant werden. Dies gilt für den gesamten Dienst als auch für die Planungen für jede einzelne Familie. Eine Art von Fall-Managementsystem sollte eingerichtet werden, in dem eine Person für die Bereitstellung und Kontrolle einer ganzen Reihe von Diensten verantwortlich ist. Der Zugang zu den Diensten sollte einfach sein. Pflegende sollten über Entscheidungen, die sie betreffen, gut informiert werden. In einigen Fällen kann es notwendig sein, zwischen dem Pflegenden und der zu pflegenden Person zu vermitteln.

3. Dienste, die bewußt unterschiedliche ethnische, kulturelle und religiöse Hintergründe und Werte reflektieren, die gleichermaßen für Pflegende jeder ethnischer Herkunft zugänglich sind. Dienste sollte so gestaltet sein, daß sie die Bedürfnisse aller sozialer Gruppen

abdecken. Es darf keine Diskriminierung aufgrund der Rasse, Farbe oder der ethnischen Herkunft geben. In einigen Fällen haben Pflegende aus Minderheitengruppen besondere Bedürfnisse und es sollten Anstrengungen gemacht werden, diesen zu entsprechen. Die meiste Unterstützung, die im Zusammenhang mit Pflege benötigt wird, ist sehr persönlich und erfordert jemanden, der die kulturellen Normen des Pflegenden und seiner Familie versteht. Diejenigen, die Dienste zur Verfügung stellen, müssen auch sicherstellen, daß alle Gruppen über ihr Vorhandensein informiert sind und daß diese Informationen angemessen übersetzt werden.

4. Möglichkeiten für eine Pause, sowohl für eine kurze Zeit (einen Nachmittag) als auch für längere Zeiten (eine Woche oder mehr), um sich zu erholen und Zeit für sich selbst zu haben. Pflege während solcher Ruhepausen kann auf vielen Wegen bereitgestellt werden. Sie kann zu Hause erfolgen, um dem Pflegenden zu ermöglichen, das Haus zu verlassen, oder woanders, um dem Pflegenden Zeit für sich allein zu Hause zu geben. Sie kann für sehr kurze oder längere Zeit erfolgen. Es kann sich um eine formale Vereinbarung in einer kleinen Institution oder um ein informelles Arrangement zwischen Familien handeln. Es sollten viele Möglichkeiten zur Pflege während Ruhepausen zur Verfügung stehen, um den Pflegenden zu ermöglichen, diejenige Unterstützung zu wählen, die am dringendsten benötigt wird. Diese Pflege sollte ein Verständnis für die individuellen Bedürfnisse der zu pflegenden Person demonstrieren, andernfalls wird sie nicht genutzt. Informationen über Pflegearrangements während Ruhepausen sollten breit gestreut werden.

5. Praktische Hilfe zur Erleichterung der Pflegeaufgaben inklusive Haushaltshilfen, Anpassungen in der Wohnung, Dienste für die persönliche Hygiene und Transporthilfen. Pflegende brauchen eine große Bandbreite praktischer Unterstützung. Einige brauchen eine weitere Person, die bei der Pflege und anderen Arbeiten im Haushalt behilflich ist. Haushaltshilfen, auch außerhalb der normalen Arbeitszeit, sollten für solche Familien zur Verfügung stehen. Einige Pflegende benötigen verschiedene praktische Hilfe beim Füttern, Baden, Umbetten usw. Sie sollten in großem Umfang bereitstehen und entsprechend bekannt gemacht werden. Transporthilfen sind

ebenfalls lebensnotwendig, um Pflegenden zu ermöglichen, das Haus zu verlassen.

6. Einen Gesprächspartner, mit dem man über emotionale Bedürfnisse beim Beginn, während und nach der Pflege sprechen kann. Pflegende leiden oft unter erheblicher Isolation; sie brauchen Gelegenheiten, um über ihre Probleme und Erfahrungen sprechen zu können. Dies kann von einem professionellen Berater ermöglicht werden. Andererseits nehmen viele Pflegende gern die Möglichkeit wahr, Unterstützungsgruppen für Pflegende beizutreten, weil dort ein gemeinsames Verständnis aufgrund der Tatsache, daß man sich in derselben Situation befindet, herrscht. Professionelle sollten die Entwicklung solcher Unterstützungsgruppen ermutigen und die Pflegenden über ihre Existenz informieren. Es kann auch hilfreich sein, einen Pflegenden mit einem anderen, der sich in einer vergleichbaren Situation befindet, zusammenzubringen.

7. Informationen über verfügbare Privilegien und Dienste und darüber, wie mit dem speziellen Zustand einer zu pflegenden Person umgegangen werden kann. Dienste für Pflegende sollten auf breiter Basis bekannt gemacht werden. Insbesondere dort, wo Pflegende keine Möglichkeit haben, das Haus zu verlassen, haben sie nur geringe Möglichkeiten, sich über lokale Dienste zu informieren. Alle Professionellen, die mit Pflegenden zusammenarbeiten, sollten diese daran erinnern, was zur Verfügung steht inklusive Privilegien, lokale Dienste und potentielle Hilfsorganisationen. Informationszentren für Personen mit Behinderungen sollten auch für Pflegende sorgen. Zentren für Pflegende, die Information und Beratung anbieten, könnten sich als besonders hilfreich erweisen. Die Pflegenden sollten auch umfassend über die Natur und Prognose des Zustands der zu pflegenden Person informiert werden.

8. Ein Einkommen, das die Kosten der Pflege abdeckt und das Pflegende nicht davon ausschließt, eine Arbeitsstelle anzunehmen oder die Pflege mit anderen Personen zu teilen. Das Einkommen von Pflegenden ist aufgrund der Pflegesituation erheblich eingeschränkt. Viele können nicht außerhalb des Hauses arbeiten oder nur begrenzt eine Arbeitsstelle annehmen, die es ihnen ermöglicht, ihre häuslichen Verpflichtungen wahrzunehmen. Gleichzeitig stellen sich aufgrund der Pflege zusätzliche Kosten ein - zusätzliche

Wäsche, Heizung, Transport und sogar Anpassungen in der Wohnung. Angemessene staatliche Unterstützungen sollten für Pflegende und für die zu pflegende Person zur Verfügung stehen. Arbeitgeber sollten ermutigt werden, für Pflegende flexible Arbeitszeitvereinbarungen anzubieten.

9. Gelegenheiten, Alternativen zur Pflege in der Familie zu eruieren sowohl kurz- als auch langfristig. Viele Pflegende meinen, daß sie keine andere Wahl als zu pflegen haben, möchten aber dennoch alternative Arrangements diskutieren. Diejenigen, die Dienste planen, sollten sicherstellen, daß ausreichende Möglichkeiten für solche Personen zur Verfügung stehen, die nicht in der Familie wohnen. Solche Möglichkeiten müssen auf breiter Basis bekannt und zugänglich gemacht werden für diejenigen, die diese Alternative erkunden wollen. Diejenigen, die mit Pflegenden zusammenarbeiten, sollte Diskussionen über diesen Sachverhalt besonders sensibel führen, denn es könnte sein, daß die Pflegenden nur ungern darüber sprechen wollen.

10. Dienste, die unter Beteiligung der Pflegenden auf allen Ebenen der politischen Planung entwickelt werden. Damit die Dienste den Bedürfnissen der Pflegenden entsprechen, sollten sie unter ihrer Beteiligung gestaltet werden. Diejenigen, die für größere politische Bereiche verantwortlich sind, sollten formale Beratungsgremien für Pflegende schaffen, in denen die Bereitstellung von Diensten debattiert wird. Diejenigen, die einzelne Einrichtungen oder Dienste leiten, sollten ebenfalls tägliche Arrangements mit den Pflegenden diskutieren. Es kann sich dabei um zentrale Themen handeln, wie, was, wie viel und wie zur Verfügung gestellt wird. Pflegende können auch für viele Einzelheiten beratend tätig sein, z.B. wann Pflege während der Ruhepausen angeboten werden sollte. Die individuellen Ansichten der Pflegenden sollten in den Diskussionen mit Professionellen respektiert werden.

Zwei besonders wichtige Bedürfnisse: Unterstützung und Anerkennung

In einigen Bereichen mögen die hier gemachten Vorschläge ziemlich radikal erscheinen. Sie sind freilich im Geiste von Vernunft und Alltagsverstand entwickelt worden. Pflegende sind keine schillernde Gruppe - die ihre Rechte

einfordert - noch möchten sie als solche angesehen werden. Ihr Fall liegt sehr klar. Gegenwärtig sparen sie dem Steuerzahler eine erhebliche Menge Geld, indem sie diejenigen, die sie pflegen, aus der institutionellen Pflege heraushalten. Wenn sie nicht angemessen unterstützt werden, werden viele darüber hinaus nicht mehr in der Lage sein, ihre Tätigkeit fortzusetzen. Und schließlich wird jeder, der sich um die Gleichberechtigung sorgt, nicht umhin können anzuerkennen, welche Last viele Pflegende tragen. Es scheint deshalb nur gerechtfertigt, Mittel und Wege zu finden, ihnen Hilfe und Unterstützung zukommen zu lassen. Man kann bereits jetzt absehen, daß die Notwendigkeit für einigen Wandel immer drängender wird. Die Anzahl der Personen, die Pflege benötigt, steigt rasch, was besonders bei sehr alten Menschen deutlich wird. Gleichzeitig stehen immer weniger "fertige" Pflegende zur Verfügung. Mit dem steigenden Anteil von Frauen bei Erwerbstätigen wird wirklich die Frage aufgeworfen, ob sie weiterhin bereit und willens sind, ihre traditionelle Rolle als Pflegende zu erfüllen. Man kann nicht weiterhin annehmen, daß es eine große

Anzahl von potentiell Pflegenden geben wird, die zu Hause sitzen und darüber nachdenken, was sie mit ihrer Zeit anfangen sollen.

In Großbritannien, wie in anderen Ländern, kann es in Zeiten der Ausgabenkürzungen schwierig sein, neue Sozialdienste zu fordern. Die verantwortlichen Politiker werden sich erheblich unter Druck gesetzt fühlen, neue Ressourcen zu erschließen. Allerdings erfordern nicht alle der hier gemachten Vorschläge Ressourcen. Einige drehen sich eher um die Notwendigkeit zur Veränderung von Einstellungen und Voraussetzungen. Einige Professionelle sollten ihre Annahmen über die Pflege in der Familie überprüfen, z.B. hinsichtlich der Verpflichtung von Frauen, Pflege zu übernehmen, ihre Arbeitsstelle, wo nötig, aufzugeben. Insgesamt gilt, daß diejenigen, die Dienste bereitstellen, den Pflegenden in ihr Denken hineinholen müssen. Das bedeutet, mit Pflegenden zu sprechen, für Diskussionen alle Optionen offen zu halten und deren Ansichten zu respektieren. Es bedeutet auch, Pflegende als Menschen zu begreifen - nicht einfach als jemanden, der der Person aushilft, für die er sorgt.

SCHWERPUNKTE FÜR DIE ZUKUNFT

- Gesunde staatliche Politik sollte so angelegt sein, daß
- eine gerechtere Verteilung der finanziellen, technischen und anderen sozialen Ressourcen zwischen den Vertretern der Heilberufe und den an chronischen Krankheiten leidenden Menschen und ihren Familien erreicht wird;

 - Gesundheitsgesetze und -verordnungen abgesichert werden, die zu Programmen und Maßnahmen mit dem Ziel der Einführung der Rehabilitation und der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz beitragen;

 - die Gesetzgebung über das Recht des Patienten auf Aufklärung, Zustimmung und Zugang zu seinen Krankenunterlagen sowie zu psychosozialer Unterstützung gefördert wird und

 - finanzielle Unterstützung für ergänzende Therapien (einschließlich des Versicherungsschutzes für Gesundheitsförderungsmaßnahmen) und für den Ausbau der Selbstversorgung und der Selbsthilfe bereitgestellt wird.

6.

**GESUNDHEITSFÖRDERNDE
LEBENSWELTEN SCHAFFEN**

*Aktives, gesundheitsförderndes Handeln erfordert:
Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik*

Unsere Gesellschaften sind durch Komplexität und enge Verknüpfung geprägt: Gesundheit kann nicht von anderen Zielsetzungen getrennt werden. Die enge Bindung zwischen Mensch und Umwelt bildet die Grundlage für einen sozialökologischen Weg zur Gesundheit. Oberstes Leitprinzip für die Welt, die Länder, Regionen und Gemeinschaften ist das Bedürfnis, die gegenseitige Unterstützung zu fördern - sich um den anderen, um unsere Gemeinschaften und unsere natürliche Umwelt zu sorgen. Besondere Aufmerksamkeit verdient die Erhaltung der natürlichen Ressourcen als globale Aufgabe.

Die sich verändernden Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen haben entscheidenden Einfluß auf die Gesundheit. Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen.

Eine systematische Erfassung der gesundheitlichen Folgen unserer sich rasch wandelnden Umwelt - insbesondere in den Bereichen Technologie, Arbeitswelt, Energieproduktion und Stadtentwicklung - ist von essentieller Bedeutung und erfordert aktives Handeln zugunsten der Sicherstellung eines positiven Einflusses auf die Gesundheit der Öffentlichkeit. Jede Strategie zur Gesundheitsförderung hat den Schutz der natürlichen und der sozialen Umwelt sowie die Erhaltung der vorhandenen natürlichen Ressourcen mit zu ihrem Thema zu machen.

Ottawa-Charta

ARBEITSPLATZ UND ALLGEMEINHEIT

Horst Noack

Ein chronisch Kranker, der nach einer Phase der medizinischen Behandlung wieder seine Arbeit aufnimmt oder versucht, eine Stelle zu bekommen, sieht sich schwierigen Problemen gegenüber. Deshalb haben die chronisch Kranken, ihre Familien, ihre Arbeitgeber, die Allgemeinheit und die politischen Entscheidungsträger Schritte einzuleiten, um die Voraussetzungen für ein menschenwürdiges, produktives Leben zu schaffen.

Beschäftigung - Im allgemeinen unterscheidet sich die Lage chronisch Kranker, die vor Aufnahme der ärztlichen Behandlung berufstätig waren, beträchtlich von der Situation der Arbeitslosen. In einer Gesellschaft, die die Arbeit hoch bewertet, ist ein Arbeitsplatz nicht nur eine wesentliche wirtschaftliche Ressource, sondern bestimmt auch den sozialen Status und formt das Selbstbild des Betroffenen. Deshalb muß die Wiederaufnahme der Arbeit früherer Berufstätiger gefördert und müssen den Arbeitslosen Stellen angeboten werden. Nur so kann der Teufelskreis der Arbeitslosigkeit und der fortbestehenden Erwerbsunfähigkeit durchbrochen werden.

Geeignete Stellen - Insbesondere in Ländern mit hohen Arbeitslosenziffern und in den traditionelleren Wirtschaftszweigen besteht zumeist ein Mangel an geeigneten Stellen für chronisch Kranke. Für spezifische Kategorien von Behinderten müssen geeignete Arbeitsplätze geschaffen werden, darunter auch Möglichkeiten für eine Teilzeitbeschäftigung. Ohne die Entschlossenheit, auf die Einhaltung der Bestimmungen zu achten, reichen Gesetze oder Verordnungen über Chancengleichheit nicht aus.

Wer soll entscheiden? - Wenn angemessene Arbeitsmöglichkeiten bestehen, sollten chronisch Kranke darüber mitbestimmen können, ob und unter welchen Bedingungen sie ihre Arbeit wiederaufnehmen können. Hier muß die Rolle der Ärzteschaft, des Systems der sozialen Sicherheit und anderer Beteiligter klarer herausgearbeitet werden. Ad hoc-Entscheidungen über den Beschäftigungsstatus chronisch Kranker sind kein Ersatz für eine Beschäftigungspolitik.

Ungelernte Arbeiter - In Ländern mit hoher

Arbeitslosigkeit verdienen die ungelerten oder schlecht ausgebildeten Arbeitnehmer besondere Aufmerksamkeit. Aufgrund der demographischen Verhältnisse dürfte diese Bevölkerungsgruppe schneller anwachsen als andere gesellschaftliche Gruppen, sodaß sich die Gesundheitslücke zwischen den Gruppen mit niedrigem Einkommen und den Gutverdienenden weiter vergrößert. Obwohl dieses Problem nur sehr schwer zu lösen ist, müssen die Politiker und die gesamte Gesellschaft doch darauf aufmerksam gemacht werden.

Stigmatisierung - Die Stigmatisierung des chronisch Kranken ist, vor allem am Arbeitsplatz, ein weiteres schwerwiegendes Problem. So kann Krebs z.B. von Arbeitskameraden oder Kollegen als ansteckend angesehen werden. Um den chronisch Kranken am Arbeitsplatz zu integrieren, muß das Bild der Krankheiten und der chronisch Kranken selbst in den Augen der Gesellschaft geändert werden. Dies ist ein überaus schwieriger Prozeß, der Bemühungen in vielen Teilbereichen erfordert, die sich vor allem auf die Vermittlung geeigneter Informationen, die Förderung von Selbsthilfegruppen und die Herstellung von Verbindungen mit Unternehmen und gemeindenahen Einrichtungen konzentrieren. **Unterstützung des chronisch Kranken** - Neben der ärztlichen Versorgung brauchen der chronisch Kranke und seine Familie Unterstützung bei der Bewältigung der sozialen Folgen der Krankheit, insbesondere aufgrund des Verlusts des sozialen Status und der Stigmatisierung. Es sollten persönliche Hilfestellung, Beratung, Schulungskurse und die Teilnahme an Selbsthilfegruppen angeboten werden, um chronisch Kranken wieder Zuversicht einzuflößen.

Die Rolle der betriebsärztlichen Dienste - In großen Unternehmen oder Institutionen kann der betriebsärztliche Dienst die Wiedereingliederung des chronisch Kranken fördern und ihm dabei helfen, ein produktives und befriedigendes Arbeitsleben zu führen. Diesen Diensten gehören gewöhnlich Ärzte, Krankenschwestern und Sozialarbeiter an. Andere Fachleute und, was sehr wichtig ist, Laien sollten ebenfalls einbezogen werden.

Selbsthilfegruppen und andere, von Fachleuten geleitete Gruppen können eine nützliche Rolle spielen (z.B. beim Volkswagen-Modell). Mehrere Unternehmen können sich unter Umständen bei der Errichtung eines solchen Dienstes zusammenschließen. Auch die gemeindenahen Gesundheitseinrichtungen können für diesen Zweck genutzt werden.

einschließlich entsprechender Gesetze und Vorschriften erforderlich, um zur Schaffung von Arbeitsplätzen für chronisch Kranke und Behinderte beizutragen.

Gesundheitsförderung im Unternehmen - Neben den betriebsärztlichen Diensten sollten die Unternehmen besondere Gesundheitsförderungsgruppen einrichten, um zum einen die berufliche Rehabilitation chronisch Kranker und zum anderen die allgemeine Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz zu unterstützen. Die Erfahrung zeigt, daß ein Ausschuß, in dem die Unternehmensleitung, die Gewerkschaften und Bezugspersonen vertreten sind, Gesundheitsprobleme (z.B. Alkoholismus) erfolgreich angehen kann. Für den Aufbau einer solchen Infrastruktur benötigen die Unternehmen den Rat von Fachleuten und Unterstützung durch die Allgemeinheit und die Regierung.

Die Rolle der Allgemeinheit - Bemühungen um die Gesundheitsförderung im gemeindenahen Bereich sind eine unverzichtbare Voraussetzung für den Erfolg der Gesundheitsförderungsaktivitäten am Arbeitsplatz. So könnte die Allgemeinheit z.B. Unternehmen dabei unterstützen, integrierte Gesundheitsförderungsprogramme für chronisch Kranke wie für gesunde Mitarbeiter aufzubauen. Dabei sollte der Beitrag Beachtung finden, den die Allgemeinheit zu den Selbsthilferessourcen, zur Hilfe durch Fachleute, zur finanziellen Unterstützung usw. leisten kann.

Modelle der finanziellen Unterstützung - Es sind Vorschriften und Mechanismen für die Finanzierung der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz erforderlich. Dabei sollten alle an der Kostenteilung beteiligten Gruppen einbezogen werden. Es werden Kostenschätzungen für ein umfassendes System der Gesundheitsförderung, der medizinischen Versorgung und der Rehabilitation benötigt. Werden die sozialen Kosten chronischer Erkrankungen und Behinderungen berücksichtigt, so dürfte ein solches Modell kostengünstig sein.

Gesundheitspolitik - Die Durchführung setzt eine in sich geschlossene Gesundheitspolitik voraus, die auf Gesundheitsförderung und medizinische Versorgung ausgerichtet ist. Darüber hinaus ist eine geeignete Sozialpolitik

EINE HERZGRUPPE IN DER ARBEITSWELT

Hauke Engelhardt

Texacos Herzgruppe zeigt, wie gemeinsame Anstrengungen der Unternehmensleitung einerseits und der Betriebsärztin andererseits die eigenen Mitarbeiter bei einer Herz-Kreislaufkrankung besser unterstützen können.

Eine Idee wird Wirklichkeit

Auf Anregung der Betriebsärztin wurde im Oktober 1980 bei der Hauptverwaltung der Deutschen Texaco AG in Hamburg eine Sportgruppe eingerichtet, die ein gezieltes, therapeutisches Bewegungstraining für Mitarbeiter mit koronarer Herzkrankheit anbot.

Eine geeignete, firmeneigene Sporthalle stand schon zur Verfügung; nun galt es nur noch, einen geeigneten Sportlehrer zu finden. Dieser war nicht einfach zu finden. Selbst die lokalen Sportvereinigungen konnten nicht behilflich sein, aber schließlich konnte das Problem doch noch gelöst werden. In dieser Anfangsphase fanden auch informelle Gespräche mit der Arbeitsgemeinschaft für kardiologische Prävention und Rehabilitation e.V. Hamburg statt, denn schließlich hatte diese Organisation bereits reichlich Erfahrung mit Koronar- bzw. - wie es heute heißt - Herzgruppen. Durch die Einrichtung einer Koronargruppe wurde die bereits vorbildliche Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß bei der Texaco um eine sinnvolle Maßnahme ergänzt. Schon nach kurzer Zeit wurde das Angebot von den Mitarbeitern gut angenommen und hat sich laut Aussage aller Beteiligten bewährt.

Wie die Gruppe arbeitet und wer teilnimmt

Das einstündige Sportangebot "Koronargruppe" findet einmal wöchentlich während der Arbeitszeit statt. Lediglich aus versicherungsrechtlichen Gründen ist die Koronargruppe dabei dem Betriebssport angegliedert. Dies ermöglicht dem Unternehmen alle Kosten - einschließlich der Bezahlung des Übungsleiters - zu übernehmen. Während des Sportbetriebes ist die Betriebsärztin zugegen - darüber hinaus wirkt eine weitere Person des

personalärztlichen Dienstes aktiv mit. Aus naheliegenden Gründen besteht die Möglichkeit, an der Koronargruppe teilzunehmen, grundsätzlich nur für Mitarbeiter und pensionierte Mitarbeiter des Unternehmens. Eine weitere notwendige Voraussetzung für die Teilnahme ist eine Verordnung durch die Betriebsärztin. Nach Rücksprache mit der Ärztin handelt es sich bei den gegenwärtigen Teilnehmern der Koronargruppe nicht ausschließlich um Infarktpatienten, sondern auch um besonders gefährdete Risikopatienten, für die die Therapie im Sinne der sekundären Prävention erfolgt. In allen Fällen ist die Teilnahme vollkommen freiwillig, was sich aus der etwas niedrigen Teilnehmerzahl schließen läßt.

Ein sportives, entspanntes Ambiente

Texacos Herzgruppe unterscheidet sich kaum von anderen, in Sportvereinen organisierten Gruppen. Von den insgesamt 20 registrierten Teilnehmern sind jeweils ungefähr 15 in der Sportstunde anwesend. Die ausgeglichene Verteilung von aktiven Mitarbeitern zu pensionierten Mitarbeitern hat sich aufgrund der Möglichkeit der vorzeitigen Pensionierung und der Vorruhestandsregelung etwas verschoben, so daß heute etwa die Hälfte der Patienten Pensionäre sind.

Der Übungsleiter ist ein erfahrener, qualifizierter Sportlehrer, der von Anfang an die Gruppe geleitet hat. Dabei scheint es von Vorteil, daß es sich hierbei um eine betriebsfremde Person handelt; ihm sind die betriebsinternen Hierarchien nicht bekannt. Alle Teilnehmer sind für ihn einfach Mitglieder der Gruppe und er zieht nur ihre individuelle Belastbarkeit in Betracht. Auch bei den Teilnehmern scheint es keine Probleme bezüglich bestehender (oder ehemaliger) Hierarchien zu geben. Allerdings war es anfänglich etwas schwierig, untereinander die richtige Ansprache zu treffen, stand doch dem beim Sport üblichen "Du" das betriebsübliche "Sie" gegenüber. Egal, wie sich der Einzelne entschied - "Du" oder "Sie" - wirkliche Schwierigkeiten hat es nie gegeben. Interessant ist vielleicht, daß sich gerade in letzter Zeit und hier

besonders nach dem gemeinsamen Ausflug in die Rehabilitationsklinik Bad Segeberg das "Du" durchzusetzen scheint.

Das Sportangebot ist an die Bedingungen einer Trainingsgruppe angelehnt (vgl. den Beitrag von Döhner & Görres in diesem Buch). So stehen - natürlich immer wieder anders aufbereitet - Spiel, Gymnastik und Ausdauertraining zur Stärkung von Herz und Kreislauf im Mittelpunkt. Übertriebener Einsatz und Wettkampfehrgeiz haben dabei keine Chance.

In allen Phasen wird immer wieder Freude an dem Miteinander-Sporttreiben deutlich. Nach dem Duschen geht ein Teil der Patienten zurück an den Arbeitsplatz, ein anderer Teil fährt nach Hause und einige setzen sich noch in die Kantine, um bei Kaffee und Kuchen noch ein wenig zu plaudern.

Zusammenfassung

Das Unternehmen Texaco in Hamburg (Hauptverwaltung) hat mit ihrer betriebsinternen Herzgruppe nach Aussagen aller Beteiligten ausgesprochen gute Erfahrungen gemacht.

In jedem Fall sollten Betriebsärzte derartige Angebote bei anderen Firmen unterstützen und ggf. initiieren.

Die zu befürchtenden Probleme bezüglich der innerbetrieblichen Hierarchie waren und sind in diesem Fall nie Gegenstand irgendwelcher Schwierigkeiten gewesen.

Es hat sich als vorteilhaft herausgestellt, daß der Übungsleiter der Herzgruppe betriebsfremd ist.

Aufgrund des insgesamt positiven Eindrucks - besonders auch durch die Teilnehmer - wäre es sicherlich begrüßenswert, wenn dieses Modell viele Nachahmer finden würde.

FOYER-HANDICAP: EINE FREUNDLICHE UND UNTERSTÜTZENDE UMGEBUNG

Annette Kaplun

Kaum hat man seinen Fuß ins Caroubiers Atelier gesetzt, findet man sich verstrickt in Diskussionen über Software, Hardware oder die Bewertung von Dienstleistungssystemen ...

Die meisten Männer und Frauen, mit denen man spricht, sitzen in Rollstühlen. Aber das bemerkt man kaum. "Die körperbehinderten Personen, die hier arbeiten, können in die normale Arbeitswelt nicht integriert werden, und zwar sehr häufig aufgrund architektonischer Hindernisse. Unser Ziel ist es, ihnen eine Tätigkeit 'à la carte' anzubieten, die an ihre individuellen Fähigkeiten angepaßt ist und die ihnen wirklich das Gefühl gibt, daß sie gebraucht werden", sagt René Bonard, der Direktor von drei Arbeitsstätten, die vom Foyer-Handicap eingerichtet wurden - einer privaten Organisation in der Schweiz, die vor 25 Jahren gegründet wurde und die Wohn- und Arbeitsstätten für erwachsene, körperbehinderte Personen im Raum Genf geschaffen hat.

Der Begriff "Atelier" wird im Französischen benutzt, um sowohl eine kommerzielle Arbeitsstätte als auch einen künstlerischen Arbeitsraum zu beschreiben. Im Fall des Foyer-Handicap liegt es irgendwie zwischen beiden Möglichkeiten: die Arbeitsräume sind niemals sehr groß - trotz der Notwendigkeit, mehr Raum wegen der Rollstühle bereitzustellen - ihre Atmosphäre erinnert aber eher an ein Künstleratelier. An der einen Stelle arbeitet eine Gruppe von fünf Personen mit Ton; zwei von ihnen arbeiten draußen im Garten in der Sonne. Eine andere Gruppe - wesentlich größer und entsprechend organisiert - füllt an anderer Stelle Briefumschläge mit einer ganzen Reihe von Dokumenten, die einen Markt ankündigen, aus dessen Erlös die Renovierung der Genfer Kathedrale - ein großes lokales Ereignis - unterstützt wird. "Hallo! Wie steht's?" Breites Lächeln grüßt den Besucher. "Eine Menge Arbeit?" - "Natürlich!". Irgendjemand antwortet auf Englisch, was in Genf, einer wirklich internationalen Stadt, nicht überrascht. Die Gruppe, die an diesem Tag arbeitet, umfaßt etwa 10 Schweizer zwischen 20 und 40 Jahre alt, ein Äthiopier, ein Tunesier und ein Marokkaner - jüngere Leute, die von Terre des Hommes in die Schweiz ge-

bracht wurden.

Wenn man einen anderen Raum betritt, kann man die Konzentration fühlen: die Menschen arbeiten an PCs. Computer haben das Leben von Körperbehinderten vollkommen verändert. Wenn Menschen in der Vergangenheit sich im Rollstuhl wiederfanden und ihre Hände aufgrund eines Unfalls nicht mehr gebrauchen konnten, obwohl ihr Intellekt noch völlig intakt war, hatten sie häufig Schwierigkeiten, ihre neue Situation zu bewältigen. Michel ist solch ein Fall: als er ins Foyer-Handicap kam, gab es nur zwei Arbeitsmöglichkeiten: handwerkliche Tätigkeiten oder bestimmte Hilfsarbeiten. Weder war er ein handwerklicher Typ, noch fand er es besonders aufregend, verschiedene Sachen zu verpacken. Deshalb las er den ganzen Tag und "weigerte" sich zu arbeiten. Meistens hatte er sehr schlechte Laune. Schließlich entdeckte er die Computerwelt. Auch heute kann Michel noch schlechter Laune sein, aber dann nur deshalb, weil sich sein Computer falsch verhält.

Wer arbeitet in den Ateliers des Foyer-Handicap?

In den drei Ateliers, die alle in der Paterre der Wohnanlagen des Foyer-Handicap liegen, sind etwa 110 Personen beschäftigt; das Foyer selbst ist in den Bezirk von Wohnanlagen, naheliegenden Geschäften und Restaurants integriert. Die Beschäftigten umfassen sowohl Bewohner des Foyers als auch Personen von außerhalb. Etwa 50 % von ihnen sitzen in Rollstühlen. Die anderen, weniger Behinderten sind alles Personen von außerhalb. Sie leiden an sehr unterschiedlichen Behinderungen, manche sind degenerativer Natur wie z.B. multiple Sklerose; andere sind Opfer eines Unfalls und sind mehr oder weniger abhängig von Hilfe.

Die Bandbreite an Aktivitäten, die diesen Menschen angeboten wird, ist sehr groß und das allgemeine Passwort lautet "Innovation". Wenn ich darauf hinweise, daß eine kleine Gruppe von Behinderten im vergangenen Jahr für 2 Monate damit beschäftigt war, im Auftrag einer Firma ein Solar-Auto zu bauen, wird man verstehen, was ich mit Innovation meine.

Die Produktion von Backwaren ist eine weitere, sehr beliebte Aktivität: drei junge, nur leicht behinderte Frauen helfen dem Küchenchef, der ihnen alle (nun, fast alle ...) Geheimnisse der Herstellung von Kuchen und Gebäck verraten hat. Dann werden die Waren im eigenen Laden verkauft. Die Menschen, die hierherkommen und Dinge kaufen, tun das nicht aus Freundlichkeit, sondern wegen Huguette, die immer lächelnde Frau im Rollstuhl ist nämlich die Chefin des Ladens. Wer mag es nicht, mit Huguette und ihrer Freundin und Assistentin Yvonne zu plaudern? Sie teilen sich eine 4-Zimmer-Wohnung mit Balkon in der 4. Etage des Gebäudes, in dem auch der Laden ist - eine der drei Wohn- und Arbeitsstättenanlagen des Foyer-Handicap. Das Angenehme, hier zu leben, besteht darin, daß sie bei Problemen die Dienste beanspruchen können, die den Heimbewohnern zustehen, obwohl sie nur Mieterinnen sind; d.h. das Restaurant, der Reinigungsdienst und in Notfällen können sie das Pflegepersonal oder den Nachtdienst rufen. Kommen wir aber zurück zu den Ateliers. Für die 110 Beschäftigten in den drei Arbeitsstätten stehen nicht weniger als 28 Ausbilder zur Verfügung; die meisten von ihnen sind Professionelle, die einen dreijährigen, praxisbezogenen Ausbildungskurs einer Schule absolviert haben, der zu einem Diplom führt für Personen, die mit Behinderten arbeiten wollen. Die Organisationsstruktur in den Arbeitsstätten des Foyer-Handicaps ist sehr stark "horizontal": häufig ist es schwer auszumachen, wer der Beschäftigte und wer der Ausbilder ist. Das schafft eine freundliche und entspannte Atmosphäre. Kundenbesuche tragen dazu bei und jeder freut sich über sie. Häufig enden solche Besuche bei einer Tasse Kaffee in der Cafeteria, die von zwei 20 Jahre alten, leicht behinderten Frauen geführt wird.

Der ökonomische Aspekt

Zunächst ein Wort zu den Gehältern: sie werden entsprechend einer Skala der Schweizer Bundesregierung festgelegt, in denen die Pensionsansprüche definiert sind; diese Pension hängt vom Grad der Behinderung ab und soll Einkommenseinbußen bei teilweiser oder vollständiger Behinderung kompensieren. Das Foyer-Handicap war im letzten Jahr besonders stolz, mitteilen zu können, daß die Ateliers insgesamt 543.000 Schweizer Franken eingenommen hatten. Finanziell am lohnenswertesten sind die Tätigkeiten, die mit dem Computer zusammenhängen - einschließ-

lich des Buchhaltungsdienstes, der seit kurzem für kleine Betriebe bzw. Geschäfte, Sportvereine und Verbände angeboten wird. Das Einkommen, das die Ateliers verdienen, berührt nicht die Gehälter der Beschäftigten. Es hat nur einen Einfluß auf die Subventionen der Bundes- und Kantonalbehörden, die an das jeweilige Defizit angepaßt sind. Diese Subventionen sind Teil der gesamten Zahlungen, die das Foyer-Handicap für die Wohn- und Arbeitsstätten erhält. Sie machen etwa 60 % des Budgets von 7 Millionen Schweizer Franken aus. Andere Einkünfte werden gleichermaßen erzielt aus a) den Beiträgen der Bewohner für Pflegedienste, Wohnung, Essen, Transport usw. und b) privaten Quellen. Das Engagement der Gemeinde und ihre Unterstützung sind sehr hoch und stellen wichtige Aspekte einer fundierten ökonomischen Balance und des Integrationsprozesses dar.

Eine unterstützende Umgebung

Sowohl die Bandbreite an Aktivitäten, aus der man wählen kann, als auch die angenehme Umgebung stellen zwei Faktoren dar, die ganz sicher zur Popularität der Ateliers des Foyer-Handicap beitragen. Es gibt aber noch einen dritten, nicht weniger wichtigen Faktor: ein wirkliches Engagement für das umfassende Wohlbefinden der Beschäftigten. Wenn ein Beschäftigter zu Hause oder ein persönliches Problem hat, bedeutet dies für das Personal, daß er dieselbe Aufmerksamkeit verdient als wenn es sich um Probleme bei der Arbeit handelte. Die Menschen besetzen Stellen und haben Verantwortlichkeiten, aber zuallererst sind sie menschliche Wesen, die zusätzlich Fürsorge und Unterstützung aufgrund ihrer Behinderung benötigen. Die Tatsache, daß es eine Warteliste von etwa 20 Personen gibt (demnächst wird eine weitere Arbeitsstätte eröffnet), ist der beste Beweis für die unterstützende Qualität der Umgebung, die von den Ateliers des Foyer-Handicap bereitgestellt wird - einem Ort, zu dem die Menschen gerne kommen und arbeiten. Aus Sicht der Gesundheitsförderung befähigt dieses sehr entspannte und menschliche Arbeitsumfeld die Behinderten, ihre gesundheitlichen Probleme - einige mögen sagen: ihren Schmerz - besser zu integrieren und ihre Fähigkeiten mit oft erstaunlichen Ergebnissen umfassend zu entwickeln.

GESUNDE NAHRUNGSMITTEL: EIN VIELFÄLTIGES THEMA

Sigrid Arndt

Die Auswirkungen bestimmter Ernährungsgewohnheiten (zu viel, zu fett, zu salzig) auf kardiovaskuläre Erkrankungen sind hinreichend erforscht. Sie gelten zusammen mit anderen Bedingungen wie Rauchen, Bewegungsmangel und Streß als die führenden Risikofaktoren des Herzinfarktes. Da es möglich ist, diese Gewohnheiten zu beeinflussen (Schaefer & Blohmke 1978), sind in der Bundesrepublik Deutschland drei große gemeindeorientierte Interventionsstudien zur Beeinflussung dieses Risikoverhaltens durchgeführt worden (GCP Study Group 1988; Nüssel & Lamm 1983; Allgemeine Ortskrankenkasse für den Kreis Mettmann 1987). Bei den Krebserkrankungen ist es bisher nicht gelungen, eine kausale Zuordnung von Ernährungsverhalten und Art und Vorkommen des Krebses zu machen. Allerdings werden zumindest einige Krebsarten (insbesondere Magen, Uterus, Brust, Prostata) im Zusammenhang mit Ernährungsgewohnheiten gesehen (Deutsche Gesellschaft für Ernährung 1983). Einige eher allgemein gehaltene Ernährungsempfehlungen zur Vermeidung von Krebs wurden in den USA vom National Research Council (1982) herausgegeben; sie wurden später im "Europäischen Kodex gegen Krebs" aufgenommen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1988). Während jedem Herzinfarktpatienten von seinem behandelnden Arzt eindringlich angeraten wird, seine Lebensweise zu ändern, bekommen Krebskranke in der Regel gesagt, sie sollen einfach so weiterleben wie bisher. Noch im Jahr 1983 setzt sich der Ratgeber der Deutschen Krebshilfe auf recht polemische Art und Weise mit den sogenannten "Krebsdiäten" auseinander (Scheel & Aumiller 1983). Inzwischen haben die drei großen Vegetarierstudien in der Bundesrepublik Deutschland ergeben, daß Vegetarier seltener an Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs sterben und insgesamt erheblich günstigere Befunde bezüglich der medizinischen Risikofaktoren aufweisen (Vegetarierbund Deutschland 1987; Deutsche Gesellschaft für Ernährung 1988). Eine vitalstoffreiche Vollwertkost unter drastischer Reduzierung des Fleisch- und Wurstwarenkonsums wird heute nicht mehr nur von einigen "Außenseitern" in der Ärzteschaft empfohlen. Eine Anleitung zu einer stoffwechselak-

tiven Vollwertkost gibt Anemüller (1987), die er im Auftrag der Bayrischen Krebsgesellschaft e.V. herausgegeben hat. Das Interesse der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland ist inzwischen so groß, daß eine Fülle von Publikationen zum Thema Vollwerternährung, insbesondere auch Rezeptbücher, auf den Markt gekommen sind. Trotz dieses Interesses, treten drei Probleme hervor: erstens, die Bereitstellung adäquater Informationen über gesunde Nahrungsmittel; zweitens, diese Nahrungsmittel leicht zugänglich zu machen; und drittens, ihre Kosten.

Die alternative Szene vor zehn Jahren

Meine persönlichen Erfahrungen, eine gesunde Diät zu verfolgen, nachdem ich mit Krebs konfrontiert war, sind sehr erhellend. Dies geschah vor zehn Jahren. Niemand sprach zu jener Zeit über Vollwertkost, und es gab nur sehr wenige Geschäfte, in denen man diese Nahrungsmittel kaufen konnte. Darüber hinaus handelte es sich auch um eigenartige Läden. Die Menschen, die dort arbeiteten, hatten lange Haare, trugen grellbunte, selbst gestrickte Pullover und schienen der "alternativen Szene" anzugehören. Ich fand es sehr schwierig, dort einkaufen zu gehen, denn ich fühlte mich wie eine Außenseiterin. Außerdem hatte ich keine große Ahnung. Ich wußte nicht mal, was Buchweizen oder Vollkorn war, und ich traute mich auch nicht zu fragen ... Das erste, was ich tat, war, Bücher zu kaufen und sie zu lesen. Ich hatte einen Arzt, der naturheilkundliche Medizin praktizierte. Er sagte mir: "Sie müssen Ihre Ernährung verändern." Aber er sagte mir nicht im geringsten, wie ich das anstellen sollte. Ich mußte alles selbst entdecken. Heutzutage sieht die Situation ganz anders aus. Vollwertkost findet man selbst in Kaufhäusern und die meisten Zeitschriften veröffentlichten Rezepte für "gesunde Nahrungsmittel".

Was ist Vollwerternährung?

Vollwertige Ernährung ist keine Diät, und es steht auch keine Ideologie dahinter,

die dem Verbraucher vorschreibt, was genau er zu tun und vor allem zu lassen hat. Sich vollwertig zu ernähren bedeutet, die Lebensmittel möglichst naturbelassen zu verwenden (Moody-Thrash & Thrash 1982). Hier gilt der alte Satz des Hippokrates: "Eure Nahrungsmittel sollen euer Heilmittel sein und eure Heilmittel die Ernährung."

Vollwerternährung besteht überwiegend aus pflanzlichen Lebensmitteln. Während noch vor wenigen Jahren ein Gramm tierisches Eiweiß pro Kilogramm Körpergewicht am Tag für Erwachsene empfohlen wurde, also durchschnittlich 70g für einen Mann, hält die Deutsche Gesellschaft für Ernährung heute 55g für ausreichend, wovon die Hälfte, also etwa 30g, tierischen Ursprungs sein sollte (dem entspricht etwa 200g Quark). Getreide, Hülsenfrüchte, Bohnen und Kartoffeln sind gute Eiweißlieferanten, eine Tatsache, die viele Verbraucher vermutlich gar nicht wissen.

Es wird weiter empfohlen, mindestens ein Drittel der täglichen Nahrung in roher Form, d.h. Salate, Frischkornmüsli und Obst zu verzehren.

Vollwertig kochen bedeutet nicht, vollständig auf Fleisch zu verzichten und sonst wie üblich weiter zu essen; es kommen neue Lebensmittel hinzu (Getreide, Hülsenfrüchte, Nüsse, Salate, Honig, Obstsaften), andere werden reduziert (Wurst, Fleisch) bzw. vermieden (Auszugsmehl, Zucker, Fertigprodukte). Vollwertkost stellt also eine Bereicherung des täglichen Speiseplans dar und hat mit "Askese" oder "Lustfeindlichkeit" nichts zu tun. Ein wichtiger Aspekt besteht darin, daß die Lebensmittel gut aussehen. Wenn man Vollkorn z.B. kocht, sieht es grau aus. Aber wenn man einiges frisches Gemüse wie Karotten und frische Kräuter hinzufügt, wird es bunt. Das gleiche gilt für Vollkornnudeln. Sie schmecken genauso gut wie weiße Nudeln, aber sie sehen grau aus. Man sollte sie deshalb immer mit einer farbigen Sauce kombinieren. Die Menschen essen immer auch mit ihren Augen und nicht nur mit dem Mund.

Der Zugang zu "gesunden Nahrungsmitteln": ein komplexes Problem

Immer mehr Verbraucher wünschen Lebensmittel, die ohne chemisch-synthetische Stickstoff-, Phosphat- oder Kalidünger, sowie ohne Insektizide, Fungizide und Herbizide - mit anderen Worten: ohne "Gifte" - angebaut wurden. Dies geschieht sowohl aus gesundheitlichen

wie aus umweltbewußten Erwägungen. Nun ist der Begriff "biologisch" in der Bundesrepublik Deutschland - im Gegensatz zu Österreich und Frankreich - nicht gesetzlich geregelt. Da jedoch die Vorsilbe "Bio" auf Lebensmitteln Umsatzsteigerungen bei Verbrauchern verspricht, die von Chemie- und Hormonskandalen verschreckt worden sind, gibt es immer mehr Supermärkte, die "Bio-Ecken" einrichten. Die Angabe "aus biologischem Anbau" sagt noch nichts darüber aus, ob und von wem dieser Anbau kontrolliert wird. Zudem wählen die Hersteller mit Vorliebe Produktnamen, die denen der anerkannten Verbände des ökologischen Landbaus sehr ähnlich sind, z.B. "Biolan" statt "Bioland", "Naturkind" statt "Naturland", "Detmer" statt "Demeter". Originale Produkte findet man überwiegend in sogenannten Naturkostläden. Das meiste, was aus "naturgemäßem Anbau" oder als "biologisch" im Supermarktregal angeboten wird, ist mit Vorsicht zu genießen, wie eine Studie der Arbeitsgruppe Ökologie und Gesundheit in Göttingen ermittelte (1988). Eine Sonderstellung nehmen die Reformhäuser ein, die gerade ihren 100. Geburtstag gefeiert haben. Sie werden von der "neufarm" streng überwacht, während dies für die Naturkostläden nicht zutrifft. Wer Vollwertkost oder Produkte aus kontrolliert-biologischem Anbau kaufen möchte, sollte sehr genau auf das Etikett schauen. Das "neufarm"-Zeichen allein stellt noch keine Garantie dar; weniger als 40 % der Produkte gehorchen den oben genannten Kriterien. Zudem haben die Reformhäuser ihren eigenen "neufarm-kontrollierten Anbau", doch die genauen Richtlinien dafür wurden bisher nicht veröffentlicht und auch nach mehrmaligem schriftlichen Ersuchen nicht herausgegeben. Bekannt ist, daß die "neufarm"-Organisation auch sogenannte Teilumstellungen zuläßt, was bedeutet, daß der Landwirt einzelne Äcker bei "neufarm" unter Vertrag hat, auf seinen benachbarten Feldern aber konventionell düngt und spritzt (Ammar 1989). Die meisten Waren in den Naturkostläden der Bundesrepublik Deutschland erfüllen die Kriterien der Vollwertkost. Allerdings sind auch dort nicht alle Artikel bzw. Warenbestandteile aus kontrolliert-biologischem Anbau. Dies ist auf den Etiketten deklariert. Lebensmittelzusätze sind nur sehr eingeschränkt zulässig. Ob Lebensmittel aus kontrolliert-biologischem Anbau tatsächlich gesünder sind als die aus konventioneller Produktion, ist heftig umstritten. Genauso

umstritten sind die Methoden, mit denen solche Untersuchungen durchgeführt und publiziert werden. Eine Reihe von Studien belegt allerdings, daß zwischen konventioneller und alternativer Ernährung Unterschiede im Hinblick auf die Rückstände aus der Agrochemie bestehen. Während sich bei Lebensmitteln aus kontrolliert-biologischem Anbau nur in Ausnahmefällen Rückstände von Pflanzenschutzmitteln nachweisen ließen (Kapfelsperger & Pollmer 1986), enthielten bis 75 % der konventionell erzeugten Waren Rückstände, die allerdings unterhalb der Höchstmengenverordnung lagen. Ob die Höchstmengenfestlegungen tatsächlich einen echten Verbraucherschutz darstellen, kann angezweifelt werden (Philippeit & Schwertau 1986).

Ein weiteres Problem betrifft die sogenannten "convenience food": diese Fertigprodukte enthalten Zusatzstoffe und Hilfsmittel, die zumindest bei abgepackter Ware deklariert sein müssen. Allerdings können sich nur wenige Käufer unter den chemischen Bezeichnungen oder E-Nummern etwas vorstellen, noch sind sie in der Lage zu beurteilen, ob diese Stoffe etwas mit ihren gesundheitlichen Problemen zu tun haben.

Aus der Sicht der Klinischen Ökologen ist eine ständige Zunahme chronischer Erkrankungen durch Überempfindlichkeitsreaktionen auf chemische Rückstände, Lebensmittelzusätze und Nahrungsmittel zu verzeichnen (Randolph & Moss 1986; Calatin 1988). Aus diesen Gründen kann man chronisch kranken Menschen nur zu einer Ernährung nach den Kriterien der Vollwertkost raten, da diese besser als die Normalkost zur Bewältigung der Krankheit beitragen kann (Anemüller 1987; Mar et al. 1985; Douwes 1986). Noch günstiger wäre es, wenn die Kranken ihren Hauptbedarf aus möglichst rückstandsfreien Lebensmitteln decken würden.

Ökonomische Aspekte

Die Verbraucherzentrale Hamburg hat ermittelt, ob "alternative" Kost tatsächlich so viel teurer ist als Normalkost, wie allgemein angenommen wird. Sie kam zu dem Ergebnis, daß eine konsequente Vollwertkost mit Produkten aus kontrolliert-biologischem Anbau durchschnittlich DM 12,50 pro Person und Woche teurer ist (Kapfelsperger & Pollmer 1986).

Dieser Unterschied kann reduziert werden, wenn statt in Reformhäusern und Naturkostläden über Erzeuger-Verbraucher-

Gemeinschaften (EVG), manchmal auch "Food Coops" genannt, eingekauft werden; solche EVGs gibt es inzwischen in allen größeren Städten der Bundesrepublik Deutschland. Die Mitglieder der EVGs beschaffen die Produkte aus kontrolliert-biologischem Anbau direkt vom Erzeuger. Das Warenangebot richtet sich nach den Bedürfnissen der Mitglieder. So führen manche EVGs nur Frischwaren, während andere auch weiterverarbeitete Produkte aus dem ökologischen Spektrum zukaufen. Alle Kosten wie Miete, Beschaffungskosten und Schwund werden von den Mitgliedern gleichermaßen getragen. Handelsspannen werden keine erhoben.

Vor einigen Wochen begann ich ein Projekt mit arbeitslosen Menschen. Als ich ihnen vorschlug, ihre Ernährung umzustellen, antworteten sie mir, daß biologisch angebaute Lebensmittel zu teuer seien. Wir diskutierten, ob sie nur biologisch angebaute Lebensmittel kaufen sollten oder ob sie ihre Ernährung auch dadurch verbessern könnten, wenn sie anstatt einer Dose Erbsen Frischgemüse kaufen würden. Sie begannen damit, in ihrem normalen Geschäft Frischgemüse zu kaufen und waren sehr überrascht, als sie herausfanden, daß dies keineswegs mehr kostete. Natürlich ist es wesentlich besser, Produkte aus biologisch-kontrolliertem Anbau zu kaufen; noch wichtiger ist es aber, die Menschen dazu zu ermutigen, überhaupt erst einmal zu beginnen. Als allererstes muß man sie neugierig machen. Sie müssen es ausprobieren und gute Erfahrungen damit machen - z.B. mit Tofu, das die meisten Menschen mögen - oder mit unterschiedlichen Kombination von Vollkörnern.

Zusammenfassung

Eine Ernährungsumstellung kann keine chronischen Krankheiten heilen. Sie dient lediglich der Verbesserung des Allgemeinzustandes und fördert durch den Reichtum an Vitalstoffen, Mineralien und Spurenelementen die Stoffwechselaktivitäten des Organismus und stärkt so das Immunsystem. Je weniger Rückstände und Lebensmittelzusätze eine Nahrung enthält, desto besser kann sie diese Aufgaben erfüllen. Allerdings ist es noch ein weiter Weg, bis unsere individuellen und sozialen Umwelten gesundheitsförderndes Ernährungsverhalten unterstützen.

CHRONISCHE KRANKHEIT AUS DER SICHT DER MEDIEN

Michael Shaw

Medien können eine wesentliche Rolle bei der Entwicklung unterstützender Umwelten spielen. Sie beeinflussen sowohl den Mann auf der Straße als auch den Entscheidungsträger. Sie helfen, Normen zu setzen und die tragen dazu bei, gemeinschaftliche Aktivitäten zu fördern. Informationen, die sie übermitteln, sind voller Prestige. "Gesundheitsarbeiter" wissen das. Ihnen ist die Macht von Kommunikation klar. Allerdings wissen sie nur selten, wie man Medienleute erreicht und wie man sie mit dem versorgt, was sie am meisten benötigen: adäquate, auf den Punkt gebrachte, lebendige Informationen. Dieser Beitrag gibt ihnen nützliche Anleitungen wie man effektiv mit den Medien zusammenarbeitet und wie man "den Medien hilft, ihnen zu helfen", die gesundheitsbezogenen Botschaften zu vermitteln und wirklich unterstützende Umwelten aufzubauen. "Das Problem ist einfach: Ihre Idee ist gut und langweilig zugleich. Nun gut, gehen Sie los und kommen Sie mit etwas zurück, das wirklich lebendig und interessant ist und das besonders ins Auge sticht." Mit diesen Worten hat ein Herausgeber Vorschläge eines Kollegen, Journalist einer überregionalen Tageszeitung, zurückgewiesen, der in einem längeren Artikel über eine bemerkenswerte Frau schreiben wollte, die gegen eine schmerzhaft und zerstörerische Wirbelsäulenkrankheit kämpfte, um Geld für Wohltätigkeitszwecke zu sammeln. Das fand vor zehn Jahren statt. Der Herausgeber war starker Raucher und Trinker mit voraussagbaren Ansichten über Gesundheit und Gesundheitsförderung. Seine Werte und Einstellungen stammten von einer starken journalistischen Kultur, die sich vielleicht in den vergangenen Jahren bis zu einem gewissen Grad verändert hat. Journalisten sind aber auch Mitglieder einer größeren Gemeinschaft. Sie schreiben, übertragen und denken immer mehr über Themen nach, die mit den Lebensweisen zusammenhängen. Der genuin mitfühlende, aktive Gesundheitskorrespondent in den Medien bleibt eher die Ausnahme; viele Gesundheitserzieher können über negative Erfahrungen berichten, Publizität für ihre Ideen und Kampagnen zu bekommen. AIDS ist natürlich die Ausnahme; es hat

einen alles überragenden Vorteil. Es bedeutet schlechte Nachrichten: es gibt Millionen von potentiellen Opfern, es besitzt eine wichtige, allerdings nicht exklusive sexuelle Grundlage, und bis heute - so sehen es wenigstens die Medien in meinem Land - sind seine Zerstörungen kaum sichtbar.

Die meisten anderen Themen, vor allem Rauchen und Alkohol, sind demgegenüber regelmäßige und zeitlose Angelegenheiten; ihnen mangelt es deshalb an Sensationswert und Attraktion. Chronische Krankheiten können noch weniger Aufmerksamkeit erregen. Sie werden oft und ungerechterweise als etwas angesehen, dem eine soziale Grundlage fehlt. Die meisten Journalisten übersehen die Familie und weitere soziale, ökonomische und ökologische Faktoren. Meist werden sie im Hinblick auf die Wahrnehmung der Krankheit betrachtet - und deshalb als solche ignoriert. Mit anderen Worten, sie bleiben ein angemessener Fall, um in den Medien behandelt zu werden und um Aktivitäten auszulösen!

Wie läßt sich dieses Bedürfnis mit den bereits skizzierten, inhärenten Grenzen des journalistischen Interesses vereinbaren? Zunächst einmal sollte man sich mit der Tatsache vertraut machen, daß der jeweilige Sachverhalt bei den Medien nicht notwendigerweise Anklang finden muß, daß er als "ehrenwert" und "langweilig" angesehen wird. Dies bedeutet nicht, daß man nun untätig und depressiv werden sollte, sondern eher den Appell zur Selbsterkenntnis und zum Gebrauch der Phantasie.

Wenn man eine Strategie für eine Medienaktion formuliert, muß sich derjenige, der sich mit Gesundheit befaßt, folgende Kernfragen stellen: WARUM, WAS und WIE.

WARUM ist es wichtig, diesen Sachverhalt der Öffentlichkeit und/oder den sozialen und politischen Entscheidungsträgern über die Medien zu vermitteln?

WAS genau ist der Sachverhalt?

WIE kann Publizität so erreicht werden, daß die größte Wirkung sichergestellt ist? Aus praktischer Erfahrung in diesem Bereich scheint es mir, daß professionelle Gesundheitsförderer gewöhnlich über den allgemeinen Kern eines Themas, welches sie

diskutiert haben möchten, und seine Begründung Einverständnis erzielen. Chronische Krankheiten können z.B. sowohl sozial als auch individuell sehr kostspielig sein; wesentliche Faktoren, die dazu beitragen, müssen identifiziert werden; die öffentliche Aufmerksamkeit bezüglich dieser Faktoren muß durch einen stärkeren Informationsfluß erhöht werden; und angemessene Maßnahmen müssen eingeleitet werden.

WIE man dies jedoch erreichen kann, ist eine andere Sache, und bedeutet die größte Schwierigkeit für diejenigen, die daran interessiert sind. Ich möchte hier festhalten, daß häufig eine unangemessene Verbreitung der Information und Argumentation - wie gut auch immer die Absichten sein mögen - den Zugang zu den Medien verbaut. Es gibt einfach keinen Grund, einfach darauf zu vertrauen, daß ein Bericht oder eine Presseerklärung oder eine Dokumentation bei den Medien Interesse erzeugt. Es ist alles wesentlich komplexer.

Schmerz: die endgültige Schwelle - eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit den Medien

"Schmerz zerstört das Leben der Menschen. Die meisten Ärzten denken noch, daß dir nichts fehlt, wenn Schmerztabletten die Beschwerden nicht beseitigen. Dann muß es sich um eine psychische Erkrankung handeln". (Ein Patient)

Mein vielfach ausgezeichnetes Programm über die Natur, Erfahrung und Behandlung von Schmerz entwickelte sich in einer bemerkenswerten Weise. Es gründete sich auf ein Vertrauensverhältnis zwischen einem Bereich in den Medien und einigen Professionellen im Gesundheitswesen bzw. Gesundheitsförderern.

Professor Michael Bond ist stellvertretender Rektor an der Universität Glasgow in Schottland. Er leitet eine spezielle Schmerzklinik im städtischen Gartnavel Hospital. Als Autor von vielen Artikeln zum Thema Schmerz übergab er das Material einem Journalisten, den er als interessiert und der Untersuchung des Themas als aufgeschlossen einschätzte. In einer ersten Diskussion über das Programm definierte er sorgfältig und höflich die Aufgaben des Programms und gab dann seine Erlaubnis für den Zugang zur Klinik und ihren Einrichtungen.

Die Klinik beschäftigt sich mit Menschen, die bestimmte körperliche Probleme haben, welche wiederum emotionale Symptome hervorrufen; es handelt sich um

Befindlichkeiten, die eine psychologische Behandlung erforderlich machen können. Es gibt Patienten, die ihre chronisch körperlichen Behinderungen nicht gut bewältigen, was zu Depressionen geführt hat, die umgekehrt wieder die Schmerzempfindlichkeit steigern. Die Behandlung konzentriert sich hier auf die Depression, um die Schmerzen zu verringern; dadurch können die Schmerzen, die dann noch auftreten, eher mit verschiedenen physikalischen und medikamentösen Therapien behandelt werden. Die dritte Patientengruppe hat keine offensichtlich körperliche Erklärung für ihre Schmerzen und leidet dennoch an starken Schmerzen. Hier werden psychologische Mechanismen für die Behandlung auf individueller Basis identifiziert. Die vierte Patientengruppe besteht aus Personen, die an schweren psychischen Erkrankungen, besonders an schweren Depressionen, leiden. Diese Fälle werden von Professor Bond und seinem Team ebenfalls auf individueller Ebene behandelt, wobei die Behandlungen auch Selbsthilfe- und Unterstützungsgruppen für Familien einschließen.

Dem Fernseheteam wurde gestattet, die Erfahrungen einer Patientin in der Klinik zu dokumentieren - mit voller Unterstützung der Patientin und ihrer Familie. Diesbezüglich riskierte Professor Bond zweierlei. Erstens könnte der Behandlungsverlauf unterbrochen werden und damit scheitern. (In unserem Fall konnte eine partielle Heilung erreicht werden.) Zweitens könnte das Fernseheteam nur das "Sensationelle" an dem Programm herausuchen. Allerdings gab es so positive Beziehungen zwischen allen Beteiligten, daß ein erfolgreicher Beitrag produziert wurde, der die Sachverhalte umfassend darstellte, sehr große Aufmerksamkeit erweckte und Diskussionen auslöste. Zusätzlich zur Normalisierung chronischer Schmerzerfahrungen und zur Fähigkeit, die Erfahrungen verständlich und nachvollziehbar zu machen, gelang es dem Beitrag auch, Maßnahmen auf sozialer, umwelt- und gesundheitsbezogener Ebene zu fordern und auf das positive Potential für Veränderungen hinzuweisen. In den Worten einer Zeitungsschlagzeile: "Endlich eine Gesundheitssendung, bei der man sich wohlfühlen konnte".

Die Publizität für die Sendung entstand nicht ganz spontan, sondern wurde von allen Beteiligten unablässig verfolgt. Während des Schneidens des Beitrags fiel ein Ingenieur z.B. in Trance, als ein Abschnitt über den Gebrauch von Hypnose lief. Diese Geschichte wurde der Presse,

einschließlich dem Times Tagebuch, angeboten. Wenn man für seine Botschaft Publizität in den Medien erreichen will, sollte Bescheidenheit keine Rolle spielen! Die Botschaft der oben beschriebenen erfolgreichen Zusammenarbeit lautet, daß es möglich ist, für Ihr Projekt oder Kampagne -gleich welcher Art - wertvolles Interesse bei den Medien hervorzurufen; um dies zu erreichen, müssen Sie sich darauf vorbereiten, eine Reihe von wohl überlegten Risiken einzugehen. Wenn Sie sich zum Beispiel auf die Medien einlassen, verlieren Sie unausweichlich ein gewisses Maß an professioneller Kontrolle über Ihr Gebiet. Im Fall des Programms über chronische Schmerzen hätte der Patient das Krankenhaus auch verlassen können und die ganze Geschichte als ein "Scheitern der Behandlung" darstellen können. Dies ist bei diesem Vorhaben nicht passiert; das Vertrauen zwischen den Klinikbeschäftigten und dem Fernsehteam war so groß, daß es sehr einfach war, alle Aspekte der Programmentwicklung zu diskutieren.

Allerdings wurde dieses Vertrauen im Laufe der Zeit entwickelt und fand stand, bevor die tatsächlichen Aufnahmen durchgeführt worden. Dies ist, zusammen mit anderen wichtigen strategischen Implikationen, ein Kernelement, das in Betracht gezogen werden muß.

Praktische Hilfen, um den Medien zu helfen, Sie zu unterstützen

Es gibt kein einfaches Erfolgsrezept, um die Unterstützung der Medien zu erreichen - besonders nicht im Fall von chronischen Erkrankungen; aber es gibt bestimmte Handlungsstrategien, die -wenn man ihnen folgt - eine wesentlich bessere Chance bieten, die Aufmerksamkeit und Unterstützung der Medien zu erzielen. Jegliche Gesundheitsförderung braucht Phantasie. Um ein Thema, einen Bericht, ein Papier oder eine Kampagne so aufzubereiten, daß sie im Gedächtnis haften bleiben, ist mehr erforderlich als ein verspätet und schnell zusammengestelltes Gremium für Öffentlichkeitsarbeit. Man muß sich Zeit lassen, seinen eigenen Standpunkt zu entwickeln. Ein Ansatz könnte darin liegen, bekannte Persönlichkeiten einzusetzen; oder man schafft sich selbst besondere Anlässe oder Veranstaltungen, die gesponsort werden. Dies hat viele Reize, denn Journalisten sind häufig auf der Suche nach einem "menschlichen Blickwinkel", um den herum sie ihre

Geschichte schreiben bzw. übertragen. Es kann sein, daß einzelne Gruppen eine grundsätzliche oder nachvollziehbare Angst davor haben, einzelne Personen auf diese Weise zu exponieren, insbesondere dann, wenn sie bereits an körperlichen Beschwerden leiden. Alles, was ich sagen kann, lautet: bei jeder Aktivität, die auf Öffentlichkeit zielt, besteht immer ein Risiko; die Gruppen sind allerdings gut beraten, dieses durch die sorgfältige Auswahl der Informationen und der Personen, die sie vermitteln, so klein wie möglich zu halten. Es sollten immer wieder die möglichen Konsequenzen des Erscheinens einer Person oder Gruppe (z.B. einer Familie) im Fernsehen oder als Bild in der Presse bedacht werden. Überlegen Sie sich die Auswirkungen von allem, was Sie sagen, bevor Sie einem Interview zustimmen. Wenn Sie Zweifel haben, lehnen Sie ab!

Ganz allgemein sollte man immer - wo möglich - nur in Kontakt mit namhaften Personen treten. Prüfen Sie die Medien, um die Namen der Herausgeber, Reporter, Produzenten, Rechercheure und besonders jener Personen herauszufinden, die Themen aus der Gesundheitsförderung aufgeschlossen gegenüber stehen.

Journalisten lieben es, Informationen direkt zu erhalten. Es fördert ihr Selbstwertgefühl und füllt ihre Liste von "möglichen" Geschichten und Kontakten. Wenn möglich, sollten Sie eine Beziehung per Telefon oder persönlichem Kontakt festigen. Wenn Sie diese Bemühungen unternehmen, erhöhen sich Ihre Erfolgchancen. Jede "persönliche Beziehung" kann ebenfalls dazu beitragen, daß nicht nur alle Tatsachen genannt werden, sondern auch jede betroffene Person aufmerksam und sensibel behandelt wird.

Sie sollten daran denken, daß ein Nachrichtenredakteur gewöhnlich bis zu 200 Informationen am Tag von Organisationen, Firmen und Einzelpersonen erhält, die möchten, daß ihre Aktivitäten gefördert und publiziert werden. Und da die Nachrichtenredaktion einer Zeitung oder eines Magazins ein sehr geschäftiger Raum ist, kann Ihre Information eine sehr kurze Lebenszeit haben - ungefähr 8 Sekunden vom Öffnen des Briefumschlags bis zur Landung im Papierkorb. Bei der Aufbereitung der Information sollten Sie gewissen Regeln folgen:

- Ist die Botschaft klar und einfach?
- Haben Sie Fachjargon vermieden?
- Ist sie kurz, auf den Punkt gebracht und mit Schreibmaschine geschrieben? Ein handgeschriebenes Gekritzel ist der

Alptraum von Journalisten/
Nachrichtenredakteuren/Produzenten. Und
ein langer, teuer hergestellter Bericht
macht einfach nur ein lauterer Geräusch,
wenn er im Mülleimer landet.

- Ist sie mit doppelten Zeilenabstand und
nur auf einer Seite des Papiers
beschrieben? Dies dient dazu, daß der
Redakteur/Produzent Korrekturen anbringen
kann, ohne es neu schreiben zu müssen.

- Haben Sie Telefonnummern für tagsüber
und abends angegeben? Und haben Sie
sichergestellt, daß jemand da ist, um
weitere Fragen zu beantworten?

Weitere Punkte, die beachtet werden sollten

1. Bei Presseerklärungen ist besonders
die zeitliche Abstimmung sehr wichtig.
Vermeiden Sie ganz allgemein, sie in
letzter Minute zu versenden. Viele
Nachrichten werden durch das
"Planungsbuch" des Redakteurs bestimmt,
denn er muß vorab Ressourcen zur Verfügung
stellen. Es müßte schon eine herausragende
Nachricht sein, wenn sie noch zu einem
späteren Zeitpunkt aufgenommen würde.
Versuchen Sie, den folgenden Ansatz
einzuschlagen, wenn Sie vorab
Informationen über Ihre Veranstaltung
verbreiten: eine Notiz, die 7--10 Tage vor
Ihrer Veranstaltung verbreitet wird, kann
Interesse an Ihrem Vorhaben als einem
"möglichen zukünftigen Bericht" erzeugen -
aber behalten Sie im Kopf, diese Notiz
durch eine zweite und/oder einen
Telefonanruf zwei Tage vor der
Veranstaltung zu ergänzen. Als generelle
Regel gilt, daß Freitag und Samstag
schlechte Tage für eine Veranstaltung oder
Presseerklärung sind. Besser sind "Sonntag
für Montag" oder "Montag für Dienstag".

2. Ihre Adressenliste sollte groß sein
und z.B. Nachrichtenredakteure,
Beilagenredakteure, Frauenredakteure
enthalten, wobei jede Kontaktperson
mehrere Exemplare Ihrer Information
erhält. Dieser "Schrotflinten"-Ansatz ist
nützlich. Was zur Arbeit der einen Person
nicht paßt, kann für eine andere sehr
attraktiv sein. Ein kläglicher Schrei wie
"Ich habe es doch dem Nachrichtenredakteur
geschickt" stellt keine Entschuldigung
dar. Denken Sie immer daran, daß Sie mit
vielen anderen Personen um Platz und
Übertragungszeit konkurrieren - und:
Journalisten sind sehr beschäftigte Leute;
man kann von ihnen nicht erwarten, daß sie

eine Information, die sie nicht nutzen
wollen, einem Kollegen weitergeben.

3. Wenn Sie den ersten Kontakt
hergestellt haben, versuchen Sie, den
Dialog fortzusetzen. Finden Sie bei den
Journalisten selbst heraus, was Sie im
Hinblick auf Präsentation,
Redaktionsschluß etc. benötigen.

Wer soll kontaktiert werden?

Es gibt eine große Menge an
Medienkontakten, die Sie in Betracht
ziehen sollten:

Radio und Fernsehen

- alle Formen - national, regional,
lokal;

- alle Abteilungen - Nachrichten,
Aktuelles, Features, leichte Unterhaltung
einschließlich Serien, Erziehung, Religion
usw.

Tageszeitungen und Magazine

- alle Formen - national, regional, lokal,
spezielle;

- alle Abteilungen - Nachrichten,
Features, Frauenseite, Leserbriefseite
usw.

Sie können auch die Zusammenarbeit bei
einer Kampagne oder einem Projekt mit dem
einen oder anderen Medium in Betracht
ziehen. Im einen Fall helfen sie durch
ihre Organisation mit direkter
finanzieller Unterstützung, oder durch
indirekte Unterstützung, bei der
Verbreitung von Flugblättern und/oder
durch Telefonberatungsdienste. In einem
anderen Fall sind sie vielleicht erfreut,
ihre Unterstützung "kostenlos" zu geben,
um ihr eigenes Image in der Gemeinde zu
fördern. Bereiten Sie sich darauf vor,
alle Optionen in Betracht zu ziehen,
insbesondere die letztere.

HELFEN SIE DEN MEDIEN, IHNEN ZU HELFEN

SCHWERPUNKTE FÜR DIE ZUKUNFT

Ein Unterstützung gewährendes Umfeld sollte geschaffen werden, um

- die gesellschaftlichen Einstellungen gegenüber Menschen mit chronischen Erkrankungen zu verändern und ein positiveres Bild von diesem Personenkreis zu vermitteln;
- Schranken für die Wiederaufnahme der Berufstätigkeit durch die Patienten zu beseitigen, da Arbeit für mit chronischen Krankheiten lebende Menschen überaus wichtig ist und Bemühungen erforderlich sind, um geeignete Stellen zu schaffen, darunter auch Spezialprogramme für weniger qualifizierte Arbeitnehmer;
- Unternehmen zur Ausarbeitung von Gesundheitsförderungsprogrammen am Arbeitsplatz für mit chronischen Krankheiten lebende Menschen anzuhalten und dabei zu unterstützen und
- die Unterstützung für Vertreter der Heilberufe und nicht fachlich geschulte Betreuer durch Programme zu fördern, die sich auf die Weiterbildung und die emotionalen Bedürfnisse konzentrieren (da in die Gesundheitsförderung bei chronischen Krankheiten sowohl die Patienten als auch ihre Betreuer einbezogen werden müssen).

7.

**GESUNDHEITSBEZOGENE
GEMEINSCHAFTSAKTIONEN UNTERSTÜTZEN**

*Aktives, gesundheitsförderndes Handeln erfordert:
Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik*

Gesundheitsförderung wird realisiert im Rahmen konkreter und wirksamer Aktivitäten von Bürgern in ihrer Gemeinde: in der Erarbeitung von Prioritäten, der Herbeiführung von Entscheidungen sowie bei der Planung und Umsetzung von Strategien. Die Unterstützung von Nachbarschaften und Gemeinden im Sinne einer vermehrten Selbstbestimmung ist ein zentraler Angelpunkt der Gesundheitsförderung; ihre Autonomie und Kontrolle über die eigenen Gesundheitsbelange sind zu stärken.

Die Stärkung von Nachbarschaften und Gemeinden baut auf den vorhandenen menschlichen und materiellen Möglichkeiten auf. Selbsthilfe und soziale Unterstützung sowie flexible Möglichkeiten der größeren öffentlichen Teilnahme und Mitbestimmung für Gesundheitsbelange sind dabei zu unterstützen bzw. neu zu entwickeln. Kontinuierlicher Zugang zu allen Informationen, die Schaffung von gesundheitsorientierten Lernmöglichkeiten sowie angemessene finanzielle Unterstützung gemeinschaftlicher Initiativen sind dazu notwendige Voraussetzungen.

Ottawa-Charta

ZENTRUM VON GEMEINSCHAFTLICHEN AKTIVITÄTEN: FAMILIEN UND SELBSTHILFEGRUPPEN

Robert Anderson

Die Familie, Selbsthilfegruppen - d.h. Gruppen von Personen, die meinen, ein gemeinsames Problem zu haben und zusammenkommen, um etwas dagegen zu tun - und andere Hilfsnetze sind die wichtigsten Bausteine für die Unterstützung von Menschen mit chronischen Erkrankungen, und dieses fürsorgliche Engagement umschließt die gesamten Erfahrungen des Lebens mit chronischen Krankheiten.

In welchem Maße tragen Familien und Selbsthilfegruppen in den verschiedenen Ländern und unterschiedlichen Kulturkreisen zur Gesundheitsförderung für chronisch Kranken bei? Hierauf läßt sich sicherlich keine eindeutige Antwort geben; vielmehr stellen sich mehrere spezifische Fragen. Die erste lautet: ist die Rolle der Selbsthilfegruppen und der Familien bei der Versorgung chronisch Kranker wirklich so unbedeutend, wie dies einige, auch viele Vertreter der Heilberufe, meinen? Wenn ja, mit welchen Hauptfragen sollte man sich dann beschäftigen?

Zweitens: welchen Hauptbezugsrahmen sollte man für die kritische Beurteilung der Selbsthilfe heranziehen: Die internen Kriterien des Nutzens für die Gruppenmitglieder? Die Auswirkungen der Selbsthilfevorstellungen und -maßnahmen in größeren gesellschaftlichen Zusammenhängen, insbesondere auf die staatliche Politik, oder beide?

Vom Standpunkt der klinischen Praxis aus betrachtet läuft zwischen den Vertretern der Heilberufe und den primären sozialen Unterstützungsnetzen ihrer Patienten, einschließlich ihrer Angehörigen, der Selbsthilfegruppen (SHG) usw., ein breites Spektrum an Interaktionen ab. Bei den meisten Kontakten sind jedoch keine systematisch organisierten oder koordinierten Bemühungen festzustellen, Menschen mit chronischen Erkrankungen oder ihren Familien Unterstützung zu leisten.

Vom sozialepidemiologischen Standpunkt aus betrachtet zeigen Erfahrungen aus einigen Ländern, daß die Ressourcen der Selbstversorgung und der Selbsthilfe den verschiedenen sozialen Schichten nicht in dem gleichen Maße zugänglich sind. Einer soziologischen Beobachtung (aus Großbritannien) zufolge scheint die soziale Bedeutung und Praxis der

Selbsthilfe im Ruf des "Sozialelitisimus" zu stehen, sodaß die Selbsthilfe als beliebte Gesundheitsförderungsstrategie für weiße Frauen der Mittelschicht angesehen wird. Anscheinend wird den Unterschieden in der Eignung von Selbsthilfeinitiativen bei verschiedenen Altersgruppen bzw. bei Männern und Frauen bisher zu geringe Aufmerksamkeit geschenkt. Nach anderen Auffassungen ist die unterschiedliche Verteilung der Ressourcen der Selbsthilfe und der Selbstversorgung nicht so sehr eine Frage der sozialen Schichtung, sondern vielmehr auf den spezifischen Charakter der Krankheit zurückzuführen, auf die sich die Selbstversorgungsbemühungen und Selbsthilfegruppen konzentrieren, d.h. die SHG bringen Menschen auf der Grundlage gemeinsamer Probleme zusammen.

Eine allgemeine Beobachtung geht dahin, daß Möglichkeiten der Selbsthilfe gemessen an den geäußerten Bedürfnissen zur Zeit nur einem kleinen Teil der Bevölkerung zur Verfügung stehen (Beispiele aus Großbritannien und der Bundesrepublik Deutschland zeigen, daß 30 % geäußerten Bedürfnissen in der Gesamtbevölkerung 2-3 % tatsächliche Mitarbeit in Selbsthilfegruppen gegenüberstehen). Diese Anteile sind für Menschen mit unterschiedlichen Krankheitsbildern sehr verschieden und hängen zum Teil von dem mit der Krankheit verbundenen Stigma oder der Mobilität des Betroffenen ab. Zwar sind die Probleme und Nachteile von Menschen mit unterschiedlichen Krankheitsbildern häufig ähnlich, doch erfordern die Strategien zur Ausweitung der Selbstversorgung und Selbsthilfe anscheinend eine Vielzahl verschiedener Ansätze, z.B. die gemeinsame oder getrennte Arbeit mit Ehepartnern. Die Beteiligung wird auch durch die Organisationsform der Selbsthilfegruppen beeinflusst und dadurch bestimmt, ob sie eine Einbeziehung und einen aktiven Erfahrungsaustausch gestatten, der den Erwartungen der Gruppenmitglieder entspricht.

Vom soziokulturellen Standpunkt aus betrachtet muß geklärt werden, in welchem Maß die Rolle der Familien mit der Rolle alternativer Formen der Versorgung und Unterstützung durch Laien vereinbar ist,

wie sie in den SHG geboten werden. Die Familie ist eine positive Ressource der Gesundheitsförderung, kann sich jedoch auch negativ auf die Gesundheit chronisch kranker Menschen auswirken.

Ergänzen sich die Familie und Formen der Selbsthilfe im Rahmen der Unterstützung durch Laien gegenseitig und verstärken sie einander oder nicht? Wenn nicht, was läßt sich daran ändern? Familien und Selbsthilfegruppen spielen in der Gesundheitsförderung chronisch Kranker in der Tat eine unterschiedliche Rolle und sind nicht gegeneinander austauschbar. Beide dienen verschiedenen Bedürfnissen der chronisch erkrankten Menschen. SHG

sind eine Informationsquelle. Sie können der Ausgangspunkt für die Organisation bestimmter Dienste, von Gruppenaktivitäten usw. sein. In manchen Fällen, so z.B. bei Herzpatienten, kann die aktive Einbeziehung der gesamten Familie in die Selbsthilfe im Rahmen einer Gruppe zu einer generellen Gesundheitsförderung beitragen, während die Familienressourcen in anderen Fällen, so bei Krebspatienten, in deren Fall die Schuldzuweisung an das Opfer häufig einen Teil der Familiendynamik darstellt, möglicherweise getrennt von den Ressourcen der SHG und/oder anderer Formen der gemeindenahen Unterstützung betrachtet werden sollten.

AMBULANTE KARDIOLOGISCHE REHABILITATION IM MÜNCHENER GESUNDHEITSPARK.

Mark Schmid-Neuhaus

Etwa 500 Frauen und Männer - gesunde, weniger gesunde oder chronisch Kranke - suchen täglich den Münchener Gesundheitspark auf, um sich an Jazz-Gymnastik, indischem Tanz, Meditation, Massagetherapie und Autogenem Training, Tangokursen, Psychodrama, Traumseminaren, T'ai Chi, Töpferei oder etwas mehr als hundert weiteren Aktivitäten zu beteiligen.

Diese Programme verwirklichen drei Ziele des Gesundheitsparks:

- die Barrieren zwischen gesundheitlicher Versorgung und anderen sozialen Strukturen und Einrichtungen abzubauen;

- den Krankheitsbegriff aus seiner Isolation im traditionell krankheitsorientierten medizinischen System zu befreien und ihn in einen weiteren Bezugsrahmen zu stellen; und

- die Dichotomie von Gesundheit vs. Krankheit durch einen holistischen Ansatz zu ersetzen.

Für diejenigen, die zum Gesundheitspark kommen, bedeutet dies: mehr Lebensfreude zu bekommen, soziale Kontakte auszuweiten, die innere Zufriedenheit zu erhöhen und einen gesünderen Körper zu entwickeln. Als der Gesundheitspark vor rund 13 Jahren seine Pforten öffnete, wurde diese Strategie nur von sehr wenigen verstanden. In der Zwischenzeit hat, nicht zuletzt auf dem Hintergrund der strategischen Optionen, wie sie von der WHO konsequent propagiert worden sind, das Verständnis für die Konzepte des Gesundheitsparks in der Fachwelt zugenommen. Die Münchner Bürger haben von Anfang an durch die Akzeptanz, die sie dieser Institution haben zuteil werden lassen, deutlich gemacht, daß sie die neuen Wege des Gesundheitsparks nicht nur anerkennen, sondern sie haben durch ihr nachhaltiges Engagement seine Entwicklung überhaupt erst möglich gemacht.

Das Konzept der ambulanten Rehabilitation der koronaren Herzkrankheit ist sowohl Konsequenz als auch Ausdruck unseres Ansatzes. Es sollte festgehalten werden, daß die vielen praktischen Leistungen, die die bedeutsame Realität des Gesundheitsparks ausmachen, erst durch die alltägliche Arbeit mit unseren Patienten und hier an

erster Stelle mit chronisch kranken Herzpatienten entwickelt werden können. Mit anderen Worten, konzeptionelles Denken und Praxis sind miteinander verwoben und unsere Programme dienen dazu zu belegen, daß therapeutische Ansätze, die sich auf unsere fundamentalen Konzepte beziehen, in einem sozialen System - hier also in einer Gesundheitsinstitution - realisiert werden können, auch wenn das weitere Umfeld diese Vorstellungen noch nicht in vollem Umfang teilt.

Das Konzept des Münchener Gesundheitsparks

Räume aus dem Erbe der Olympischen Spiele 1972 und die Bereitschaft der Stadt München, diese für ein neuartiges Modell der Gesundheitserziehung zur Verfügung zu stellen, führten 1973 zur Gründung des "Gesundheitsparks" oder "Zentrums für psychophysische Gesundheitsvorsorge". Träger des Gesundheitsparks ist die Münchener Volkshochschule, die auch federführend seine konzeptionelle Entwicklung gestaltet hat. Da die Volkshochschule keine finanzielle Unterstützung - außer organisatorischer und personeller - gewähren kann, wurde eine Mischfinanzierung der Stadt München, des Bayerischen Arbeits- und Sozialministeriums, der AOK München, der Landesversicherungsanstalt Oberbayern und der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte geschaffen. Mit den gesetzlichen Krankenkassen wurden Verträge abgeschlossen, in denen sie sich zur Kostenübernahme bestimmter Leistungen des Gesundheitsparks verpflichten, vorausgesetzt die Patienten nehmen sie aufgrund einer kassenärztlichen Verordnung in Anspruch.

Teilnahmebedingungen für die Angebote des Gesundheitsparks ohne ärztliche Verordnung sowie die entsprechenden Gebühren hierfür sind ebenfalls für jeden Kurs festgelegt. Der Anteil der Eigenfinanzierung stieg von 23 % im Jahr 1973/1974 auf gegenwärtig fast 68 %, was für eine Einrichtung der Erwachsenenbildung ein beachtliches Ergebnis darstellt.

Der Gesundheitspark versteht sich vor allem als eine Vorsorgeeinrichtung, die im Gesamtfeld des Gesundheitssystems in einer Lücke zwischen rein verbaler gesundheit-

licher Wissensvermittlung und praktizierter Heilbehandlung angesiedelt ist. Er nimmt sowohl Aufgaben der Erst- als auch Zweitprävention wahr und ist, neben der Einbettung dieser Aufgaben in für den Besucher reizvolle Freizeitaktivitäten, führend im Bereich der ambulanten Rehabilitation von Herzkranken und im weiteren Sinne auch der Behandlung von psychosomatischen Erkrankungen. Maßgeblich für die Konzeption des Gesundheitsparks war die Erkenntnis, daß Verhaltensänderungen nachhaltiger stattfinden, wenn der Lernende nicht nur Informationen vermittelt bekommt, sondern auch aktiv mit seinem affektiven und kreativen Potential in einen auf konkrete Erfahrungen abzielenden Lernprozeß einbezogen wird. Das Motto des Gesundheitsparks lautet also "Lernen durch Tun".

Darüber hinaus wird in der Medizin immer deutlicher, daß die für unsere Zivilisation typischen Erkrankungen zu einem hohen Maß verhaltensbedingt sind. Verhaltensänderung stellt deshalb in der Gesundheitsvorsorge wie bei therapeutischen Behandlungen ein wesentliches Ziel dar - ja, sie verschmelzen zu einer Bildungsaufgabe.

Daß die Gründung der Institution so erfolgreich war, hängt sicherlich damit zusammen, daß man unklare Globalziele wie "Gesundheit verbessern" oder "Krankheit verhüten" von Anfang an durch einen konkret formulierten Aufgabenkatalog ersetzt hat. Dies ermöglichte eine permanente Wirksamkeitskontrolle, ob die Programme den Erwartungen und Bedürfnissen entsprechen.

Die folgenden fünf Lernziele wurden definiert:

1. die körperliche Funktionstüchtigkeit wiederherstellen und erhalten;
2. sich bewußt entspannen und systematisch erholen können;
3. verschüttete Gefühls- und Sinneskräfte wiedererlangen sowie Kreativität, Spontaneität und Sensitivität entfalten;
4. soziale Beziehungen befriedigend gestalten können durch besseres Selbstwertgefühl und Gewinn von mehr Eigeninitiative, Kontakt und Konfliktfähigkeit, und
5. durch Information und Beratung gesundheitliche Zusammenhänge begreifen können.

Diese Lernziele wurden in fünf Aufgabenstellungen konkretisiert:

1. Förderung aktiver und damit kosten-

sparender Prävention durch Bewußtseinsbildung;

2. Konkretisierung und Systematisierung von bisher nur als Vorsatz vorhandener Vorsorgebereitschaft;
3. Ergänzung und Erweiterung ärztlicher Nachbehandlungsmaßnahmen durch Zweitprävention;
4. Fortsetzung und Festigung (bisher teurer und oft folgenloser) Kurmaßnahmen;
5. Erhöhte Bereitschaft zur Selbst- und Mitverantwortung durch erlebnisbezogenen Wandel im Gesundheits- und Krankheitsverhalten.

Warum kommen die Menschen?

500 Münchener Bürger besuchen täglich das Programm und werden von einem hauptamtlichen Team von etwa 30 Mitarbeitern sowie von ca. 140 freien, assoziierten Mitarbeitern (ca. 20 Ärzte, 70 Psychologen, 50 Sportlehrern, Kunstpädagogen und Therapeuten, Krankengymnasten und Bewegungstherapeuten usw.) betreut. Ca. 40 % der Besucher sind Patienten, die über das medizinische System bzw. durch Überweisung ihrer Hausärzte den Gesundheitspark aufgesucht haben; die übrigen 60 % besuchen den Gesundheitspark aufgrund eigener Initiative.

Eine Untersuchung zur Motivation der Teilnehmer am Angebot im Gesundheitspark zeigt, daß die meisten nach einem Ereignis gekommen sind, das ihr Leben erheblich beeinflußt hat, und nachdem ihnen Probleme bewußt wurden bzw. sie den Willen hatten, sich zu ändern und nach Lösungen zu suchen (Psychologische Forschungsgruppe Schönhals GmbH 1980, S. 5).

Von allen Verordnungen entfallen gegenwärtig 14 % auf den Bereich der organischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Zustand nach Herzinfarkt, Herzfehler, entzündliche Herzerkrankungen u.a.). Die Mitarbeiter des Gesundheitsparks arbeiten in allen Bereichen des ambulanten Rehabilitationsprozesses mit den jeweiligen Hausärzten zusammen.

Das Konzept der kardiologischen Rehabilitation

Aus den vorher genannten Lernzielen und Aufgabenstellungen kann unschwer gefolgert werden, daß sich der Gesundheitspark bei der Rehabilitation von Infarktpatienten

von Anfang an besonders gefordert gefühlt hat. Eine der ersten ambulanten Koronargruppen startete deshalb schon 1973, als viele deutsche Ärzte noch ernsthafte Zweifel an dem Sinn von Bewegungstherapie und psychosozialer Betreuung äußerten. Bis 1985 ist die Zahl der parallel laufenden Gruppen auf 9 gestiegen, wobei 4 Gruppen als Trainingsgruppen - die wesentlich anspruchsvoller sind - und 4 Gruppen als Übungsgruppen sowie eine Gruppe als gemischte Gruppe geführt werden. Das Schwergewicht der Entwicklungsarbeiten hat in den vergangenen Jahren vor allem bei der Entwicklung der Übungsgruppen gelegen, nachdem absehbar war, daß die meisten der den Sportvereinen angeschlossenen Koronargruppen nur als sogenannte Trainingsgruppen fungieren (vgl. den Beitrag von Döhner & Görres in diesem Buch).

Alle Koronargruppen werden von speziell kardiologisch ausgebildeten Ärzten geführt, denen ebenfalls besonders ausgebildete Übungsleiter zur Seite stehen. Hinzu kommen noch ein Sozialarbeiter und ein Psychologe, die jeweils in einer Übungsgruppe das Team ergänzen und sich besonders psychosozialen Fragestellungen widmen. Im Gegensatz zu vielen Koronargruppen, die sich im wesentlichen als Sportgruppen verstehen, ist die Zielsetzung bei den Koronargruppen des Gesundheitsparks weiterreichend. Die koronare Herzkrankheit wird als eine typische Verhaltenskrankheit der technisch-zivilisierten Welt begriffen. Entsprechend zielt die langfristige ambulante Rehabilitation darauf, die Patienten bei Veränderungen ihrer Lebensweisen zu ermutigen und zu unterstützen. Die Einbeziehung eines Psychologen in das betreuende Team hat sich im Hinblick auf dieses Ziel ganz besonders bewährt, auch wenn dadurch eine Kostenproblematik geschaffen wird, die von vielen Gruppen, die in einem anderen Setting als der Gesundheitspark arbeiten, noch kaum bewältigt werden kann. Vorausgegangen ist diesem multidisziplinären Ansatz übrigens ein gescheiterter Versuch, Sozialpädagogen in ein Koronargruppenteam zu integrieren. Zentrales Problem dabei war die mangelnde Akzeptanz dieser Berufsgruppe durch die Koronarpatienten, die anfangs wenig Interesse und Bereitschaft zeigten, sich mit den psychosozialen Aspekten ihres Krankseins auseinanderzusetzen. Im längeren Verlauf hat sich dann gezeigt, daß es einfacher war, die betreuenden Ärzte mehr auf psychologische Gegebenheiten der

Gruppenführung hin zu motivieren als die Sozialarbeiter medizinisch so kompetent zu machen, daß sie von den Patienten entsprechend akzeptiert wurden. Das Design der Gruppen läßt sich am besten aus der Programmankündigung des Gesundheitsparks entnehmen, wo die Gruppen mit nachfolgendem Text angekündigt werden: "Ambulante Koronargruppen - Der Kurs ist geeignet für Patienten, die an einer koronaren Herzkrankheit (z.B. nach Herzinfarkt) leiden. Ziel des Kurses ist die Wiederherstellung und Festigung der Leistungsfähigkeit, die Vorbeugung gegen Rückfälle und Zweiterkrankungen und die Festigung der Urteilsfähigkeit in bezug auf das eigene Leistungsvermögen. Es werden Entspannungstechniken geübt, und in manchen Fällen wird versucht, Einsparungen bei der medikamentösen Behandlung vorzunehmen. Je nach körperlicher Belastbarkeit und medizinischen Befunden können sich die Teilnehmer einer Koronartrainingsgruppe (Ergometerbelastbarkeit über 75 Watt) oder einer Koronarübungsgruppe (Ergometerbelastbarkeit unter 75 Watt) anschließen. Für diese Entscheidung steht der Arzt des Gesundheitsparks zu einer ausführlichen Beratung zur Verfügung. Der Kurs läuft als offene Gruppe. Neuaufnahmen sind jederzeit möglich."

Bewegung, Entspannung und Gespräch

Die Gruppenarbeit vereinigt drei Elemente: Bewegung, Entspannung und Gespräch. Die Gruppen sind gekennzeichnet durch eine Atmosphäre von Ruhe, Entspanntheit, fehlendem Leistungsdruck und Gesprächsbereitschaft sowohl unter den Teilnehmern als auch mit dem Arzt. Die vielfältigen Möglichkeiten, die der Gesundheitspark bietet, erleichtern dem Herzinfarktpatienten den Übergang und die zusätzlichen Aktivitäten in krankheitsunspezifischen Gruppen. Außerdem können - während der Rehabilitand in seiner Herzgruppe ist - die anderen Familienmitglieder andere Angebote wahrnehmen. In den 9 Gruppen werden jährlich im Durchschnitt etwa 300 Patienten, die sich zu einer wöchentlichen Gruppenveranstaltung von etwa 2 Stunden treffen, betreut. Wenn es nicht für manche Patienten zu anstrengend wäre, in den Gesundheitspark zu kommen, könnte eine noch größere Beteiligung an den Koronargruppen erreicht werden. Wir sind immer wieder erstaunt zu erfahren, daß Patienten von uns Anfahrtswege von über 1 Stunde in Kauf nehmen, um zu den

Gruppentreffen zu kommen. Da wir in unseren administrativen Möglichkeiten sehr begrenzt sind, fehlen uns nach wie vor ausführliche Dokumentationsmöglichkeiten über die Therapieverläufe in den Gruppen. Bedeutsam erscheint uns, daß insbesondere auch die Übungsgruppen oder sogenannten high risk Gruppen bisher ohne Zwischenfall gearbeitet haben. Den Grund dafür sehen wir in einer auf behutsamen und aufmerksamen Umgang mit der eigenen Körperlichkeit ausgerichteten Gruppenatmosphäre, die dem größten Teil der Koronarpatienten am Anfang eher fremd erscheint, weil sie in ihren Grundüberzeugungen vor allem leistungsorientiert sind. Insofern wird auf psychologische Gegebenheiten hinsichtlich der eigenen Lebensgestaltung vor allem bei den Übungsgruppen mehr Wert gelegt als auf Fragen der rein physischen Trainierbarkeit.

Den Menschen gefällt der Park

Dieser letzte Punkt war ein teilweise kontrovers diskutierter Punkt unseres letzten Arbeitstreffens der Koronargruppenärzte, bei der vor allem die kardiologisch sehr erfahrenen Ärzte der Übungsgruppen ihr Erstaunen darüber äußerten, wie lange gerade Patienten mit körperlich zum Teil sehr problematischen Befunden inzwischen an den Übungsgruppen teilnehmen. Wir vermuten, daß das psychologische, insbesondere Leistung relativierende Gruppenklima hierfür ein bedeutsamer Faktor ist.

Der Hinweis auf das besondere psychologische Klima heißt jedoch nicht, daß diese Gruppen im Sinne von psychotherapeutischen Gruppen geführt werden. Wir haben zu früherer Zeit mehrere Versuche gemacht, mit Koronargruppen im Sinne von tiefenpsychologisch fundierter oder analytisch orientierter Gruppenpsychotherapie zu arbeiten. Diese Versuche sind allerdings mehr oder weniger gescheitert. Am besten bewährt haben sich eher verhaltenstherapeutisch orientierte Phasen zur Streßbewältigung, wenn sie geschickt in das Gruppengeschehen integriert werden konnten.

Bei Patienten mit weniger gefährlichen Befunden hingegen spielt das Bemühen um die Wiederherstellung der körperlichen Leistungsfähigkeit die wichtigste Rolle. Die psychologische Krankheitsbewältigung wird häufig als Problem eher verdrängt und muß immer wieder von den Leitern behutsam thematisiert werden. Wir glauben, daß hier

sehr unterschiedliche Motivationen den Entschluß, sich einer ambulanten Koronargruppe anzuschließen, prägen und versuchen, dem in gewisser Weise auch bei der Auswahl der Gruppe Rechnung zu tragen; dabei halten wir aber auch für die Trainingsgruppen an der Linie fest, daß die Aufgabe einer solchen Gruppe weit über den Aspekt des "Koronarsports" hinauszugehen hat.

Hier schließt sich der Bogen wieder zu den einleitenden Bemerkungen über die Interdependenz von Umwelt und Krankheit sowie auch Institution und Therapieform. Die Umsetzung der Konzepte des Gesundheitsparks mit chronisch Kranken (oder wie wir eher sagen "bedingt Gesunden") steht vor einem Problem: die Sachverhalte, mit denen wir uns jeweils gleichzeitig beschäftigen und denen wir konzeptionell gerecht zu werden suchen, sind immer so komplex, daß wir noch weit davon entfernt sind, eine adäquate Dokumentation dafür gefunden zu haben und uns nach wie vor eher auf qualitativ orientierte Beschreibungen als auf sichere, quantitativ erfaßte Daten stützen zu müssen. Diese kurze Beschreibung dessen, was wir mit Herzpatienten tun, unterstreicht das Problem.

"TAKE HEART": FRÜHERE HERZPATIENTEN ORGANISIERENUNTERSTÜTZUNGSGRUPPEN

George Morland

Seit einiger Zeit sind sich Ärzte, Schwestern und Sozialarbeiter der Notwendigkeit bewußt, Herzkranken zur Ergänzung der guten medizinischen Versorgung, die sie erhalten, Unterstützung und Förderung angedeihen zu lassen. Diese Berufe sind jedoch bereits überfordert und können für die Rehabilitation häufig nicht die erforderliche Zeit und Aufmerksamkeit aufwenden. Es hat jedoch nun ein Prozeß begonnen, der weiterführen und diesen großen Bedarf mit der Zeit decken könnte. Vor kurzem wurde eine noch nicht genutzte Möglichkeit erschlossen, gerade die Hilfe zu leisten, die hier erforderlich ist - es geht um Menschen, die selbst ein Herzleiden überstanden haben. Sie können mit Sicherheit am ehesten die Notwendigkeit verstehen, mitfühlend zuzuhören und viele unbegründete Befürchtungen zu zerstreuen und können aus eigenem Erleben Hoffnung machen und Mut geben.

1983 setzte sich einer dieser ehemaligen Patienten mit einem Chefarzt und Sozialarbeitern einiger Krankenhäuser zusammen und gründeten in Mansfield, Nottinghamshire, für Patienten und ihre Versorger die Gruppe "Take Heart", deren Erfolg 1984 in Derby, 1985 in Chesterfield und 1986 in Leicester zur Bildung weiterer Gruppen führte. Im Juni 1986 kamen mehr als 100 Mitglieder dieser Gruppen zu einer Tagung zusammen. Weitere Gruppen sind gefolgt; im Mai 1989 gab es mindestens 25 Gruppen in England und Wales, die von einem informellen, nationalen Netzwerk mit dem Namen "CHSA-Interheart" verbunden werden.

Wie arbeiten diese Gruppen nun? Nach ihrer Gründung mit Unterstützung der Sozialämter, lokaler gemeinnütziger Einrichtungen sowie von Ärzten und Schwestern, wurden sie schnell autonom. Jede Gruppe wird jetzt von einem Mitgliedergremium geleitet, das die Tätigkeit organisiert und sich um Werbung, Mittelbeschaffung und dergleichen kümmert. Die eigentliche Arbeit der Hilfestellung für Herzpatienten wird von freiwilligen ehemaligen Patienten geleistet, die nach ein wenig Praxis und einer Schulung in der Kunst des Zuhörens Patienten in Krankenhäusern aufsuchen und auch

Patienten und ihre Angehörigen zu Hause besuchen. Einmal oder zweimal monatlich finden außerdem Gruppensitzungen statt.

Jemanden zum Zuhören

Wenn ein Herzpatient in einem Gebiet, in dem es eine solche Gruppe gibt, ins Krankenhaus kommt, übergibt man ihm einen Brief, in dem auf das Bestehen der Gruppe hingewiesen wird und ihm der Besuch eines Gruppenmitglieds angeboten wird, das sich seine Sorgen anhören und ihm helfen möchte. Die Gruppe legt Wert darauf, den richtigen Freiwilligen zu dem richtigen Patienten schicken - zu jemandem, der vor einer koronaren Bypass-Operation oder einer Herzklappenoperation steht, wird wahrscheinlich jemand geschickt, der eine solche Operation bereits hinter sich hat und daraus Nutzen gezogen hat. Im übrigen erfolgen diese Besuche stets mit der Zustimmung und Unterstützung des Krankenhauspersonals.

Besuche in der Familie

Der erste Besuch findet gewöhnlich innerhalb von drei oder vier Tagen nach der Krankenseinweisung des Patienten statt, dem es oft hilft, dem Besucher die Geschichte seines Herzanfalls zu erzählen. Auf diese Weise kann er seinen Schock, seine Verwirrung und vielleicht auch seinen Groll abbauen. Und wenn er jemanden vor sich sieht, der sich ganz offensichtlich von einem ähnlichen Anfall erholt hat, kann dies seine Depression und seine Angstgefühle mindern und ihm den ersten Schritt zur Annahme seines Zustands ermöglichen - was natürlich der erste Schritt zu einem trotz einiger Einschränkungen guten Leben ist. Bekanntermaßen sind die Versorger und die Angehörigen einer genau so großen, wenn nicht noch größeren Belastung ausgesetzt als die Patienten selbst, sodaß Gruppenmitglieder auch Hausbesuche anbieten, bei denen sie sich bemühen, Befürchtungen zu zerstreuen und beruhigend zu wirken. Eine Beratung in medizinischen Fragen ist tabu - die Patienten werden dazu bewegt, diese Angelegenheiten mit

ihrem Hausarzt oder dem Chefarzt zu besprechen -, doch können alle praktischen und persönlichen Probleme zur Sprache gebracht werden, wobei sich häufig Lösungen finden lassen. Die Versorger erhalten auch eine Telefonnummer, die sie jederzeit anrufen können, wenn ihnen ein Gespräch weiterhelfen kann.

Treffen sind hilfreich

Die Gruppensitzungen dauern gewöhnlich zwei Stunden, und die Hälfte dieser Zeit wird freigehalten, damit sich die Mitglieder einfach treffen und miteinander sprechen oder neue Mitglieder begrüßen können. Häufig hält ein Arzt, eine Krankenschwester, ein Diätberater, ein Therapeut, ein Sozialarbeiter, ein Sozialberater und vielleicht auch ein Patient, bei dem eine Herztransplantation vorgenommen wurde, einen Vortrag. Manchmal werden auch kardiopulmonale Wiederbelebungstechniken demonstriert. Vorführungen von Entspannungstechniken sind ebenfalls beliebt. Zwischen diesen "ernsthaften" Sitzungen ist jedoch auch viel Spaß dabei, und es werden gesellschaftliche Veranstaltungen und Ausflüge arrangiert.

Nachdem die ersten beiden Gruppen (Mansfield und Derby) ein Jahr lang tätig gewesen waren, erhielten alle Mitglieder und Kontaktpersonen Fragebögen zugesandt, um ihre Reaktionen auf die Krankenhausbesuche und die Gruppensitzungen zu ermitteln. Das Ergebnis zeigte, daß die allermeisten Befragten beide Tätigkeiten sehr hilfreich und beruhigend fanden. Niemand betrachtete sie als nutzlos, und alle sahen die Arbeit für "Take Heart" als lohnend und fortführens-wert an, auch wenn sie dieses Angebot nicht selbst in Anspruch genommen hatten.

Zu allen Gruppen stoßen immer wieder neue Mitglieder. Die Hälfte von ihnen treten wegen der Briefe und Besuche im Krankenhaus bei, die andere Hälfte hört von den Gruppen durch Plakate, Berichte im lokalen Rundfunk oder der örtlichen Presse oder werden von älteren Mitgliedern mitgebracht. Einige Mitglieder scheiden wieder aus, wenn ihr Unterstützungsbedarf gedeckt ist. Andere bleiben, um neuen Mitgliedern genauso zu helfen, wie auch sie Hilfe erfahren hatten.

Die Arbeit der Gruppen läßt sich durchaus noch ausweiten. Es haben Bestrebungen begonnen, die Gruppen zusammenzuschließen, um die Rechte der Herzpatienten in Gebieten durchzusetzen, in denen man den

Eindruck hat, daß die Gesellschaft ihnen ihren Krankheitszustand zum Nachteil gereichen läßt. Beispiele für "Problem-bereiche" sind die Arbeitswelt, die Versicherungen und die Sozialleistungen.

Ich habe darum den Eindruck, daß die "Take Heart"-Gruppen Bestand haben werden und sie sich als notwendige Einrichtung erwiesen und belegt haben, daß sie dem bestehenden Bedarf gerecht werden. Nun kommt es darauf an, sie im ganzen Land immer weiter zu verbreiten, damit schließlich jeder Herzpatient überall die Unterstützung finden kann, die er benötigt.

WOHNORT ALS KURORT FÜR RHEUMAKRANKE

Helmut Breitkopf & Vera Grunow-Lutter

In diesem Beitrag geht es um institutionelle Aspekte der Gesundheitsförderung im Zusammenhang mit einem Forschungsprogramm, das aus fünf Einzelprojekten besteht und gegenwärtig in verschiedenen Gebieten der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt wird. Ziel dieses Programms, das vom Bundesministerium für Forschung und Technologie (BMFT) gefördert wird, ist es, eine wohnortnahe, interdisziplinäre und krankheitsbegleitende Versorgung von Rheumakranken anzubieten. Dabei werden unterschiedliche organisatorische Ansätze zu ihrer Durchführung angewandt.

Das hier beschriebene Projekt wird gegenwärtig in Unna, einer Stadt mit etwa 60.000 Einwohnern in Nordrhein-Westfalen am östlichen Rand des Ruhrgebiets, durchgeführt. Es versucht besonders intensiv, etwas zur Gesundheitsförderung mit dem Schwerpunkt Selbsthilfe beizutragen. Die folgenden Ausführungen geben einen Überblick über die Ziele des Projekts, seine Struktur, seine Programme - insbesondere die Durchführung ambulanter Rheumakuren - und über einige Schwierigkeiten und Probleme, die bei der Implementation und dauerhaften Absicherung gesundheitsorientierter Angebote auftreten. Der letzte Teil beschäftigt sich mit der Forschungskomponente in diesem Modell.

Ziele des Projekts

Es ist unser Ziel, ein bedarfsgerechtes und umfassendes Versorgungssystem für Menschen aufzubauen, die zwischen Krankheit und Gesundheit leben müssen. Für Rheumakranke, die in Selbsthilfe etwas für ihre verbleibende Gesundheit tun möchten, sollen Hilfsangebote geschaffen werden, die zwischen Sportverein und Fitneß-Studio auf der einen und Krankenhäusern und Arztpraxen auf der anderen Seite angesiedelt sein sollen. Unsere Angebote sollen Rheumakranken ermöglichen, trotz ihrer Behinderung ein zufriedeneres Leben zu führen, die persönliche Selbständigkeit und Unabhängigkeit von fremder Hilfe so lange wie möglich zu erhalten sowie sich leichter in Gruppen zusammenzufinden, um dadurch die Erfahrung zu machen, daß ihre Schwierigkeiten gemeinsam leichter zu lösen sind. Mit anderen Worten: Gesund-

heitsstärkung und Selbsthilfeförderung sind die Kernelemente unserer Programme. Wir wollen in Unna ein Forum schaffen, in dem jeder interessierte Rheumakranke das ausprobieren kann, was anderen bereits geholfen hat. Wir wollen Unterstützung anbieten, damit das, was dem Einzelnen hilft, auch im Alltag ohne Anleitung durchgeführt werden kann. Dabei beziehen wir auch alternative und unkonventionelle Verfahren mit ein. Bei der Auswahl der Angebote berücksichtigen wir folgende Bedingung: alles, was wir anbieten, muß ärztlich befürwortet, begleitet oder geleitet werden, es muß sich wohnortnah und preiswert realisieren lassen.

Organisation der Projektabwicklung

Um die genannten inhaltlichen Vorstellungen zu realisieren und das Ziel einer besseren Kooperation der Anbieter von Gesundheitsleistungen zu erreichen, wurde in Unna eine Gesundheitsarbeitsgemeinschaft gegründet; ihr gehören das Gesundheitsamt, Krankenkassen, die Volkshochschule, Ärzte, ein Apotheker, ein Behindertensportverein und andere Selbsthilfeorganisationen an. Da die Gesundheitsarbeitsgemeinschaft ein loser Zusammenschluß ist, der noch keine Rechtsform besitzt - z.B. als eingetragener Verein -, hat die Volkshochschule der Stadt die Durchführung der rheumaspezifischen, gesundheitsfördernden Angebote übernommen. Die übrigen Mitglieder der Gesundheitsarbeitsgemeinschaft helfen der Volkshochschule bei der Information und Werbung sowie durch finanzielle und personelle Unterstützung.

Implementation des Projekts

Unser Motto lautet: "Gesundheit lernen durch Erleben". Dieses Prinzip liegt den rheumaspezifischen Kursen, Seminaren und anderen Aktivitäten unseres Modells zugrunde. Angeboten werden unter anderem: Warmwasser- und Trockengymnastik in Kursform, Ergotherapie, Akupressur, Vollwerternährung, Entspannungsübungen wie Autogenes Training und Yoga, Fastenwochen, Informationsveranstaltungen, Initiierung

und Unterstützung von Selbsthilfegruppen, Kur-Seminare - also ambulante Rheumakuren, wie sie gelegentlich genannt werden. In den Kur-Seminaren, unserem wichtigsten Modellelement, soll gezeigt werden, daß man auch am Wohnort etwas für seine Gesundheit tun kann; es muß nicht immer ein weit entfernter Kurort sein.

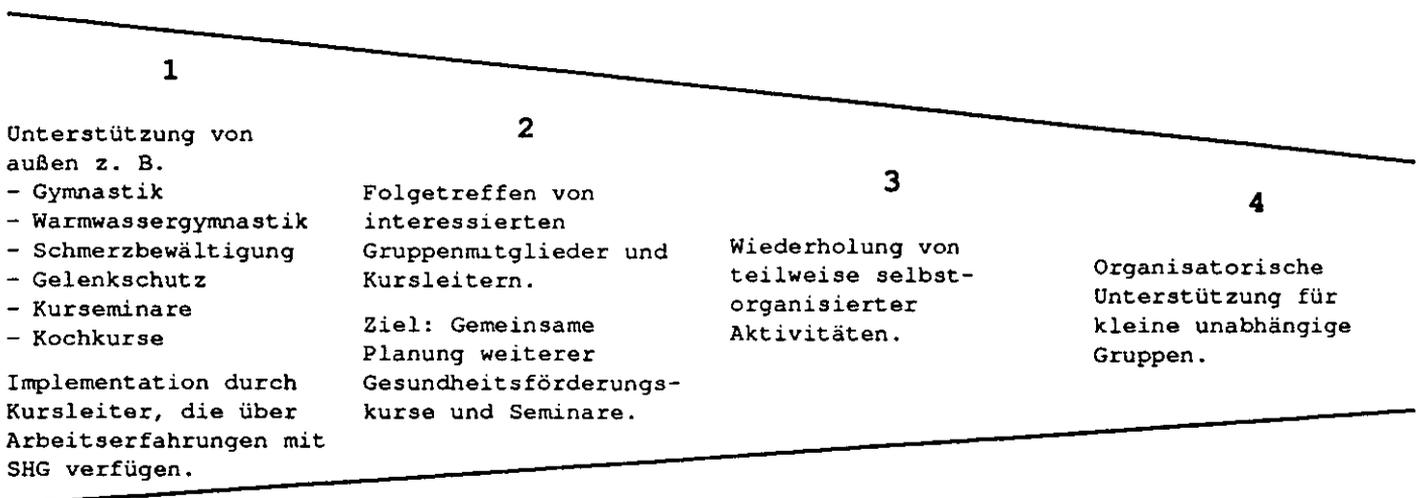
In diesen Kur-Seminaren kommen Rheumakranke neun Tage ganztägig zusammen, um in ihrem Wohnort Unna ein kurähnliches Programm zu absolvieren. Der Morgenblock besteht aus Warmwassergymnastik und Einzelanwendungen, bei Interesse Sauna und Ruhepausen. Mittags wird unter Anleitung von den Patienten Vollwertnahrung zubereitet und verzehrt. Der Nachmittag dient der Entspannung (z.B. Yoga) und der Information (z.B. Vorträge) sowie geselligen Aktivitäten. Ein Tag ist für den Besuch einer nahegelegenen Rheumaklinik reserviert. Dort werden spezifische Therapieangebote -Kältetherapie, Ergotherapie - vorgeführt. Während dieses Tages besteht auch die Möglichkeit, mit Ärzten der Klinik zu diskutieren, Fragen zu stellen und sich beraten zu lassen. Anders als bei normalen Kuren, bei denen die Patienten nachher auseinandergehen, möchten wir erreichen, daß die Teilnehmer auch nach Abschluß des Angebots zusammenbleiben. Unsere Bemühungen, Rheumakranke miteinander bekannt zu machen, setzen zum Beispiel bei diesen Kur-Seminaren an. Solche Startpunkte sind unseres Erachtens für die Bildung von Kleingruppen notwendig. Selbsthilfe entwickelt sich meist nicht von selbst. Empirische Studien, die wir an der Universität Bielefeld durchgeführt haben (Breitkopf 1982), zeigen, daß aus sich selbst heraus nur etwa 3 % der Bevölkerung in der Lage sind, sich in Selbsthilfegruppen zusammenzuschließen.

Die meisten Menschen brauchen Ermutigung und Unterstützung, eine Gruppe zu gründen bzw. in einer bestehenden mitzuarbeiten. Wir haben festgestellt - und das ist ein sehr positiver Punkt -, daß sich während der neun Kur-Seminartage Kerngruppen von Rheumakranken gebildet haben mit dem Wunsch, sich auch in Zukunft zu treffen. In Nachbesprechungen, zu denen wir einladen, werden weitere Gruppenaktivitäten geplant und mit unserer organisatorischen Unterstützung realisiert. Diese Unterstützung besteht aus der Bereitstellung von Räumen, Materialien für die Gruppenarbeit und Beratung durch Professionelle, sofern dies nötig erscheint.

Ein Ergebnis dieser Besprechungen war beispielsweise die Beteiligung der Patienten an der Organisation von Kur-Seminaren, wobei Teile der Betreuungsaufgaben von den Teilnehmerinnen übernommen wurden. Dazu gehört zum Beispiel das Kochen von Vollwertkost ohne Anleitung einer Dozentin. Zur Zeit bilden sich aus diesen selbstorganisierten Seminaren Kleingruppen von Rheumakranken, die sich auch unabhängig von den Angeboten des Projekts z.B. zum gemeinsamen Saunabesuch treffen. Zweimal im Jahr kommen die Gruppen wieder zusammen, um eine selbstorganisierte Kur am Wohnort durchzuführen. Darüber hinaus hat eine Reihe von Rheumakranken die Anregung zur Gründung von Gesprächsselbsthilfegruppen aufgegriffen.

Dieses Vorgehen bezeichnen wir als schrittweise Förderung des Selbsthilfepotentials (Abb. 1). Die beiden Striche, die trichterförmig zusammenlaufen, symbolisieren, daß auf jeder Stufe des Angebotes ein Teilnehmerschwund festzustellen ist. Während bei den Kur-Seminaren noch sehr viele Gruppen zustandekommen, werden es bei den Nachbereitungstreffen

ABBILDUNG 1 - SCHRITTWEISE UNTERSTÜTZUNG VON SELBSTHILFEGRUPPEN (SHG)



weniger; in den selbständig arbeitenden Kleingruppen ist schließlich nur ein geringer Bruchteil von Personen, die wir ursprünglich einmal in unseren Kur-Seminaren hatten. Wir versuchen allerdings dafür zu werben, daß sich mehr Menschen trauen, auch in ungeleiteten Kleingruppen zu arbeiten.

Einige praktische Probleme

Was sind die praktischen Schwierigkeiten, die wir bei der Realisierung unseres Programms erfahren haben? Drei Hauptprobleme treten hervor.

Obwohl unsere Angebote als wohnortnah zu bezeichnen sind, haben die Teilnehmer Schwierigkeiten, die Kurse und Seminare zu erreichen. Dies ist besonders im Winter der Fall. Unsere Anstrengungen richten sich deshalb darauf, die Bildung von Fahrgemeinschaften zu fördern.

Ein anderes Problem - vor allem bei der Initiierung von Selbsthilfegruppen - liegt in der Gruppenfähigkeit der Teilnehmer. Mitarbeit in Selbsthilfegruppen heißt für uns: wechselseitige Hilfe auf der Basis gleicher Betroffenheit. Dies setzt persönliche Fähigkeiten und Erfahrungen voraus, die nicht jeder mitbringt. Wir bemühen uns deshalb, interessierte Rheumakranke über Gruppenregeln und Selbsthilfegruppenprinzipien zu informieren.

Nicht zuletzt ist es schwierig Rheumakranken im Bereich Erziehung und präventiver Aktivitäten zu beteiligen. Geht man davon aus, daß die Prävalenz chronischer Polyarthritits 0.5 % beträgt, erreichen wir im Stadtgebiet Unna lediglich knapp 10 % der Betroffenen. Dies hört sich zwar wenig an, liegt im Durchschnitt aber gleich oder etwas höher als ähnliche Projekte in der Bundesrepublik Deutschland aufweisen können.

Öffentlichkeitsarbeit für unsere Angebote nur im Rahmen der Rheumaliga, durch das Volkshochschulprogramm und Tageszeitungen reicht nicht aus. Wir möchten möglichst alle Rheumakranken und nicht nur die Mitglieder der Rheumaliga erreichen. Deshalb bemühen wir uns um eine stärkere Mitwirkung der niedergelassenen Ärzte bei der Ansprache Betroffener.

Insgesamt glauben wir, jedoch sagen zu können, daß sich trotz aller Schwierigkeiten im Detail unser Konzept der wohnortnahen, selbsthilfeorientierten Versorgung von Rheumakranken bewährt hat. Viele Teilnehmer scheinen Kraft und Lebensfreude aus unseren Angeboten zu schöpfen. Insbesondere das Zusammensein in Gruppen zu gemeinsamen Aktivitäten hat günstige Wirk-

ungen. Der Satz "Die Gruppe kann mehr als der Einzelne" wird durch unsere Erfahrungen in Unna bestätigt. Nur selten kann man Gruppen von chronisch kranken Menschen erleben, bei denen - wie in unseren Kur-Seminaren - die Stimmung so gelöst ist, wo so viel gelacht wird. Es scheint ein Ziel unseres Projekts erreicht zu werden, das lautet: trotz chronischer Erkrankung und Behinderung ein zufriedenes Leben führen.

Langfristig zu überwindende Schwierigkeiten

Mit Blick auf die Zukunft lassen sich zwei Probleme erkennen: finanzielle und strukturelle.

Die Frage der Finanzierung der zusätzlichen Angebote nach Auslaufen der Forschungsmittel scheint im Grundsatz gelöst. In Vorverhandlungen haben die potentiellen Kostenträger - Krankenkassen, die Stadt Unna, der Kreis und der Landesverband der Rheumaliga - Bereitschaft zur Übernahme von Kostenanteilen geäußert. Mit dem Hauptkostenträger Krankenkassen sollen in naher Zukunft Einzelheiten zur Finanzierung der Kuren am Wohnort vertraglich fixiert werden.

Die strukturellen Probleme hängen mit den Besonderheiten des föderativen Systems in der Bundesrepublik Deutschland zusammen und mit den Schwierigkeiten, neue Strukturen auf lokaler Ebene zu schaffen, die auf Dauer Gesundheitsförderungsaktivitäten übernehmen. Von allen Organisationen, die die Gesundheitsarbeitsgemeinschaft bilden - also Krankenkassen, Gesundheitsamt, Selbsthilfeorganisationen, Sportverein, Apotheken, Ärzte - besitzt die Volkshochschule die besten rechtlichen, verwaltungsmäßigen und inhaltlichen Voraussetzungen für Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Dennoch treten auch hier zwei Probleme auf: das erste betrifft ganz allgemein die Aufgaben der Volkshochschule. Hat sich eine pädagogische Einrichtung darum zu kümmern, chronisch kranken Menschen zu helfen und ihre Fähigkeiten zu fördern, in Kleingruppen eigenverantwortlich Gesundheitsprobleme zu lösen? Und zweitens gibt es einige praktische Hindernisse bei der Realisierung selbsthilfeorientierter, gesundheitsfördernder Angebote für Rheumakranke, die in dem Umstand begründet liegen, daß Volkshochschulen a) Teilnehmergebühren erheben, was in unserem Fall aufgrund des unterschiedlichen versicherungsrechtlichen Status der Teilnehmer geändert werden mußte; b) immer

Dozenten -d.h. Experten - als Veranstaltungsleiter benötigen; c) auf eine Mindestteilnehmerzahl für ihre Kurse und Seminare festgelegt sind; und d) prinzipiell für alle Teilnehmer offen sein müssen, d.h. daß man keine geschlossenen Gruppen bilden kann. Demgegenüber wollen selbstorganisierte Gruppen unabhängig von Jahreszeiten zusammenkommen und ihre Größe selbst bestimmen können; ein bezahlter Kursleiter ist häufig überflüssig und widerspricht im übrigen dem Selbsthilfegedanken. Gelegentlich nehmen sich Rheumakranke auch das Recht heraus, als geschlossene Gruppe arbeiten zu wollen. Dies sind die wesentlichen Schwierigkeiten mit der Volkshochschule, die unser Projekt erfahren hat. Dennoch glauben wir, daß wir mit anderen, vor Ort vorhandenen Institutionen, die gesundheitsfördernde Angebote realisieren sollten, noch größere Schwierigkeiten hätten.

Einige Schwierigkeiten bei der Integration von Selbsthilfeaktivitäten ins alltägliche Leben

Die wissenschaftliche Begleitforschung des Projekts in Unna konzentriert sich auf ein wesentliches Ziel des Modells, nämlich die Förderung der Selbsthilfefähigkeiten und -bereitschaft der Rheumakranken. Dies ist besonders wichtig im Hinblick auf die Entspannungsübungen, die die Patienten kontinuierlich zu Hause weiterführen sollen.

Wir setzen zwei unterschiedliche Erhebungsinstrumente ein. Zum einen das Gesundheitstagebuch oder den Modellpaß, wie wir es auch nennen. Bei diesem Erhebungsinstrument werden die Teilnehmer gebeten, für 1 bis 2 Jahre jeden Monat ein Formblatt auszufüllen; später liegen also für jeden Teilnehmer 12 bis 24 Monatsformblätter vor. Diese Formblätter enthalten zum einen a) eine Liste mit Selbsthilfeaktivitäten, die zu Hause realisiert werden, zum anderen b) die Nutzung der verfügbaren Angebote und Einrichtungen. Das zweite Erhebungsinstrument besteht ebenfalls aus einer Liste von Selbsthilfeaktivitäten, die im Rahmen der Dreipunkterhebung zur Untersuchung verschiedener Verlaufsindikatoren eingesetzt wurde. Der erste Erhebungszeitpunkt (T0) ist der Einstieg des Rheumakranken in das Projekt, d.h. zu diesem Zeitpunkt hat der Patient noch nicht an Aktivitäten des Projekts teilgenommen. Der zweite (T1) und dritte (T3) Erhebungszeitpunkt erfolgt jeweils ein Jahr danach. Zum Zeitpunkt des Schreibens dieses

Beitrages sind Ergebnisse aus diesen Quellen aufgrund der erst zehnmonatigen Untersuchungszeit noch nicht interpretierbar. Die qualitativen Interviews zeigen demgegenüber einige interessante Informationen. Die Patienten wurden nach den Barrieren und Schwierigkeiten befragt, die einer Verstärkung der Selbsthilfeaktivitäten in den Alltag im Wege stehen. Im folgenden sind einige der negativen Faktoren zusammengestellt:

- Das Unverständnis anderer Familienmitglieder hinsichtlich bestimmter Selbsthilfeaktivitäten. Dies bezieht sich vor allem auf "alternative" Aktivitäten wie z.B. Autogenes Training. Aus Angst, sich lächerlich zu machen, unterläßt der Patient es, diese Aktivitäten zu Hause durchzuführen.

- Zurechtweisungen durch Familienmitglieder. Vor allem gymnastische Übungen (z.B. Fingergymnastik) werden von den Patienten gerne als sekundäre Tätigkeiten (z.B. beim Fernsehen) durchgeführt. Die anwesenden Familienmitglieder empfinden das als störend und weisen den Patienten zurecht.

- Zeitaufwendige Vor- und Zubereitung. Dies bezieht sich vor allem auf die Vollwerternährung.

- Keine häuslichen Rahmenbedingungen. Z.B. fehlt oft ein ruhiger Raum für Entspannungsübungen.

- Angst vor Identitätsverlust. Z.B. wird die Umstellung auf Vollwerternährung von Dritten mitunter als Verletzung der Hausfrauenpflichten interpretiert. Selbst wenn die Familienmitglieder mit der Ernährungsumstellung einverstanden sind, wird von Bekannten oder Verwandten darauf hingewiesen, daß die Familie von der Hausfrau nicht mehr "richtig" versorgt wird.

- Sozial- und Gesundheitsbürokratie. Viele technische Hilfsmittel werden nicht "automatisch" von den Versicherungen gewährt (insbesondere für Gelenkschutzmaßnahmen). Oft muß eine Reihe von Bescheinigungen beigebracht werden, sodaß der Patient schon im Vorfeld abgeschreckt wird und auf das entsprechende Hilfsmittel verzichtet.

- Kein unmittelbarer Leidensdruck. Ist der Patient momentan schmerzfrei und sind die Gelenke relativ beweglich, wird keine Veranlassung gesehen, Bewegungs- oder

andere Übungen durchzuführen.

Eine Schlußfolgerung darf man sicherlich schon jetzt ziehen: die Frage nach den Chancen und Schwierigkeiten einer Verstetigung von Selbsthilfeaktivitäten in den Alltag muß für jede Aktivität und jeden Patienten immer wieder neu gestellt werden, denn ihre Beantwortung ist vor allem abhängig von den alltäglichen Lebensbedingungen. Den familialen Alltagsbedingungen und den Tagesroutinen gilt deshalb unsere verstärkte Aufmerksamkeit. Wir wissen im Moment noch zu wenig darüber, aber in unserer praktischen Arbeit werden wir immer wieder davon - positiv und negativ - überrascht.

Zusammenfassung

Es ist kaum möglich, auf der gegenwärtigen Erfahrungsgrundlage Verallgemeinerungen abzuleiten, insbesondere, weil die Entwicklung des Projekts auch von lokalen Bedingungen beeinflußt wird. Der Beitrag beschreibt aber einerseits einige der Schwierigkeiten bei der Reorientierung bestehender sozialer Dienste im Sinne des Gesundheitsförderungsansatzes und andererseits mit der Etablierung von Selbsthilfeaktivitäten im alltäglichen Leben.

STATIONÄRE NACHSORGE FÜR KREBSPATIENTEN UND DIE VERBINDUNG ZUM LEBENSALLTAG

Iris Bartkowiak

Wenn Krebspatienten die Anschlußheilbehandlung im Krankenhaus verlassen, die häufig von einschneidender und verändernder Art ist, haben sie viele Phantasien darüber, wie das Leben zu Hause sein wird - angefangen von "es bleibt alles beim alten" bis hin zu panischen Ängsten vor Ablehnung. Bevor sie nach Hause entlassen werden, werden diese Patienten oft in Spezialkliniken überwiesen, um den Rehabilitationsprozeß zu erleichtern. Die Sonnenberg-Klinik stellt solch eine Einrichtung dar: sie kümmert sich ausschließlich um die Nachsorge von Krebspatienten. Sie kann maximal 270 Patienten aufnehmen, deren Aufenthalt von unterschiedlichen Institutionen finanziert wird. Die meisten Patienten waren aber schon mindestens ein dreiviertel Jahr zu Hause und kommen zu uns aufgrund einer Kurmaßnahme, die ihnen zur Zeit noch dreimal innerhalb von drei Jahren nach Diagnoseerstellung zusteht. Im Falle von Metastasen, Rezidiven oder Neuerkrankungen werden Kuren häufiger gewährt. Wir beschäftigen uns also mit Patienten, für die die Krebserkrankung schon Alltag geworden ist und mit anderen Patienten, die noch lernen müssen, damit umzugehen. Die meisten Patienten reisen aus der gesamten Bundesrepublik Deutschland, hauptsächlich aber aus dem norddeutschen Raum und aus Berlin (West) an. Das bedeutet, daß der normale Alltag und auch die Angehörigen durchschnittlich 300 km weit entfernt sind. Manchmal ist es ganz förderlich, einen Abstand zur eigenen "Normalität" zu bekommen, sich selbst zu erfahren und neues auszuprobieren, ohne durch bekannte und damit auch antizipierte Reaktionen der Umwelt gestört zu werden. Eine Schwierigkeit gibt es jedoch beim Transfer in den Lebensalltag, der ja nach maximal 6 Wochen wieder da sein wird. So erleben wir häufig Ängste bei Patienten, wenn es darum geht, Abschied zu nehmen und sich wieder auf zu Hause vorbereiten zu müssen. Es besteht die Gefahr, daß die Sonnenberg-Klinik zu so etwas wie einer "heilen Innenwelt" für manche Patienten wird, an die sie sehnsüchtig zurückdenken, wenn sie mit ihrer Alltagssituation nicht mehr zurechtkommen. Außerdem löst diese "besondere Welt" bei dem Partner und der Familie Mißtrauen aus, wenn nicht der

Versuch gemacht wird, mit dieser Situation umzugehen.

Den Bruch zum Alltag vermeiden

Um eine Verbindung zu schaffen von der fernen Nachsorgeeinrichtung hin zum normalen Lebensalltag, organisieren wir von der Sonnenberg-Klinik aus jährlich eine Tagung, zu der die Patienten mit ihren Angehörigen und alle Interessierten herzlich eingeladen sind: die "Soodener-Gespräche". Diese gehören schon zur Tradition und werden seit etwa 10 Jahren durchgeführt.

Die Veranstaltung steht jedesmal unter einem Motto; so war 1989 zum Beispiel das Thema: "Die Krebserkrankung und die moderne Medizin". Ein ganzes Wochenende wird damit gefüllt. In der Regel ist am Freitagnachmittag die Anreise und Anmeldung; am Samstagvormittag finden Vorträge von Referenten statt, die sich zum Thema fachlich kompetent äußern können. Am Nachmittag werden Gruppen angeboten, wo die Besucher unter einem bestimmten Thema ins Gespräch kommen. Selbstverständlich haben wir auch Gesprächsgruppen für die Angehörigen und für Leiter von Selbsthilfegruppen bzw. für in der Laienhilfe tätige Menschen.

Die große Resonanz zeigt uns jedesmal, daß wir mit dieser Veranstaltung auf ein großes Bedürfnis stoßen. Mittlerweile sind die Vortragsveranstaltungen aus der Klinik ausgelagert, da der klinikeigene Vortragsaal diese Anzahl nicht mehr fassen kann. Wir zählen inzwischen bis zu 500 Teilnehmer, die an dieser Veranstaltung teilnehmen.

Mit den "Soodener-Gesprächen" schaffen wir eine wesentliche Verbindung zum Lebensalltag unserer Patienten. Die angereisten Angehörigen bekommen viele Informationen, sodaß Verständnis für die Probleme ihrer erkrankten Familienmitglieder geweckt wird. Die Möglichkeit eines Austausches mit ähnlich Betroffenen, d.h. mit Angehörigen von Erkrankten, schafft zusätzlich Entlastung durch ein offenes Gespräch über ihre Sorgen.

Organisiert werden die Veranstaltungen vom "Freundeskreis der Klinik", in dem Patienten, ehemalige Patienten und Freunde

über den Aufenthalt in der Klinik hinaus miteinander in Kontakt bleiben. Ein regelmäßig erscheinender Rundbrief hält die Verbindung aufrecht und bringt auch neue Klinikinformationen in den Lebensalltag der Patienten. Steht ein weiterer Nachsorgetermin an, trägt ein so aufgebautes Vertrauensverhältnis zum Gelingen der Rehabilitation auch im Hinblick auf die Alltagsintegration bei.

Verbindung zwischen Nachsorge- und Akutklinik

Ein Versuch der Verbindung zwischen der Nachsorgeklinik und den akutversorgenden Kliniken startete die Sonnenberg-Klinik vor einigen Jahren mit ihrer Ausbildung von onkologischen Laienhelfern. Über drei Jahre konnte mit Mitteln aus einer Sonderförderung solch ein Modell finanziert werden. Die Idee stammte aus der Beobachtung, daß es günstig wäre, wenn die Patienten schon am Heimatort, vielleicht sogar schon in der akutversorgenden Klinik emotional unterstützt worden wären. Einige Patienten äußerten dieses Bedürfnis auch ganz direkt.

Auf der anderen Seite gab es hier Beobachtungen, daß es z.B. in der Selbsthilfebewegung einige Patienten gab, die

sehr gerne Aufgaben und leitende Funktionen übernehmen wollten, sich dabei aber nicht für genügend qualifiziert hielten. Diejenigen, die dann trotz dieses Nachteils selbständig eine Gruppe gegründet hatten, berichteten von großen Schwierigkeiten bei der Gruppenleitung. So boten wir für interessierte Patienten bzw. Laien einen Kurs an, der aus zwei, je eine Woche dauernden Teilen bestand, in dem a) Grundlagenwissen aus den Bereichen Medizin, Ernährung und Psychologie vermittelt wurde, und b) praktische Übungen zur Gesprächsführung und Gruppenleitung durchgeführt wurden. In der ersten Woche fand der theoretische Unterricht statt, in der zweiten Woche folgte die praktische Phase. Wir erhielten jedesmal mehr Anmeldungen als wir akzeptieren konnten. Die so ausgebildeten Laienhelfer haben dann tatsächlich eine Vielzahl von Gruppen am Heimatort gebildet und die Versorgung von Neuerkrankten vorbildlich übernommen. Jedesmal zu den "Soodener-Gesprächen" treffen sich noch einige, damals ausgebildete Laienhelfer, sodaß der Kontakt zur Sonnenberg-Klinik nie ganz abgebrochen ist. Dieser Ansatz dient dazu, eine nützliche Verbindung von Akutversorgung bzw. Lebensalltag und Nachsorge wieder einzurichten.

CANCERLINK: "NIEMAND MUSS MEHR MIT KREBS ALLEIN BLEIBEN"

Denise Winn & Mike Bieber

Marian rief CancerLink am Tag, nachdem sie erfahren hatte, daß sie Brustkrebs hat, an. "Ich saß im Arztzimmer im Krankenhaus", sagte sie, "und alles, was ich hörte, war, daß ich Brustkrebs habe und daß er ein Krankbett für mich reservieren würde. Ich weiß nicht mehr, ob er mir irgendetwas von der bevorstehenden Behandlung erzählte. Falls er es getan hat, habe ich nichts gehört. Ich bin so erschrocken. Werde ich meine Brust verlieren?"

CancerLink erhält etwa 450 Anrufe pro Monat - neben Briefen - von Menschen, die sich über einige Aspekte von Krebs den Kopf zerbrechen. Sehr viele rufen an, weil sie zum Zeitpunkt der Diagnose zu sehr schockiert waren, um das aufzunehmen, was ihnen der Arzt über die Behandlung gesagt hatte.

Andere fühlen sich nicht in der Lage, mit ihren Fragen dem Arzt zu viel Zeit zu stehlen. Einige sind wiederum von dem Mangel an Informationen über ihre Krankheit und deren Behandlung betroffen, auch wenn sie danach gefragt haben. Ein Arzt mag es gut meinen, wenn er sagt: "Machen Sie sich keine Sorgen darüber". Aber Menschen machen sich Sorgen. So schrieb uns z.B. ein Mann: "Ich bin eine Person, die mit Wissen umgehen kann, aber das Unbekannte versetzt mich in Angst."

Ein fürsorgliches Netzwerk

CancerLink wurde 1982 von 4 Personen gegründet, die über persönliche und berufliche Erfahrungen mit Krebs verfügen; seine Aufgabe ist es, für Krebspatienten, deren Angehörige und Freunde Informationen und Unterstützung bereitzustellen. CancerLink ist eine nationale Organisation. Von seinen Basen in London und Edinburgh aus unterhält es einen Telefon-Service, der mit ausgebildetem Personal besetzt ist, das jedwede Unterstützung für Menschen anbietet, deren Leben von Krebs tangiert worden ist. Wenn zurückgerufen wird, hat das Telefonpersonal die Zeit und die Informationen bereit, um all die Angelegenheiten mit den Krebspatienten - und ihren Angehörigen - zu besprechen, die sie im Rahmen des normalen Gesundheits-

systems sich unfähig fühlen anzusprechen. CancerLink kann häufig die Menschen hinsichtlich einiger unbeantworteter Fragen beruhigen. Viele machen sich Sorgen, weil ihr Arzt sich beispielsweise weigerte, ihnen zu sagen, wie lange sie noch leben würden. Wir können ihnen versichern, daß Ärzte dies sehr selten wissen. Gewöhnlich hilft das schon, damit sich die Menschen weniger ängstlich und positiver fühlen.

Häufig können wir mit hilfreichen Broschüren dienen oder ihnen welche vorschlagen. CancerLink produziert seine eigenen Broschüren über Aspekte der Versorgung von Krebspatienten. Darüber hinaus halten wir unseren Kenntnisstand aus anderen Büchern und Publikationen auf dem aktuellen Stand. Viele Anrufer möchten gern mit Menschen in vergleichbarer Situation sprechen. Wir können detaillierte Informationen über Unterstützungs- und Selbsthilfegruppen in ihrem Gebiet weitergeben; darüber hinaus können wir ihnen Organisationen nennen, die sie im Zusammenhang mit bestimmten Krebserkrankungen, z.B. Brustkrebs, kontaktieren können.

Unsere Hauptaufgabe: Zuhören

Sehr häufig besteht unsere Rolle nicht darin zu sprechen, sondern zuzuhören. Bill, ein 45 Jahre alter Vater von 3 Kindern, rief an, um etwas zu fragen; sehr schnell kam aber seine Angst hervor, daß er Krebs haben könnte. Er sagte, daß er seinem Hausarzt schon mehrmals gesagt habe, er hätte Verdauungsstörungen; sein Arzt war darauf bis vor kurzem, als er ihn zu Tests schickte, nicht eingegangen. Charles war aufgeregt, weil sein Krebs ein Jahr nach seiner Pensionierung diagnostiziert worden war. Er war verbittert, weil die freie Zeit, auf die sich seine Frau und er gefreut hatten, möglicherweise sehr kurz werden könnte. Clare drückte Schuld und Selbsthaß wegen ihres Brustkrebses aus. "Wenn ich meine Kinder nur gestillt hätte, wäre das nicht passiert. Ich war zu faul, es fortzusetzen - und das ist die Strafe dafür." Die Ängste mögen nicht realistisch sein, der Zorn mag fehlgeleitet sein, aber die

Gefühle sind real. Es ist für Menschen wichtig, alle Gefühle offen äußern zu können, um durch sie durchzuwachsen. Sehr viele Personen, die uns anrufen, möchten ihre Familien nicht belasten, weil sie bereits genug belastet seien. Dennoch sehnen sie sich nach jemandem, mit dem sie sprechen können, ohne daß sich dieser durch das, was sie sagen, verletzt fühlt. Ihr Zorn kann sich manchmal auf ihre eigene Familie richten. Es ist schwer, diese Gefühle zu verstehen und allein zu bewältigen.

Für diejenigen, die wissen, daß sie nur noch eine begrenzte Zeit leben werden, kann es vergangene, schmerzhaftere Ereignisse geben, die sie davon abhalten, Frieden zu finden. Auch hier kann es vorkommen, daß sie dies nicht denjenigen mitteilen wollen, die ihnen nahestehen. Sarah war erregt, weil sie vor zehn Jahren nach einem Familienstreit den Kontakt zu ihrem Bruder verloren hatte. Jetzt wollte sie es gerne wiedergutmachen und sich von ihm verabschieden. Viele Menschen rufen uns an, weil sie über unerledigte Familienangelegenheiten traurig sind. Sobald diese Trauer einmal offen ausgedrückt ist, können sie befreit sehen, daß es immer noch in ihrer Macht steht, sich zu entschuldigen oder zu vergeben und in ihrem Herzen "Auf Wiedersehen" sagen. Häufig werden wir um Hilfe gebeten, wie man am besten der Familie und besonders jüngeren Kindern die Nachricht nahebringen kann, daß man Krebs hat. Wir werden angerufen, um viele Menschen zu beruhigen, die fürchten, daß sie weiteren Krebs, nach der Behandlung des ersten, bekommen würden, und die sich nicht trauen, den Arzt anzusprechen für den Fall, daß sie sich unnötig Sorgen gemacht haben. Wir können sie für den Fall unterstützen, daß sie, sofern angemessen, frühzeitige Untersuchungen erhalten, denn Sich-Sorgen ist selbst krankmachend. Es gibt deshalb ausreichenden Grund, zum Arzt zu gehen. CancerLink wird regelmäßig von Laien und Professionellen um alle möglichen praktischen Informationen gefragt. Manche möchten wissen, welche Nebenwirkungen oder Behandlungen sie zu erwarten haben. Manche fragen nach Diäten oder komplementären Therapien. Andere möchten wissen, wo sie Pflegehilfen, Finanzhilfen oder Prothesen erhalten können.

Wie immer auch die Frage lautet, um was für einen Krebs es sich auch handelt, jede individuellen Umständen werden berücksichtigt und keine Patentantworten gegeben. Wir hören jeder Person, die uns anruft, so lange und so oft zu, wie sie es braucht.

Eine wichtige Quelle für Unterstützung: Selbsthilfegruppen

CancerLink bringt die Menschen mit der nächstliegenden Unterstützungs- und Selbsthilfegruppe in Kontakt - es gibt mehr als 300 von ihnen in Großbritannien und es werden monatlich mehr. Dort können sie sich informell mit anderen treffen, die dieselben Gefühle und Erfahrungen haben. Viele Krebspatienten, die sich Selbsthilfegruppen anschließen, werden wegen ihrer Erkrankung weniger ängstlich und depressiv. "In unserer Gruppe gibt es nichts Depressives", sagte eine Frau. "Wir sind alle so froh, daß wir noch da sind! Wir geben uns gegenseitig Vertrauen. Wenn man sehr krank gewesen ist, hilft es andere zu sehen, die vorher krank waren und denen es jetzt so gut geht."

Einige Personen kommen in diese Gruppen, weil sie einen sicheren Ort haben möchten, um ihre Gefühle auszudrücken, Zweifel und Ängste zu überprüfen, Fragen zu stellen oder einfach, um geholfen zu bekommen, mit dem fertig zu werden, was geschehen ist. Andere denken vielleicht, daß man sich selbst hilft, wenn man anderen hilft. Die Gruppen unternehmen sehr viele, verschiedene Aktivitäten. Es steht jeder Gruppe frei zu entscheiden, wie weit sie ihr Netz spannen will. Für praktisch alle sind die regelmäßigen informellen, offenen Treffen, zu denen die Gruppe neue Mitglieder begrüßt oder einem Vortrag zuhört, wichtig. Darüber hinaus sind aber auch die Abende wichtig, an denen eine kleine Anzahl von Personen erscheint, Mitglieder Unterstützung anbieten und intensivere Unterstützung erhalten. Neue und bereits bestehende Gruppen unterstützen wir in vierfacher Hinsicht: - Ausbildungskurse für Mitglieder, - Publikationen, - Informationsaustausch, - Bereitstellung von Unterstützung und Informationen über bestimmte Themen. Wir unterstützen auch die nationale Konferenz von Krebs Selbsthilfegruppen, die von einem unabhängigen Komitee organisiert wird.

Das Ziel der Ausbildungsgruppen besteht darin, die Gruppenmitglieder zu unterstützen, ein umfassenderes Verständnis davon zu entwickeln, was sie erreichen und geben möchten.

"Ich bin zum allerersten Ausbildungskurs von CancerLink im Jahr 1983 gegangen", erinnert sich ein Kursleiter. "Ich hatte das Gefühl, daß sie sich in eine Richtung bewegen, die bis dahin in diesem Land noch nie eingeschlagen worden war, und dies ist heute noch genauso notwendig wie damals." Ein anderer Kursleiter erinnert sich

daran, welchen Schwierigkeiten sie sich gegenübersah, als sie vor einigen Jahren eine Selbsthilfegruppe aufmachen wollte: "Nach der Behandlung von Eierstockkrebs fühlte ich mich mit meinen vielen Ängsten sehr allein. Ich hatte gerade aufgehört, zur Chemotherapie immer ins Krankenhaus gehen zu müssen, wobei ich mich immer sehr schlecht fühlte. Dabei kam mir der Gedanke, daß eine Unterstützungsgruppe für Menschen mit Krebs eine gute Idee wäre und deshalb habe ich all meine Energie, die ich übrig hatte, darauf verwandt, solch eine Gruppe zum Laufen zu bringen. Allerdings bedeutete das so viel Verpflichtungen, daß ich mich relativ schnell sehr kaputt und überbelastet fühlte. Dann hörte ich von der Ausbildung bei CancerLink und bin hingegangen. Sie zeigte mir unter anderem, meine Grenzen zu respektieren. Ich glaube nun nicht mehr, daß ich für alles eine Antwort haben muß und ich biete auch nicht mehr mehr an als ich weiß, daß ich geben kann."

Viele Pläne für die Zukunft

CancerLink hat seit seiner Gründung im Jahr 1982 viel erreicht. Es gibt allerdings noch mehr zu tun. In Edinburgh wurde eine Büro eröffnet, um die Dienste von CancerLink näher an die Menschen in Schottland heranzubringen. Zunächst wird es sich auf individuelle Information und Unterstützung konzentrieren. Unterstützung für Krebsselbsthilfegruppen wird in der Zukunft geleistet werden. Dies ist für CancerLink ein spannender Schritt vorwärts, da mit ihm seine Dienste näher an die Menschen herangebracht werden, die sie benötigen. Neue Publikationen sind geplant. Einige davon werden sich an Krebspatienten und deren Verwandte und Freunde richten. Die jüngste Veröffentlichung "Body Image, Sexuality and Cancer" diskutiert die Probleme, die ein verändertes Selbstbild hervorbringt. Andere Veröffentlichungen werden sich an Professionelle wenden, um sie mit den gesammelten Informationen von CancerLink auf dem laufenden zu halten; ein Beispiel hierfür ist "Cancer Support and Self-Help Groups - A Directory", das alle Selbsthilfe- und Unterstützungsgruppen in England, Schottland, Nordirland und Wales auflistet. CancerLink veröffentlicht auch einen vierteljährlichen Newsletter "Linkup". Alle Publikationen werden für Krebspatienten, deren Angehörige und Freunde auf Anfrage kostenlos abgegeben.

Nachdem immer mehr Krebsselfhilfe- und Unterstützungsgruppen entstanden sind, plant CancerLink, seine Arbeit als Informationsquelle für sie zu verstärken. Informationen über neue Wege der Unterstützung, die Gruppen gefunden haben, werden verbreitet werden; es werden aber auch die Gruppen im ganzen Land weiter ermutigt und unterstützt. CancerLink möchte auch dringend erforderliche Forschungsprojekte durchführen, um die besten Wege, zur Bereitstellung von Unterstützung und Informationen, herauszufinden. Wir möchten mehr über die unterschiedlichen Bedürfnisse der Menschen, und wie man ihnen entsprechen kann, wissen: Menschen in Städten und auf dem Land, Frauen und Männer, Menschen unterschiedlicher ethnischer Herkunft, ältere und jüngere Menschen. Schließlich ist CancerLink zu mehreren internationalen Konferenzen, die mit der WHO in Verbindung standen, eingeladen worden. Dies ist wichtig und CancerLink möchte in dieser Richtung gerne weitermachen, um mit anderen aus anderen Ländern Erfahrungen auszutauschen und von ihnen zu lernen, wie sie Unterstützung und Informationen für Krebspatienten bereitstellen.

SCHWERPUNKTE FÜR DIE ZUKUNFT

Gemeindenahe Aktivitäten sollten gestärkt werden, um

- die Bevölkerung über alternative Formen der Gesundheitsförderung in ihrem örtlichen Lebensbereich zu unterrichten, und zwar teilweise durch die Schaffung zugänglicher und wirksamer Informationsnetze, um den Patienten dabei zu helfen, die Behandlungseinrichtungen zu finden, die sie benötigen;

- Patienten-helfen-Patienten-Programme und Selbsthilfemaßnahmen zu fördern und dabei die Erfahrungen der bestehenden Gruppen zu nutzen und Unternehmen dazu anzuhalten, Herzgruppen und andere Formen der Unterstützung chronisch Kranker aufzubauen;

- die Fähigkeit der gemeindenahen Einrichtungen zur Unterstützung von Familien und Selbsthilfegruppen bei der Gesundheitsförderung weiterzuentwickeln, insbesondere um Möglichkeiten zu finden, die seelische und körperliche Belastung der Familie als Hauptversorgungsinstanz zu verringern (so z.B. in gemeindenahen Einrichtungen wie Pflegeheimen und Telefondiensten) und

- die aktive Teilnahme chronisch Kranker am gesellschaftlichen Leben zu erleichtern, indem entsprechende Einrichtungen bereitgestellt werden (wie im Münchener Gesundheitspark mit seinem Freizeitprogramm und seinen kreativen Angeboten, durch die die Gesundheit der Gesunden wie der chronisch Kranken gefördert wird).

8.

**PERSÖNLICHE
KOMPETENZEN ENTWICKELN**

*Aktives, gesundheitsförderndes Handeln erfordert:
Persönliche Kompetenzen entwickeln*

Gesundheitsförderung unterstützt die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten durch Information, gesundheitsbezogene Bildung sowie die Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten. Sie will dadurch den Menschen helfen, mehr Einfluß auf ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt auszuüben, und will ihnen zugleich ermöglichen, Veränderungen in ihrem Lebensalltag zu treffen, die ihrer Gesundheit zugute kommen. Es gilt dabei, Menschen zu lebenslangem Lernen zu befähigen und ihnen zu helfen, mit den verschiedenen Phasen ihres Lebens sowie eventuellen chronischen Erkrankungen und Behinderungen umgehen zu können. Dieser Lernprozeß muß sowohl in Schulen wie auch zu Hause, am Arbeitsplatz und innerhalb der Gemeinde erleichtert werden. Erziehungsverbände, die öffentlichen Körperschaften, Wirtschaftsgremien und gemeinnützige Organisationen sind hier ebenso zum Handeln aufgerufen wie die Bildungs- und Gesundheitsinstitutionen selbst.

Ottawa-Charta

EIN PÄDAGOGISCHER ANSATZ FÜR PATIENTEN MIT CHRONISCHEM SCHMERZ.

Carmen Franz

Manchmal gibt es die Tendenz, den Patienten zu idealisieren oder zu romantisieren. Ich möchte demgegenüber die provozierende These aufstellen, daß chronische Krankheiten durchaus günstige Bedingungen implizieren, denn bei entsprechenden Anstrengungen führen sie in die Möglichkeit zur Selbst-Entwicklung. Ich selbst habe die Patientenseite bis zu einem gewissen Maße "ausgekostet" und weiß, wieviele Jahre ich in einer Art von Dumpfheit verbracht habe, bevor ich den Rollstuhl akzeptieren und verstehen konnte, daß diese Krankheit auch ihre positiven Seiten hat, daß sie auch eine Möglichkeit darstellte, mich als Person zu entwickeln. Dies war und wird ein Weg mit vielen Rückschlägen bleiben. Wie schwierig es ist, die Patienten zu motivieren, in ihrem Schmerz auch eine Chance zur Veränderung zu sehen, bemerke ich inzwischen bei meiner täglichen Arbeit mit chronischen Schmerzpatienten, die zur Entwicklung eines "pädagogischen" Programms an der Ambulanz für Schmerzbehandlung der Universitätskliniken Göttingen geführt hat.

Die Behandlung chronischen Schmerzes: eine sehr schwierige Aufgabe

Es gibt viele komplexe Faktoren, die wir bei den Patienten, die zu uns kommen, berücksichtigen müssen, und die es außerordentlich schwer machen, die Patienten adäquat zu behandeln. Adäquat behandeln heißt entsprechend unserer Vorstellung, d.h. unter Einbezug a) von physiologischen Komponenten, b) der Tatsache, daß Menschen schnell lernen, aus einem Schmerzzustand gewisse Vorteile zu ziehen und daraus ein "Schmerzgedächtnis" zu entwickeln, c) des Wunsches eines Patienten, seinen Schmerz gegenüber der äußeren Welt dadurch zu legitimieren, daß man ihm eine somatische Ursache zuschreibt, und nicht zuletzt d) der ganzen Persönlichkeit des Patienten, einschließlich seines Weltverständnisses, seiner vergangenen Erfahrungen, seiner Lebensweisen usw.

Wir "Experten", die wir uns mit chronischen Schmerzpatienten beschäftigen, wissen, daß der psychosoziale Anteil am Schmerzgeschehen häufig wichtiger ist als

das, was somatisch zu behandeln wäre. Teilt man dies dem Patienten direkt mit, provoziert man Widerstände. Ich nehme als Beispiel den Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. Sein oberstes Ziel ist die Anerkennung von außen - als fleißiger, strebsamer, immer aktiver Mensch. Muße ist für ihn eher ein Schimpfwort. Es gibt also in seinem Leben keine Balance zwischen Aktivität, Arbeit und Entspannung, Muße und Genuß. Er ist sehr normenorientiert: viele Patienten, die zu Psychologen überwiesen werden, empfinden das als einen Angriff auf ihre psychische Integrität. In der Bundesrepublik Deutschland werden immer noch Patienten stigmatisiert, wenn sie zugeben, daß sie psychische Schwierigkeiten im weitesten Sinne bzw. Konflikte in der Familie, mit sich selbst oder am Arbeitsplatz haben, die sie nicht mehr oder kaum noch funktionsfähig machen. Es gibt also die große Angst, nicht mehr "normal" zu sein, nicht mehr mit dem Strom zu schwimmen. Der Strom ist die Normalität. Patienten mit Rückenschmerzen würden niemals gegen den Strom schwimmen, denn dies würde auch bedeuten, daß sie anerkennen, psychische Schwierigkeiten zu haben.

Eine andere Schwierigkeit entsteht aus der Tatsache, daß der Patient in der Regel vom behandelnden Arzt geschickt wird und deshalb eine Entscheidungsfreiheit nicht gegeben ist. Er wird auch schon die Ahnung haben, daß bei Verlust des Schmerzes das hervorkommt, für das der Schmerz möglicherweise ein Äquivalent ist - nämlich die Depression - und daß er instinktiv spürt "ich brauche diesen Schmerz" und sich deshalb dagegen wehrt, daß wir ihm die "seelische Krücke" wegschlagen.

Ich habe manchmal den Eindruck, daß das Problem der Behandlung von chronischen Schmerzpatienten zu sehr vereinfacht wird: die Menschen scheinen zu denken - und Ärzte bilden hier keine Ausnahme - daß ein "Gespräch" mit dem Psychologen die Antwort sein könnte, wenn andere Behandlungen fehlgeschlagen sind. Wir müssten uns nur in aller Ruhe mit dem Patienten zusammensetzen und dann liefere alles quasi als Resultat dieses Gesprächs. Der Patient hat ein sogenanntes Aha-Erlebnis und sagt: "Prima, daß ich mit Ihnen reden konnte,

ich weiß jetzt Bescheid und von heute an ändere ich mein Leben". Es ist jedoch vielfach weder psychisch noch ökonomisch möglich, daß wir unseren Koffer packen und sagen: "So, jetzt gehen wir in die weite Welt und führen ein zufriedenes Leben." Der Patient muß sich wirklich auf seine Selbstkompetenz verlassen, um die Brücke zum "gelobten Land" zu bauen. Allerdings ist es für Schmerzpatienten außerordentlich schwierig, Selbstkompetenz zu erreichen. Ihr Mangel an Bewußtsein von ihrem "Selbst" ist einer der Gründe für ihr Leiden und dafür gibt es keine einfache Lösung. Nur stetige Anstrengungen werden helfen.

Die Botschaft kam nicht an: warum?

Um diese Schwierigkeiten zu überwinden, haben wir verschiedene Anläufe unternommen. Zunächst einmal haben wir eine Broschüre für Patienten entwickelt. In ihr stellen wir uns zunächst als Team vor, damit der Patient von vorneherein weiß, daß wir interdisziplinär arbeiten. Wir sind Mediziner und Psychologen, die gemeinsam den Patienten behandeln und mit ihm gemeinsam arbeiten. Wir beschreiben, wer wir sind, was wir tun und welche Behandlungsmöglichkeiten wir anbieten. Auf sehr einfache Art und Weise wird die Schmerzphysiologie mit Hilfe einer Zeichnung und entsprechenden Erläuterungen in der Broschüre behandelt. Unser Ziel war es, schon im Vorfeld Widerstände abzubauen und die Compliance für das psychologische Gespräch zu stärken.

Nachdem wir die Broschüre eine Zeit lang benutzt hatten, befragten wir Patienten, ob sie die verschiedenen Texte und Abbildungen verstanden hatten und wie sie sie empfunden haben. Wir mußten feststellen, daß die Broschüre immer noch viel zu wissenschaftlich war, obwohl wir glaubten, sehr einfach vorgegangen zu sein. Es wurde klar, daß unsere intellektuellen Anforderungen viel zu hoch waren. Generell war der kognitive Bereich überrepräsentiert.

Der Weg zu Veränderungen bleibt blockiert

Aus diesen Erfahrungen heraus haben wir eine zweite Broschüre entwickelt, in der wir weniger "wissenschaftlich" vorgegangen sind. Unsere Broschüre hatte das Thema: "Schmerz, was ist das?" Das Ergebnis war wesentlich besser; was die Patienten jedoch hauptsächlich behielten, bezog sich im wesentlichen auf das Körperliche, d.h.

Anatomie und Physiologie, und nicht auf die psychologischen oder sozialen Aspekte. Wir suchten den Fehler zunächst im didaktischen Material selbst. Aber der Fehler lag woanders. Unsere Patienten kommen zum größten Teil aus der Unterschicht. Dort ist der Umgang mit Textmaterial nicht sehr geläufig und sie schämen sich, dies zuzugeben. Das war die Wurzel unseres Problems. Deshalb stiegen wir auf ein anderes Medium um und entwickelten eine Ton-Dia-Serie. Dies hatte unter anderem auch den Vorteil, daß das Informationsmaterial in Anwesenheit eines Teammitgliedes dargeboten wurde und so Rückfragen möglich waren. Daraus entwickelten sich Diskussionen und eine ganze Reihe von Patienten fing an, über Sachverhalte nachzudenken, die ihnen vorher nicht bekannt waren. Während die Informationen den Wissensstand der Patienten verbesserten, führte dies allerdings nicht nur zu neuen Sichtweisen auf das Schmerzproblem insgesamt. Es blieb eine "kognitive Gefühlskälte", eine Bewegung zur Veränderung war blockiert.

Den Patienten emotional erreichen

Dies bringt uns zum vorläufig letzten Schritt unserer Bemühungen um die Entwicklung eines "Erziehungsprogramms". Mit Unterstützung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und des Südwestfunks Baden-Baden haben wir ein Filmprojekt entwickelt und ein Drehbuch geschrieben, das die Geschichte eines chronischen Schmerzpatienten erzählt. Unser Ansatz ist von der Strategie inspiriert, die Milton Erikson bei seinen Patienten verfolgt: "Wenn ich möchte, daß du mit mir über Deine Schwester (Mutter, Vater usw.) sprichst", sagt er, "werde ich über meine Schwester sprechen." Mit anderen Worten: indem ich über meine Angelegenheiten spreche, bringt dich dies unbewußt in Kontakt zu deinen. Nachdem wir diesen Ansatz diskutiert hatten, stellten wir fest, daß wir über einen reichen Erfahrungsschatz aus unserer täglichen Arbeit verfügten. In Gruppentherapie-sitzungen beschreiben Patienten häufig Situationen in solch lebhafter Weise, daß die anderen den Schmerz fast "fühlen" können. Gruppenmitglieder sagen häufig: "Genau wie bei mir, ich mache exakt dasselbe!" Oder sie sind tief berührt, wenn sie einer anderen Person zuhören, die ihre Geschichte erzählt. Uns wurde klar, daß unsere Versuche, über chronischen Schmerz zu "lehren", erfolgreicher sein würden, wenn wir die Vorstellungskraft der

Patienten stimulieren könnten. Wir haben hunderte von Biographien, die wir mit Tonbandaufzeichnungen gesammelt haben, durchgehört und haben das Wesentliche in die Lebensgeschichte eines Mannes hineingepackt. Wir haben alle Aspekte aufgenommen, von denen wir annehmen, daß sie zu chronischen Schmerzen führen: Lernbedingungen seit der Kindheit, Verstärkungen des medizinischen und sozialen Systems. Während der Filmarbeiten zeigte das Konzept seine möglichen Wirkungen. Die Filmmitarbeiter, die nichts von der Geschichte wußten, hörten aufmerksam zu, stellten spontan viele Fragen und erzählten uns von ihren Schmerzerfahrungen. Auf der anderen Seite gab es gelegentlich hitzige Diskussionen mit Ärzten, die nachschauten, was eigentlich vorging, denn der Film wurde in unserer Klinik gedreht. Die meisten von

ihnen waren "Peripheralisten" - d.h. sie glaubten, daß die Schmerzwahrnehmung von einer peripheren Läsion herrühre und daß kognitive und emotionale Faktoren nur eine Nebenwirkung seien. Wenn man deshalb die Läsion behebe, würde der Schmerz verschwinden.

Schließlich kam der Tag, an dem der Film im Fernsehen gezeigt wurde. Die Reaktionen kamen sofort: wir erhielten Tausende von Briefen, in denen Patienten über ihre Schmerzprobleme schrieben und um Hilfe baten. Während der Filmarbeiten hatten wir täglich den Beweis, daß wir auf dem richtigen Weg waren, in eine lebhaftere, aber oft auch schwierige Diskussion mit Patienten zu gelangen, um fundamentale Themen anzusprechen, über die nie gesprochen wurde oder die nie mit ihrem bisherigen Leiden in Beziehung gebracht worden waren.

FAMILIEN MIT EINEM BEHINDERTEN KIND: SICH MIT SCHMERZ AUSEINANDERZUSETZEN, IST FÜR DEN HEILUNGSPROZESS ESSENTIELL

Joseph Lebeer

Die meisten Familien mit einem behinderten Kind leiden an einem gemeinsamen Dauerschmerz. Unsere Erfahrungen mit 85 Familien mit einem geistig behinderten Kind sagen, daß die Mehrheit der Eltern an chronischen psychosomatischen Problemen der einen oder anderen Art gelitten haben, seitdem das Kind geboren wurde: diese Probleme reichten von Zahn- und Kreuzschmerzen, Magengeschwüren bis zu Muskel- und Knochenschmerzen. Viele Studien weisen eine hohe Streßbelastung in allen Familien mit geistig behinderten Kindern als Ergebnis der permanenten Konflikte zwischen Erwartungen und Desillusionierungen nach (Zucman 1982; Rees et al. 1982; Knott 1979; McAndrew 1976; Kogan et al. 1974 a). Es scheint sehr wahrscheinlich, daß chronische somatische Schmerzen eine Übersetzung des Lebensschmerzes sind, der mit dem Aufziehen eines behinderten Kindes zusammenhängt. Schmerz stellt nach de Vries (1983; seinen Beitrag in diesem Buch) ein Symptom für zerbrochene Integrität, für "zerstörte Träume" dar.

Schmerzursachen in Familien mit einem behinderten Kind

Zuerst einmal bei der Geburt oder zum Zeitpunkt der Diagnose einer Behinderung. Die Eltern hatten ein normales Baby erwartet und müssen nun erleben, wie ihre Erwartungen mit einem Mal zerstört werden. Sehr häufig wird das Neugeborene aus verschiedenen Gründen (Intensivpflege, Infektion, Frühgeburt usw.) von der Mutter getrennt. Je nach der Ursache der Hirnschädigung kann eine klare Diagnose unter Umständen nicht sofort gestellt werden. Solange herrscht Ungewißheit, die eigentlich während des ganzen Lebens des Kindes immer bestehen bleibt.

Dann, wenn das Kind älter wird. Es ist außerordentlich schmerzlich, wenn ein Kind sich nicht normal entwickelt, sich nicht gut bewegt, an zahlreichen Komplikationen leidet und sich chirurgischen Operationen unterziehen muß usw. Im Laufe der Zeit erkennen die Eltern mehr und mehr, daß ihr Kind mit Gleichaltrigen nicht mithalten kann, und ihr Schmerz wird immer wieder von neuem belebt: bei der Aufnahme in den Kindergarten und danach in die Grund-

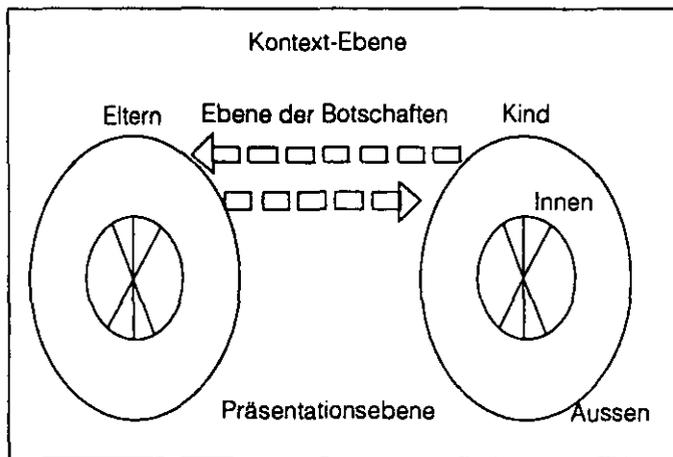
schule, bei der ersten Benutzung eines Rollstuhls, der Entscheidung, das Kind in eine Einrichtung zu geben, später im Jugendalter die Suche nach einem geeigneten Arbeitsplatz, der Integration in die Gesellschaft oder der Suche nach einer geeigneten Wohnumgebung und Menschen, die sich um den Behinderten kümmern.

Unseren Daten zufolge ist der Grad des Schmerzes mit dem objektiven Grad der Behinderung nicht verbunden. Bisweilen läßt sich das Gegenteil beobachten: je kleiner die Unterschiede zwischen einem normalen Kind und dem behinderten Kind sind - z.B. bei Kindern mit minimaler zerebraler Dysfunktion (Tikkanen 1984) -, desto häufiger kommt es zu schmerzlichen Situationen.

Die Aussage, der Dauerschmerz werde gemeinsam empfunden, hängt mit dem Umstand zusammen, daß das Kind bei der Hirnschädigung, ob im Mutterleib oder später, ebenfalls Schmerz empfindet. Der Mangel an Sauerstoff und Nährstoffen und die Trennung bringen die Symbiose im Mutterleib zu einem urplötzlichen Ende und bedeuten, wie aus den jüngsten Forschungsarbeiten hervorgeht, für das Kind stark belastende Empfindungen (Verny & Kelly 1981; Leboyer 1974). Im Laufe der späteren Entwicklung muß das mit einem Bewußtsein ausgestattete Kind ständig mit seinen stark eingeschränkten Fähigkeiten leben. Auch das weniger bewußte oder geistig zurückgebliebene Kind spürt die ständige Enttäuschung seiner Umgebung, auf die es oft nonverbal mit Schmerz, in Form von aggressivem, selbstverstümmelnden oder schwierigem Verhalten reagiert.

Diese Interaktion zieht eine ständige Signalübertragung nach sich: im Hinblick a) auf die Schmerzgefühle selbst und b) auf die Art und Weise, wie beide Partner mit diesen Gefühlen umgehen, d.h. ihren eigenen Schmerz und den des anderen bewältigen. Diese Interaktion läßt sich graphisch wie folgt darstellen:

ABBILDUNG 1



Das Konzept dieses Interaktionsprozesses ist aus der Systemtheorie abgeleitet (Boszormenyi-Nagy 1973). Eine seiner Grundannahmen besagt, daß bei einem Interaktionsprozeß zwei (oder mehr) Personen über das Medium des Äußeren (des Körpers) mit dem Innenleben des (der) Anderen Kontakt aufnehmen. Bei jeder Interaktion erfolgt eine kontinuierliche (gegenseitige) Interpretation des Äußeren des (der) Partner(s). Zum Beispiel können die Eltern auf den "Schmerz" des Kindes dadurch reagieren, daß sie ihn verleugnen, ihn zu stoppen versuchen, ihn trösten oder vielleicht dadurch, mit dem Schmerz in Kontakt zu bleiben und seine Bedeutung zu interpretieren. Das Kind kann auf die Schmerzen der Eltern durch die Unterdrückung der eigenen Gefühle, durch Rückzug oder durch nervöse Überreaktionen usw. reagieren.

Ein Teil des Schmerzes ist iatrogenen Ursprungs. Der Arzt, der die schlechte Nachricht zu überbringen hat, bekommt oft den ganzen Zorn der Eltern zu spüren, der sich aus ihrem Gefühl der Ohnmacht ergibt. Ärzte, die mit hirngeschädigten Kindern zu tun haben, müssen unbedingt lernen, mit diesen Gefühlen fertig zu werden, was nicht leicht ist. An erster Stelle müssen sie ein Verständnis für ihre eigenen Schmerzgefühle entwickeln; dies wird freilich gegenwärtig in der medizinischen Ausbildung nicht vermittelt.

Darüber hinaus kann der Schmerz der Eltern noch verschlimmern, wenn er eine negative Prognose formuliert wie z.B.: "Ihr Kind wird nie gehen können" oder "Er wird nur in einer Anstalt unterkommen können". Solche Erklärungen beruhen auf einem eher "statischen" Modell des Hirnschadens, das für individuelle Freiheit und die Unvorhersagbarkeit des menschlichen Heilungssystems wenig Raum läßt. Die jüngsten Forschungsergebnisse auf dem Gebiet der Neurologie weisen

demgegenüber darauf hin, daß das Gehirn ein Restitutionspotential besitzt, das durch die Umgebung positiv beeinflusst werden kann (Lund 1978; Cotman 1978; Walsh 1981). Ein Modell der "Gehirnplastizität", das diesen Sachverhalt anerkennt, würde eine genauere Beschreibung der Realität liefern. Es würde auch von Eltern begrüßt werden, die wollen, daß der Zustand ihres Kindes sich bessert, und die auch bereit sind, zu einer solchen Besserung beizutragen. Gleichzeitig müssen wir aber darauf achten, keine falschen Hoffnungen zu wecken.

Der von Eltern und Kindern empfundene Schmerz wird auch durch Reaktionen des Umfelds ausgelöst, die oft in gut gemeinten, aber schmerzenden Bemerkungen zum Ausdruck kommen, in denen das Kind z. B. unterschätzt wird. Auf diese Weise wird das Kind allmählich "invalid", nicht so sehr wegen seiner objektiven Behinderung, sondern seiner Abwertung durch die Gesellschaft. Eine weitere Schmerzquelle entsteht aus der Tatsache, daß ein behindertes Kind Schwierigkeiten hat, mit "normalen" Gleichaltrigen bei der einen oder anderen Fähigkeit zu konkurrieren. Dies ist schmerzhaft, denn Wettkampf ist wirklich ein integraler Bestandteil der Kindheit.

Möglichkeiten im Umgang mit Schmerzen

Schmerzquellen sind die eine Sache, mit ihnen fertig zu werden eine andere und sehr schwierige Angelegenheit, denn die moderne westliche Kultur einschließlich ihres etablierten medizinischen Systems und der Professionellen haben die Tendenz, Schmerz abzulehnen, zu verleugnen oder ihn anzugreifen. Ärzte haben mit ihrem eigenen Lebensschmerz Probleme und sind selten fähig, fundierte Hilfe anzubieten. Im Fall von Familien mit einem behinderten Kind ist das Verständnis der Schmerzquellen unabdingbar für den Entwicklungsprozeß von Eltern und Kindern. Wenn ein Kind z.B. Schwierigkeiten hat sich zu bewegen, aber etwas zum Essen haben möchte, wird es oft jemanden fragen, es ihm zu bringen. Es ist sehr frustrierend, wenn der Körper sich weigert, das zu tun, was man von ihm verlangt. Das Kind wird seinen Schmerz und Zorn auf unterschiedliche Weise ausdrücken. Wenn die Eltern diesen Schmerz nicht sehen (wollen), indem sie dem Kind geben, was es will, beginnt ein Teufelskreis, der das Kind auf lange Sicht hilflos werden läßt. Auf diese Weise werden Kinder behindert. Tinbergen (1983), ein Nobelpreisträger, der die letzten 20

Jahre seines Lebens damit verbracht, autistische Kinder zu studieren, benutzt den Ausdruck "gelernte Hilflosigkeit". Um den Teufelskreis zu unterbrechen, müssen Erwachsene und Kinder lernen, mit ihren Schmerzen und Frustrationen umzugehen. Ein Kind zu lieben, kann manchmal bedeuten, seinen unmittelbaren Wünschen zu widerstehen, aber gleichzeitig auch, ihm zu helfen, seine Probleme selbst zu lösen. Dies ist besonders eindrucksvoll für Kinder mit motorischen Störungen im Peto Institut in Ungarn ausgearbeitet und realisiert worden (Hari 1975). Die Ergebnisse sind erstaunlich: die Kinder scheinen einen viel höheren Grad an Unabhängigkeit zu erreichen als in den meisten anderen Institutionen.

Ein Elternkurs: "Akzeptieren ist etwas anderes als Resignation"

An der Akademie für Gesundheitsförderung in Antwerpen, die unterschiedliche Kurse über Gesundheitsförderung organisiert, zielt ein Projekt darauf ab, Eltern mit behinderten Kindern dabei zu helfen, sich des Heilungsprozesses bewußter zu werden und einen aktiveren Part in ihm zu übernehmen. Da alles Heilen mit der Anerkennung des Schmerzes beginnt, liegt der Schwerpunkt darauf, Eltern dazu zu befähigen,

a) sich ihrer chronischen Schmerzgefühle bewußt zu werden, über die sie sich oft nicht im klaren sind, die sie aber in die verschiedensten körperlichen Beschwerden umsetzen; sie sollen auch den Schmerz akzeptieren und seine Bedeutung verstehen;

b) Schmerz und Wut auszudrücken, die in Gegenwart vom Gesundheitspersonal oder Dabeistehenden oft unterdrückt werden; Eltern müssen sich der Auswirkungen, die ihr unterdrückter Zorn und Schmerz auf andere haben können, bewußt werden;

c) mit der Realität umzugehen, indem sie die grundlegende Unsicherheit des Lebens anerkennen und sich mit den Grenzen der Macht des Menschen abfinden;

d) zu sehen, wo die wirkliche Macht der Eltern liegt - oft ist es nur eine Angelegenheit, "wie" man mit der Realität umgeht, anstatt sie zu verändern - und Einsicht in ihre Freiheit zu erreichen sowie ihre Kreativität und Inspiration zurückzuerlangen; hier geht es um Verantwortung im Sinne einer "Antwort" auf die Herausforderung, ein behindertes Kind

zu haben, einer bewußten Entscheidung, diese Herausforderung anzunehmen und der "Verdeutlichung" der Werte, die man aufrechterhalten möchte;

e) in allen Tagessituation mit dem Schmerz in Beziehung zu bleiben; und sich der eigenen Reaktionen auf den Schmerz ihres Kindes bewußt werden.

Bis jetzt haben 85 Familien an diesem Kurs teilgenommen, der in seiner gegenwärtigen Versuchsphase aus 10 wöchentlichen Sitzungen à 3 Stunden besteht. Der Kurs besteht noch zu kurz, als daß man langfristige Effekte evaluieren könnte, aber die bisherigen Erfahrungen scheinen lohnenswert. Einige Eltern begannen wirklich kreativ zu arbeiten, neue Formen im Umgang mit der Behinderung ihres Kindes zu entwickeln und für sich und ihr Kind neue Potentiale zu entdecken. Sobald Eltern aufhören, ihr Kind als hilflos anzusehen, sind sie in der Lage, ihrer Realität Sinn zu verleihen und diese Realität selbst auf der biologischen Ebene zu beeinflussen. Nur ein Beispiel: eine schon etwas ältere Mutter eines Kindes mit Mongolismus, einer schweren geistigen Behinderung und Herzproblemen, hatte ihr einziges "gesundes" Kind bei einem Autounfall verloren. Sie konnte jedoch sowohl ihrem eigenen Leben als auch dem des Kindes einen Sinn geben, indem sie eine überaus anregende Umgebung schuf, die all die Fähigkeiten ihres Kindes hervorbringen konnte. Schließlich gelang es ihr, das Kind für zwei Stunden täglich in eine normale Schulklasse zu schicken, wo es zusammen mit seinen Altersgenossen (die im Durchschnitt drei Jahre jünger waren) Lesen und Rechnen lernte und Sport trieb. Eine andere Mutter hatte ein Kind mit zerebraler Lähmung, das seit dem 4. Lebensjahr an den Rollstuhl gefesselt war; sie gewann neuen Mut und Glauben, nahm ihre Tochter aus dem Rollstuhl und lehrte sie krabbeln und kriechen: gegenwärtig lehrt sie sie zu gehen. Viele andere haben ähnliche Initiativen ergriffen. Dennoch haben Eltern gewöhnlich Schwierigkeiten, ihre Verantwortung zu übernehmen, da dies bedeutet, daß die Belastung nicht länger abgeschoben werden kann. Wenn man mit Schmerz in einer Beziehung steht, aus der es keine Fluchtmöglichkeit gibt, ist es sehr schwer: man muß auf jedes Ereignis aufmerksam achten, um die Unabhängigkeit des Kindes zu fördern. Unserer Erfahrung nach finden dies viele Eltern sehr schwierig. Dies umso mehr, als die Gesellschaft die Hilflosigkeit von behinderten Menschen zu verstärken scheint.

Ein weiteres Problem, das in unserem Kurs auftauchte, hängt mit den Unterschieden bezüglich der Energiestufen der Eltern zusammen. Dies wieder hat mit dem Alter der Kinder zu tun. Eltern älterer Kinder zeigen mehr Ohnmachtsgefühle und tendieren dazu, das Potential ihrer Kinder geringer einzuschätzen; tatsächlich haben auch viele der älteren, motorisch behinderten Kinder einen rigideren Körper. Andererseits haben Eltern jüngerer Kinder eine Menge Energie, die es ihnen ermöglicht, Vertrauen zu haben und zu experimentieren. Da die Ziele divergieren, könnte es vorteilhaft sein, in Zukunft zwei unterschiedliche Kurse zu organisieren: einen für Eltern mit jüngeren und einen für Eltern mit älteren Kindern. Der Prozeß des Wachsens hängt eng mit Transformation zusammen: es ist wie aus

einem Kokon herauszubrechen, um ein Schmetterling zu werden. Der Heilungsprozeß im Zusammenhang mit einem behinderten Kind, wobei das Kind befähigt wird zu wachsen, ist ziemlich ähnlich und schmerzhaft. Gleichzeitig ist er auch sehr bedeutungsvoll. Er erfordert, daß man gern geduldig ist, hart arbeitet und sich immer bemüht, Probleme zu lösen. Das ist ganz gewiß nicht der einfachste Weg. Es ist wesentlich einfacher zu resignieren. Aber indem man durch diesen Prozeß hindurchgeht, bekommt man ein Gefühl für Lebendigsein und Vitalität. Wann immer es bedeutungsvolle Erfahrungen gibt - die wirklich das Ergebnis bewußter Entscheidungen sind - kann der chronische Schmerz zwar nicht aufgelöst, aber als ein unabdingbarer Schritt in Richtung auf inneres Wachstum akzeptiert werden.

KREATIVE MEDIEN UND CHRONISCHE KRANKHEIT: DAS MODELLIEREN VON TONSKULPTUREN ALS INTEGRATIVE THERAPIE

Michael Rinast

Kreative Medien wie Malerei, Musik, Ton, aber auch Bewegung, Tanz und Pantomime werden seit vielen Jahren in der Psychotherapie und zur Selbsterfahrung eingesetzt. Für die Arbeit mit "chronisch Kranken" bieten sich die kreativen Medien in vielfältiger Hinsicht an: mit ihrer Hilfe ist es dem Patienten wie auch dem Therapeuten möglich, Selbsterkundungsprozesse zu fördern, die im direkten Zusammenhang mit der Erkrankung stehende Erlebnisinhalte (wie z.B. Konflikte) beinhalten, aber auch ein tieferes Verständnis der Erkrankung selbst bewirken oder das Coping mit der Krankheit beeinflussen können. Gerade der Ausdruck in einem kreativen Medium wie Ton oder Malen kann eine Hilfe sein, wo Sprache noch nicht oder auch nicht mehr Erkenntnis bringt. Kreative Medien können helfen, Themen zu aktualisieren. Das gemalte Herz oder der im Ton gestaltete Rücken können einen direkteren Kontakt zu Körperempfindungen, zu Gefühlen und inneren Bildern und Vorstellungen ermöglichen, als es eine Erzählung über das Herz oder den Rücken könnte. Die Arbeit mit kreativen Medien kann die Aufmerksamkeit für sich selbst, aber auch in Bezug auf die Umwelt und auf Phantasien und Projektionen fördern. So kann der Ausdruck der "Störung" im Klumpen Ton, die Gestaltung dieses Ausdrucks in einer Skulptur genutzt werden, um Projektionen, Ängste oder Hoffnungen überhaupt erst einmal gegenwärtig zu setzen, damit sie dann im verbalen Aufarbeiten genauer betrachtet werden können. Die Vergegenständlichung und der sich daran möglicherweise anschließende Dialog (z.B. zwischen mir und meinem Herzen) eröffnet eine gute Chance für den Prozeß des "Re-owning", für die Möglichkeit der "Wiederaneignung" von Abgespaltenem, mir fremd Gewordenem oder mich sogar Bedrohendem. Die Arbeit mit kreativen Medien kann zu einer Erweiterung der Ausdrucksmöglichkeiten und damit zu einer Erweiterung der "Antwortmöglichkeiten zur Welt" führen. Geht man davon aus, daß in unserer Kultur Erwachsene fast vollständig auf verbalen Ausdruck reduziert sind, ist bereits in der Ausdruckserweiterung eine Möglichkeit zur Persönlichkeitsentfaltung zu finden. Bereits in dieser Erweiterung mag ein gewisser Heilungs- oder Bewältigungswert

liegen. Und diese Arbeit mit kreativen Medien wie Malen und Arbeiten mit Ton ermöglicht den Ausdruck von bildhaften Vorstellungen.

Vorsprachliche und übersprachliche Inhalte lassen sich auf diese Weise sehr gut kommunizieren: es werden Symbole entwickelt, Bilder oder Skulpturen geschaffen, die mehr mitteilen, als es Sprache je könnte.

Die Arbeit mit Skulpturen oder Bildern ermöglicht nicht allein den Ausdruck des inneren Erlebens, sondern hebt auch seinen "flüchtigen Charakter" auf. Die nicht flüchtigen Medien wie Ton, Bilder, Puppen, Masken usw. erlauben das Festhalten der Inhalte und geben damit dem Therapeuten wie dem Klienten eine Hilfe bei der Exploration.

Exploration bedeutet im Zusammenhang dieses Textes immer mehr als eine reine Erforschung. Die Selbsterkundung hat in sich bereits integrative Qualitäten und die Arbeit mit kreativen Medien schließt immer auch ein Durcharbeiten sowie eine mögliche Neuorientierung mit ein.

Tonskulpturen

Die Arbeit mit Tonskulpturen kann an den verschiedensten Aspekten ansetzen: es ist möglich, sich direkt auf das erkrankte Organ oder den schmerzenden Körperbereich zu konzentrieren. Es ist auch möglich, von den Empfindungen bezüglich der Erkrankung auszugehen oder auch von den Reaktionen der Umwelt. Immer soll dabei aus dem inneren Erleben heraus gestaltet werden. Die Klient versucht, seine Gefühle und Stimmungen, Empfindungen, innere Bilder in den Ton hineinzuleiten und ihm eine Gestalt zu geben. Es empfiehlt sich, der Formphase eine awareness-Übung, die zu einer verstärkten Wahrnehmung des inneren Erlebens führt, voranzuschicken. Dies kann eine meditative "Reise durch den Körper" sein, aber auch ein kurzer Augenblick "unspezifischer Versenkung" oder aber eine Bewegungsübung mit dem Ziel, den Kontakt zum eigenen Leib zu verbessern. Die Arbeit mit einer Tonskulptur führt oft zu einem ganzheitlichen leiblichen Ausdruck der Person: Hände, Gesicht und manchmal der ganze Körper geben Ausdruck

von dem, was in der Person vor sich geht. Energieströme kommen aus dem Innern und werden in körperlicher Bewegung sichtbar. Deutlich ist das Mienenspiel beteiligt. Die innere Bewegtheit drückt sich in den Bewegungen der Hände im Ton aus. Der Ton als weiches, verformbares und dennoch nicht beliebig knetbares Material erlaubt den Ausdruck unterschiedlichster Gestaltungsimpulse: angefangen beim Ausdruck von Körperimpulsen wie schlagen, quetschen, reißen oder werfen über "grobmotorische" Gestaltungsweisen bis zum feinmotorischen Ziseliern einer filigranen Tonskulptur sind sehr viele Ausdrucksmöglichkeiten gegeben. Durch diese Eigenschaft des Mediums Ton ist es möglich, eine große Spannungsbreite von Gefühlen oder Empfindungen, aber auch von Symbolisierungen, Konzepten und Gedanken darzustellen.

So ist der einfache Ausdruck der Trauer oder Wut über chronische Schmerzen oder die verlorene Fähigkeit ebenso möglich wie eine symbolhafte Darstellung des sozialen Beziehungsgeflechtes des Patienten mit all seinen Nuancen und möglichen Ambivalenzen.

Wege der Aufarbeitung

Die im folgenden kurz angerissenen Aufarbeitungsmöglichkeiten beziehen sich grundsätzlich auf jedes künstlerische "Produkt". Solche Produkte könnten auch Bilder, Masken, Puppen, Collagen oder andere Gegenstände sein.

Die Skulptur soll so intensiv wie möglich zum Erleben gebracht werden, um Gefühle und Erinnerungen im Hier und Jetzt verfügbar zu machen. Das Gegenwärtigsetzen der Skulptur bringt den Klienten in Kontakt mit seinen inneren Bildern, mit seinen leibhaftigen Impulsen und Empfindungen. Die Arbeit mit der Skulptur ermöglicht, die Sprache der Bilder mit der Sprache reflektiver Rationalität zu verbinden, sodaß eine wechselseitige Durchdringung stattfinden kann. Dieser Durchdringungs- oder auch Abgleichungsprozeß bildhaft intuitiven Denkens mit rational analytischem Denken stellt nach einigen Ergebnissen der neueren Psychotherapieforschung in sich bereits eine therapeutische Qualität dar (Schuster 1986; Pearls et al. 1979; Petzold 1973, 1974, 1976, 1985; Ramon & Baharav 1978; Rubin 1984). Der Klient kann seine Skulptur unter vier Aspekten betrachten:

1. Betrachtung des Ganzen: Was bedeutet die Skulptur als Ganzes, welchen Sinn hat sie, welche Botschaft steht in ihrer Ge-

samtheit (z.B. wenn diese Skulptur mein Herz ist oder mein Herz darstellt, was teilt sie mir über mein Herz mit?);

2. Betrachtung der Teile der Skulptur: Welche Teile gibt es, was bedeuten die einzelnen Skulpturelemente für mich?;

3. Betrachtung der Atmosphäre der Skulptur, der ganzen wie auch ihrer Teile: Welche Gefühle und Stimmungen löst die Skulptur mit ihrer Ganzheit und/oder ihren Teilen aus?;

4. Betrachtung des "Fehlenden", der weißen Flecke: Auch hier kann Information für Klient und Therapeuten enthalten sein (z.B., was bedeutet es für mich, wenn ich meinen Körper in Ton forme, aber den Kopf und die Hände "vergesse"?)

Identifikation mit der Skulptur

Der Klient kann sich mit seiner Skulptur in verschiedenen Formen identifizieren; er kann sagen "ich als Skulptur empfinde jetzt", "ich fühle jetzt". Wenn der Klient als Skulptur spricht, hat er eine Möglichkeit, einen Teil ihres Ausdrucks (und damit seines Ausdrucks, den er in die Skulptur hineingegeben hat) zu verbalisieren und in der Methode der Identifikation sich "wieder anzueignen". Mit Hilfe dieser gestalttherapeutischen Identifikationstechnik ist es auch möglich, einzelne Aspekte der Skulptur zueinander in einen Dialog treten zu lassen (z.B. reden die geschädigten Teile des Körpers mit den gesunden Teilen). Und es ist möglich, einen Dialog mit der Skulptur zu führen (mein Herz erzählt mir, was es von mir hält und was es von mir will; ich rede mit meinem Rheuma über unsere gemeinsame Lebensperspektive usw.). Diese Dialoge können scheinbar oberflächlich verbal, aber auch tiefgehend emotional verlaufen und ermöglichen häufig ein sehr tiefes Verständnis.

Zuweilen ist ja gerade die Einsicht in den Zusammenhang zwischen somatischer Erkrankung und psychosozialer oder intrapsychischer Dynamik dem Klienten verschlossen. Die gängige medizinische Aufklärung z.B. in Herzinfarkt-Kliniken fördert diese Einsicht auch nicht gerade. Und eine "Aufklärung durch Experten" ist wohl auch nicht der Weg, über die heikle und nicht aus Versehen oft abgewehrte Verknüpfung zwischen Psyche und Soma zu informieren.

Die Arbeit mit Tonskulpturen (oder Bildern usw.) und der hier beschriebenen

Identifikationstechnik erlaubt dem Klienten eine Annäherung an das Thema in der ihm angemessenen Art, Weise und Geschwindigkeit.

Phantasien bilden

Der Klient kann auch Phantasien zu der Skulptur oder zu einzelnen Teilen der Skulptur bilden. Auch der Therapeut kann dem Klienten bei der Selbsterkundung helfen, indem er seine Phantasien zu der Skulptur mitteilt.

Wenn der Prozeß in einer Gruppe stattfindet, sind auch die anderen Gruppenmitglieder hilfreiche Quellen für Phantasien, die zur Erweiterung des Erlebnishorizontes beitragen können. Bei diesem Vorgehen ist es extrem wichtig, die Phantasien als Phantasien zu behandeln, die zu einem intersubjektiven Verständnis und Begreifen beitragen. Es sind keinesfalls Deutungen und Interpretationen mit Wahrheitsanspruch. Nur als Phantasien können sie dem Klienten helfen, neue oder bisher noch nicht bewußt gewordene Aspekte in der Skulptur zu entdecken oder in der Konsequenz, verschiedene Aspekte der Krankheit zu betrachten.

Skulpturen-Drama

Wenn im Verlauf eines Selbsterkundungsprozesses mehrere Skulpturen geschaffen worden sind, z.B. eine Ganzkörper-Skulptur, eine Organ-Skulptur, Symbolisierungs-Skulpturen usw., ergibt sich die Möglichkeit, diese Skulpturen in Dialog zueinander treten zu lassen. Der Klient kann sich mit den verschiedenen Skulpturen identifizieren und sie zum Leben erwecken. Die verschiedenen Skulpturen könnten verschiedene Aspekte der Persönlichkeit abbilden, die durch diesen Ansatz in einen bewußten Kontakt zueinander treten; ambivalente Haltungen lassen sich auf diese Weise bearbeiten, aber auch Spaltungen, Abspaltungen und verdeckte Bewußtseinsinhalte.

Integration - das abschließende Ziel

Die "integrative Therapie", vor deren Hintergrund die hier kurz angedeutete Arbeit mit kreativen Medien entwickelt worden ist, versteht sich in mehrfacher Hinsicht als "integrativ". Es geht um die Integration verschiedener Aspekte der eigenen Persönlichkeit, um die Integration der eigenen Geschichte, aber auch um die

Geschichte des sozialen Umfeldes und des ökologischen Kontextes. Integration bezieht sich auch auf die Integration von verloren gegangenen und wieder erworbenen oder neu erworbenen Fähigkeiten, aber auch auf die Integration von nicht zu behebbenden Störungen und Schädigungen. Die integrative Therapie ist auch von ihrer Theorie und Methodik her eine Integration verschiedener Ansätze: ausgehend von der aktiven Psychoanalyse der Ungarischen Schule (Ferenczi 1970) über die Gestalttherapie von Goodman und Pearls (Pearls et al. 1979) bis zur Tradition der Existentialphilosophie von Merleau-Ponty (Marcel 1985; Waldenfels 1985). Der integrative und ganzheitliche Anspruch dieses Therapiekonzeptes legt es nahe, den Menschen in seiner ganzen Leiblichkeit, in all seinen Ausdrucks- und Wahrnehmungsformen zu begreifen und im therapeutischen Prozeß anzusprechen. Die Arbeit mit kreativen Medien ist dabei ein Weg. Sie wird, wie oben angedeutet, verbunden mit verbalem Aufarbeiten, aber auch mit anderen Wegen des Ausdrucks und der Ansprache wie Bewegung, Tanz, Musik, Pantomime, therapeutisches Theater, Kontemplation und Meditation. Ein weiterer Weg, der noch wenig begangen wird, wäre die gemeinsame Arbeit: Arbeit an Objekten, Arbeit in Projekten, aktive Mitwirkung an sozialen und ökologischen "Heilungsprojekten". Die Ansätze der integrativen Therapie verbinden vielfach die unterschiedlichen Medien miteinander: Tonskulpturen werden in Bewegung und Tanz übersetzt, Poesis- und Musiktherapie erlauben weitergehendere spezifische Ausdrucks- und Erkundungsformen. Und so, wie sie auf der einen Seite Integration und Bewältigung von Krankheit ermöglichen, helfen diese Ansätze auch zu einem anderen Verständnis von Krankheit: wenn Krankheit auch als Ausdruck eines Lebensprozesses verstanden wird, den man nicht wegtherapieren kann; wenn Krankheit das absehbare Ende des Lebens beschreibt; wenn die Konfrontation mit der eigenen Endlichkeit eingegangen werden muß; wenn nicht mehr der Mut zum Ändern, sondern die Gelassenheit zum Hinnehmen angefragt ist. Nach meiner Erfahrung sind gerade die kreativen Medien wie auch die "intermediale Arbeit" dort noch einsetzbar und hilfreich, wo Sprache kein Mittel mehr sein kann, das "unsagbare, unsägliche Leiden" auszudrücken. Wo der Mensch sprachlos vor Entsetzen ist, starr vor Schreck und erstarrt in der Trauer, sind die nonverbalen Verfahren oft die einzigen Möglichkeiten zur Kommunikation, Kontaktaufnahme und für Beziehungen.

SCHMERZBEWÄLTIGUNGSTRAINING FÜR KRANKE MIT CHRONISCHER POLYARTHRITIS

Uwe Prümel, Silke Eggerich & Bettina Bunge

Das Projekt, das von der Rheuma-Liga Schleswig-Holstein e.V. in ihrem Modellzentrum in Kiel entwickelt wurde, hat das Ziel, Menschen mit chronischer Polyarthrititis für Aktivitäten - auch im Sinne der Selbsthilfe - im Bereich der komplementären, d.h. die ärztliche Versorgung ergänzenden, Hilfen zu motivieren. Fünf Maßnahmebereiche aus dem Gebiet der Psychotherapie werden angeboten:

- telefonische Sprechstunde (Sorgentelefon), - Betreuung von Selbsthilfe- und Gesprächsgruppen, - Einzelberatung bei seelischen Problemen, - Angebote zur Freizeitgestaltung, - Trainingskurse zur Linderung von Schmerzen (Schmerzbewältigungstraining).

Die Schmerzbewältigungskurse werden von der Modellzentrale in enger Zusammenarbeit mit den lokalen Arbeitsgemeinschaften der Rheuma-Liga organisiert. Zuerst wird ein Einführungsvortrag gehalten über die psychologische Problematik chronischer Polyarthrititis sowie über Möglichkeiten psychotherapeutischer Hilfen.

Grundsätzliches Anliegen der Schmerzbewältigungskurse ist es, den Patienten einen besseren Umgang mit den schweren Belastungen ihrer chronischen Erkrankung, insbesondere ihren Schmerzen, zu ermöglichen. Es soll dazu beigetragen werden, daß der Patient zu einer zufriedenstellenden Lebensführung findet und sich sein allgemeines Wohlbefinden hebt. Die Hoffnung, daß die Schmerzen durch die Teilnahme an einem solchen Kurs verschwinden, wird von den Patienten immer wieder, teils offen, teils unausgesprochen, gehegt und muß frühzeitig relativiert werden. Es muß deutlich gemacht werden, daß mit Hilfe der Schmerzbewältigungstechniken die Kontrolle des Einzelnen über sein Schmerzerleben gesteigert werden kann, und damit das Gefühl, den Schmerzen ausgeliefert zu sein, abgebaut werden soll. Ein weiteres Ziel ist eine Verbesserung der Stimmungslage, des Selbstbildes und des Körperkonzepts. Durch das Erlebnis angenehmer Körperempfindungen in der Entspannung und bei den Visualisierungen kann eine Veränderung in der Einstellung zum eigenen Körper, der vielleicht über Jahre nur als schmerzhaft und zunehmend bewegungsunfähig wahrgenommen wurde, angeregt werden. Auf

der Verhaltensebene wird ein angemesseneres Gesundheitsverhalten des Patienten unter Beachtung und Berücksichtigung von Körpersignalen angestrebt. Eine Reduzierung der Medikamenteneinnahme gilt als längerfristiges Ziel.

Drei Abschnitte bei der Entwicklung von Bewältigungsfertigkeiten

Diese Ziele sind nur bei guter Motivation und Mitarbeit der Patienten erreichbar. Für eine Abklärung der Motivation und Korrektur unangemessener Erwartungshaltungen wird daher in der Anfangsphase des Kurses ausreichend Zeit eingeräumt. Die Schmerzbewältigungskurse werden in 1 1/2- bis 2stündigen Sitzungen über 10 Wochen abgehalten. Die Gruppe besteht aus 6-8 Teilnehmern, so daß sich ein Gruppenprozeß entwickeln kann. Die Gruppenatmosphäre unterstützt das Entspannungserleben der Einzelnen und die relativ kleine Gruppengröße ermöglicht zugleich ein intensives Eingehen auf die Bedürfnisse und Probleme des einzelnen Patienten. Die Übungen des Schmerzbewältigungstrainings gliedern sich in drei Teile: Kursabschnitt 1: Fortschreitende Muskelentspannung (Jacobson), Kursabschnitt 2: Reise durch den Körper, Kursabschnitt 3: Visualisierungsübungen.

Die fortschreitende Muskelentspannung nach Jacobson ist eine aktive Entspannungsmethode und kommt dem Bedürfnis der Patienten, aktiv Einfluß zu nehmen, entgegen. Die Methode ermöglicht unter anderem eine Sensibilisierung der differentiellen Wahrnehmung für Spannungs- und Entspannungszustände. Ist dieses Ziel erreicht, wird zu einem passiven Entspannungsverfahren, der sogenannten Reise durch den Körper, übergegangen, welche vielen Teilnehmern ein tieferes Entspannungserlebnis ermöglicht, und die zur Vorbereitung und Einstimmung auf die nachfolgenden Visualisierungsübungen dient. Die geleitete Phantasie "Ort der Ruhe und der Kraft" eignet sich als Einstieg in die Visualisierungsverfahren, da es sich hier um eine für die meisten Patienten leicht zugängliche Vorstellung einer äußeren Umgebung handelt. Danach schließt sich eine Imaginationsübung an,

die sich auf das Körperinnere bezieht: die Patienten stellen sich eine angenehme und belebende Flüssigkeit vor, die die Muskeln lockert sowie die Gelenke reinigend und pflegend umspült.

Zusätzlich zu den Übungsphasen wird den Teilnehmern in den Kurssitzungen ausreichend Zeit für den Erfahrungsaustausch über die bisher geübten Trainingselemente eingeräumt, Schwierigkeiten und Erfolge der neu gelernten Techniken werden individuell besprochen. Alltägliche Belastungen, die Streß erzeugen, werden von den Patienten meist selbst zur Sprache gebracht, da Schmerzbewältigung auch als Streßbewältigung aufgefaßt wird. Die individuellen Erfahrungen und bereits

vorhandenen Strategien, mit Schmerzen umzugehen, werden so dem Einzelnen bewußt und durch den Austausch mit allen Kursteilnehmern verfügbar gemacht. Das häusliche Üben der Kursteilnehmer wird durch ein Klienten-Manual unterstützt, in dem die einzelnen Entspannungstechniken anwendungsorientiert zusammengefaßt sind. Dem Patienten wird relevante Literatur vorgestellt, und bei Abschluß des Kursabschnittes zur progressiven Muskelentspannung in der fünften Stunde erhalten die Teilnehmer eine Cassette für die häuslichen Übungen.

(In den ersten 15 Kursen mit 115 Teilnehmern waren 96 % der Teilnehmer weiblich und 72 % zwischen 50 und 70 Jahre alt.)

EIN PSYCHO-PHYSIOLOGISCHES THERAPIEPROGRAMM BEI MIGRÄNE

Michael Falkenstein & Helga Falkenstein

Dieses nichtmedikamentöse Therapieprogramm für Migränepatienten gründet auf der Verhaltensmedizin und benutzt einen mehrdimensionalen psychophysiologischen Ansatz, mit dem das Migränegeschehen verstanden und beeinflusst werden soll. Besonderes Gewicht wird hierbei darauf gelegt, daß der Patient kognitive, verhaltensmäßige und physiologische Selbstkontrollstrategien erlernt, die er im täglichen Leben einsetzen kann. In den letzten Jahrzehnten ist eine starke Zunahme des Auftretens von psychosomatischen Störungen zu verzeichnen, was nicht nur eine Folge verbesserter Dokumentation ist. Auch die Migräne ist sowohl aus psychodynamischer als auch verhaltensmedizinischer Sicht eine typische psychosomatische Störung. Wir müssen davon ausgehen, daß die Migräne meist durch mehrere Ursachen bedingt ist. Im Rahmen eines verhaltensmedizinischen Diathese-Streß-Paradigmas sind zwei wichtige Komponenten der Migräneentstehung eine entsprechende Anlage (Diathese) und Streß (im weitesten Sinne). Streß entsteht durch die kognitive Bewertung bestimmter Umweltreize und der subjektiven Beurteilung der eigenen Fähigkeiten, hiermit fertig zu werden. Bei als bedrohlich wahrgenommenen Reizen und subjektiv fehlender Bewältigungsmöglichkeit entsteht Streß. Bei Migränikern liegt eine Instabilität der Blutgefäßregulation im Kopfbereich vor, d.h. diese Patienten neigen dazu, auf Streß mit einer bestimmten Folge von Gefäßveränderungen zu reagieren, die die Symptome des Anfalls hervorrufen. Ein solches Diathese-Streß-Modell scheint den meisten psychosomatischen Störungen zugrundezuliegen, d.h. man geht davon aus, daß die Patienten irgendwo physiologische "Schwachstellen" haben, die bei Streßbelastung zuerst nachgeben und Symptome verursachen. Streß bewirkt bereits bei Gesunden, viel stärker jedoch bei Migränikern, zunächst eine Verengung von Blutgefäßen des Kopfes. Daraufhin tritt, womöglich als Reaktion auf eine Minderdurchblutung, eine starke Erweiterung der großen Gefäße auf. Gleichzeitig wird die Schmerzschwelle der Gefäßwände durch die Ausschüttung von Schmerzsubstanzen verringert. Hierdurch wird der Migräne-

schmerz verursacht. Faßt man diese Erkenntnisse zusammen, so ergibt sich, daß die ungünstige Verarbeitung von Umweltreizen zu Streß führt, welcher über eine Entgleisung der Gefäßregulation des Kopfes zu Schmerzen führt. Die Veranlagung zur Fehlregulation ist hierbei wahrscheinlich vererbt, die fehlerhafte Verarbeitung von Umweltreizen ist erlernt. Aufgrund dieses Modells erscheint es sinnvoll, mit der Therapie der Migräne an verschiedenen Stellen des Bedingungsgefüges anzusetzen. Da die subjektive Bewertung eines Stressors diesen erst zum Streß macht, sollte eine mehrdimensionale Therapie zunächst hier ansetzen. Daher ist die erste Stufe unseres Therapieprogramms das: Streßbewältigungstraining. Bei Migränepatienten zeigt sich, wie bei fast allen Patienten mit psychosomatischen Störungen, meist eine verminderte Kompetenz, mit Stressoren vernünftig umzugehen. Hierbei zeigt sich vor allem ein ungenügender Ausdruck von Emotionen und Ärger, vor allem im Umgang mit Vorgesetzten und dem Partner. Das Streßbewältigungstraining wird in Kleingruppen mit 6-8 Patienten oder in Einzelsitzungen durchgeführt. Zunächst sollen die Patienten lernen, Umweltstressoren und Anfallsauslöser zu identifizieren. Die Patienten berichten dann, wie sie zur Zeit mit diesen Reizen umgehen, d.h. welche Gedanken, Gefühle und Handlungen diesen Reizen folgen. Im weiteren Verlauf der Sitzungen wird versucht, die Gedanken, Emotionen und Handlungen der Patienten auf ihre Berechtigung und auf ihre Effizienz als Streßbewältigungsverfahren zu untersuchen. Um Alternativhandlungen zu erproben, üben die Patienten diese zunächst in der Gruppe oder in der Therapiesitzung im Rollenspiel und versuchen, sie dann im täglichen Leben anstelle des bisherigen inadäquaten Verhaltens einzusetzen. Erfahrungen mit dem neuen Verhalten werden bei der nächsten Therapiesitzung besprochen, wodurch möglicherweise Verhaltenskorrekturen angeregt und wieder geübt werden können. Durch Änderung von Gedanken, Gefühlen und Verhalten nach kritischen Umweltreizen können Migränepatienten erfolgreich lernen, mit Anfallsauslösern besser

umzugehen, wodurch die Anfälle immer seltener werden.

Da man festgestellt hat, daß Migräniker auf Streß mit übermäßig starker Erregung und Gefäßverengung reagieren, ist der nächste Baustein unseres Therapieprogramms ein:

Entspannungstraining.

Die bekanntesten Entspannungsverfahren sind das Autogene Training und die Progressive Muskelrelaxation.

Vergleichende Studien haben gezeigt, daß ein kombiniertes Training mit Anteilen aus beiden Verfahren bessere Wirkungen zeigt als beide Verfahren allein. Daher verbinden wir bei unserem Entspannungstraining autogene Entspannungsformeln mit Instruktionen zur Anspannung und Entspannung einzelner Muskelgruppen. Das Entspannungstraining kann wie das Streßbewältigungstraining in Kleingruppen oder im Rahmen von Einzelsitzungen durchgeführt werden. Wichtig ist hierbei nicht nur die Entspannung, sondern das Erlernen einer besseren Körperwahrnehmung (z.B. bei starker Anspannung), um eine aufkommende streßinduzierte Erregung besser wahrnehmen zu können und sie durch Einleitung der gelernten Entspannung abschwächen oder vermeiden zu können.

Der dritte Baustein unseres Trainingsprogramms setzt noch weiter peripher in der Kausalkette an, die zum Schmerz führt. Wie bereits beschrieben, ist eine der Voraussetzungen für die Entwicklung des Migräneschmerzes die Erweiterung großer Kopfgefäße. Zur Anfallsbehandlung werden daher meist Pharmaka eingesetzt, die eine Verengung dieser Gefäße bewirken: die Ergotaminpräparate. Problematisch ist hierbei die Notwendigkeit einer frühzeitigen Einnahme, weil der Wirkspiegel sich erst langsam aufbaut. Durch diese verzögerte Wirkung, die jedem Medikament eigen ist, kommt die Anfallskupierung oft nicht mehr zum Tragen. Eine zu frühe oder gar prophylaktische Einnahme kann sehr leicht zum Mißbrauch und zu starken Nebenwirkungen sowie bei Mischpräparaten zur Ausbildung eines Dauerkopfschmerzes führen.

Daher beschäftigt sich der dritte Teil unseres Trainingsprogramms mit: Vasokonstriktionstraining.

Damit wird versucht, dem Patienten die Fähigkeit zur direkten, willkürlichen Beeinflussung der Gefäßweite zu vermitteln. Hierdurch kann der Patient die Fähigkeit erwerben, einer beginnenden Gefäßerweiterung im Anfall aktiv entgegenzusteuern.

Hierzu wird die Weite der Schläfenarterie gemessen und dem Patienten kontinuierlich visuell zurückgemeldet (Biofeedback). Der Patient soll in den Trainingssitzungen versuchen, die Arterie willkürlich zu verengen, wobei er das Rückmeldebild als Hilfestellung verwenden kann. Allmählich kann er so eine willkürliche Gefäßverengung lernen, in zunehmenden Maß auch ohne Rückmeldung, so daß er zu Hause weiter die Konstriktion üben kann. Durch die ständige Übung der Gefäßverengung können erfolgreiche Patienten beginnende Migräneanfälle kupieren und die Auftrittshäufigkeit von Anfällen sowie die Medikamenteneinnahme stark verringern. Alle drei Verfahren ergänzen sich somit und greifen an unterschiedlichen Stellen der Kausalkette ein, die zum Migräneschmerz führt. Alle drei Verfahren versuchen, die Selbstbehandlungskompetenz des Patienten zu fördern, indem sie ihm neue Fertigkeiten vermitteln, mit deren Hilfe sie auf allen Verhaltensebenen (nämlich der kognitiven, emotionalen und physiologischen) in das Migränegeschehen eingreifen können. Diese Selbstkontrollfähigkeiten wirken zum Teil vorbeugend, zum Teil auch anfallskupierend. Umfangreiche Studien, in denen alle Verfahren parallel eingesetzt wurden, zeigen vor allem einen starken Rückgang der Anfallsfrequenz und der Medikamenteneinnahme, der in einem deutlichen Zusammenhang mit dem Erwerb von Selbstkontrollfähigkeiten stand. Zur Zeit werden die drei Verfahren in einem kombinierten Trainingsprogramm ambulant in Einzelsitzungen mit Migränepatienten durchgeführt.

DER GEBRAUCH VON VISUALISIERUNGEN IN DER GRUPPENTHERAPIE FÜR KREBSPATIENTEN

Iris Bartkowiak

Ein innovativer Ansatz zur Behandlung von Krebspatienten wurde in den späten 70er Jahren von einer kleinen Gruppe amerikanischer Psychologen entwickelt. Simonton et al. (1978) stellten auf der Grundlage ihrer Erfahrungen ein Therapiekonzept vor, das von der Annahme ausgeht, daß die Behandlung a) die im weitesten Sinne psychologischen Elemente von Krankheits- und Genesungsprozessen und b) Maßnahmen einschließen sollte, die auf die Stabilisierung des Patienten zielen bzw. ihn - sobald es erforderlich ist - auf positive Weise beeinflussen. Zusätzlich zur herkömmlichen medizinischen Behandlung, erhielten ihre Patienten eine intensive psychologische Behandlung. Teilweise rührt das Konzept aus den positiven Erfahrungen her, die im Bereich der kognitiven Psychologie berichtet werden. Dieser Ansatz wurde Managern im Hinblick auf ihre Einstellungen zu Erfolg und Mißerfolg vermittelt. Die Simontons meinten nun, daß es möglich sein müßte, das Immunsystem in ähnlicher Weise zu beeinflussen, welches ihrer Auffassung nach, in enger Beziehung zur Herausbildung von Krebs stand. (Die These bezüglich der Rolle des Immunsystems bei Krebs muß immer noch wissenschaftlich belegt werden.) Darüber hinaus schien nach Simontons eigenen Beobachtungen, daß Bewältigungsfaktoren wie innere Ziele, Lebenssinn, Hoffnung auf Heilung und Vertrauen Einfluß auf den Genesungsprozeß nehmen. Auf diese Weise kamen sie dazu, eine Übung zu benutzen, die unter dem Begriff "Visualisierung" bekannt ist, die auch den bekannten Einfluß der Tiefenrelaxation auf die Immunregulierung in Betracht zieht. Sie kombinierten diese Übung mit sorgfältig produzierten inneren Bildern des Tumors, der sowohl von der Körperabwehr als auch der medizinischen Behandlung bekämpft wurde. Die Elemente dieser Übung werden im folgenden beschrieben.

Anleitung zur Entspannung und Visualisierung

Sie setzen sich jetzt ganz bequem hin, beseitigen alles, was stören könnte. Schließen die Augen. Bereiten sich darauf vor, sich zu entspannen, Sie werden schon

etwas ruhiger und spüren, wie Sie dasitzen, den Stuhl berühren. Sie spüren, wie Ihr Rücken die Lehne berührt, im oberen Bereich. Sie gehen immer weiter runter und spüren den ganzen Rücken und den Kontakt mit dem Stuhl. Immer weiter runter bis zum Gesäß, dort spüren Sie, wie Sie ganz fest und sicher dasitzen, gehalten werden von dem Stuhl, sich tief fallen lassen können. Sie spüren, wie die Oberschenkel den Sitz berühren.

Immer weiter runter bis zu den Fußsohlen. Dort spüren Sie, wie die Fußsohlen die Erde berühren, Kontakt aufnehmen mit der Erde. Vielleicht spüren Sie auch ein Strömen, das ausgeht von der Erdmitte und über die Fußsohlen Ihren Körper erreicht. Ganz verbunden mit der Erde und ein angenehmes Strömen.

Die Arme sind schwer, ganz schwer. Die Beine sind schwer, ganz schwer. Es atmet ganz ruhig und gleichmäßig, bis in den Bauch hinein.

Gleich werden Sie eine Treppe sehen, Ihre Treppe, und die hat 10 Stufen. Und mit jeder Stufe werden Sie immer weiter und tiefer entspannen. Jetzt sehen Sie Ihre Treppen, und Sie gehen die erste Stufe.

2. Stufe: immer weiter, 3. Stufe: Ruhe, 4. Stufe: Frieden, 5. Stufe: halber Weg, 6. Stufe: und noch weiter, 7. Stufe: frei sein, 8. Stufe: fliegen können, 9. Stufe: gleich soweit, 10. Stufe: tief entspannt. Der Körper ist ganz tief entspannt, aber der Geist ist wach und klar, hört meine Stimme, ist gespannt, was er erleben wird. Sie gehen jetzt in den Körper hinein, egal wie und wo durch. Ganz langsam nach Ihrem Rhythmus und Tempo begeben Sie sich genau an die Stelle, die Sie sich vorgenommen haben. Dort, wo sich der Tumor befindet, die Metastase, die problematische Schwachstelle Ihres Körpers ist. Sie schauen sich alles ganz genau an, welche Farbe, welche Struktur, was geschieht.

Vielleicht sehen Sie auch, wie Ihre körpereigene Abwehr genau an der Stelle zusammenströmt, dort wo Sie jetzt am meisten gebraucht wird. Sie beobachten und betrachten alles, was geschieht.

Jetzt trennen Sie sich langsam von dem

Bild, kehren wieder zurück zu Ihrer Treppe.

Diese Treppe mit den 10 Stufen.

Und diesmal werden Sie mit jeder Stufe immer wacher werden.

10. Stufe, 9. Stufe: immer mehr, 8. Stufe: ganz deutlich spüren Sie schon, 7. Stufe: wie Sie sich in dem Raum hier befinden, 6. Stufe: auch ganz deutlich den Stuhl, 5. Stufe: wie Sie dort sitzen, zusammen mit den anderen, 4. Stufe: den Kontakt Ihres Körpers mit dem Stuhl spüren Sie immer deutlicher und klarer, 3. Stufe: immer bewußter und wacher nehmen Sie alles um sich herum wahr, 2. Stufe: Sie spüren auch schon, wie sich Ihr Körper bewegen möchte, 1. Stufe: und Sie sind jetzt wach, öffnen die Augen und sind voll wieder da.

Diese Übung wird niemals vom Gesamtzusammenhang der Behandlung isoliert durchgeführt, welcher immer aus einem umfassenden Psychotherapieprogramm besteht, weil die Krankheit im Kontext der Umwelt und der Beziehungen der Menschen genauso auftritt wie sie an die individuelle Biographie gebunden ist. Andere Elemente als die Visualisierung sind deshalb ebenso wichtig. Diese sind:

- die Selbstverantwortung des Patienten, - der sekundäre Krankheitsgewinn, - das Bedürfnis nach Ursachen-Attribuierung, - die "gesunden" (kräftigen) Anteile im Patienten, - die Überwindung eines "inneren Grolls", - die Selbstbeteiligung an der Zukunft, - ein eigener "innerer Ratgeber", - der Umgang mit Schmerz, - die Angst vor Rückfällen und Tod, - die Unterstützung der Familie.

Die Bearbeitung dieser Themen wirkt dem Hilflosigkeitsgefühl entgegen und hat das Ziel, die Bewältigungsfähigkeit der Patienten bezüglich der Krankheit und Hilflosigkeit wiederherzustellen, sodaß aus Ohnmacht wieder Selbstbestimmung wird. Die tiefe Enttäuschung über die Disfunktion des eigenen Körpers - die vielleicht zusammenfällt mit einer tiefen Enttäuschung über das Leben im allgemeinen, die schon prämorbid vorhanden war - löst oft eine Persönlichkeitskrise aus, die eine umfassende psychotherapeutische Behandlung dringend erforderlich macht.

Der Ansatz der Simontons gründet auf einem umfassenden Konzept. Unglücklicherweise wurde er von anderen häufig auf die vorgeschlagenen Übungen reduziert und auf die Anwendungsmodi einer medikamentösen Behandlung angeglichen. Ärzte tendieren dazu, dem Patienten das Buch zu geben - so wie sie ihm ein Rezept aushändigen - und raten ihm, es zu lesen und die Übungen

dreimal täglich zu absolvieren. Zunächst sehen die Patienten in dem Buch einen psychologischen Rettungsanker; bald jedoch werden sie entmutigt. Da ein Buch ja keine Möglichkeit des Dialogs zuläßt, fühlten sich einige Patienten allein gelassen oder gaben es auf, sich damit zu beschäftigen. Die Simontons sind von einigen wegen ihrer allzu euphorischen und simplifizierten Darstellung der möglichen Beeinflussung des Immunsystems und der daraus resultierenden Heilungserfolge kritisiert worden. Die angegebenen Zahlen ihrer Behandlungserfolge konnten nie repliziert werden und methodisch gibt es sicherlich Grund zur Klage.

Patienten, die sich mit dem Buch schon beschäftigt hatten, sind nach unserer Beobachtung nicht nur fixiert auf die Übungen, sondern sind ebenso interessiert daran, ihr Leben nach den vorgeschlagenen Themen zu regeln bzw. zu lernen, Lebens- und Alltagsprobleme besser zu bewältigen und mit ihrer Familie und ihrem Partner besser zurecht zu kommen.

Eine Veränderung im Ansatz

Unsere Antwort auf die Bedürfnisse der Patienten bestand zunächst in einer intensiven Einzelbetreuung, in der wir der Individualität der Patienten gerecht werden konnten. Außerdem sammelten wir Erfahrungen mit der beschriebenen Übung und entdeckten, daß mehr Patienten als erwartet auf die Methode der Visualisierung gut ansprachen. Ein anfängliches Befremden bei den "Anfängern" verschwand schnell zugunsten einer positiven Einstellung zum eigenen Körper und der Entdeckungsfreude, die bei der gemeinsamen Deutung der so entstandenen Bilder erfahren wurde.

Sehr schnell entfernten wir uns von der ursprünglich sehr rigiden Anweisung zur Visualisierung hin zu einer offenen Anleitung, die der individuellen Ausgestaltung der Bilder viel Raum läßt. Auf der Grundlage des "Katathymen Bilderlebens" - einer Therapieform, bei der der Patient gebeten wird, bestimmte Szenen sich vorzustellen, wie z.B. eine Wiese mit wild wachsenden Blumen, oder den Eingang zu einer Höhle - verschob sich die innere Zielsetzung der Visualisierung deutlich. Im Vordergrund steht jetzt die gemeinsame Deutung der Bilder mit den Patienten und die daraus resultierende Selbsterkenntnis. Die systematische Konditionierung des Immunsystems wich einem psychotherapeutischen Konzept, das die intrapsychische Attribuierung der

Erkrankung aufzudecken versucht in der Vorstellung, daß immer auch prämorbid vorhandene Konfliktbereiche mit der Erkrankungskrise in Verbindung gebracht werden.

Gibt es einen Zusammenhang zwischen psychischen Faktoren und der Krebsentstehung, so scheint uns die Theorie einer psychosomatischen Betrachtung plausibler als die simple Vorstellung einer Fehlkonditionierung des Immunsystems. Die positiven Reaktionen der Patienten auf die Visualisierung, die Deutung der Bilder und die Therapie der Lebens- und Alltagsprobleme haben deutliche Akzente gesetzt in Richtung auf die Herstellung bzw. Wiederherstellung von Lebensqualität als Hauptbewältigungsziel der Krebserkrankung. Aus unseren Erfahrungen aus den Einzeltherapien haben wir wesentliche Themen entwickelt, die in unserer zeitlich beschränkten Behandlungsdauer sinnvoll und effektiv angesprochen werden können.

Auf dem Weg zur Gruppentherapie

Wir entwickelten ein Gruppenkonzept, das uns und den Patienten thematisch eine grobe Orientierung gibt, welche aber noch genug Spielraum für eine individuelle Entfaltung läßt. Diese Gruppentherapie umfaßt einen Zeitraum von acht Sitzungen à 1,5 bis 2 Stunden; genug Zeit zum therapeutischen Arbeiten, aber auch noch eine überschaubare angstfreie Anzahl für unerfahrene Patienten. Die Gruppe, an der sechs bis maximal acht Patienten teilnehmen können, ist eine geschlossene Gruppe. Neben den Visualisierungen und Deutungen nimmt das themenzentrierte Gespräch den größten Raum ein. Dabei werden folgende Themen vorgeschlagen: die persönliche Attribuierung der Tumorgenese; das Erlebnis der Erkrankung; Belastungsfaktoren in der prämorbidem Lebensgeschichte und deren Bewältigungsstrategien; die aktuelle Belastungssituation im Alltag und deren Bewältigung. In der folgenden Tabelle werden die Themen wiedergegeben, die für jede Sitzung vorgeschlagen werden. Jede Gruppe formuliert für sich unterschiedliche Schwerpunkte, sodaß durchaus andere Themen hinzukommen können bzw. wenige Punkte intensiver besprochen werden. Die "künstliche" Situation des begrenzten stationären Aufenthaltes fern vom Lebensalltag macht es besonders wichtig, darauf zu achten, daß der jeweilige Spannungsbogen einer Gruppe gegen Ende sich wieder gut neigt. Jeder

Patient sollte zu einem Abschluß seiner je individuellen Fragestellung gekommen sein. Entwickelt sich ein Patient im Verlauf schwierig, so ist eine parallel zur Gruppe laufende Einzeltherapie möglich.

Die Ergebnisse sind positiv

Ein solcher Ansatz kann nur dabei helfen, kleine Schritte auf dem Weg zur Gesundheitsförderung zu tun; die Erfahrung zeigt jedoch, daß diese Schritte gut zum Transfer in den Lebensalltag geeignet sind. Wie haben bislang keine begleitende Forschung und systematische Katamnesen erheben können, sodaß die Effektivitätsaussage in der klinischen Erfahrungen beschränkt ist.

Unser siebenjähriger Umgang mit diese Methode zeigt, daß wichtige Veränderungen erreicht werden können. Dies wird durch Aussagen von in regelmäßigen Abständen wiederkommenden Patienten unterstrichen, die an solch einer Gruppe teilgenommen haben. Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit sowie ungünstige Copingstrategien sind den Patienten bewußt geworden; sie werden wieder handlungsfähig, sodaß sie dem Therapieziel der Krankheits- und Lebensbewältigung deutlich näher gerückt sind.

Tabelle 1. Modifiziertes Programm nach Simonton

Sitzung Nr	Thema	Ziel
1.	Einführung Gegenseitiges Kennenlernen Erwartungen der Teilnehmer Blitzlicht	Erstes Vertrautmachen mit Methode Gruppenprozeß einleiten, Atmosphäre des Vertrauens herstellen Eigenbeteiligung verdeutlichen In Kontakt mit aktueller Befindlichkeit kommen, Gefühle spüren lernen
2.	Erste Trance mit Phantasiereise Aktueller Zustand von Körper und Seele Besprechen, welche Körperbereiche thematisiert werden Blitzlicht	Einführung in Technik mit stabilisierenden Bildern Körper wichtig nehmen, erste Schritte zur Eigenbeteiligung an der Gesundung Vorbereitung auf die folgenden Übungen siehe oben
3.	Trance mit Körper-(Tumor-)Bild Ausführliche Besprechung Thema Belastungsfaktoren vor der Erkrankung Blitzlicht	Stärkung des Immunsystems, Selbstvertrauen, aktives Gesundwerden usw. Hilflosigkeitsreaktionen erkennen und hilfreiche Reaktionen entwickeln lernen siehe oben
4.	Trance mit Körper-Bild Gemeinsames Malen Blitzlicht	siehe oben Angstreduktion vor der Malaufgabe, Erhöhung des Erkenntniswertes Ausführliche Besprechung Weitere, stärkere Stufe der Beschäftigung mit sich selbst siehe oben
5.	Rest-Bilder werden besprochen Trance mit Körperbild Besprechung Blitzlicht	siehe oben
6.	Trance mit Körper-Bild Energiekuchen Blitzlicht	siehe oben Betrachtung der gegenwärtigen Lebenszusammenhänge und Verteilung der psychischen Energie, Entwicklung einer positiven Grundhaltung zum eigenen Leben und ggf. Veränderungsmöglichkeiten und realistische Lebensziele siehe oben
7.	Rest Energiekuchen Besprechung Blitzlicht	siehe oben
8.	Reflektion des Gewesenen Was war wichtig? Wie geht es zu Hause weiter? Abschiedsblitzlicht	Abschied und realistischer Ausblick auf das weitere Leben

"DIE KÖRPERWAHRNEHMUNG" - EIN NEUER WEG DER BEWEGUNGSTHERAPIE MIT HERZPATIENTEN

Wolf-Dieter Fischer

Die Bewegungstherapie mit Herzpatienten ist nicht nur rein körperliches Aufbau-training bestehend aus Krankengymnastik, Ergometertraining und Spaziergehen, nicht nur Freizeitgestaltung und Freizeitsport und auch nicht nur Ablenkung und Verdrängung von herzkrankmachenden Eigen- und Umweltbelastungen.

Das durch eine sinnvolle Aufgabenstellung innerhalb der Bewegungstherapie hervorgerufene "Bewegt sein" und das sich hoffentlich anschließende "In Bewegung kommen" können entscheidend dazu beitragen, das dem Herzpatienten ureigenste Verhalten im Sinne einer Um- und Neuorientierung im Alltag positiv zu beeinflussen (Siegrist 1982; Fischer 1986). Im therapeutischen Bewegungszentrum der Waldburg-Zeil Kliniken in Isny-Neutrauchburg (Bundesrepublik Deutschland) wird den Patienten dazu innerhalb der Bewegungstherapie die Körperwahrnehmung angeboten.

Die Körperwahrnehmung (KWN) ist ein therapeutisches Prinzip, welches seinen Einsatz bei Körperübungen in Ruhe und bei Bewegung findet. Die Einheit von Wahrnehmung und Körperübung ist die Basis für die Wechselwirkung zwischen der inneren Welt des Verhaltens, Entspannens, Erlebens und der äußeren Welt des täglichen Handelns (Fischer 1984).

Die Körperwahrnehmung stellt auf Dauer keine für sich eigenständige Therapieform dar, sondern fließt situativ in die Teilelemente der Bewegungstherapie ein. Voraussetzung dafür bleibt allerdings eine Sensibilisierungsphase von ca. 4-6 Wochen, in der die Körperwahrnehmung als alleinstehende Therapieeinheit dem Patienten angeboten wird. Durch das eigene Erleben, Erspüren und Empfinden bei den unterschiedlichsten bewegungstherapeutischen Maßnahmen erkennt der Patient Zusammenhänge zwischen seinem momentanen Innenleben und dem, was bisher im Privat- oder Berufsleben abgelaufen ist und/oder was sich zukünftig daraus entwickeln kann. Zum besseren Verständnis der Körperwahrnehmung seien nachfolgend die drei wichtigsten Schwerpunkte der KWN-Übungen genannt:

a) Eingehen auf Risikoverhaltensweisen
Das Erproben individueller Verhaltens-

alternativen wird gefördert durch die persönliche Auseinandersetzung mit Aggressionen, Hetze und Ungeduld, Konkurrenz- und Dominanzstreben und leistungsbezogenen perfektionistischen Verhaltensmustern.

b) Einüben der Entspannungsfähigkeit
Auf dem Weg zur "inneren Harmonie" unterscheiden wir zwischen direkter und indirekter Entspannung. Bei der direkten Entspannung soll durch für sich allein ausgeführte Atem-, Meditations- und Tiefenentspannungsübungen die Reduzierung des vegetativen Erregungsniveaus bzw. der Zustand eines Muskelgleichgewichts erreicht werden. Die indirekte Entspannung führt über gruppenbildende Darstellungs-, Kontakt- und Lockerungsübungen zu Ausgleichlichkeit, Gelöstheit und Gelassenheit.

c) Erleben des eigenen Körpers
Der Umgang mit dem eigenen Körper in seiner Ganzheit wird beeinflusst durch das Bewußtmachen von Gewohnheitsbewegungen bzw. -haltungen (Gehen, Laufen, Stehen, Sitzen, Liegen), durch das Erkennen belastungsbeeinflussender Körpersignale (körperliche und geistige Arbeit), durch die Schulung von Sinnen (Sehen, Hören, Tasten) und durch die Gefühlsempfindungen für Nähe und Distanz (Körperkontakt und Hilfestellung).

Begründung und Zielsetzung der Körperwahrnehmung

Die Frage nach dem "Warum" der Körperwahrnehmung innerhalb der Bewegungstherapie und der zugehörigen Gesundheitsbildung soll in 3 Teilantworten aufgelöst werden.

a) Das gesunde Leben wird nicht nur durch klassische, sondern auch durch psychosoziale Risikofaktoren beeinträchtigt. Bei der Bekämpfung der klassischen Risikofaktoren (z.B. Übergewicht, Bluthochdruck, Blutfette, Rauchen, Bewegungsmangel) reichen oftmals bewegungstherapeutische Übungsprogramme aus, die auf Veränderungen des Stoffwechsels oder auf kardiale Entlastung durch Ökonomisierung abzielen. Da aber nachgewiesenermaßen (Bräutigam 1975; Schäfer 1982) die psychosozialen

Risikofaktoren (z.B. Zeitdruck, berufliche Belastungen, familiäre Sorgen, Umwelt- und Zivilisationsprobleme) bei der Entstehung von Krankheiten eine zunehmend bedeutendere Rolle einnehmen, muß überlegt werden, wie diese krankmachenden Auslöser durch bewegungstherapeutische Programme beeinflussbar sind.

b) Die vorwiegend funktionsorientierte Bewegungstherapie muß durch die erlebnisorientierte Bewegungstherapie ergänzt und erweitert werden.

Zwei Hauptziele der Bewegungstherapie (Funktionsverbesserung des Halte-Stütz-Apparates, trainingsphysiologische Entlastung des Herz-Kreislaufsystems) orientieren sich vor allem an dem Wiederherstellungsprinzip der körperlichen Leistungsfähigkeit. Bei den für dieses Ziel angezeigten, aber oftmals unkritisch, nicht reflektierten bewegungstherapeutischen Übungsinhalten besteht die große Gefahr - je nach Persönlichkeitsstruktur des Patienten - den Risikofaktor "Typ-A-Verhalten" (z.B. Leistungsanspruch, Prestigedenken) zu verstärken, so lange das Therapiekonzept erlebnisorientierte Inhalte vernachlässigt.

c) Bei der Gesundheitsbildung müssen Denken, Fühlen und Handeln gleichermaßen angesprochen werden. Die Ziele eines Einzel- oder Gruppengesprächs als Medium der Gesundheitsbildung (auch in der Bewegungstherapie) konzentrieren sich auf die Information, die Motivation und im günstigsten Fall auf die Bereitschaft des Patienten, sein Verhalten zu überdenken bzw. zu verändern. Nach Langosch (1984) erkennt der Patient Probleme des eigenen Ist- und Sollverhaltens als isoliertes Lernziel in einer Gesprächssituation sehr schwer. Leichter scheint es, wenn das Problem als individuelles Verhalten in Übungen aufgezeigt und erlebt wird, um durch Kopplung von Gespräch und Übung das eigene Problem zu identifizieren und anschließend nach Lösungsmöglichkeiten zu suchen.

Praktische Beispiele zu bekannten "Typ-A"-Verhaltensweisen

Im folgenden möchte ich Einzelbeispiele aufführen, die nach eigener Erfahrung dazu verhelfen, in festgeschriebene, traditionelle Übungs- und Trainingsprogramme (Binkowski 1984) KWN-Übungen zu integrieren, die ein Erkennen und Bearbeiten auffälliger "Typ-A"-

Persönlichkeitsmerkmale in der Herzgruppe erleichtern.

Es bleibt dem persönlichen Einfühlungsvermögen und dem Stundenschwerpunkt des behandelnden Therapeuten überlassen, wann das jeweilige Übungsbeispiel in die Therapieeinheit eingebaut und ob das "Erlebte" und "Beobachtete" als Synchron-, Schnell- oder Spätgesprächsrunde (Grössing 1977) thematisiert wird.

Zum Verständnis der Einzelübungen sei noch angemerkt: Wir gestalten die Übungssituationen so, daß die Patienten kurzzeitig das für sie Bedeutende erleben können. Wir gehen mit den Patienten einen Weg, auf dem das Erfahrene der bloß gedachten Einsicht vorausgeht. Dann machen wir in Hinweisen auch verschiedenartig vom Wort Gebrauch.

Das beginnt bei der Vorbereitung auf die kommende Übung, setzt sich fort über das Hinlenken zu genauerer und vertiefter Wahrnehmung während der Übungsausführung und schließt die Beschreibung des Patienten über das ein, was er wahrgenommen und erlebt hat. Dabei versuchen wir, das von den Patienten beschriebene Erleben nicht zu interpretieren oder gar zu deuten (das wäre Aufgabe des geschulten und dazu ausgebildeten Fachtherapeuten wie z.B. Klinikpsychologe oder Psychotherapeut), sondern wir als Bewegungstherapeuten geben den Hinweis auf ein Besinnen der vorher in der Übung wahrgenommenen Erlebnisse bzw. Empfindungen (Stolze 1985).

Das Problem von Widerstand und Verleugnung

"Wissen Sie", sagte ein Patient, "zuerst dachte ich, das ist doch alles Quatsch. Aber jetzt sehe ich es an als einer der für mich wichtigsten Behandlungsinhalte". Ein anderer Patient verwies auf Kindergarten- und Sandkastenspiele und verband seine Aussage mit völligem Unverständnis für das, was ihm heute im Programm geboten wurde; erst die Frage eines Mitpatienten, was denn eigentlich so schlecht am Kinderdasein sei, machte ihn nachdenklich.

Widerstand, Abwehr und Verleugnung sind Persönlichkeitsmerkmale, über die wir uns bei Herzinfarktpatienten nicht wundern dürfen. Es sind Schutzmechanismen, deren Ziele die Vermeidung aller krankheitsbezogenen Ängste vor tiefgreifenden Verlusten oder endgültigem Scheitern in den verschiedensten Bereichen darstellen. Natürlich müssen wir diese Merkmale beachten, denn sie beeinflussen ganz entscheidend die Mitarbeit und

Wirkung auf die Patienten.
Deshalb ist es gerade bei neu hinzugekommenen Patienten in der stationären Anschlußheilbehandlungsklinik oder bei ambulanten Koronargruppenpatienten, die in unserem Gesellschaftssystem in ihren krankmachenden, oftmals sehr stabilen "Typ-A"-Verhaltensweisen bestärkt werden, wichtig, den "Etwas-Anders-Gewöhnten" auf "In Bewegung Kommendes" einzustimmen. Das kann so geschehen, daß zu Beginn der Übung kurz auf Sinn und Ziel hingewiesen oder durch Spielregeln eng strukturiert vorgegangen wird. Das Therapeutenvorgehen kann aber auch gebunden sein an bekannte Patientenerwartungen oder an Inhalte, die möglichst verständlich und begreifbar sind und für den Betroffenen spür- und sichtbare Erfolge nach sich ziehen. Da, wie oben angegeben, die KWN-Übungen situativ in bestehende Übungs- und Trainingsprogramme mit Gymnastik und Spiel oder Ergometer- bzw. Geh- und Lauftraining integriert sind, besteht keine Möglichkeit, Herzpatienten, die am "normalen" Programm teilnehmen, von KWN-Übungen auszuschließen. Wir haben in Isny-Neutrauchburg die Erfahrung machen können, daß selbst nach erwähnten "Sensibilisierungsphasen" einige Patienten weder bereit noch fähig waren, sich auf ihnen unbekannte und unvertraute Übungen einzulassen.

Qualifikation des Bewegungstherapeuten

Die sinnvolle, gesundheitsfördernde praktische Arbeit mit der KWN und gerade auch das Wissen um deren passenden Einsatz innerhalb des herzgruppenspezifischen Bewegungsprogramms wird immer gebunden bleiben an die Persönlichkeit und die Aus- bzw. Weiterbildung des Therapeuten (Fischer 1984).

Meiner Meinung nach sollten vom betreuenden Therapeuten folgende Voraussetzungen erfüllt werden:

a) Selbst- und praktische Erfahrung über Monate bzw. Jahre (z.Zt. werden bei Fortbildungsveranstaltungen von Krankengymnasten und Sporttherapeuten immer häufiger KWN-Schwerpunkte angeboten);

b) da das körperliche Geschehen - zumindest bei der Übungsausführung - im Vordergrund steht, muß auch der Therapeut seine Körperlichkeit angenommen haben; er muß flexibel, lebendig, ausdrucksfähig und sensibel sein;

c) um Vertrauen und Mitarbeit beim Patienten zu fördern, ist eine geeignete Darbietungsweise unumgänglich; Stimme, Sprache, Phantasie und Einfühlungsvermögen sind wichtige Voraussetzungen;

d) der Therapeut muß befähigt sein, die Rolle des Leiters, Behandlers, Zuschauers und Partners zu übernehmen;

e) Gesprächs- und Kommunikationsregeln, wie Zuhören und Verständlichmachenkönnen, gehören zum Handwerkszeug des mit der KWN arbeitenden Therapeuten.

Bei allem Verständnis für Bewegungstherapeuten, die nach therapeutischen Wegen suchen oder sich in neue Therapieformen einlernen möchten: im Hinblick auf die Herzpatienten und in Anerkennung der Inhalte, Ziele und vor allem auch Nachwirkungen der nach außen zunächst oft unscheinbar wirkenden KWN-Übungen darf der Satz von Stolze (1985) niemals vergessen werden: "Es gibt nur eine wirkliche Gefahr bei der Anwendung von Methoden und Techniken im Bereich erlebnisorientierter Bewegungsinhalte und das ist der ungenügend vorbereitete und ausgebildete Therapeut".

Tabelle 1. Eingehen auf Risikoverhaltensweisen

Aggressionen		Hetze/Ungeduld	
Zeitdauer: 5--10 min	Fechtduell Im Stand und in der Bewegung (Vor - zurück - seitwärts) mit Schaumgummi- schläger zu zwei duellieren. Der Partner darf getroffen werden.	Zeitdauer: 5--10 min	Schrittempo In der vorgegebenen Zeit (30/60/90 sec) zählen die Teilnehmer bei gleichbleibendem Tempo ihre Schritte. Anschließend wird vom Therapeuten die Schrittzahl festgelegt, die in der gleichen Zeiteinheit (30/60/90 sec) wie vorher erreicht werden soll.
Geräte: Schaumgummi- schläger		Geräte: keine	
Teilnehmer: Paar auf- stellung		Teilnehmer: Offene Auf- stellung	
Anwendungsbe- reich: (Stab-)Gymnastik		Anwendungsbe- reich: Geh-/Lauftrain- ing/Gymnastik	
Beachte: Genau "Schlag- anweisung"		Beachte: Erst die Teilnehmer die eigene Schrittzahl bestimmen lassen	
Konkurrenz/Dominanz		Perfektionismus	
Zeitdauer: 5--10 min	Ideenreichtum Jedes Paar sucht sucht sich zwei der vorhandenen Geräte aus und überlegt sich eine gemeinsame Übung, damit diese von allen anderen Paaren im Wettbe- werb mitgemacht werden kann. Frage an die Teilnehmer: "Was muß alles bedacht werden?" (Zeit - Punkte - Abstand - Übungs- voraussetzungen)	Zeitdauer: 5--10 min	Figurenmalerei Einer der beiden Partner steht am Platz, der an- dere geht auf dem Boden irgendeine Figur, die der Stehende erraten
Geräte: Bälle/Stühle Ringe muß.		Geräte: keine	
Teilnehmer: Paarauf- stellung		Teilnehmer: Partnerweise	Eventuelle Vorgaben: 1. Ein Tier 2. Eine Zahl 3. Ein Symbol
Anwendungsbe- reich: Gymnastik mit Handge- räten		Anwendungsbe- reich: Gymnastik	
Beachte: Rechtzeiti- ges Eingreifen bei Überbe- lastung		Beachte: Bei Fertigstellung ruhig abwechslungs- weise wiederholen lassen	

DIE FELDENKRAIS METHODE: BEWUSSTHEIT DURCH BEWEGUNG UND FUNKTIONALE INTEGRATION (1)

Ulrike Apel

Die Feldenkrais Methode ist das Ergebnis langjähriger Forschungsarbeit des israelischen Ingenieurs, promovierten Kernphysikers und Judo-Meisters Moshe Feldenkrais (1904--1984). Das Interesse am Menschen, an Dynamik und Statik des menschlichen Körpers führte Feldenkrais bereits in den 30er Jahren in Bereiche der Verhaltensforschung, der Neurophysiologie und -psychologie.

Seine Methode versteht er als Lernmethode, deren Ziel es ist, durch einen einfühlsameren und besseren Gebrauch des Körpers ein bewußteres Umgehen mit sich selbst zu fördern - und zwar bezüglich der Ganzheit von Körper, Geist und Seele. Feldenkrais geht es nicht um körperliche Fitneß, sondern um "bewegliche Gehirne", wie er es ausdrückt.

Der Mensch ist im Gegensatz zum Tier mit wenig Instinkten ausgestattet. Er muß sein Verhalten, seine Bewegungsmuster im Laufe seiner Entwicklung nach der Geburt erst lernen. Die Entwicklung der Bewegungsfunktionen beim Kind erfolgt immer in Verbindung mit der psychisch/geistigen Entwicklung. Mit jeder neuen Bewegungsmöglichkeit (Drehen, Krabbeln, Sitzen, Stehen, Gehen) erwirbt das Kind eine Erweiterung seines Handlungs- und Erfahrungsspielraumes; dadurch entwickelt es sein Selbstbild als autonome Person. Feldenkrais möchte beim Erwachsenen dort wieder ansetzen - Lernen nicht eng und zielgerichtet, sondern spielerisch, entdeckend, mit Neugier, Freude und Lachen; Fähigkeiten also, die im Zuge der Sozialisation oft nicht mehr mit "Lernen" (im kognitiven Sinne) in Verbindung gebracht werden.

Die Lektionen in der Feldenkrais Methode sprechen das Taktile (d.h. das kinästhetische Bewegungsgefühl) an; dies geschieht durch die Reduktion von Kraft und Schnelligkeit auf ein Minimum, wobei dem Übenden zunächst meist im Liegen oder Sitzen bewußt wird, wie er bestimmte Bewegungen ausführt. Was tue ich gewohnheitsmäßig? Intellektuelles "Wissen-

Wie" wird ersetzt durch erspürendes "Gewußt-Wie".

Im Laufe der Jahre erworbene Muster, Fehlhaltungen, Spannungen werden bewußt gemacht, um dann - sozusagen im zweiten Schritt - ökonomischeren, leichteren, der Person und Situation gemäßerem neuen Formen Raum zu geben.

Haben Sie sich schon einmal Gedanken darüber gemacht, wie Sie von einem Stuhl aufstehen? Wo beginnt die Bewegung? Wie verlagern Sie das Gewicht? Was tut Ihr Kopf? Was Ihr Nacken? Wie ist Ihre Atmung? Diese Bewegung haben sie schon hundertmal gemacht, aber Sie werden feststellen, daß sie Ihnen nicht bewußt ist. Sie funktioniert automatisch. Normalerweise wird Sie das nicht weiter stören - es sei denn, eine Krankheit, Schmerzen, ein Wieder-Lernen nach einem Unfall oder einer Lähmung zwingt Sie dazu, sich mit dem Bewegungsablauf zu beschäftigen. Oder aber auch nur das Gefühl, "es könnte irgendwie leichter, eleganter, flexibler sein". In einer Feldenkrais Lektion erfahren Sie z.B., was die Gewichtsverlagerung des Beckens für die Organisation Ihrer Knie und Füße bedeutet; wie Sie durch bewußtes Beobachten Spannungen im Nackenbereich lösen können und wie sich die Handlung verbessert, je mehr sie sich vom Vorsatz "Aufstehen" löst. Nach und nach wird das Aufstehen leichter, müheloser. Mit einem Minimum an Kraft und Aufwand erreichen Sie eine effektivere, elegantere Bewegung als mit Willensstärke und Muskelkraft.

Ein Kernsatz von Feldenkrais lautet: Wenn du weißt, was du tust, kannst du tun, was du willst. Steht Ihnen jedoch nur eine Möglichkeit zur Verfügung (nämlich die gewohnte, unbewußte), haben Sie keine Wahl.

"Wirkliches Leben heißt, daß alles, was du weißt, auf drei, vier, fünf verschiedene Arten gewußt werden soll - oder mehr. Dann wird das Gehirn als Gehirn genutzt!" (Feldenkrais).

Diese Wahlfreiheit, das bewußte Tun ist es, was den Menschen auszeichnet, ihn vom instinktgeleiteten Tier unterscheidet und menschliche Würde ausmacht.

Gesundheit ist für Feldenkrais kein statischer Begriff (= Abwesenheit von Krankheit). Er definiert sie als "dynamischen Prozeß, als Fähigkeit, sich

1) Die Bezeichnungen "Die Feldenkrais Methode", "Bewußtheit durch Bewegung" und "Funktionale Integration" sind patentrechtlich geschützt und dürfen nur von ausgebildeten Feldenkrais-Pädagogen benutzt werden.

zu erholen und zu genesen". Gesundheit ist somit - ähnlich wie Haltung - etwas, das in jedem Augenblick ins Gleichgewicht gebracht werden muß; ständig auf's neue wiedergewonnen werden muß.

So lehrt Feldenkrais auch nicht "die richtige" Haltung, sondern führt Kriterien einer guten, aufrechten Haltung an. Der Bewegungsapparat funktioniert dann seiner Bestimmung gemäß, wenn nur die Muskeln die Arbeit übernehmen, die zur Erhaltung des Gleichgewichtes und zur Ausführung der gewünschten Bewegung benötigt werden. Ein Mehraufwand ist nutzlose Verschwendung von Energie und schädigt das Gesamtsystem.

und oft "neu" und gelöst an. Das Entdecken neuer Möglichkeiten, brach liegende Fähigkeiten zu nutzen, gibt dem Schüler Selbstvertrauen, erhöht das allgemeine Wohlbefinden und zeigt jedem Wege, sich seinen Problemen und Schwierigkeiten mit einem neuen Ansatz selbstverantwortlich zu nähern.

Leben ist Bewegung - Feldenkrais zeigt einen Weg, das in jedem Menschen latent vorhandene, enorme Potential klüger und besser zu nutzen - und zwar unabhängig von Alter, Behinderung oder Krankheit.

Bewußtheit und Integration

Die Methode wird in zwei Formen gelehrt:

"Bewußtheit durch Bewegung" ist die verbale Technik. Sie wird in Gruppen unterschiedlichster Zusammensetzung unterrichtet. Durch behutsames, erspürendes Experimentieren mit Bewegungen werden Koordination und Bewegungsgefühl gefördert; die Sensibilität erhöht sich und der Übende geht ökonomischer mit seinen Kräften um.

Da der Körper untrennbar mit den Sinnes-Empfindungen, mit Denken und Fühlen verbunden ist, bessert sich mit der physischen auch die psychische Haltung. Alte Muster lösen sich auf, neue Bahnungen teilen sich dem Gehirn mit. Es gibt kein "richtig" oder "falsch"; vielmehr leitet der Feldenkrais Pädagoge den Übenden an, durch spielerisches Ausprobieren von und durch sich selbst zu lernen.

Menschen aller Altersstufen, Behinderte, Personen mit degenerativen Erkrankungen, Schmerzpatienten, aber auch Sportler, Musiker, Tänzer nehmen an den Lektionen teil, um ihr "Bewegungsvokabular" zu erweitern.

Funktionale Integration findet in Einzel-Sitzungen statt, in denen der Lehrer nonverbal über Berührung unterrichtet.

Durch sanfte Bewegungen macht er dem Schüler funktionale Zusammenhänge bewußt; er übermittelt dem Nervensystem Impulse über Skelett und Muskulatur, um das Körperschema besser zu organisieren.

Beide Methoden ergänzen sich wechselseitig; oft nehmen Menschen mit Schmerzzuständen oder speziellen Problemen eine Reihe von Einzel-Sitzungen, um sich anschließend in eine Gruppe zu integrieren.

In beiden Methoden wird ohne Leistungsdruck, ohne Schmerzgrenze oder Muskelkater gearbeitet; nach den Sitzungen fühlt sich der Körper leichter, angenehmer

EIN GESUNDHEITSTAGEBUCH FÜR CHRONISCH KRANKE

Hermann Baert, Peter Gielen & Mieke Smet

"Wann begann Ihre Krankheit? Was waren die ersten Anzeichen? Wann wurde die Krankheit diagnostiziert? Mit welchen Menschen sind Sie in Kontakt gekommen? Welche Ängste haben Sie erfahren? Wie haben Ihre Mitmenschen reagiert?"

Dies sind Fragen am Anfang von einer Reihe von leeren Seiten im Gesundheitstagebuch, in dem Menschen gebeten werden, ihre persönlichen Erfahrungen aufzuschreiben und sowohl die glücklichen wie schwierigen Zeiten zu notieren.

Chronisch krank zu sein bedeutet eine "totale" Erfahrung, die alle Lebensbereiche erfaßt. Eine Person, die längere Zeit krank ist, wird mit einer ganzen Reihe an Problemen konfrontiert einschließlich der Notwendigkeit, mit vielen Professionellen zu interagieren und sich unterschiedlicher Behandlungen zu unterziehen.

Wie die Idee sich entwickelte

In Flandern, dem holländisch sprechenden Teil von Belgien, brachte diese schwierige Situation eine Anzahl von Selbsthilfegruppen zusammen, um ein Gesundheitstagebuch zu entwickeln. Die Idee wurde von der Arbeitsgruppe für chronisch Kranke, die aus verschiedenen, mit dem Problem befaßten Selbsthilfegruppen besteht, und dem "Trefpunt Zelfhulp", dem flämischen Zentrum zur Unterstützung von Selbsthilfe, in die Tat umgesetzt. Technische und finanzielle Unterstützung wurden von der König Baudouin Stiftung zur Verfügung gestellt. Patienten, Professionelle und Menschen, die sich speziell für dieses Thema interessierten, beteiligten sich an den Entwürfen für das Tagebuch, das zunächst mit einer Gruppe von etwa 50 Patienten getestet wurde, die zu 13 Selbsthilfegruppen mit verschiedenen Formen chronischer Erkrankungen gehörten. Das Tagebuch soll Patienten eine Hilfe sein, eine Erinnerung, nützliche Informationen über ihre chronische Erkrankung zu sammeln. Darüber hinaus soll es auch eine Brücke schlagen zwischen dem einzelnen chronisch Kranken und den speziellen Versorgungsdiensten. Das Tagebuch stellt für den chronisch Kranken ein Mittel dar, mit dem er seine

Erfahrungen mit den Professionellen teilen kann, die selten über diese persönlichen Aspekte informiert und deshalb kaum in der Lage sind, sie in Betracht zu ziehen. Letzten Endes ist es der chronisch Kranke, der sich über das, was geschieht, und das, was die verschiedenen Professionellen ihm sagen, auf dem laufenden halten muß. Indem sie das Tagebuch benutzt, gewinnt die chronisch kranke Person einen Überblick über ihre Situation und versetzt sich damit in die Lage, als unabhängige und selbstverantwortliche Person den Professionellen zu begegnen.

Die Herausgeber, Mieke Smet von der König Baudouin Stiftung und Hermann Baert schreiben in ihrer Einleitung: "Das Tagebuch ist genauso wie ein normales Tagebuch - Sie schreiben hinein, was immer Sie wollen - aber in diesem Fall schreiben Sie besonders über Ihre Erfahrungen mit Ihrer chronischen Krankheit. Das Tagebuch besteht aus mehreren Teilen: der erste Teil bietet Raum für nützliche Adressen, Kontaktpersonen und unabdingbare Daten über Ihren Gesundheitszustand. Der zweite Teil trägt den Titel 'Mein Tagebuch' und verfügt über leere Seiten, auf die Sie praktisch alles hinschreiben können. Dies ist der private Teil Ihres Tagebuchs. Im dritten Teil finden Sie eine Reihe von Abschnitten, die sich mit den speziellen Aspekten chronischer Krankheiten befassen: Selbsthilfe und Selbstversorgung, physische und psychische Beschwerden, Erfahrungen mit Professionellen, Behandlungen, Krankenhausaufenthalt, Vererbung und Kosten bezüglich der Krankheit. Es gibt auch wieder reichlich Platz für Notizen. Der vierte Teil stellt Informationen zur Verfügung, um Sie mit den Gesundheits- und Sozialdiensten vertraut zu machen."

Ein Beispiel

Jeder Teil des Tagebuchs trägt dazu bei, daß der Patient persönliche Fähigkeiten entwickelt, um mit seiner Krankheit besser umzugehen und um aktiv am Heilungsprozeß teilzunehmen. Der Abschnitt über Selbstversorgung und Selbsthilfe stellt ein sehr gutes Beispiel für den hier benutzten Ansatz dar:

"Alles, was Sie selbst tun, um Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden aufrechtzuerhalten und zu verbessern, nennt man Selbstversorgung oder, in anderen Worten, sich um sich selbst kümmern.

Wie Sie sich um sich selbst kümmern ist eng verknüpft mit Ihrer persönlichen Einstellung gegenüber Krankheit:

- haben Sie das Gefühl, das Recht zu haben, bestimmte Dinge abzulehnen und nein zu sagen?;

- glauben Sie zurecht, daß Sie unfähig sind, gewisse Dinge zu bewältigen?;

- können Sie sich zu Ihren Anstrengungen gratulieren und können Sie akzeptieren, daß bestimmte Bemühungen nicht immer möglich sind?;

- können Sie für sich entscheiden, was für Sie gut oder schlecht ist?;

- können Sie über Ihre Schwierigkeiten, die Sie mit anderen haben, sprechen?;

- können Sie um Rat bitten?;

- sind Sie bereit, neue Möglichkeiten zu entdecken?;

- suchen Sie neue Hobbys?

Für sich selbst sorgen bedeutet auch, sein Leben selbst in die Hand zu nehmen. Dies wird z.B. in den Beziehungen deutlich, die Sie zu Professionellen entwickeln:

- bereiten Sie jedesmal, wenn Sie zu Ihrem Arzt gehen, eine Liste von Fragen vor und bitten Sie sie/ihn um klare Erklärungen?;

- stellen Sie Fragen, die Ihre Behandlung betreffen?

Wenn Sie Ihre eigenen Erfahrungen und Gedanken niederschreiben, erhalten Sie Einblick in Ihre persönlichen Einstellungen gegenüber der Selbstversorgung. Ein Gesundheitstagebuch zu führen, stellt selbst schon eine Form der Selbstversorgung dar.

Krank zu sein, wird von jedem Menschen unterschiedlich erfahren und der Einfluß der Krankheit auf das tägliche Leben ist ebenfalls sehr unterschiedlich. Nimmt die Krankheit einen zentralen Platz in Ihrem Leben ein oder schieben Sie sie in den Hintergrund? Ist Ihre Umgebung mit Ihren Gesundheitsproblemen vertraut oder werden Sie so weit wie möglich versteckt? Die folgenden Fragen können Ihnen helfen, sich über die verschiedenen Aspekte Ihrer Gesundheitsprobleme bewußt zu werden:

- wie nehmen Sie Ihre Krankheit wahr?;- wie beeinflußt dies Ihr Leben?;- welches

	Beschwere	Beschwerde	Beschwerde
Wurde ich mit der Beschwerde schon einmal konfrontiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wann zum letzten Mal?			
Seit wann wieder?			
Wann ist die Beschwerde präsent?	<input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> selten
Wann tritt die Beschwerde auf?	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> nachmittags <input type="checkbox"/> früher Abend <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> später Abend <input type="checkbox"/> nachts	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> nachmittags <input type="checkbox"/> früher Abend <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> später Abend <input type="checkbox"/> nachts	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> nachmittags <input type="checkbox"/> früher Abend <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> später Abend <input type="checkbox"/> nachts
Während welcher Aktivitäten tritt die Beschwerde auf?			

sind die schwierigen und harten Zeiten?;- gibt es irgendwelche angenehmen Seiten Ihrer Krankheit?;- welche Aspekte sind nicht so positiv, wie sie sein könnten? Neben der Selbstversorgung gibt es die Selbsthilfe. Eine Selbsthilfegruppe besteht aus Menschen mit ähnlichen Problemen, die zusammenkommen, um dagegen etwas zu tun:

- kennen Sie eine Selbsthilfegruppe?;
- glauben Sie, daß es aufschlußreich wäre, eine Selbsthilfegruppe kennenzulernen?;
- was, glauben Sie, könnte Ihnen eine Selbsthilfegruppe bieten?

Vielleicht können wir Ihnen helfen, die dritte Frage zu beantworten."

Im weiteren Verlauf bietet das Tagebuch Platz, um Eindrücke aus Treffen, an denen man teilgenommen hat, sowie Vorschläge für kommende Treffen aufzuschreiben.

Der Abschnitt über "Beschwerden" unterstützt den Patienten, einen besseren Einblick in die Schwierigkeiten zu bekommen, die aus seiner Krankheit erwachsen. Er wird gebeten, über das Auftreten von Symptomen, mögliche Ursachen dafür, Folgen, und Möglichkeiten zur Verbesserung der Situation nachzudenken. Die folgende Tabelle ist sowohl für den Patienten wie für die ihn sorgenden

Professionellen sehr hilfreich.

Die Beziehungen zu Professionellen, die Auswirkungen einer Behandlung sowie Verhaltensänderungen stellen ebenfalls eigene Abschnitte dar, in denen Fragen sich mit Ratschlägen vermischen. Das Tagebuch beschäftigt sich genauso ausführlich mit praktischen Fragen wie einem Krankenhausaufenthalt ("vergessen Sie nicht Ihre Krankenversicherungsunterlagen!") oder mit den Krankheitskosten oder mit solch schwierigen Problemen wie z.B. Vererbungsfaktoren.

Eine wertvolle Informationsquelle

Immer wieder wird darauf hingewiesen, daß das Tagebuch das Eigentum des Patienten ist; er muß entscheiden, welche Abschnitte er ausfüllen möchte, was er aufschreiben möchte oder wie er es benutzen will. Es ist so gestaltet, daß es für chronisch Kranke nützlich ist, wenn a) sie sich unsicher fühlen und b) sie in Kontakt mit Professionellen kommen. Es stellt eine wertvolle Informationsquelle dar, die man zu jeder Zeit nutzen kann - um private Informationen nachzusehen oder um Informationen für Ärzte und andere Professionelle bereitzustellen.

SCHWERPUNKTE FÜR DIE ZUKUNFT

- Persönliche Fertigkeiten sollten geschult werden, um
- Patienten, Angehörigen, Selbsthilfegruppen und anderen gemeindenahen Gruppen eine zugängliche und leistungsfähige Technik zur Erlernung und Anwendung der Methoden und Fertigkeiten der Gesundheitsförderung zu vermitteln, die den Erfordernissen und Vorlieben der chronisch Kranken, den sich verändernden wissenschaftlichen Erkenntnissen über die Behandlung und Versorgung von Menschen mit spezifischen chronischen Krankheiten sowie den kulturellen Unterschieden und Erfordernissen Rechnung tragen;

 - sicherzustellen, daß die Entwicklung der Fertigkeiten auf ganzheitlicher Grundlage erfolgt, wobei gleichzeitig die mit den verschiedenen chronischen Krankheitsbildern verbundenen spezifischen Probleme berücksichtigt werden müssen;

 - sicherzustellen, daß die Schlüsselpersonen im sozialen Netz des Patienten in die Bemühungen einbezogen werden, Bewältigungs- und Kommunikationsfertigkeiten zu erlernen und

 - Aufklärungsmethoden einzusetzen, die eine aktive Teilnahme fördern und die Motivation und das Bewußtsein im Hinblick auf die Möglichkeiten einer besseren Lebensqualität stärken.

9.

**DIE GESUNDHEITSDIENSTE
NEU ORIENTIEREN**

*AKTIVES, GESUNDHEITSFÖRDERNDES HANDELN ERFORDERT:
DIE GESUNDHEITSDIENSTE NEU ORIENTIEREN*

Die Verantwortung für die Gesundheitsförderung wird in den Gesundheitsdiensten von Einzelpersonen, Gruppen, den Ärzten und anderen Mitarbeitern des Gesundheitswesens, den Gesundheitseinrichtungen und dem Staat getragen. Sie müssen darauf hinarbeiten, ein Versorgungssystem zu entwickeln, das auf die stärkere Förderung von Gesundheit ausgerichtet ist und weit über die medizinisch-kurativen Betreuungsleistungen hinausgeht. Die Gesundheitsdienste müssen dabei eine Haltung einnehmen, die feinfühlig und respektvoll die unterschiedlichen Bedürfnisse anerkennt. Sie sollten dabei die Wünsche von Individuen und sozialen Gruppen nach einem gesünderen Leben aufgreifen und unterstützen sowie Möglichkeiten der besseren Koordination zwischen dem Gesundheitssektor und anderen sozialen, politischen, ökonomischen Kräften eröffnen.

Eine solche Neuorientierung von Gesundheitsdiensten erfordert zugleich eine stärkere Aufmerksamkeit für gesundheitsbezogene Forschung wie auch für die notwendigen Veränderungen in der beruflichen Aus- und Weiterbildung. Ziel dieser Bemühungen soll ein Wandel der Einstellungen und Organisationsformen sein, die eine Orientierung auf die Bedürfnisse des Menschen als ganzheitliche Persönlichkeit ermöglichen.

Ottawa-Charta

9.1 AUSBILDUNG: DIE ERFORDERNISSE LIEGEN AUF ZWEI EBENEN

Die Frage des Schulungsbedarfs taucht für alle drei Gruppen chronischer Krankheiten auf, die in diesem Buch behandelt werden. Ein derartiger Bedarf besteht auf zwei Ebenen: a) ausreichendes Wissen über die jüngsten wissenschaftlichen Erkenntnisse über Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und chronische Schmerzen und b) Verständnis für das Konzept der Gesundheitsförderung und seine Folgewirkungen auf dem Gebiet der chronischen Krankheiten. Sollen die Maßnahmen wirksam sein, so ist dem Patienten sorgfältig zuzuhören, um zu ermitteln, aus welchen Quellen sich sein Bedrohungsgefühl, die von ihm erlittenen Schädigungen und die von ihm empfundene Not speisen. Dieser Aspekt – wirkliche Anteilnahme und Bewußtsein für das Gefühlsleben des Patienten – fehlt heutzutage in der medizinischen Praxis fast ganz. Die Ausbildung für die Professionellen muß deshalb dahingehend verändert werden, Patienten mit chronischen Krankheiten bzw. chronischen Schmerz zu unterstützen; darüber hinaus sind Einstellungsänderungen in der Ausbildung von Ärzten, Pflegern und Sozialarbeitern durch die Einführung angemessener psychosozial und verhaltensorientierter Curricula herbeizuführen. Um Menschen mit chronischen Erkrankungen helfen zu können, ist ein Verständnis der vielen Faktoren erforderlich, die den Bewältigungsprozeß beeinflussen. Ziel sollte es sein, den Beschäftigten in der Gesundheitsversorgung Fähigkeiten zu vermitteln, mit denen sie den Patienten beim Bewältigungsprozeß helfen können, und mit denen sie Patienten, ihre Familien und Selbsthilfegruppen unterstützen, ohne deren Selbstverantwortung und Unabhängigkeit zu gefährden. Das folgende Kapitel enthält ein Hintergrundpapier, das die Ausbildungsbedürfnisse im Kontext von chronischen Schmerzen diskutiert, und das Beispiele für neue Ausbildungsprogramme vorstellt

AUSBILDUNG: ERFORDERNISSE UND MÖGLICHKEITEN

Robert Lafaille

Dieser Artikel gibt einen Überblick über die Erfordernisse in Verbindung mit chronischen Schmerzen, Ausbildungsmöglichkeiten und -problemen, Bestandteilen eines ganzheitlichen Ansatzes und verschiedenen auf der Grundlage dieser Konzepte erarbeiteten Fortbildungsprogramme.

Im wesentlichen bestehen also fünf verschiedene Optionen. Bei den letzten beiden kann der Ansatz je nach der Betonung des einen oder anderen Elements unterschiedlich aussehen, z.B.:

Der medizinische und der ganzheitliche Ansatz der Schmerzbetrachtung: fünf Optionen

In den verschiedenen Bereichen der medizinischen Wissenschaft können wir zwei große Ansätze zur Behandlung des Themas Schmerz unterscheiden: einen medizinischen Ansatz und einen ganzheitlichen Ansatz. Was die medizinische Fortbildung angeht, brauchen wir eine Antwort auf eine sehr grundlegende Frage: welche Kombination dieser Ansätze ist im Hinblick auf das Niveau und den Zusammenhang der Fortbildungsprogramme am ergiebigsten? Von der Logik her gibt es mehrere Möglichkeiten:

ABBILDUNG 1

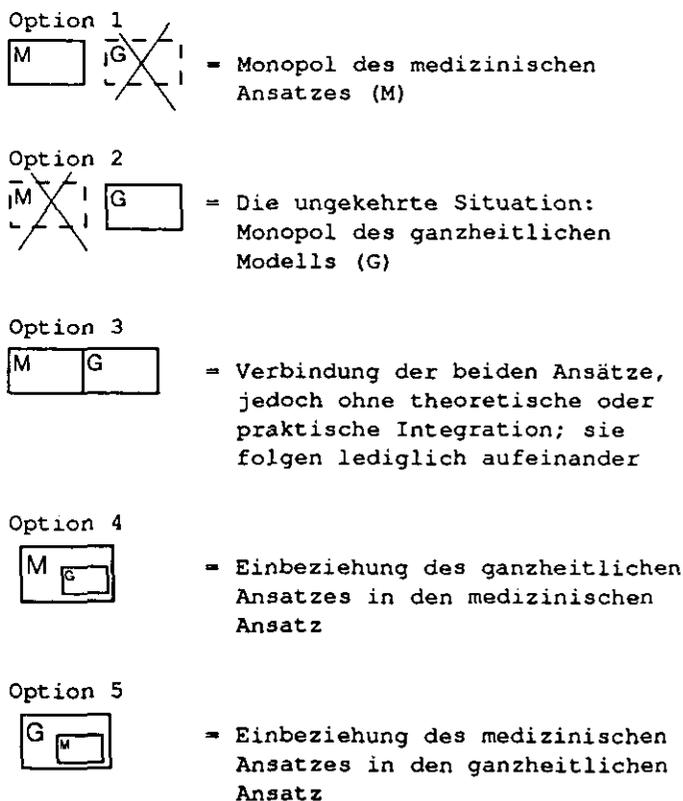
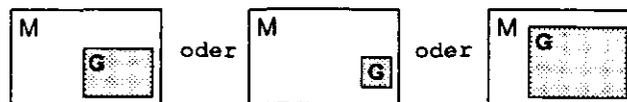


ABBILDUNG 2



Hierbei ist unbedingt die Möglichkeit zu berücksichtigen, zwischen diesen verschiedenen Optionen eine Wahl zu treffen und diese Wahl klar und deutlich auszusprechen, bevor ein Ausbildungsprogramm eingeleitet wird. Der Autor zieht die Option 5 vor, die im gegenwärtigen Stadium der gesellschaftlichen Entwicklung am besten geeignet sein dürfte:

- Die Optionen 1 und 2 sind nicht sehr realistisch, obwohl es beide Ansätze gibt. Aus der Sicht der Öffentlichkeit und der großen Gruppe der Schmerzpatienten ist eine derartige Polarisierung der Ansätze in Ausbildungsprogrammen nicht befriedigend;
- die Option 3 weist zahlreiche didaktische Nachteile auf;
- die Entscheidung muß somit zwischen den Optionen 4 und 5 fallen. Die Option 5 dürfte vorzuziehen sein, da der ganzheitliche Ansatz ein breiteres Feld abdeckt als der medizinische. Diese Entscheidung hat jedoch nicht nur die Logik auf ihrer Seite, sondern beruht im wesentlichen auf Wertvorstellungen. Wegen der derzeitigen Dominanz des medizinischen Ansatzes müssen Vorstellungen oder Alternativen näher untersucht werden.

Bestandteile eines ganzheitlichen Ansatzes

Ein Überblick über Modelle, die einen ganzheitlichen Ansatz zur Behandlung des Problems chronischer Schmerzen und ihrer Therapie enthalten, wurde in Kapitel 4 dieses Buches gegeben. Meine eigenen Untersuchungen bezogen sich insbesondere auf die von Metz und de Vries entwickelten

MEDIZINISCHE AUSBILDUNG: EIN ERNSTHAFTES DEFIZIT

Rieke Alten

Etwa jeder zehnte Mensch lebt mit einer chronischen Erkrankung oder Behinderung. Allein in der Bundesrepublik Deutschland gibt es 3 Millionen Menschen, die an chronischen Schmerzen oder rheumatischen Erkrankungen leiden. Ihre Behandlung besteht in der Regel aus entzündungshemmenden und analgetischen Medikamenten. Schmerz ist der dominante Aspekt ihres Lebens. Allerdings habe ich während meines Medizinstudiums bzw. meiner Facharztausbildung diesen Sachverhalt nur unter dem Gesichtspunkt der medikamentösen Behandlung kennengelernt.

Diese Wirklichkeit spiegelt nicht nur ein ernsthaftes Defizit wider - das nicht einfach dadurch verändert wird, daß man dem bestehenden Curriculum einen weiteren Kurs hinzufügt - sondern auch den Entwicklungsverlauf der Medizin während der vergangenen Jahrhunderte und ihrem Unvermögen, sich auf "Gesundheit" zu konzentrieren.

Die Medizin kümmert sich vorrangig um die Sammlung von Daten über pathologische Zustände, ihre Beschreibung, ihr Verlauf und ihre Ergebnisse. Medizinstudenten werden in ihrem ersten Ausbildungsjahr mit Leichen konfrontiert. Es sind nur wenige, die sich auf ihre Gefühle einlassen, während die Mehrheit mit Abwehrmechanismen oder Sarkasmus reagiert. Während des Ausbildungsprozesses werden Gefühle von Mitleid oder Erbarmen schrittweise durch eine organorientierte Analyse von Krankheiten, die auf eine korrekte Diagnose zielen, abgelöst. In Universitäten und Lehrkrankenhäusern, in denen dieser Prozeß stattfindet, gibt es von Anfang an eine negative Auswahl spezieller Fälle und seltener Krankheiten, die in keiner Weise die allgemeine Wirklichkeit des Arztes in seiner täglichen Praxis widerspiegeln. Während in fast allen Sozialwissenschaften die Rolle und der Einfluß des Beobachters auf den Beobachtungsprozeß anerkannt ist, ignorieren die meisten, die im medizinischen Feld arbeiten, diese Ergebnisse und ihre Implikationen. Patienten sind Menschen - mit einer Biographie, die ihre einmalige Art, Wirklichkeit - einschließlich der Körpersysteme wie dem Immunsystem und ihrer Art, Schmerz, Hoffnung, Furcht und andere "irrationale" Gefühle - wahrzunehmen, konstituiert. Ärzte

sind aber auch Menschen und als solche handeln sie wie Subjekte; auch sie unterliegen "irrationalen" Gefühlen, die Teil ihrer Biographie und ihrer Wahrnehmung der Welt sind.

In der Arzt-Patienten-Interaktion sehen sich beide der schwierigen Aufgabe gegenüber, eine gemeinsame Realität zu schaffen, die es ihnen ermöglicht, gegenseitiges Vertrauen und Verständnis zu entwickeln.

Theorien sowie die Schule der Psychosynthese. Diese Theorien liefern vielversprechende Bestandteile eines ganzheitlichen Ansatzes. Jetzt ist folgendes erforderlich:

a) die zusätzliche Erweiterung jedes Modells und begleitende Forschung, um neue Entwicklungen zu ermöglichen;

b) ernsthafte Anstrengungen, um auf einer Meta-Ebene neue Synthesen zu erarbeiten: In welchem Maße sind diese Modelle miteinander vereinbar? Wie sieht das Ergebnis aus, wenn die Werte und empirischen Ergebnisse jedes Modells in ein neues Meta-Modell integriert werden? Welche neuen Hypothesen treten auf? Wie sehen die Folgen auf der therapeutischen Ebene aus? Ausgehend von den Materialien unserer Untersuchung lassen sich drei - sich gegenseitig ergänzende - Methoden der Integration von Kenntnissen auf einer höheren Ebene nennen.

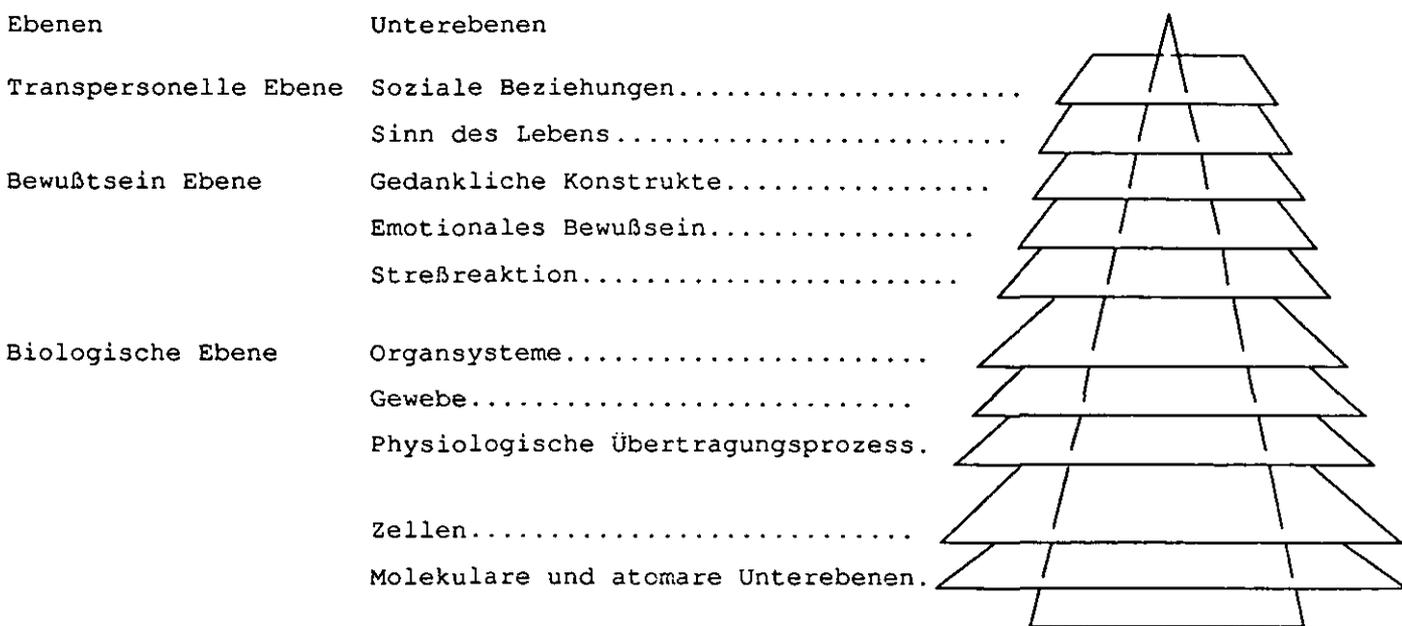
Die erste Synthese knüpft an die Vorstellungen von de Vries an (1985; vgl. auch Kapitel 4 in diesem Buch). Die allgemeine Systemtheorie bietet einen geeigneten Rahmen für die Integration von Erkenntnissen unterschiedlicher Herkunft. Wird einem dynamischen Modell der Vorzug gegeben, so lassen sich auf den verschiedenen Ebenen unterschiedliche Prozesse beobachten:

nisse zueinander in Beziehung setzen. So treten neue Hypothesen auf, insbesondere über die wechselseitigen Verbindungen zwischen den verschiedenen Ebenen. Ein weiterer Vorteil liegt darin, daß die verschiedenen vorhandenen Therapien in diesem Modell Platz finden. Jede von ihnen beeinflusst einen (oder mehrere) Prozess(e) auf einer bestimmten Ebene und kann auf anderen Ebenen Wirkungen hervorrufen. Die Gesamtwirkung einer spezifischen Therapie zuzüglich der Gesamtsumme der Wirkungen kann den Erfolg einer bestimmten Therapie erklären. Es leuchtet auch leicht ein, daß unterschiedliche Wege zu demselben Ergebnis führen können. Unterschiedliche Therapien (auf verschiedenen Ebenen) können dasselbe Ergebnis haben, nämlich die Verminderung oder Linderung von Schmerzen. Somit ist eine Art natürliche Offenheit für verschiedene Therapien und Alternativen ein Nebenprodukt des allgemeinen Systemansatzes.

Die zweite Synthese verwendet die Biographie des Patienten und ihre Beziehung zum sozialen Gesamtzusammenhang als Integrationsrahmen. Verschiedene Autoren und Strömungen liefern Material für eine solche Integration:

- Verhaltenstheorien: wie organisiert der menschliche Geist Lebenserfahrungen, darunter auch Schmerzerlebnisse? Welche Faktoren wirken konditionierend? Welche

ABBILDUNG 3



Diese Prozesse sind zum Teil autonom, zum Teil miteinander verbunden. Mit einem solchen Modell lassen sich deshalb sehr verschiedene wissenschaftliche Erkennt-

nisse darstellen. In welchem Maße spielen die Sozialisation? In welchem Maße stellen Schmerz und chronische Schmerzen eine "erlernte" Reaktion auf schwierige Situationen dar?

- Interaktions- und Kommunikationstheorien: Welche Rolle spielt das soziale Umfeld? In welchem Maße bilden das Schmerzerleben des Patienten und die Reaktion des sozialen Umfelds eine Art "System"? Welche Bedeutung besitzt dieses auf der biographischen Ebene? Wie wählt der Patient diese Beziehung (und umgekehrt: wie wählt das Umfeld diese Beziehung zum Patienten aus), und wurzeln diese Wahlentscheidungen in der Biographie?

- Psychosynthese-Theorien: Gibt es eine Beziehung zwischen Schmerzerlebnissen und der "inneren Biographie"? Wie lassen sich Prozesse, die den Schmerz in das Leben "einschließen", anregen? Welche Rolle spielen "unbewusste" Prozesse?

Innerhalb dieses zweiten Bezugsrahmens lassen sich viele Fragen zum Schmerz untersuchen:

- Welchen Stellenwert haben Schmerzerlebnisse in der Dynamik von Projektion und Introjektion?

- Welche Beziehung besteht zwischen Schmerzerlebnissen und a) der Organisation der Lebensprozesse und b) der Bewußtseinsentwicklung?

- Welche Bedeutung kommt der inneren Biographie zu - vor allem soweit sie sich in Visualisierungsübungen oder Meditation widerspiegelt - für das Verständnis der Bedeutung des Schmerzes zu?

Die dritte Synthese besitzt eine historische und anthropologische Grundlage. Obwohl viele Autoren auf die historischen und kulturellen Dimensionen des Schmerzes hinweisen und erwähnen, daß das Schmerzerleben in unterschiedlichen historischen Zeitabschnitten verschieden gewesen ist, sind über dieses Thema nur wenige Forschungsarbeiten erstellt worden. Die Ergebnisse der medizinischen Anthropologie (Prince 1982) sind hier durchaus relevant, doch fehlt es an (empirischer) Forschung. Dementsprechend liegen keine wissenschaftlichen Erkenntnisse vor, auf deren Grundlage sich entscheiden ließe, ob diese Vorstellungen reine Spekulation sind oder auf der Realität gründen. Und doch sind solche Kenntnisse für die Ausarbeitung einer stärker empirisch geprägten Schmerztheorie unbedingt erforderlich.

Die notwendige Verbindung zwischen persönlichem Erleben und wissenschaftliche Kenntnissen

Die Beziehung zwischen Arzt und Patient ist sehr komplex. Während des letzten Jahrzehnts wurden neue Modelle für ein

besseres Verständnis dieser Beziehung entwickelt. Die allgemeine Systemtheorie, die Kommunikationstheorien und die Psychosynthese spielen in dieser Hinsicht eine führende Rolle. Zum ersten Mal wird durch Rollenspiel, Gaming, Simulation, Meditationsübungen usw. mit verschiedenen Arten von Beziehungen und ihren Auswirkungen auf verschiedenen Ebenen experimentiert. Diese Versuche machen deutlich, daß die Art und Weise, wie der Helfer mit seinen eigenen Gefühlen oder Problemen umgeht, - bewußt oder zumeist unbewußt - auf den Patienten übertragen wird.

Das ist vor allem bei der Schmerzbewältigung von großer Bedeutung. Das Institute of Ecological Health Care hat eine allgemeine Typologie der Reaktion auf Krankheiten ausgearbeitet, die sich auch auf den Schmerz anwenden läßt. Diese Typologie umfaßt sechs Stufen (Rijke 1984). Für unsere Zwecke wollen wir uns auf die drei wichtigsten Reaktionsschemata konzentrieren:

1. Die Rolle als Opfer des Schmerzes. Der Patient sieht den Schmerz als etwas, das in seinem Leben "geschieht" und - ganz wie ein Unfall - sein Existenzmuster von außen stört. Der Schmerzpatient fühlt sich machtlos, etwas gegen seinen Schmerz auszurichten. Er sucht im medizinischen System in der Erwartung Hilfe, daß die da sein Problem schon lösen werden.

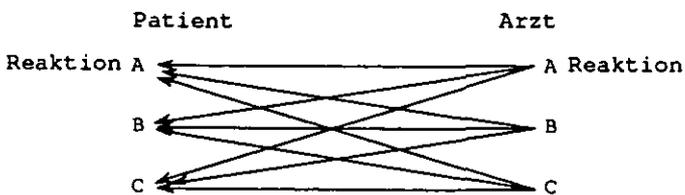
2. Aufbegehren gegen den Schmerz. Zumeist, weil die Erwartungen an das Gesundheitssystem nicht erfüllt werden. Der Patient begehrt dann gegen den Schmerz auf: "Das ist nicht fair", "das ist nicht gerecht" usw. Er sucht nach eigenen Lösungen: mehr Schlaf, Behandlungen mit warmem und kaltem Wasser, Alternativmedizin usw..

3. Positive und aktive Annahme des Schmerzes. In der dritten Phase kommt die Erkenntnis, daß der Schmerz da ist und daß man ihn annehmen muß. Auch die Beziehung zu anderen Werten des Lebens spielt eine Rolle: "Welche Bedeutung hat der Schmerz, und bin ich bereit, den Schmerz die Herrschaft über mein Leben antreten zu lassen oder gibt es einen anderen Teil meines Lebens, in dem ich der Herr bin?"

Ist der Schmerz erst einmal angenommen, ändert sich seine Bedeutung, und diese Bedeutungsänderung wirkt sich vielfach auf den Schmerz selbst aus. Sein Wesen ändert sich, und er kann sogar verschwinden. Diese Reaktionstypen sind nicht nur von der Biographie her begrenzt, sondern

hängen auch mit der Kultur zusammen. Die vorherrschende Form der Schmerzbewältigung in den meisten westlichen Kulturen ist die Reaktion des Typs A: Opfer sein und sich selbst dem Gesundheitswesen anvertrauen. Auf der Seite des Helfers/Arztes finden wir die gleichen Reaktionsmuster auf Schmerz. Deshalb gibt es neun Möglichkeiten:

ABBILDUNG 4



Der therapeutische Prozeß sollte den Patienten dazu ermutigen, eine Reaktion des Typs C zu erreichen. Dies ist jedoch sehr schwierig, wenn das eigene Reaktionsmuster des Arztes dem Typ A oder B angehört. Der Patient ist für die Heilung auf die Integrationskraft des Arztes angewiesen, die wiederum durch dessen Fähigkeit beeinflusst wird, seinen eigenen Schmerz in sein Leben zu integrieren. Die Bewältigungsmöglichkeiten des Patienten werden auch durch ähnliche Prozesse in seinem gesellschaftlichen Umfeld, vor allem in seiner Partnerbeziehung, beeinflusst. Lebeer (vgl. seinen Beitrag in diesem Buch) wandte diese Beobachtung auf Eltern mit einem behinderten Kind an. Seine Erfahrung deutet darauf hin, daß in dem behinderten Kind dadurch Gesundungskräfte angeregt werden können, daß sich die Einstellung der Eltern zu ihrem eigenen Schmerz ändert. Obwohl es nicht üblich ist, Studierende nach Persönlichkeitsmerkmalen oder persönlichen Fähigkeiten auszuwählen, läge es doch im Interesse der Schmerzpatienten, Ärzte nach ihrer Fähigkeit auszuwählen, ihre eigenen Schmerzgefühle in ihr Leben zu integrieren und diese Fähigkeit zur Heilung nutzen zu können. Die Ärzte müssen lernen, daß es unbedingt erforderlich ist, persönliches und medizinisches Wissen zu verbinden, um zur richtigen Therapie zu finden. Medizinisches Wissen allein reicht nicht aus, um dem Patienten zu helfen. Gegenwärtig werden verschiedene Modelle entwickelt. Es gibt keinen Grund, noch weiter zu zögern, diese Thematik in die Lehrpläne für das Medizinstudium aufzunehmen. Die Frage lautet nur wie? Was ist aus didaktischer Sicht die beste Lösung? Wir werden uns mit dieser Frage im nächsten Abschnitt beschäftigen.

Möglichkeiten der Berücksichtigung in der ärztlichen Ausbildung sowie bei der Fort- und Weiterbildung

Die Gestaltung eines medizinischen Ausbildungsplans zum Thema Schmerz und chronische Schmerzen wirft Fragen auf, die sich wechselseitig bedingen. Wir haben zu Beginn dieses Beitrags zwei grundlegende Fragen zu dem Ansatz und den Bestandteilen der ganzheitlichen Modelle erörtert, die bei der Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten verwendet werden müssen. Einige weitere entscheidende Fragen sind folgende:

- Wo kann das Thema Schmerz in den heutigen medizinischen Lehrplänen und im Rahmen der ärztlichen Weiter- und Fortbildung am besten behandelt werden?
- Brauchen wir lange oder kurze Ausbildungsgänge?
- Zu welchem Zeitpunkt in der persönlichen Biographie des Medizinstudenten sollte die Ausbildung erfolgen: sollte sie nur als Teil eines offiziellen Ausbildungsprogramms angesetzt werden oder mit dem inneren Reifungsprozeß des Studierenden und seinem persönlichen Schmerzerleben verbunden werden, zum Beispiel im Zusammenhang mit einer "Burnout"-Phase?
- Sind für Hausärzte und Fachärzte gesonderte Fortbildungsprogramme erforderlich?
- Ist das Thema der Schmerzbewältigung auf die ärztliche Weiter- und Fortbildung zu begrenzen oder auch ein Thema für die Gesundheitsförderung?
- Wieviele ausgebildete Fachleute brauchen wir?

Der Stellenwert der Einführung in die Schmerzproblematik in den derzeitigen medizinischen Lehrplänen und Weiterbildungslehrgängen

Grundsätzlich ist die Frage "Sollte das Thema Schmerz im normalen medizinischen Lehrplan einen Platz erhalten?" zu bejahen. In gewisser Weise sollten Ärzte ganz offensichtlich mit einer Frage vertraut gemacht werden, die im Mittelpunkt ihrer Arbeit steht: dem Schmerz ihrer Patienten.

In der Praxis leisten die Studierenden jedoch starken Widerstand gegen die Beschäftigung mit dem Thema Schmerz (vgl. die Erfahrung der Universitäten Rotterdam und Antwerpen, weiter unten in diesem Beitrag). Die Frage, wie das Thema Schmerz in den Lehrplan hinein soll, muß weiter vertieft werden, doch gibt es auch Möglichkeiten der sofortigen Anwendung:

- das Thema Schmerz kann auf theoretischer Ebene einen (größeren) Stellenwert erhalten; die Medizinstudenten müssen über alle Möglichkeiten der Schmerzlinderung unterrichtet werden; gute Lehrbücher, die klassische und ganzheitliche Ansätze verbinden, sind eine wichtige Voraussetzung für Fortschritte;

- das Thema Schmerz kann bei Fallstudien (eine größere) Bedeutung erhalten;

- das Thema Schmerz kann bei Lehrgängen, wie z.B. dem Kurs "Methodenpraxis", einen Platz finden, der ursprünglich von der Freien Universität Amsterdam entwickelt wurde (van Aalderen & Hollenbeek Brower 1987), um den Studenten den methodischen Umgang mit den Patienten beizubringen, d.h. die systematische Ergründung ihrer Probleme und möglicher Lösungen und die Erkenntnis, daß der Patient im Mittelpunkt der anzubietenden Hilfe stehen muß.

Bei diesen verschiedenen Möglichkeiten besteht die Neigung, das Thema Schmerz organisch in den medizinischen Lehrplan zu integrieren. Dies ist jedoch nicht genug, und es besteht ein gewisser Konsensus darüber, daß der beste Ort für diese Form des Unterrichts die Weiterbildung ist, wenn die Studierenden den Schmerz ihrer Patienten bereits erlebt haben. Die Schmerzkommission des Staatlichen Niederländischen Gesundheitsrats (1986) teilt diese Ansicht.

Bei der Ausarbeitung von Lehrgängen über Schmerzprobleme sollte der Zusammenarbeit mit psychotherapeutischen Ausbildungsstätten und Universitätsabteilungen für Humanwissenschaften (Psychologie, Soziologie, Anthropologie usw.) Aufmerksamkeit geschenkt werden. Die Kenntnisse auf diesen verschiedenen Fachgebieten müssen unbedingt integriert werden.

Sollten lange oder kurze Lehrgänge stattfinden?

Die Erfahrung der verschiedenen therapeutischen Schulen weist darauf hin, daß es keinen Königsweg zur Aufarbeitung des eigenen Schmerzes gibt. Bei den meisten Programmen ist für das experimentelle Lernen ein Zeitraum von einem Jahr erforderlich. Die Erfahrung lehrt auch, daß es in vielen Fällen noch länger (zwei oder drei Jahre) dauert, um die Schmerzgefühle in das eigene Innenleben zu integrieren. Es ist nicht sehr realistisch, von einer großen Zahl von Menschen eine so lange Ausbildung

zu verlangen. Darüber hinaus ist für ein solches Ausbildungsprogramm eine klare und freie Entscheidung erforderlich. Dies führt zu den folgenden Fragen:

- Wer sollte für kurze oder lange Ausbildungsprogramme ausgewählt werden?
- Worauf sollten sich diese kurzen und langen Ausbildungsprogramme erstrecken?
- Welchen Stellenwert können die eigenen Erfahrungen bei kurzen Ausbildungsprogrammen erhalten?
- Was ist das optimale Verhältnis zwischen kurzen und langen Programmen im Hinblick auf Zulassung, Ausbildungsanforderungen, Qualifikationen, mögliche Zeugnisse usw.?

Zu welchem Zeitpunkt sollte die Ausbildung erfolgen?

Wenn persönliche Schmerzerlebnisse als Ausgangspunkt genommen werden, muß man warten, bis der Student mit Schmerz zu tun gehabt hat, zum Beispiel wenn er das sogenannte "Burn-out"-Syndrom erlebt. Obwohl ein solcher Ansatz sehr schwierige organisatorische Probleme mit sich bringen kann, entspricht er dem grundlegenden Erfordernis, Schmerzkurse mit dem persönlichen Reifungsprozeß des Studierenden zu verbinden.

Fachausbildung für Allgemeinmediziner und Fachärzte

Die Schmerzkommission des Staatlichen niederländischen Gesundheitsrats (1986) unterscheidet zwischen den Anforderungen an die Weiterbildung von Allgemeinmedizinern und denen für bestimmte Fachärzte, die eine umfassendere Weiterbildung in schmerzverwandten Themen benötigen, wie zum Beispiel Anästhesisten, Neurologen/Neurochirurgen, Psychiater/klinische Psychologen und Fachärzte für Rehabilitationsmedizin. Die Kommission ist der Auffassung, daß diese Gruppe ihre Kenntnisse und ihren Sachverstand durch Abhaltung von Kursen und Beratung an andere weitergeben sollte.

Es bleibt die Frage, ob es wünschenswert ist, für verschiedene medizinische Fachrichtungen unterschiedliche Weiterbildungsprogramme auszuarbeiten und sowohl kurze als auch lange Ausbildungskurse anzubieten. Für Fachärzte, die sehr intensiv mit Schmerzpatienten zu tun haben, dürfte ein Programm längerer Dauer ganz offensichtlich wünschenswert sein.

Schmerz: Nur ein Thema für die ärztliche Weiterbildung oder auch für die Gesundheitsförderung?

Ein völlig anderer Ansatz besteht darin, mit der breiten Öffentlichkeit statt mit den ärztlichen Fachrichtungen zu beginnen und die Frage zu stellen: welche Kenntnisse brauchen die Menschen, um mit Schmerzen wirksam fertig zu werden? Das ist das Gebiet der Lebensweisen-Programme, der Gesundheitsförderung und der Selbstversorgungstechniken.

Eine entscheidende Aufgabe besteht hierbei darin, die Menschen zu befähigen, mit Gefühlen umzugehen, dem Leben einen Sinn zu geben und zu lernen, wie man mit der Macht der Gesellschaft umgehen kann, die sie Einflüssen und Einschränkungen aussetzen kann. Obwohl dies möglicherweise die beste Methode ist, um das Auftreten schwerer Probleme zu verhindern, ist auf diesem Gebiet ein großer Mangel an Kenntnissen, Erfahrungen und Pilotstudien zu verzeichnen.

Wieviele ausgebildete Fachleute brauchen wir?

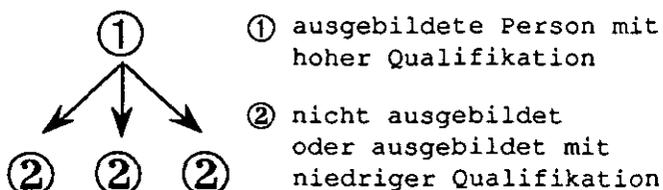
Wenn wir das medizinische Fachpersonal in zwei Kategorien einteilen, d. h. diejenigen, die mit Schmerzpatienten viel zu tun haben und die anderen, die verhältnismäßig begrenzte Kontakte haben, so können wir versuchen, Fragen zu dem Weiterbildungsbedarf dieser Kategorien zu klären.

	kurze Kurse		lange Kurse
	Ausbildung	Weiterbildung	Weiterbildung
wenig Kontakt	a	b	c
sehr viel Kontakt	d	e	f

Welches sind die optimalen Verhältnisse: a/b ; $a + b$; d/e ; $d + e$ oder $\frac{c}{f}$?

Wie können die Erfahrungen dieser Neuausgebildeten von anderen medizinischen Berufsgruppen genutzt werden?

ABBILDUNG 5



Welche organisatorischen Folgen haben diese Optionen?

Besteht nicht schließlich auf den verschiedenen Qualifikationsebenen auch ein Bedarf an einer Mindestanzahl ausgebildeter Mitarbeiter?

Beispiele für auf einem ganzheitlichen Ansatz beruhende Weiterbildungsprogramme

Die angeführten Beispiele stammen aus der Unterrichtserfahrung des Autors in Belgien und den Niederlanden. Sie stellen völlig neue Initiativen dar, die Aussichten auf weitere Fortschritte bei der Ausarbeitung ganzheitlicher medizinischer Ausbildungsprogramme bieten.

Das Institut für ökologische Gesundheitsversorgung, Rotterdam

Weiterbildungslehrgänge für ökologische Gesundheitsversorgung wurden 1979 von Professor Marco de Vries an der Rotterdamer Erasmus-Universität unter der Bezeichnung "Medizinische Synthese" aufgenommen. Die Kurse werden jetzt durch das Institut für ökologische Gesundheitsversorgung angeboten, dessen Programm aus Forschung, Weiterbildung und Beratung besteht. Dabei wird "Gesundheit" als individuelle, kreative und sinnvolle Lebensweise verstanden, zu der eine gesunde Methode des Umgangs mit Krankheiten und Genesungsprozessen gehört und

"Ökologie" als das Erlebnis der dynamischen, komplexen und interdependenten Realität des Menschen, sowohl intern als auch im Rahmen größerer Systeme, definiert. Die von dem Institut entwickelten Modelle und Methoden sind Gegenstand einer Vielzahl von Lehrplänen.

Grundkurs in ökologischer Gesundheitsversorgung. Ziel dieses Kurses ist es, Angehörigen der Heilberufe ihre eigene Entwicklung und ihren eigenen Gesundheitszustand bewußt zu machen. Dabei werden experimentelle Ansätze mit Theorien und Modellen verknüpft. Der Kurs dauert 5 Tage. Er wurde 21mal in den Niederlanden

und zweimal in England durchgeführt. Dabei nahmen 300 Angehörige der Heilberufe teil, darunter ca. 150 Ärzte, 100 Krankenschwestern und 50 andere Vertreter von Gesundheitsberufen wie Krankengymnasten, Gesundheitserzieher, Sozialarbeiter usw..

Zweijährige Weiterbildungsprogramme.

Dieses Programm soll Angehörigen der Heilberufe dabei helfen, bessere Einblicke in die mit Gesundheit, Krankheit und Gesundung verbundenen subjektiven Prozesse sowie in die Dynamik der Gesundheitsförderung und der Gesundung zu erlangen. Das Programm umfaßt 16 Wochenenden, 16 Einzelsitzungen und je zwei viertägige Lehrgänge in Verbindung mit einem Sommerkurs. An diesem Programm haben rund 100 Angehörige von Heilberufen - hauptsächlich Krankenschwestern und Allgemeinmediziner - teilgenommen.

Sommerkurs. In jedem Jahr bietet ein Sommerkurs als "Kreative Rüstzeit" für Angehörige der Heilberufe verschiedene Lehrgänge an.

Kurzlehrgänge. Rund zehnmal pro Jahr werden zu spezifischen Themen wie "Burnout"-Syndrom, ärztliche Beratung, Körpersprache usw. zweitägige Kurse angeboten.

Spezifische Projekte. Für Zentren der Gesundheitsversorgung sind Kurzlehrgänge entwickelt worden, die sich auf einen gesundheitsorientierten Ansatz, interdisziplinäre Zusammenarbeit und Weiterentwicklung konzentrierten. Eine Gruppe von Gemeindeschwestern wurde ein Jahr lang bei der Entwicklung eines größeren Bewußtseins für subjektive und intersubjektive Prozesse in ihrer Alltagspraxis unterstützt.

Einzelberatung. Diese Tätigkeitsform wird Angehörigen der Heilberufe angeboten, vor allem wenn sie an einem "Burnout"-Syndrom leiden.

"Netzwerk". Diese Zeitschrift erscheint alle zwei Monate und liefert Informationen über ökologische Gesundheitsversorgung für Angehörige der Heilberufe.

Dr.med. Rudy Rijke

Das Institut für Familienmedizin, Antwerpen

Das Institut für Familienmedizin bietet seit 1980 im Rahmen des normalen ärztlichen Lehrplans einige Kurzlehrgänge

zum Thema Schmerz an. Das gleiche Programm ist auch im Lehrplan für Krankenschwestern enthalten.

Diese Initiative geht auf Forschungsergebnisse zurück, aus denen hervorging, daß mehr als 40 % der Beschwerden der belgischen Bevölkerung mit Schmerzproblemen zusammenhängen. 7 der 10 meistverschriebenen Arzneimittel sind Analgetika. Die Verschreibungsmuster sind von Arzt zu Arzt sehr verschieden: 10 % verschreiben selten starke Schmerzmittel, und 10 % verschreiben 80 % aller Analgetika.

Das Programm beschäftigt sich a) mit der Theorie, b) mit der Vorgehensweise in den medizinischen Fachrichtungen und c) mit dem "handwerklichen" Ansatz in der primären Gesundheitsversorgung. Der Unterricht beruht auf der allgemeinen Systemtheorie und bringt die Auffassung zum Ausdruck, daß die Erscheinung des Schmerzes von einem Wechselspiel von Faktoren auf verschiedenen Ebenen abhängt. Schmerz wird als relationale Erscheinung dargestellt. Dabei wird die bedeutende Aufgabe der in der primären Gesundheitsversorgung Tätigen und die Notwendigkeit spezifischer Einstellungen, Fertigkeiten und therapeutischer Möglichkeiten betont (man kann lernen, auch ohne Schlafmittel einzuschlafen und Schmerzen ohne Analgetika zu lindern). Krankheitskarrieren werden stark durch die Einstellung der im Gesundheitswesen Tätigen beeinflußt, und der erste Kontakt kann entscheidend sein. Es besteht die Neigung, das Thema Schmerz in den Lehrplänen einzuschränken, wenn durch organisatorische Veränderungen neue Prioritäten gesetzt werden.

Dr.med. Hugo Stuer

Die Abteilung für allgemeine Pathologie der Erasmus-Universität, Rotterdam

Der Unterricht im subjektiven Krankheits-erleben wird in der Abteilung für allgemeine Pathologie erteilt. Dabei wird auf die Bedeutung hingewiesen, die der Mensch der Krankheit beimißt und wie er sich zu ihrer Bewältigung entschließt: Videobänder von Gesprächen zwischen Patienten und Ärzten, sogenannte "Patientennotizen" und persönliche Erfahrungen (z.B. Briefe) werden mit ärztlichen Berichten verglichen. Die theoretische Grundlage des Unterrichts stammt aus der allgemeinen Systemtheorie (von Bertalanffy 1968; Laszlo 1972) und wird auf die Medizin ausgeweitet (Engel 1980; de Vries 1985).

In ihrem ersten Studienjahr werden die Studierenden in vier zweistündigen und vier praktischen Übungsstunden in die Thematik eingeführt. Zu Beginn des vierten Jahres erfolgt der Übergang zum klinischen Rahmen: die Studenten nehmen wöchentlich an zwei oder drei Praktika (maximal 18) und 12 zweistündigen Vorlesungen teil (von denen die Hälfte wahlweise belegt werden kann).

Zu den Wahlvorlesungen gehören eine zweistündige Vorlesung über den Schmerz, die folgende Einzelthemen umfaßt: das cartesianische Paradigma und seine Erklärung akuter Schmerzen; eine medizinische Rekonstruktion des Schmerzes; Schmerz als Signal einer Gewebsschädigung, als Symptom und als Krankheit. Unter Bezugnahme auf die allgemeine Systemtheorie wird gezeigt, daß die klassische Vorstellung ihre Grenzen hat, und daß wesentliche Informationen verloren gehen. Ergebnisse aus der Schmerzforschung werden ebenfalls einführend vorgestellt (zum Beispiel Walls Auffassungen (1979), wonach Schmerz kein wahrnehmbares Phänomen darstellt). Es werden Beispiele für "unerklärliche" oder "chronische" Schmerzen gegeben, die nicht in das klassische Modell passen. Danach wird die anthropologische Auffassung erörtert: das Schmerzerleben hängt mit einer "Daseinsform" zusammen, bei der der Körper zum Zentrum der eigenen "Lebenswelt" wird (Metz 1964). Schmerz spiegelt eine Art Daseinsnot wider und seine Bedeutung liegt auf dieser Ebene. Unter Bezugnahme auf die allgemeine Systemtheorie wird der Körper als offenes System dargestellt, in dem Problemsituationen in der subjektiven Sphäre zum körperlichen Schmerzerlebnis führen können, wenn der Betroffene sie nicht bewältigen kann. Diese Vorstellungen werden anhand der jüngsten neurophysiologischen Erkenntnisse erläutert. Obwohl die Studierenden in früheren Lehrgängen in die Phänomenologie der Krankheit eingeführt wurden, sieht ihre erste Reaktion gewöhnlich so aus, daß sie dem anthropologischen Paradigma des Schmerzes Widerstand entgegensetzen und sogar einfach nichts davon glauben wollen. Ein dialektischer Ansatz führt bei vielen Studenten zu einem Paradigmenwechsel, während andere auch weiterhin nicht daran glauben wollen. Die Annahme des klassischen Paradigmas ist so stark ausgeprägt, daß einige Studierende sogar Beispiele von Patientenverhalten und Heilungsprozessen ablehnen, die nicht in die klassischen Erklärungsmuster hineinpassen. Nur 5 % der Studenten wählen Schmerz als Prüfungsthema, was aller Wahrscheinlich-

keit nach daraufhin deutet, daß es ihnen schwerfällt, das klassische Paradigma durch die anthropologische Auffassung zu ersetzen. Eher akzeptieren sie schon die jüngsten neurophysiologischen Erkenntnisse, die dem menschlichen Gedächtnis eine wichtige Rolle beim Schmerzerleben zuschreiben. Obwohl die alternativen Vorstellungen kaum jemals sofort übernommen werden, wird doch allgemein angenommen, daß es später in der beruflichen Laufbahn noch zu einem Wechsel kommen wird. Dies wird durch eine vor kurzem vorgenommene Untersuchung medizinischer Lehrpläne unterstützt, aus denen bei rund 50 % der Studierenden positive Einstellungen zu alternativen Auffassungen in der medizinischen Wissenschaft deutlich werden.

Dr.med. A.M.E. Vrancken

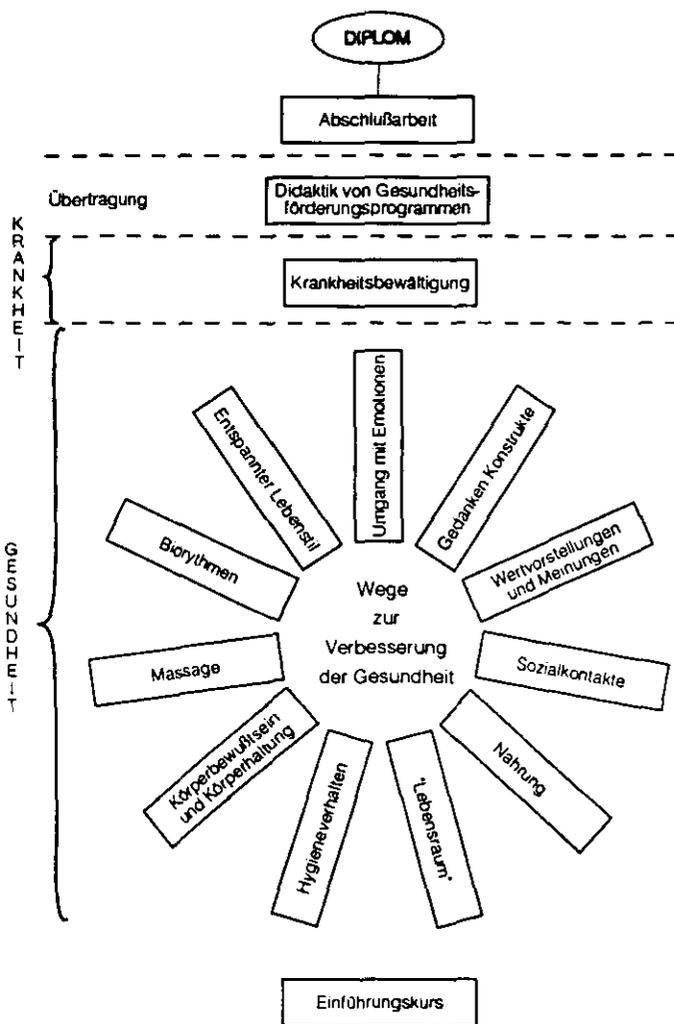
Das Zentrum für Gesundheitsstudien der Universität Antwerpen

Das 1986 eröffnete Zentrum für Gesundheitsstudien bietet im Rahmen der Abteilung für Familienmedizin ein universitäres Ausbildungsprogramm und gehört als solches der Medizinischen Fakultät der Universität Antwerpen an. Seine Aufgabe ist die Weiterentwicklung der Lehre und Forschung auf dem Gebiet gesundheitsfördernder Lebensweisen. Es handelt sich hierbei um das erste derartige Zentrum innerhalb einer medizinischen Fakultät, an dem Ärzte und Vertreter verwandter Berufe zur Entwicklung gesunder Lebensstile für die Bevölkerung in einem ganzheitlichen Rahmen ausgebildet werden, während solche Lehrgänge gleichzeitig auch unmittelbar der breiten Öffentlichkeit angeboten werden.

Das Programm beruht auf fünf Schritten, die jeder Studierende ganz oder auch nur teilweise absolvieren kann. Dabei ist eine Art "Karussellstruktur" zu erkennen: der Student kann beginnen, wo er will und kann sich nach eigenem Wunsch durch das Programm durcharbeiten, in engem Zusammenhang mit der von ihm getroffenen Wahl sowie seiner eigenen Biographie und Entwicklung. Dieser Prozeß wird durch eine eigens erstellte "Intervisionsgruppe" auf kooperativer Grundlage gesteuert. Die Lehrgangsmodule liegen bei belgischen und niederländischen Ärzten, die auf multidisziplinärer Grundlage zusammenarbeiten. Das Programm stellt die Gesundheit als offenes Konzept dar und lehnt jede Monopolisierung auf diesem Gebiet ab. Es

geht davon aus, daß spezifische Methoden und Techniken zur Gesundheitsverbesserung mit der persönliche Biographie des Einzelnen verknüpft werden sollen. Daher diese "Karussellstruktur", die ein Maximum an Wahlmöglichkeiten bietet.

ABBILDUNG 6



Der Lehrplan des Zentrums greift die Frage des Schmerzes in dem Kurs über "Umgang mit Gefühlen" auf. Hierbei handelt es sich um einen Kurs von ca. 40 Kontaktstunden, der Teil eines viel größeren, rund drei Jahre dauernden Programms ist. Die Grundüberlegung sieht dabei so aus, daß die Gesundheitsförderung den Einzelnen darauf vorbereiten muß, mit schwierigen Problemen umzugehen, wenn diese irgendwann einmal im Leben auftreten. Das Ziel der präventiven Gesundheitsförderung besteht darin, den Menschen auf die lange Lebensreise vorzubereiten und ihm beizubringen, wie er auch in gefährlichen und riskanten Situationen seine Gesundheit erhalten kann. Bei der Anwendung dieses Grundsatzes auf das Gebiet der Gefühle erörtern die Kursteil-

nehmer, wie wir in unserer Kultur gewöhnlich mit Gefühlen umgehen und welche Folgen dies möglicherweise hat. Dabei wird auf Maßnahmen aufmerksam gemacht, die eine optimalere Einstellung zum eigenen Gefühlsleben fördern. Der Schmerz und der Umgang mit ihm werden in diesem Zusammenhang erörtert.

Dr.med. Luc Debaene

Schlußbemerkung

Bei der Untersuchung der verschiedenen Möglichkeiten der ärztlichen Ausbildung ist es von größter Bedeutung, Programme zu entwickeln, die eine umfassende Darstellung bieten und Gesundheitsförderung, Gesundheitserziehung, Lebensweisen, Selbstversorgung und Selbsthilfe einschließen. Wir sollten auch Wege finden, die Angehörigen der Heilberufe dazu anzuhalten, an bestimmten Weiterbildungsprogrammen teilzunehmen. Vor allem Schmerzspezialisten sollten an einem langen (psychotherapeutischen) Ausbildungsprogramm teilnehmen. Die Frage, wie das Thema Schmerz in den normalen medizinischen Lehrplan aufgenommen werden kann, bedarf weiterer Untersuchungen. Wir müssen einräumen, daß Kenntnisse über den Umgang mit dem Schmerz in vielen Gesellschaften kaum verbreitet sind. Selbst in therapeutischen "Tempeln" wie einigen der bekannten therapeutischen Schulen, halten sich die Kenntnisse immer noch in engen Grenzen, und die meisten fundierten Informationen kommen von außen, insbesondere aus den östlichen Traditionen der Meditation (Yoga, Zen usw.). Dennoch werden neue Theorien und neue Ansätze entwickelt und in Versuchen überprüft, wie dies aus den Beispielen für erste Initiativen auf dem Gebiet der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung deutlich wird, über die auf den Vorseiten berichtet wurde.

Dementsprechend besteht ein dringender Bedarf an einer Vermittlung der verschiedenen Erfahrungen, und es wäre von großem Wert, internationale, nationale und/oder lokale Netze von Ausbildern für das Gebiet der Schmerzprobleme aufzubauen, die den verschiedenen Zentren zur Schmerzlinderung möglicherweise nahestehen. Solche Netze würden die Akzeptanz eines ganzheitlichen Ansatzes in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung beträchtlich erhöhen.

**Gemeindeorientierte Ausbildung: eine
Antwort akademischer Ausbildungsstätten**

1979 wurde von den Dekanen der Medizinischen Fakultäten in verschiedenen Ländern ein Netzwerk mit dem Ziel ins Leben gerufen, gemeindeorientierte Ausbildung zu fördern; es handelt sich dabei um einen Ansatz für Lehren und Lernen, der seine Ziele aus der empirischen Analyse wesentlicher Gesundheitsgefährdungen bei einer gegebenen Population gewinnt und auf die zukünftigen Aufgaben der Professionellen im Gesundheitswesen achtet. Gemeindeorientierte Ausbildung stellt eine Antwort akademischer Ausbildungsstätten auf Beobachtungen dar, daß die herkömmliche Ausbildung ihre Absolventen nicht mit den erforderlichen intellektuellen Fähig- und Fertigkeiten ausstattet, die für die Gesundheitsprobleme in ihren Gemeinden relevant sind, und die es ihnen ermöglichen würden, das bestehende Gesundheitswesen zu beeinflussen und die Gesundheitsbedingungen zu verändern.

Heute hat das "Network of Community Oriented Educational Institutions for Health Sciences" mehr als 100 ordentliche, assoziierte bzw. korrespondierende Mitglieder, die alle ein gemeindeorientiertes Ausbildungsprogramm haben. Das Netzwerk konzentriert sich a) auf Problemlösungen im Zusammenhang mit der Entwicklung von gemeindeorientierten Ausbildungscurricula und b) darauf, Veränderungen in den bestehenden Medizinischen Fakultäten zu bewirken und passende alternative Strategien anzubieten, die an die spezifischen Bedingungen und Herausforderungen angepaßt sind, welche in den unterschiedlichen Ländern und sogar unterschiedlichen Fakultäten bestehen.

Interessenten können sich wenden an:
Secretariat of the Network,
Rijksuniversiteit Limburg, P.O. Box 616,
NL-6200 MD Maastricht, Niederlande.

EIN NEUER ANSATZ FÜR DIE MEDIZINISCHE AUSBILDUNG

Robert Wiedersheim & Christof Müller-Busch

Dies ist eine kurze Darstellung der Herdecker Medizinischen Fakultät und des Universitätsklinikums. Von etwa 12 Ärzten gegründet, zielt das Klinikum, das 1970 seine Arbeit aufnahm, darauf, ein Gleichgewicht zwischen Medizin als Wissenschaft und der Medizin als ärztlicher Kunst zu schaffen. Weniger aggressive Methoden bei der Behandlung von Patienten und besondere Betonung der Pflege der Patienten wurden eines der wichtigsten Anliegen von Schwestern, Pflegern und Ärzten. Das Krankenhaus hat ungefähr 500 Betten, diagnostische Einrichtungen modernsten Standes, ein Ausbildungsinstitut für Pflegeberufe und ein Institut für Musiktherapie. Praktische Therapien gehen über die übliche Beschäftigungstherapie hinaus. Künstler verschiedener Gebiete wie auch Handwerker und Gestalter arbeiten therapeutisch mit Patienten. Eine Reitschule, von Ärzten, Professoren und anderen Sponsoren gegründet, arbeitet für Therapie und Sport. Eine Rehabilitationsstation behandelt in erster Linie Querschnittsgelähmte. Bereits vor 40 Jahren hatten die späteren Gründer des Krankenhauses den Plan, eine vom Staat unabhängige Universität zu errichten. Nach jahrelangen Verhandlungen stimmte die Landesregierung von Nordrhein-Westfalen 1982 der Gründung einer privaten Universität zu. Die erste Fakultät war die Medizinische.

Die Ziele der Universität beinhalten:

1. Das Bemühen, einige der Ziele, welche die europäischen Universitäten im 19. und frühen 20. Jahrhundert ausgezeichnet hatten, "wieder zu beleben", z.B. die stärkere Schätzung der Allgemeinbildung, besonders von Geschichte, ärztlicher Ethik, Philosophie und Mathematik. Ein besonderes Institut wurde gegründet, um ein solches "Studium fundamentale" einzurichten und durchzuführen, an dem zur Zeit etwa 10 Hochschullehrer Studierende aus allen Fakultäten unterrichten.

2. Ein Ausbau der Bildungs- und Erziehungspolitik entsprechend den gesellschaftlichen Erfordernissen. Der Medizinischen Fakultät liegen folgende Richtlinien zugrunde: a) eine stärkere Zuwendung zu den Patienten bei der Pflege;

b) mehr Zeit für die Ärzte, sich mit Patienten und Studenten zu beschäftigen;

c) eine stärkere Betonung von alternativen Gebieten der Medizin - die WHO würde es "extended medicine" nennen - und eine kritischere Anwendung von pharmazeutischen Präparaten;

d) eine stärkere Motivierung der Studenten, den Lernprozeß und die Entwicklung ihrer Persönlichkeit in die eigene Verantwortung zu nehmen;

e) das Herbeiführen von solchen Unterrichtssituationen, die dazu beitragen, daß Studenten ihre eigenen Tätigkeiten während des Studiums und danach kritisch einschätzen. Studenten müssen mindestens 6 Monate Erfahrungen in der Krankenpflege haben, bevor sie in die Medizinische Fakultät kommen und mit der besonderen Krankenpflege des Universitätsklinikums in einem vierwöchigen Kurs vertraut gemacht werden. Im Unterschied zu allen anderen Hochschulen der Bundesrepublik Deutschland hat Herdecke einen Aufnahmeausschuß, das Curriculum-Committee mit seinem Reformausschuß (Evaluation) und eine Abteilung für audio-visuelle Lehrverfahren. Studenten sind in allen Gremien, Committees oder Abteilungen, ausgenommen dem Aufnahmeausschuß, vertreten.

Die Zulassung zum Medizinstudium findet nur einmal im Jahr, zum Sommersemester statt. Sie wird durch die Medizinische Fakultät selbst durchgeführt, was keiner anderen medizinischen Hochschule oder Fakultät in der Bundesrepublik Deutschland erlaubt ist. Für den Studienbeginn werden aus 1.600 Bewerbern nicht mehr als 25-30 Studenten zugelassen. Die medizinische Ausbildung dauert insgesamt 6 Jahre. Das größte Problem der medizinischen Fakultät sind immer Restriktionen seitens der Regierung. Innerhalb dieser "Zwangsjacke" haben wir einige wenige Aspekte der medizinischen Ausbildung modifiziert, so zum Beispiel:

1. Studenten nehmen an der Arbeit des Krankenhauses vom ersten Tag an teil,

zuerst als Pflegehilfen und nach dem 2. Semester als Praktikanten bei einem Arzt.

2. Programme für die Einführung und Vertiefung der Beziehung zwischen Patient und Student sind in den Studiengang von Anfang eingegliedert.

3. Die Studenten sind aktiv an der Gestaltung des Unterrichts beteiligt. Seminare und Ausarbeitungen verschiedener Themen durch die Studenten sind häufiger als Vorlesungen.

4. Entsprechend den Organsystemen wird die Struktur und Funktion des menschlichen Körpers von den vorklinischen Abteilungen und von den zuständigen Klinikern und deren Patienten gemeinsam unterrichtet. Obwohl der Unterrichtsgegenstand durch diese multidisziplinäre Darstellung komplexer wird, erweist er sich doch als umfassende Hinführung zu einem besseren Verständnis der Pathophysiologie und der Natur von Krankheiten.

5. Der vorgeschriebene Unterricht in klinischer Medizin wird im Blocksystem durchgeführt. Auf diese Weise können die Studenten mehrere Wochen auf der Station einer Klinik sein und damit enger mit den Ärzten und Patienten arbeiten. Das wird in anderen Medizinischen Fakultäten der Bundesrepublik Deutschland sehr wenig oder gar nicht durchgeführt, d.h. der klinische Unterricht wird in der Gestalt der Vorlesung gegeben, z.B. jeden Tag eine Stunde innere Medizin oder Chirurgie mit sehr wenig oder gar keiner Gelegenheit für den Studenten, Patienten zu untersuchen.

6. In Zusammenarbeit mit Gesundheits- und Sozialdiensten in der Region werden die Studenten ermutigt, sich an Projekten der Sozialmedizin bzw. Gesundheitsversorgung zu beteiligen, um die sozialen Aspekte der medizinischen Versorgung und der Gesundheitsförderung besser verstehen zu lernen.

7. Studierende können sich während ihres Studiums für höchstens ein Jahr (wahlweise) beurlauben lassen, wobei denen der Vorzug gegeben wird, die im In- und Ausland weitere Erfahrungen auf Gebieten der Medizin oder des Gesundheitswesens erwerben wollen.

Wir folgen also nicht genau dem deutschen System, die vormedizinischen und vorklinischen Fächer isoliert und vor dem Unterricht am Krankenbett zu lehren. Ein kürzlich von einem jungen Arzt

veröffentlichter Aufsatz beginnt mit der Überschrift: "Jetzt darf ich alles tun, aber ich kann fast nichts". Die traurige Tatsache ist das Ergebnis einer fast völligen Trennung zwischen dem Lehren von Natur- und medizinischer Wissenschaft auf der einen Seite und der Erfahrung, die auf der anderen Seite im Bereich der klassischen Medizin oder der Allgemeinpraxis erworben werden sollte. Das dringlichste Problem, dem wir uns gegenübersehen, lautet: Wie kann im Hinblick auf die einschränkenden staatlichen Forderungen eine neue Form der medizinischen Ausbildung entwickelt werden?

Besonders die Examensformen sind so, daß sie selbst die begabtesten Studenten veranlassen, nur mechanisch auswendig zu lernen, bevor sie die Zeit hatten, die Verbindungen zwischen Gesundheit und Krankheiten mit den dazugehörigen Problemen zu verstehen, die sie später während ihres Berufslebens lösen sollten. Zumindest ist ein Anfang gemacht und wir hoffen, unseren Studenten die im folgenden zitierte Aussage von Sir William Osler, dem Mitbegründer der Johns Hopkins Medical School, aus den 20er Jahren zu ersparen: "Die medizinische Hochschule nimmt nur die begabtesten Studenten auf und unterwirft sie einem Ausbildungsprozeß so erstarrt in seinen Grenzen, daß der Medizinstudent zur Zeit seines Examens zwar der bestunterrichtete aber auch der schlechtgebildetste aller Graduierten ist: Dieses System, entworfen, um die Unfähigen auszuscheiden, bringt es oft mit sich, Erfindungs- und Vorstellungsgabe der Begabtesten zu lähmen und versagt buchstäblich, die geistige Haltung auszubilden, die für die weitere Entwicklung der Selbsterziehung notwendig ist."

GESUNDHEITSFÖRDERUNG FÜR GESUNDHEITSBERUFE: EINE +ZWINGENDE NOTWENDIGKEIT

Rudy P.C. Rijke & Johanna Rijke-de Vries

Beim Umgang mit chronischen Krankheiten scheinen viele Gesundheitsfachleute an einem chronischen "Burnout"-Syndrom zu leiden. Dies führt gewöhnlich zu einer allmählichen Abnahme der Kreativität bei der Patientenversorgung, der Kenntnisse und bestimmter persönlicher Eigenschaften. Während der letzten acht Jahre haben wir rund 300 Angehörige von Gesundheitsberufen (zumeist Allgemeinärzte und Gemeindefachschwestern) zu intensiven Erfahrungslehrgängen zusammengezogen (vgl. Lafaille in diesem Buch).

Wir haben die Erfahrung gemacht, daß viele Menschen - Patienten wie Angehörige der Heilberufe - bei ihrem Kampf gegen Krankheit und Tod weitgehend blindlings vorgehen. Dies gilt mit Sicherheit für chronische Krankheiten. Dieser Sachverhalt kann eine sinnvolle Untersuchung der Gesundheitsförderung bei chronischen Krankheiten blockieren und trägt dazu auf jeden Fall nicht bei. Er verlangt auch den Angehörigen der Heilberufe viel ab, vor allem wenn die Gesundheitsförderung - wie zumeist - nicht zu ihren Arbeitsgewohnheiten gehört. Die Aufrechterhaltung einer (emotionalen) Distanz zu den Patienten, die Drosselung des Arbeitseinsatzes usw. sind häufig Möglichkeiten, gegen Erschöpfung anzukämpfen, aber kein wirksames Mittel der Gesundheitsförderung.

Im allgemeinen tragen sinnvolle Beziehungen, eine förderliche Umgebung und ein gewisses Maß an innerer Selbständigkeit bei Patienten wie bei Angehörigen der Heilberufe zur Gesundheitsförderung bei. Um sinnvoll zu sein, setzt der Ansatz zur Gesundheitsförderung bei chronischen Krankheiten jedoch mehr als bloße Fertigkeiten voraus:

- er erfordert einen Einblick in die Prozesse, die chronisch kranke Menschen mit jeweils verschiedener Geschwindigkeit auf ganz individuelle Weise durchlaufen;

- er erfordert Wissen über Möglichkeiten, Menschen bei der Erschließung ihres inneren Erlebens (körperliche Erfahrungen, Gefühle, Einsichten, Bilder, Intuition usw.) zu helfen;

- er erfordert Kenntnisse über Möglichkeiten, Menschen bei der Nutzung ihrer inneren Ressourcen zu helfen;

- er erfordert die Fähigkeit, zwischen "Gesundung" und "Heilung" und den dabei jeweils einzusetzenden Kenntnissen, Fertigkeiten und persönlichen Ressourcen zu unterscheiden;

- er erfordert die Fähigkeit, Menschen bei der Verbesserung ihrer Kommunikation mit Verwandten, Freunden, Vertretern der Gesundheitsberufe usw. zu helfen;

- er erfordert einen Einblick in die für die Eigenständigkeit des Menschen kennzeichnende Interdependenz: seine innere Freiheit muß geachtet werden, ohne zu vergessen, daß er zu einer Familie, einer bestimmten Gemeinschaft und der Gesellschaft gehört;

- und vor allem anderen verlangt er Mitgefühl.

Der erste Schritt für Angehörige der Heilberufe besteht darin, diese erforderlichen Einsichten auf sich selbst und ihr eigenes Leben zu übertragen. Nach unserer Erfahrung ist dies von entscheidender Bedeutung, weil es einmal für das Wohlbefinden der im Gesundheitswesen Tätigen wesentlich ist und es zum anderen sonst leicht zum Einsatz der Gesundheitsförderung als neue Waffe im Kampf gegen Krankheit und Tod kommen kann. Dabei sollten die Gesundheitsförderung und die Steigerung der Lebensqualität einschließlich der Methoden zur Bekämpfung von Krankheiten (nicht jedoch umgekehrt) in Wirklichkeit aber zu einem sinnvolleren System der Gesundheitsversorgung führen, in dem die verschiedenen Fachgebiete leichter zu innovativen Ansätzen finden und diese auch leichter umzusetzen vermögen.

Ein entscheidender Schritt zur Unterstützung von Menschen mit chronischen Krankheiten besteht darin, sie zu einem Dialog mit ihrer eigenen inneren Realität zu befähigen. Hierbei kommt es weitgehend auf die Bereitschaft und die Fähigkeit der Angehörigen der Heilberufe (auf welchem Gebiet auch immer) an, mit sich selbst einen Dialog zu führen und ihre eigene Verwundbarkeit und Begrenztheit, ihren eigenen Schmerz zu erkennen und ihr Unterscheidungsvermögen und Gespür zu nutzen.

Dann kann eine auf Zusammenarbeit beruhende Erkundung des Krankheitserlebens und der Linderung des Leidens einen Sinn erhalten.

Wir glauben, daß die Angehörigen der Heilberufe bei der Erfüllung der oft schwierigen Aufgabe, die sie sich gestellt haben, vor allem Mitgefühl aufbringen müssen. Heute sind Schmerzverleugnung, -verdrängung und -vermeidung, Trauer, Zorn, Furcht und Angst durchaus häufig anzutreffen. Diese Empfindungen tragen zur Gesundheitsförderung nicht bei, weder bei den Patienten, noch bei den Angehörigen

der Heilberufe oder in unserer Gesellschaft als Ganzem. Die Schwierigkeit dieser Aufgabe kommt zum Teil in den medizinischen Statistiken zum Ausdruck, die zeigen, daß die Arbeit in Heilberufen einen bedeutsamen Risikofaktor für die eigene Gesundheit darstellt. Wir möchten zum Ausdruck bringen, daß die Gesundheitsförderung für Angehörige der Heilberufe einen der erforderlichen Schritte zur Gesundheitsförderung im allgemeinen und insbesondere im Zusammenhang mit chronischen Krankheiten darstellt.

"OFFENES LERNEN": EIN NEUER ANSATZ FÜR DIE ENTWICKLUNG PROFESSIONELLEN WISSENS UND BERUFLICHER FERTIGKEITEN

Tom Heller

Studienmaterialien für "offenes lernen" bieten eine pädagogische Methode an, die den unterschiedlichsten Fort- und Weiterbildungsbedürfnissen von Personen entgegenkommt, die im Gesundheits- und Sozialwesen arbeiten.

Die Abteilung für Gesundheit und soziale Fürsorge der Open University in Großbritannien hat in Zusammenarbeit mit Experten und Praktikern aus den Bereichen Pflege, klinische Psychologie, Sozialarbeit, Medizin, Sozialwissenschaften, Politologie und Pädagogik eine ganze Reihe an Ausbildungsmaterialien entwickelt und produziert, die sich durch hohe Flexibilität auszeichnen. Sie können sowohl individuell als auch im Rahmen innerbetrieblicher Ausbildung benutzt werden.

Ein Materialpaket besteht in der Regel aus einem Arbeitsbuch, anderer Literatur, einem Studienführer und audio-visuellen Materialien. Wahlweise stehen auch Beurteilungsunterlagen zur Verfügung, die es den Studenten ermöglichen, Arbeiten an einen Tutor zur Beurteilung zu senden. Für die innerbetriebliche Ausbildung gibt es ergänzende Gruppenarbeitsunterlagen. Die Teilnehmer lernen entsprechend ihrer individuellen Arbeitsgeschwindigkeit; typischerweise dauert ein Paket etwa 20 bis 30 Stunden.

Obwohl als Hauptzielgruppe dieser Pakete Beschäftigte in der Primärversorgung gelten, können sie auch in der Berufsausbildung und zur Ausbildung von Beschäftigten im Krankenhaus benutzt werden. Die Pakete wurden von multi-professionellen Teams entwickelt und sind ausdrücklich für den multi-professionellen Einsatz gedacht - ein Ansatz, der für die Arbeit in der Gesundheitsförderung besonders geeignet erscheint.

Fünf wesentliche Problembereiche

Die folgenden Themen haben uns bei der Produktion der Lehrmaterialien geleitet. Auch wenn viele der Bemerkungen sich auf medizinisch ausgebildete Personen beziehen, können sie wahrscheinlich auch Geltung für alle anderen Berufsgruppen in der Primärversorgung beanspruchen.

1. Beschäftigte im Gesundheitswesen haben keine detaillierten Kenntnisse über Gesundheitsförderung. Bei unserer Arbeit ist uns immer wieder aufgefallen, daß insbesondere die Ärzte sehr wenig über das Konzept der Gesundheitsförderung informiert sind. Ihre Empfehlungen scheinen auf ziemlich vagen Verallgemeinerungen zu gründen. Wenn sie Personen helfen, die sie um Rat fragen, verlassen sie sich auf ein Wissen, das nur wenig besser ist als das eines durchschnittlichen Lesers einer Sonntagszeitung. Wir müssen annehmen, daß dies an der Geringschätzung der Ausbildung in und dem niedrigen Status von Prävention in der Aus- und Weiterbildung liegt.

2. Es gibt noch eine Menge zu tun, um die Teamarbeit in der Primärversorgung zu fördern. Auch hier müssen wir feststellen, daß im britischen Gesundheitswesen im Bereich der Primärversorgung noch nicht viel erreicht worden ist, wenn es um die Arbeit von integrierten Teams an gemeinsamen Zielen geht. Häufig bestehen die Teams nur aus einer Anzahl disparater, hochspezialisierter, locker miteinander verbundener Personen, die weder Werte, Ziele noch Status teilen. In vielen Fällen konnten wir feststellen, daß verschiedene Mitglieder eines "Teams" nur marginales Wissen über die Fähigkeiten, Ausbildung oder Wertesysteme der anderen Mitglieder hatten.

3. Die Dokumentation ist unorganisiert und für präventive Maßnahmen nicht hilfreich. In vielen, kürzlich durchgeführten Untersuchungen konnte gezeigt werden, daß in der gegenwärtigen Primärversorgung ein Mangel an Organisation und ein schlechtes Dokumentationssystem herrschen. Es scheint uns unwahrscheinlich zu sein, daß ein zufriedenstellender Standard von Präventionsmaßnahmen erreicht werden kann, ohne daß dem Dokumentationssystem und den Grundlagen von Verwaltung und Management in der Primärversorgung größere Beachtung geschenkt wird.

4. Zwischen dem besten und schlechtesten in der gegenwärtigen Primärversorgung bestehen enorme Unterschiede. Den

Arbeitsgruppen, die für die Entwicklung von Lehrmaterialien verantwortlich sind, scheint es klar zu sein, daß es enorme Unterschiede gibt. Die besten kümmern sich um Prävention, patientenzentrierte Medizin und multi-professionelle Arbeit, während die schlechtesten selbstzentriert sind und sich gegen jeden Wandel oder auch nur die Erwähnung des Wortes sträuben. Die Größe dieser unterschiedlichen Gruppen sowie die Frage, ob es insgesamt besser oder schlechter wird, muß wirklich debattiert werden.

5. Beschäftigte im Gesundheitswesen benötigen Unterstützung in ihren Interview- und Beurteilungsfähigkeiten. Obwohl diese Fähigkeiten als Basis ihrer handwerklichen Ausbildung angesehen werden, beschwerten sich viele Patienten über die Unfähigkeit von Beschäftigten im Gesundheitswesen, wirkungsvoll zu kommunizieren oder überhaupt eine zufriedenstellende Beziehung mit ihren Klienten zu entwickeln.

Verbesserungen einleiten

Obwohl all die oben genannten Bemerkungen sich zu einer Katastrophenliste zu fügen scheinen, glauben die Arbeitsgruppen, die die Lehrmaterialien entwickeln, fest daran, daß Wandel sowohl nötig als auch möglich ist. Wir halten daran fest, Lehrmaterialien in hoher Qualität zur Verfügung zu stellen, die tatsächlich einige der unbefriedigenden Bereiche ansprechen und damit Teil eines Verbesserungsprozesses sein können.

Die Abteilung für Gesundheit und soziale Fürsorge der Open University ist inzwischen eine sehr anerkannte Institution für die Ausbildung von Professionellen in Großbritannien geworden. 1988 haben sich fast 30.000 Studenten für unsere Kurse eingeschrieben. Meistens handelt es sich um Beschäftigte, die in der täglichen Fürsorge von Menschen aktiv sind. Die Kurse für die Beschäftigten im Gesundheitswesen besitzen folgende Komponenten:

a) Unterstützung des Grundlagenwissens: die Kurse enthalten alle Informationen, die die Beschäftigten benötigen, um die in Frage stehenden Themenbereiche zu verstehen; wir beauftragen immer die besten Experten dieser Bereiche, Beiträge zu schreiben, die wir den Lehrmaterialien beifügen;

b) die Entdeckung von Einstellungen: in einer strukturierten Serie von Aktivitäten

werden die Studenten gebeten, ihre eigenen Einstellungen gegenüber Themen der Gesundheitsförderung zu prüfen; auf diese Weise werden sie angeleitet, ihre Gefühle und Überzeugungen zu untersuchen bevor sie dies mit ihren Patienten tun;

c) auf die Gemeinde schauen: in diesem Abschnitt bitten wir die Studenten über ihr eigenes Team auszusehen und die spezifischen Aspekte ihrer Gemeinde kennenzulernen, die wirklich zu Gesundheitsproblemen führen; zusätzlich bitten wir sie, ihren eigenen Bereich unter einem anderen Blickwinkel zu betrachten, nämlich zu entdecken, daß sie meist nicht allein sind, wenn sie Menschen helfen, gesund zu bleiben oder eine Krankheit zu bewältigen, wenn sie auftreten sollte;

d) Bewertung der eigenen Organisation: in diesem Abschnitt bitten wir die Studenten, ihre eigenen Praxismethoden und Arbeitsstrukturen zu untersuchen, um Bereiche zu identifizieren, die besser organisiert werden können, und wie es möglich gemacht werden könnte, Veränderungen zu implementieren;

e) Beurteilung der eigenen Fähigkeiten: in diesen Abschnitten, die von einem Video unterstützt werden, bitten wir die Studenten, sich kritisch mit ihren eigenen Fähigkeiten beim Umgang mit Menschen auseinanderzusetzen; sie werden ermutigt, darüber nachzudenken, wie ihre Fähigkeiten verbessert werden könnten, und wie sichergestellt werden kann, daß sie sich weiter entwickeln und verbessern. Im folgenden werden Beispiele aus zwei Paketen vorgestellt, die für den Inhalt dieses Buches relevant erscheinen. Weitere Lehrmaterialien zur Gesundheitsförderung befinden sich in der Produktion - dies schließt auch ein Paket über Krebsprävention ein, das für den europaweiten Einsatz hergestellt wird.

Koronare Herzerkrankungen: Reduzierung des Risikos

Studienpaket P575 - Dieses Paket wurde in Zusammenarbeit mit dem Health Education Authority für Mitglieder des Primärversorgungsteams, d.h. Allgemeinmediziner, Krankenschwester, Gesundheitsbesucher ("health visitors") und Gemeindeschwester entwickelt wurde. Es paßt aber auch für Betriebskrankenschwestern, Pflegedienstleiter und Aufnahme, Gemeindeärzte, Beamte des Gesundheitsamtes, Gesundheitserzieher und Gesundheitsförderer, Diätberater und

Mitglieder der Gesundheitsbehörden.
Mit dem Paket wird beabsichtigt, dem Leser dabei zu helfen:

- sich über die Sachverhalte bei der Risikoreduzierung bezüglich koronarer Herzerkrankungen gut zu informieren;
 - das Auftreten von Risikofaktoren bei koronaren Herzkrankheiten und die Wirksamkeit von Interventionen, diese zu reduzieren, zu prüfen;
 - einen wirksameren Ansatz der Risikobewertung und des Risikoumgangs sowie die spezifischen Daten, die solch eine Arbeit erfordert, zu entwickeln;
 - Ressourcen in der Gemeinde zu nutzen und zu prüfen, welche Möglichkeiten bereits existieren, um zu einer breiteren gemeindeorientierten Gesundheitsförderung beizutragen.
- Die Materialien sind flexibel und modular aufgebaut; sie enthalten sowohl Elemente für individuelles Lernen als auch für interaktive Gruppenarbeit.

Geistige Behinderung: Lebensmuster

Studienpaket P555 - Hier besteht das Ziel darin, auf Veränderungen, die im Leben von Kindern, Erwachsenen und ihren Familien mit einer geistig behinderten Person auftreten, zu reagieren und Unterstützung bereitzustellen, sobald der Schwerpunkt auf Gemeindedienste und "Normalisierung" wirksam wird. Es bietet Informationen, Handlungsanleitungen und Unterstützung an, um Menschen zu helfen, aufgrund ihrer eigenen Erfahrungen die Auswirkungen herauszuarbeiten, die diese Veränderungen für ihr Leben haben.

Das Paket ist - in Inhalt und Stil - vor allem für Eltern, Heimbewohner und Pflegepersonal, besonders solches ohne Qualifikationen, gedacht, aber es paßt auch auf andere Gruppen. Ein Schwerpunkt liegt darauf, das Verständnis zwischen unterschiedlichen Gruppen, insbesondere Eltern und Personal, zu verbessern. Ein Teil des Materials ist für den Gebrauch in gemischten Gruppen gedacht; es werden Handlungsanleitungen gegeben, die Gründung und Koordination solcher Gruppen zu ermutigen.

Ein wichtiger neuer Ansatz

Geoffrey Rose, Professor für Epidemiologie an der London University School of Hygiene

and Tropical Medicine, bemerkt zu dem Paket über koronare Herzerkrankungen: "Teams der Primärversorgung finden sich in einer sehr unbefriedigenden Situation wieder. Innerhalb des Gesundheitswesens besteht Einverständnis darüber, daß sie die zentrale Verantwortung für Prävention haben - allerdings sind die Ärzte während ihrer Ausbildung weder mit dem notwendigen Wissen noch den praktischen Fähigkeiten zur Prävention ausgestattet worden. Dies ist einer der Hauptgründe und die Basis für den Kurs der Open University: Ärzte zu befähigen, ihre Präventionsaufgaben zu übernehmen und gute Arbeit zu leisten." Es besteht kein Zweifel, daß das Engagement der Open University in der Weiterbildung im Bereich Prävention einen wichtigen neuen Ansatz darstellt, größere Veränderungen in der Art und Weise, wie wir Krankheiten bekämpfen und Gesundheit fördern, herbeizuführen.

EINIGE PRIORITÄTEN

- Entscheidungen darüber treffen, welches Wissen und welche Fähigkeiten an welchen Stellen des Curriculums wie lange vermittelt werden sollen;
- Einführung von Wissen über spezifische Bedürfnisse von Krebspatienten, und wie ihnen entsprochen werden kann, in die Ausbildungsprogramme der Medizinischen Fakultäten und Krankenpflegeschulen;
- Erforschung der besten Ansätze, das Thema Schmerz in das normale medizinische Curriculum aufzunehmen, und wie ein Verständnis für die vielen Faktoren, die den Bewältigungsprozeß beeinflussen, entwickelt werden kann -Wissen also, das grundlegend für die Unterstützung chronisch Kranker ist;
- Bereitstellung zusätzlicher Weiterbildung für Ärzte, Krankenpfleger und Sozialarbeiter in Beratungsfunktionen, um einen Wechsel vom direktiven zum unterstützenden Rollenverständnis zu ermöglichen, und die Fähigkeiten der professionellen Helfer zu entwickeln, kontinuierliche Unterstützung für Familien und Selbsthilfegruppen in einer Weise zu geben, die die Selbstverantwortung fördert;
- Ausbildungsprogramme zu entwickeln, die theoretische und wissenschaftliche Erkenntnisse mit persönlichen Erfahrungen verknüpfen;
- sicherstellen, daß Ärzte adäquates Wissen darüber entwickeln, wie eine umfassende und sozialökologische Perspektive in der Behandlung von Krebspatienten, Herzpatienten und anderen chronischen Erkrankungen verfolgt werden kann.

9.2 DAS SYSTEM DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG: DIE GEMEINDEORIENTIERUNG ENTWICKELT SICH

Die Neuausrichtung der ärztlichen Versorgung zieht eine kritische Bewertung des sozialen und natürlichen Milieus oder Umfelds des Versorgungsbereichs nach sich, insbesondere der Architektur, der Gestaltung, der Ästhetik und des organisatorischen Rahmens der Einrichtungen (z.B. wo Menschen essen, gesellig zusammen sind, sich entspannen, trauern usw.). Der Nachdruck sollte darauf liegen, den Versorgungszusammenhang für den Betreuer wie für den Patienten auf einen "normaleren" täglichen Rahmen zurückzuführen, wobei der "Steine und Mörtel"-Ansatz, d.h. die rein physisch-materielle Betrachtungsweise in der institutionalisierten Versorgung, an Bedeutung verlieren, wenn auch nicht ganz ausgeschaltet werden sollte. Die Orte, an denen die Versorgung erfolgt, sollten jedoch nicht zu einer "Ersatzwelt" für die chronisch Kranken werden - eine Welt, in der sie sich wohler fühlen könnten, als in der Umgebung, in die sie zurück müssen.

Gemeindenahe Maßnahmen stellen einen entscheidenden Schlüssel zu einem neuen Konzept der Gesundheitsdienste dar, das den Inhalt der Ottawa-Charta widerspiegelt. Obwohl die gemeindenahe Orientierung der Versorgung in einigen Bereichen deutlicher erkennbar wird, beruht der Gesundheitsdienst nach wie vor weitgehend auf dem Krankenhaus mit seinem ausgesprochen hierarchischen System, das die Rolle des Patienten als Kranker in den Vordergrund stellt. Kontrolle über den Patienten und das Personal sind die Kennzeichen derartiger Institutionen. Für humanistische Medizin sind sie nicht eingerichtet.

Die Frage der Versorgungsintensität und der spezifischen Merkmale der Krankheit bedarf eingehender Prüfung. Einige chronische Probleme, wie z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, können zumindest in einigen Krankheitsphasen eine recht starre Struktur erforderlich machen. Dort sollte Nachdruck auf Kontinuität und die Verknüpfung zwischen den verschiedenen Versorgungsgraden und -formen gelegt werden.

Der Aufbau neuer Versorgungseinrichtungen, z.B. des Gesundheitszentrums mit seiner geographischen Zuständigkeit für die Gesundheit der Allgemeinheit, ist ein lohnendes Untersuchungsgebiet. Derartige neue Strukturen würden jedoch eine veränderte Grundeinstellung der Beschäftigten des Gesundheitswesens erforderlich machen. Es wäre ein System nötig, das den in der Primärversorgung Beschäftigten Anerkennung und Ansehen verschafft und von einem gesundheitsförderlichen Geiste getragen ist.

In diesem Abschnitt des Buches werden Beispiele für innovative Ansätze vorgestellt, in denen die Bereitstellung von Versorgung auf den umfassenden Bedürfnissen eines Individuums gründet und in der Gemeinde verankert ist.

GEMEINSAME KONZEPTE IN DER KONVENTIONELLEN UND DER KOMPLEMENTÄREN MEDIZIN

George Lewith

Immer mehr Menschen streben eine Behandlung mit komplementären Therapien an. Was bewegt sie dazu? Wir führten vor kurzem am Zentrum für die Erforschung alternativer Therapien (Centre for the Study of Alternative Therapies) eine Studie durch und erfaßten einen Monat lang alle Patienten, die neu in unsere Klinik in Southampton kamen. 65 Patienten erschienen zum ersten Gespräch, und 56 kamen zwei Monate später wieder. Obwohl 20 % der Zeit in der Klinik auf Gespräche mit Patienten entfallen, die sozial benachteiligt sind - entweder kostenlos oder gegen eine geringe Selbstbeteiligung -, gehörte die Mehrheit der in das Zentrum kommenden Patienten der sozialen Schicht II an: verheiratet, weiblich, im Alter von 26 bis 50 Jahren. Zu den im Zentrum angebotenen Leistungen gehören Akupunktur, manuelle Medizin, Homöopathie, klinische Ökologie, Biofeedback, Psychotherapie, die Alexander-Methode und Hypnose.

Die Patienten hatten eine Vielzahl von Problemen, von denen die meisten seit langem bestanden. Nur drei Patienten waren von anderen Ärzten in das Zentrum überwiesen worden. Die übergroße Mehrheit erklärte, ihr Hauptgrund für einen Versuch mit komplementären Therapien sei das Scheitern der traditionellen Medizin, obwohl sie zu ihrem Hausarzt ein gutes Verhältnis hatten und den Eindruck hätten, im Rahmen des Staatlichen Gesundheitsdienstes zufriedenstellend behandelt worden zu sein. Die nach dem ersten Gespräch befragten Patienten erklärten, der alternative Therapeut habe ihre Probleme verstanden und könne dementsprechend eine erfolgreiche und wirksame Behandlungsform anbieten.

Wir hatten den Eindruck, daß diese Patienten keineswegs verschrobene Käuze waren, die das Vertrauen in die traditionelle Medizin verloren hatten oder an ihr nicht mehr interessiert waren, sondern vielmehr eine Lösung für ein ungelöstes Langzeitproblem suchten. Unsere Studie ergab, daß ca. 60 % der in das Zentrum gekommenen Patienten sich nach der Therapie weitaus besser fühlten. Ein wichtiger Grund für diese anscheinende Zufriedenheit und den klinischen Erfolg alternativer Therapien im Rahmen dieser Studie könnte etwas mit den Therapien

selbst zu tun gehabt haben. Wenn dies so ist, verdienen die diesen Therapien zugrunde liegenden Konzepte eine genaue Betrachtung, da sie dann einen wertvollen Beitrag zu unserem Verständnis bestimmter Krankheiten geleistet haben könnten. Ärzte, insbesondere Allgemeinmediziner, zeigen ebenfalls immer größeres Interesse an komplementären Therapien. Eine Studie des Institute of Complementary Medicine ließ auf einen Anstieg der von nicht-medizinisch geschulten Praktikern durchgeführten Komplementärtherapien zwischen Mitte 1983 und Mitte 1984 um 20 % schließen.

Eine vor kurzem durch einen Allgemeinmediziner und dem Autor abgeschlossene und durch den Research Council for Complementary Medicine finanzierte Erhebung beschäftigte sich mit den Einstellungen einer Zufallsstichprobe von 195 Allgemeinärzten im Gebiet um Avon zu einer bestimmten Anzahl von Komplementärtherapien, wie zum Beispiel Wirbelsäulentherapie, Akupunktur, Hypnose, Heilkräuterbehandlung, Homöopathie und Geistesheilen. Mehr als die Hälfte von ihnen empfanden diese Therapien als nützlich oder sehr nützlich und überwiesen regelmäßig Patienten an Komplementärtherapeuten. Rund die Hälfte dieser Überweisungen erfolgte an zugelassene, jedoch nicht ärztlich ausgebildete Therapeuten.

Es sieht also danach aus, als sei in der Einstellung der Patienten wie der Allgemeinmediziner bei ihrer Betrachtung dieses Gebiets der Medizin ein bedeutsamer Wandel eingetreten.

Vor weniger als einem Jahrzehnt hob der General Medical Council ein Verbot der Überweisung von Patienten an nichtärztliche Therapeuten auf, und mittlerweile nehmen eine überraschende Anzahl von Allgemeinmedizinern unserer Stichprobe solche Überweisungen ebenfalls vor (Tabelle 1).

Darüber hinaus sind sie in einigen Fällen mit den Therapeuten zusammengetroffen, und einige wenige von ihnen halten regelmäßigen Kontakt. Dies weist auf das Entstehen einer beruflichen Beziehung hin, die noch vor einem Jahrzehnt undenkbar gewesen wäre. Wahrscheinlich sind viele Überweisungen an nichtärztliche Thera-

TABELLE 1 - Angaben über die Nutzung komplementärer Techniken (die Zahlen sind Prozentangaben derjenigen, die auf den Fragebogen geantwortet haben, *ausser dort wo angegeben)

	Keine Überweisung	Überweisung zu Ärzten	Durchschnittliche Anzahl von Patienten, die zu Ärzten/pro Jahr überwiesen wurden	Überweisung zu nicht-medizinischen Praktikern	Durchschnittliche Anzahl von Patienten, die zu nicht-medizinischen Praktikern der komplementären Medizin pro Jahr überwiesen wurden.
Wirbelsäulenbehandlung	23 (16)	77 (51)	6	62 (43)	13
Akupunktur	57 (37)	44 (28)	3	45 (30)	4
Hypnose	47 (33)	66 (44)	4	40 (28)	4
Naturheilverfahren	131 (92)	2 (2)	1	9 (6)	2
Homöopathie	57 (40)	68 (42)	4	18 (13)	2
Geistheilen	115 (80)	2 (2)	2	25 (18)	3

* Nicht alle Befragten waren in der Lage, diese Frage mit einer klaren positiven oder negativen Antwort zu versehen: einige gaben mehr als eine Antwort, so daß die Summen nicht bei 145 (100%) stehen.

peuten weniger formell als die an Ärzte. In einigen Fällen sagten die Allgemeinmediziner einfach, sie machten den Patienten lediglich darauf aufmerksam, daß eine bestimmte Technik nützlich sein könnte und gäben den Namen eines angesehenen Therapeuten an. Die Untersuchung hat somit ergeben, daß die meisten Allgemeinmediziner diese Methoden mittlerweile als Ergänzung der traditionellen Medizin betrachten und einsetzen und als für die Gesundheit des Patienten förderlich ansehen. Es ist wirklich so, daß die traditionelle Medizin Patienten, deren Beschwerden der Kategorie der "undifferenzierten" Krankheit angehören, häufig keinerlei Linderung zu verschaffen vermag. Diese Patienten weisen oft einen vagen Symptomenkomplex wie zum Beispiel Kopfschmerzen, Übelkeit und Bauchdeckschmerzen auf. Sie werden selten, wenn überhaupt, von Krankenhausärzten untersucht, da sie ganz einfach nicht in ein bestimmtes Krankheitsschema hineinpassen. Detaillierte Untersuchungen solcher Patienten bleiben fast stets ohne Befund, und der Allgemeinarzt sieht sich dann oft einem Patienten gegenüber, dem es nicht gut geht, bei dem aber keine klare Diagnose gestellt werden kann. Das Royal College of General Practitioners hat ein ausgezeichnetes Modell für die Schulung von Allgemeinmedizinern im Umgang mit solchen Erkrankungen ausgearbeitet. Dabei wird die sich wechselseitig bedingende Triade der sozialen, psychologischen und physischen Aspekte betrachtet. Für einen solchen Ansatz ist ein umfassendes Verständnis der Einzelheiten des Beziehungsgeflechts in der Familie erforderlich, und die

Krankheit muß über einen bestimmten Zeitraum im Gesamtzusammenhang ihres Umfelds beurteilt werden. Auf diese Weise läßt sich die Krankheit durch Kombination einer Reihe primär psychologischer und pharmazeutischer Ansätze für bestimmte Patienten und spezifische Probleme betrachten und behandeln. Der klinische Ökologe verfügt über ein ähnliches Krankheitsmodell. Eine Reaktion auf Weizen kann Symptome hervorrufen, die von einer nicht diagnostizierbaren Krankheit bis zu einer klar umrissenen Migräne oder einer akuten und seropositiven rheumatischen Polyarthritiden reichen können. Darüber hinaus können sich die durch bestimmte Nahrungsmittel hervorgerufenen Symptome im Laufe der Zeit ändern. Ein Mensch mit Milchunverträglichkeit kann als Kleinkind Ekzeme, mit vielleicht 6 Jahren Asthma und mit 20-30 Jahren schließlich eine Migräne bekommen. Alle diese Krankheitssymptome könnten potentiell durch Vermeiden von Milch zum Verschwinden gebracht werden. Bei der Vorgehensweise des klinischen Ökologen wird jedoch nicht nur eine bloße Nahrungsmittelunverträglichkeit berücksichtigt. Wenn ein Patient, der vorher im Rahmen einer Nahrungsmittelausschlußdiät stabil und gut eingestellt war, einer beträchtlichen emotionalen Belastung ausgesetzt wird, können die Symptome wieder auftreten, und bisweilen entwickeln sich neue oder komplexere Formen der Nahrungsmittelunverträglichkeit. Anders ausgedrückt: Psychologischer Druck kann eine klare und häufig reproduzierbare Wirkung auf eine klinisch meßbare Krankheit ausüben. Sowohl der klinische Ökologe als auch die Allgemeinmediziner betrachten eine undifferenzierte Krankheit deshalb als

komplexes Problem, bei dem physische, geistige und psychologische Streßfaktoren bei der Entwicklung und dem Verlauf des Krankheitsbildes eine sich wechselseitig bedingende und häufig wandelbare Rolle spielen. Ein genaues Verständnis der ergänzenden Medizin kann es dem traditionell vorgehenden Arzt ermöglichen, ein zutreffenderes Verständnis der Ursache einer bestimmten Krankheit und dementsprechend auch eine viel bessere Bewältigung ihrer Therapie zu erlangen. Der Komplementärtherapeut, der keine formelle medizinische Ausbildung erhalten hat, kann aus einem genaueren Verständnis der traditionellen Medizin ebenfalls Nutzen ziehen, da dies sein Verständnis der Krankheit und seine diagnostischen Fähigkeiten beträchtlich erweitert. Eine der Grundvorstellungen, die allen komplementären Therapieansätzen zugrunde liegt, ist die der biologischen Energie oder - in der traditionellen chinesischen Medizin - das Chi. Der Homöopath, der Osteopath, der Naturheilkundler und der Akupunktur betrachten die Handhabung dieser nicht definierbaren Lebenskraft als Zentralaspekt einer erfolgreichen Therapie. Alle urtümlichen und dementsprechend auf Intuition beruhenden Heilsysteme haben als Grundlage ihres medizinischen Systems eine bestimmte Vorstellung von einer Lebenskraft. Die traditionelle Medizin verfügt nicht über solche Konzepte und hat deshalb große Schwierigkeiten mit der Bestimmung des Gesundheitsbegriffs. Die traditionelle chinesische Krankheitsvorstellung läßt sich jedoch als Theorie nicht halten, wenn sie nicht auch im Rahmen der klinischen Praxis ansprechende Ergebnisse liefert. Deshalb muß versucht werden, das Wesen der traditionellen chinesischen Medizin am Therapieergebnis zu messen. Solche Forschungsarbeiten, insbesondere auf dem Gebiet der Akupunktur, sind unglücklicherweise durch zahlreiche Mißverständnisse belastet. Nur allzu oft betrachten traditionelle Ärzte die Akupunktur ausschließlich als Stimulationsmethode, bei der am Ort des Schmerzes oder um diesen herum Nadeln eingestochen werden. Forschungsprotokolle, durch die Komplementärtherapien beurteilt werden sollen, müssen die gesamten gedanklichen Grundlagen einbeziehen. Das Fehlen eines solchen Verständnisses hat zu vielen unzureichenden Forschungsprojekten geführt und Vergleiche zwischen verschiedenen Therapieansätzen erschwert, wenn nicht sogar unmöglich gemacht. Die moderne Pharmakologie ist fest in

traditionellen reduktionistischen Vorstellung verwurzelt, und dementsprechend fällt es ihr sehr schwer, das Grundprinzip der Homöopathie zu verstehen, das von der Annahme ausgeht, daß unendlich kleine Dosen einer Substanz eine entscheidende Wirkung ausüben können. Dennoch liegen Berichte vor, wonach Ratten, die eine Dosis Tetrachlorkohlenstoff erhielten, die normalerweise eine schwere Leberschädigung und den Tod verursachen würde, durch vorherige Gabe der 15. Potenz von Tetrachlorkohlenstoff geschützt werden können, die keine stofflich greifbaren Arzneistoffe enthält und deshalb bei einer Analyse als reines Wasser erscheinen würde. Die Wirkungen einer Kupferdosis, die normalerweise das Wachstum von Weizensämlingen verkrüppeln und zerstören würde, kann anscheinend durch Vorbelastung der Sämlinge mit der fünfzehnten Potenz von Kupfer überwunden werden. Diese Versuche deuten an, daß an der Homöopathie mehr dran sein könnte, als unser logischer Ansatz in der Pharmakologie uns auf den ersten Blick als glaubhaft erscheinen lassen mag. Obwohl sich die Moden in der Therapie wandeln, bleiben die Grundgedanken unseres Ansatzes der Krankheitsbetrachtung gleich. Es bestehen starke Ähnlichkeiten zwischen den Konzepten der traditionellen und der komplementären Medizin, doch kommt neuen gedanklichen Prozessen überragende Bedeutung zu, wenn die traditionelle Medizin Fortschritte machen soll. Die Komplexität der Akupunktur und die therapeutischen Rätsel der Homöopathie enthalten möglicherweise Grundwahrheiten, die uns den Weg zu einer neuen Sicht der Krankheit und ihrer Therapie öffnen könnten. Ohne eine angemessene Unterstützung und ausreichende Forschungsmittel wird der Komplementärtherapeut jedoch weiterhin akademisch ausmanövriert werden, was für die Patienten letzten Endes bedeuten kann, daß ihnen vielleicht wertvolle Therapien vorenthalten werden. Angesichts der abzusehenden steigenden Nachfrage bei den Patienten werden die Allgemeinmediziner die Rolle eines entscheidenden Bindegliedes zwischen der traditionellen und der komplementären Medizin zu spielen haben. Dies kann für alle Betroffenen von Nutzen sein, wenn sich diese beiden Bereiche der Heilkunst gegenseitig achten, und diese Achtung muß mit geeigneten Grundanforderungen an die Berufsausübung und der sorgfältigen Überwachung der komplementären Therapiemethoden einhergehen.

AYURVEDA: EINE LANGE PRÄVENTIONSTRADITION

Hans Schäffler

Ayurveda, die Wissenschaft vom Leben, ist eines der ältesten Systeme für Gesundheit; sein medizinisches Wissen hat sich in den Jahrtausenden bis heute bewährt; manche betrachten es als die Quelle aller naturheilkundlichen Überlieferungen. Die klassischen ayurvedischen Texte offenbaren ein ganzheitliches Verständnis vom Menschen und seiner Beziehung zur Natur, das durch seine innere Logik, seine Geschlossenheit und unmittelbare Anwendbarkeit beeindruckt.

Der Ayurveda hat seine Grundlage im Veda, einem umfassenden Wissens- und Erkenntnisgebäude, das sich mit der Grundlage des Kosmos und seiner schrittweisen Entfaltung in die sichtbare Schöpfung befaßt. Die Aussagen des Veda decken sich weitgehend mit den neuesten Forschungsergebnissen der Quantenphysik, die in dem "Vereinheitlichten Feld aller Naturgesetze" den Ausgangspunkt aller Materie- und Energiefelder sieht. Das sogenannte "Supersymmetrische Vereinheitlichte Quantenfeld" entspricht aufgrund seiner Eigenschaften dem Grundzustand des Bewußtseins. Damit ist der Ayurveda in der ursprünglichen Bedeutung des Wortes ganzheitlich. Er umfaßt die gesamte menschliche Existenz sowohl auf der "vertikalen" Ebene von den konkreten Ausdrucksformen des Lebens bis hin zu dem abstraktesten Bereich des Bewußtseins als auch auf der "horizontalen" Ebene, wo er Geist, Körper, Verhalten und Umwelt in sein Denken und Handeln einschließt. Dabei ist das primäre Ziel des Ayurveda nicht allein die Ausheilung von Krankheiten, sondern vielmehr die aktive Stärkung der Gesundheit.

Hier sollte die Arbeit erwähnt werden, die seit 1957 von dem vedischen Gelehrten Maharishi Mahesh Yogi zusammen mit weltweit führenden ayurvedischen Ärzten und westlich geschulten Wissenschaftlern mit dem Ziel durchgeführt wird, das uralte vedische Wissen in seiner Gesamtheit wiederherzustellen und es in den Begriffen der modernen Wissenschaften zu interpretieren.

Die Grundlagen des Ayurveda sind umfassend und zeichnen ein dynamisches Bild des Menschen in seiner Einheit von Geist, Körper, Verhalten und Umwelt. Dabei können

alle Einflüsse des inneren und äußeren Milieus wie Ernährung, Verhalten, emotionale Stimmungslage, Klima und Jahreszeiten in ihrer Wirkung auf das psychophysische Gleichgewicht bestimmt werden.

Vorbeugung und Therapie im Ayurveda

1. Basisprophylaxe

a) Individuelle Gesundheitsberatung
Der erste Schritt in der Prophylaxe dient dazu, Ernährung, Verhalten und die täglichen Aktivitäten auf die körperlichen und geistigen Bedingungen des Patienten auszurichten. Dabei werden nicht nur Risikofaktoren ausgeschaltet, sondern zugleich eine gesundheitsfördernde Art des Lebens entwickelt.

Zunächst stellt ein ayurvedisch ausgebildeter Arzt die individuelle Konstitution des Patienten und Störungen in der Dynamik des psychophysischen Gleichgewichts fest. Die ayurvedische Diagnostik, die Störungen in der Homöostase schon sehr früh erkennen kann, sollte im Bedarfsfall durch laborchemische und technische Untersuchungen ergänzt werden. Daraufhin lassen sich Empfehlungen zu einer ausgewogenen Ernährung und zur Gestaltung der täglichen Aktivitäten so an die individuellen Gegebenheiten anpassen, daß sich Störungen im individuellen Gleichgewicht zurückbilden und sich eine stabile Gesundheit entwickelt. Zugleich berücksichtigt der Ayurveda in seinen Empfehlungen die Einflüsse circadianer Rhythmen, die aus dem Wechsel der Jahreszeiten und den unterschiedlichen Lebensaltern kommen. Ergänzt wird diese persönliche Konsultation durch Seminare, in denen eine ausführliche Gesundheits-erziehung und Beratung stattfinden. Diese Art des Vorgehens ist äußerst erfolgreich. Der Ayurveda geht davon aus, daß die menschliche Physiologie von selbst die Tendenz hat, Störungen in der Homöostase auszugleichen, indem sie etwaige Bedürfnisse nach bestimmten Nahrungsmitteln und Verhaltensweisen hervorruft. Leider ist die innere Intuition in der Regel durch Lebensgewohnheiten, Tradition, Umwelt und vieles

andere überschattet.

Der ayurvedisch geschulte Arzt, der sich an die psychophysische Konstitution des Patienten herantastet, kann diese Ebene natürlicher Bedürfnisse aufdecken. Deshalb werden die Regeln zu einer ausgewogenen Diät und zum Verhalten von den Patienten nicht als fremd empfunden, sondern als den eigenen inneren Bedürfnissen entsprechend angenommen. Das oft beklagte Problem der Compliance vermindert sich dadurch beträchtlich.

b) Psychophysiologische Prophylaxe

Diese Ebene einer Basisprophylaxe wäre ohne einen gleichwertigen geistigen Ansatz unvollständig, wobei der Ayurveda traditionell auf die Systeme des Yoga zurückgreift. Wie in zunehmendem Maße auch die westliche Medizin sieht der Ayurveda in einer Unausgewogenheit der seelisch-geistigen Sphäre eine grundlegende Ursache aller Krankheiten. Gleichgewicht auf der Ebene des Bewußtseins als wichtiger Weg zu einer stabilen Gesundheit ist deshalb ein zentrales Anliegen des Ayurveda.

Der Maharishi-Ayurveda empfiehlt hier die seit Jahrzehnten im Westen bewährten Techniken der Transzendentalen Meditation. Diese Technik erlaubt es dem Geist, Kontakt mit dem Vereinheitlichten Feld aufzunehmen, das subjektiv als der Bereich reinen Bewußtseins erfahren wird. Dadurch kommt es nachweislich zu einem harmonischen und integrierten geistigen Wachstum sowie zu einer stabileren körperlichen Gesundheit und einem besseren sozialen Verhalten.

Die Auswirkungen der Transzendentalen Meditation sind durch dreißigjährige Forschung dokumentiert. Hier betonen wir nur die Verminderung westlicher Risikofaktoren, Verbesserungen in einer Vielfalt von geistigen und körperlichen Störungen sowie eine umfassende Entwicklung von Physiologie, Psyche und Verhalten in Richtung auf vollkommene Gesundheit.

Die erste Ebene der Vorbeugung ist auch die Grundlage der Therapie.

2. Ayurvedische Reinigungsverfahren

Auf der zweiten Ebene der Vorbeugung gelingt es, tieferliegende Störungen im psychophysischen Gleichgewicht, die einer alleinigen Gesundheitsberatung nicht mehr zugänglich sind, zu beseitigen. Der Ayurveda setzt hier hochdifferenzierte Reinigungsverfahren ein, mit denen physiologische Unreinheiten aus dem Körper entfernt werden und die Balance der

körperlich-geistigen Grundkräfte wiederhergestellt wird. Diese Reinigungsbehandlung ist nicht nur prophylaktisch wirksam, sondern ist auch die Basistherapie bei vielen chronischen Erkrankungen.

Im Maharishi Ayurveda Gesundheitszentrum in Schlederhausen haben wir bisher ca. 500 Patienten mit den ayurvedischen Reinigungsverfahren behandelt. Zusammen mit der Gesundheitsberatung und der Maharishi Technologie des Vereinheitlichten Feldes bieten wir einen ganzheitlichen Ansatz.

Mit auf der zweiten Ebene der Vorbeugung gehört eine weitere Spezialität des Ayurveda, die sogenannte Rasayanas. Es handelt sich hier um Nahrungsmittelergänzungen aus Kräutern und Mineralien, hergestellt nach klassischen Aufbereitungsverfahren, die traditionell dem Gesunden gegeben werden, um ihn widerstandsfähiger gegen die Einflüsse von Krankheiten und des Alterns zu machen. Diese Nahrungsmittelzusätze werden sinnvollerweise nach einer vorhergehenden Reinigungskur angewandt.

3. Ayurvedische Therapie

Obwohl der Ayurveda den Schwerpunkt auf die Vorbeugung legt, ist er gerade bei schwerwiegenden, chronisch degenerativen Störungen oft erfolgreich. Dabei kommen neben den traditionell hergestellten Medikamenten, den Reinigungsverfahren, dem Yogaaspekt und der Diät- und Verhaltensberatung auch solche Ansätze in Betracht wie etwa Marmatherapie (Marmas sind sensitive Punkte der Körperoberfläche) und Gandharvaveda (Musiktherapie). Diese authentischen Therapieformen werden gerade an Hand der klassischen Texte entwickelt.

4. Der Aspekt der kollektiven Gesundheit

Die Gesundheit des Einzelnen läßt sich von der Gesundheit der menschlichen Gesellschaft als Ganzes nicht trennen. Sorgfältig kontrollierte Studien geben einen Hinweis, daß die Gruppenausübung der Transzendentalen Meditation zu einer maximalen Geordnetheit sowohl der Gehirnfunktion im Individuum als auch im kollektiven Bewußtsein einer Gesellschaft führt.

Der Ayurveda bietet ein breitgefächertes Gesundheitsprogramm, das sowohl eine primäre Prophylaxe der Bevölkerung als

auch des Einzelnen auf spezielle Fälle gestattet.

Die besondere Stärke des Ayurveda liegt in einem dynamischen Konzept von drei psychophysischen Grundfunktionen, durch die sich alle Lebensbereiche analysieren lassen. Störungen im funktionellen Gleichgewicht können mit verfeinerten Analyseverfahren schon im Frühstadium, lange vor Ausbruch einer Krankheit, erfaßt

und durch entsprechende Korrekturen von Lebensweise und Ernährung unter aktiver Mitarbeit des Patienten ausgeglichen werden. Der Ayurveda eignet sich gut, Wissen und Intuition über die eigenen Gesundheitszusammenhänge zu entwickeln und stellt das Individuum - nicht die Krankheit - in den Mittelpunkt ärztlichen Denkens und Handelns.

DEM PATIENTEN HELFEN, SEINE EIGENE MELODIE ZU SINGEN

Marina Schnurre ⁽¹⁾

Dieser schöne Titel stammt leider nicht von mir, sondern aus einem Buch von LeShan. Er kann aber als Motto auch über meiner Arbeit stehen. Mein erster Kontakt zum Krankenhaus Moabit in Berlin (West) geht in eine Zeit zurück, als ich selbst Krebs hatte. Ich war einmal eine völlig normale Hausfrau, Mutter und Malerin; habe Kinderbücher gemalt und nichts Böses gedacht, als ich eines Tages einen Knoten in der Brust entdeckte, der dann -auf mein Drängen hin, wohl bemerkt - vom Arzt mit "langen Zähnen" als Brustkrebs diagnostiziert wurde. Das war der Ausgangspunkt der Arbeit, die ich heute mache.

Meine Erfahrungen als Patientin

Als ich im Krankenhaus aufwachte und fragte: "Ist es Krebs?", standen der Arzt und mein Mann am Bettende und mein Mann sagte: "Ja". Und der Arzt sagte typischerweise: "Die Brust ist dran, die Brust ist dran." Nach der dritten Operation, bei der Visite und schon im Herausgehen wurde gesagt: "Frau Schnurre, wann kommt denn Ihr Mann?" Ich: "Heute nachmittag, wieso?" Der Arzt, schon an der Tür: "Na, ist ja sehr schön, daß er kommt, wir wollen mit ihm dann darüber sprechen, da ist wieder was gefunden worden, also bis heute nachmittag." Ich glaube, das war so ungefähr der schlimmste Moment meiner sogenannten Patientenkarriere. Denn da habe ich zum ersten Mal wirklich Todesangst gehabt. Ich habe gedacht, es steht schon so schlimm um mich, daß die Ärzte nicht mehr mit mir über meine Krankheit reden können. Sie müssen mit meinem Mann reden. Das heißt also, ich bin schon so todkrank, daß man mich in Ruhe lassen muß. Und ich war wirklich nahe dran, aus dem Fenster zu springen. Als ich dann am Nachmittag mit meinem Mann zum Arzt ging, da hat der Arzt ganz entfernt von mir gestanden - die Barriere zwischen Arzt und Patienten war ja immer der Schreibtisch im Sprechzimmer. Aber

hier war es noch schlimmer. Der Arzt rannte irgendwo im Zimmer herum, kramte, machte irgendwas, guckte mich überhaupt nicht an und sagte mit einer negativen Handbewegung: "Ich weiß jetzt nicht mehr, was ich mit Ihnen machen soll." Und es war meine dritte Operation. Ich habe gedacht, jetzt muß ich sterben, jetzt weiß auch er nicht mal, was er mit mir machen soll. Erst will er mit meinem Mann sprechen, aber jetzt weiß er noch nicht mal, was er mit mir machen soll. Auf meine Fragen "Was würden Sie denn machen, wenn ich Ihre Frau wäre?" guckte er mich verblüfft an und sagte ganz treuherzig: "Die würde ich nach Heidelberg schicken". Das habe ich als Anker genommen und dachte: "Ja, in Heidelberg, da kenne ich jemanden. Da ist doch das Tumorzentrum. Da fahre ich hin." Und das habe ich getan. Ich muß sagen, dort erlebte ich, daß man auch ganz anders arbeiten kann. Daß man mich als Patient einbezieht, daß man mir erklärt, was los ist, mir alle Chancen gibt mitzumachen. Daß ich als Person wahrgenommen werde. Bei den Visiten erlebte ich zum ersten Mal - das ist inzwischen meine vierte Operation - daß der Arzt sich auch mal aufs Bett setzt, mich auch mal in den Arm nimmt, wenn ich weine; daß ich nicht immer das Gefühl haben mußte, da liege ich, völlig flach, völlig wehrlos, und da stehen rechts und links ein Arzt, die mit lateinischen Begriffen so eine Art Ping-pong-Spiel machen und ich liege immer dazwischen und gucke hoch und weiß eigentlich gar nicht, worum es geht; ohne nur, daß das irgendwas ganz Schlimmes ist. Heidelberg hat mir sehr viel Mut gemacht, darüber nachzudenken, was ich später, wenn ich mit dieser Erkrankung fertig bin, machen möchte. Und es gab noch einen anderen Satz, der mich dazu gebracht hat, mit Krebspatienten zu arbeiten. Dieser Negativsatz war von den Ärzten eigentlich positiv gemeint und hieß immer wieder: "Leben Sie wie zuvor." Zuerst habe ich das sogar als sehr guten Satz empfunden, denn ich dachte, das Leben geht weiter. Aber nach der fünften Operation stimmte der Satz nicht mehr. Ich habe ganz langsam angefangen zu gucken, was denn eigentlich mit mir los ist. Warum kriege ich diese Krankheit, warum gerade in diesem Moment? Und warum ich? Ich hätte auch

1) Dieser Beitrag ist eine Abschrift der auf dem Symposium mit Tonband aufgenommenen Präsentation der Autorin.

Magengeschwüre oder etwas anderes kriegen können. Aber es war Krebs, Brustkrebs. Das war der Moment, in dem ich nach anderen Betroffenen Ausschau hielt. Ich dachte mir, das wäre doch eine große Hilfe zu erfahren, wie andere mit dieser Krankheit fertig geworden sind. Aber es war weit und breit kein anderer Mensch da. Dann fiel mir, Gott sei Dank, ein Artikel in die Hand, in dem von der ersten Selbsthilfegruppe in Berlin (West) berichtet wurde. Ich ging hin. Ich kaufte mir sogar extra ein Aufnahmegerät, weil ich dachte, ich nehme das alles auf, das muß doch dokumentiert werden, ich mache ein Buch daraus. Ich bin in einen Raum gekommen, in dem zwanzig Frauen saßen, strickten und häkelten. Es war November. Ich kann nicht stricken - das kommt auch noch hinzu. Mein Problem war, daß ich gerne über meine Schwierigkeiten reden, einmal fragen wollte: "Wie seid ihr mit dieser Erkrankung umgegangen? Was habt ihr gemacht? Was habt ihr für Möglichkeiten gefunden? Aber siehe da, die Frauen hatten alle angeblich keine Schwierigkeiten, sie waren angeblich alle gut verheiratet und über die Krankheit wurde, wie mir gesagt wurde, in diesem Rahmen nicht gesprochen. "Wir haben das überstanden, wir wollen nur noch positiv denken." Zum Glück kam an diesem Abend noch eine "Neue" und mit dieser Frau zusammen haben wir eine Gruppe gegründet, die wir "Selbsthilfegruppe für berufstätige Frauen" nannten. In dieser Gruppe war ich sehr lange, zwei oder drei Jahre. Es waren sehr viele Frauen, die ich dort kennengelernt habe, und ich merkte bald, daß Betroffene, die in eine Selbsthilfegruppe gehen, motivierte Leute sind, die wirklich etwas für sich machen wollen - mit anderen Worten: die Ausnahmepatienten. Aber wo sind denn eigentlich die Patienten oder Menschen, die überhaupt niemals in eine Gruppe gehen, die keine Hilfe kriegen? Das war der Beginn, einen Schritt weiter zu gehen, einen Schritt mehr zum Krankenhaus hin. Ich überredete eine Kollegin mitzumachen. Wir haben ein Programm erstellt, wie wir uns die Arbeit mit Krebspatienten im Krankenhaus vorstellen. Damit sind wir erst einmal hausieren gegangen. Wir wurden sehr positiv beurteilt, es hieß aber auch gleich: Es geht nicht, es ist zu teuer. Ich habe an Frau Scheel, die damalige Präsidentin der Deutschen Krebshilfe, geschrieben, die mir einen Brief zurückgeschrieben hat mit dem Tenor: "Liebe junge Frau, Sie müssen erst einmal einen richtigen Beruf haben, um im Krankenhaus arbeiten zu können; nur

Engagement, das ist zu wenig. Wir unterstützen schon eine Menge Programme und Apparatemedizinforschung. Was Sie vorschlagen, können wir uns praktisch nicht vorstellen. Was zu tun ist, wird von den Ärzten getan. Sie decken das alles sehr gut ab."

Gott sei Dank trafen wir dann im Krankenhaus Moabit, in dem ich auch mit Chemotherapie behandelt worden war, eine Ärztin, die sagte: "Ja, so etwas kenne ich aus Amerika und ich habe damit sehr gute Erfahrungen gemacht. Ich plädiere dafür, daß Sie dies ein Jahr als Modellversuch in Moabit ausprobieren."

Unsere Arbeit beginnt - und damit die ersten Schwierigkeiten

Wir sind sehr blauäugig ins Krankenhaus Moabit hineingegangen -und ich muß sagen, Gott sei Dank sehr blauäugig. Wir haben zwar tolle Ideen gehabt, aber wußten noch nicht, wie wir sie umsetzen würden. Gleich von Anfang an haben wir gesagt, daß wir keinem Chefarzt unterstellt werden möchten. Wir wurden gefragt, welcher Abteilung wir angehören wollten. Meine Kollegin und ich haben uns angeguckt: Na, zu wem wollen wir denn? Die Chirurgen wollen wir nicht, die Gynäkologen? Nein. Na, müssen wir denn überhaupt? Wir wollten am liebsten eine Abteilung für uns sein. Der Direktor des Hauses sagte - was auf uns einen großen Eindruck machte -, "Ob ich 7 Millionen oder 7,5 Millionen im Jahr ausgabe, ist ja auch egal. Gut, dann machen wir das, und Sie sind eine Abteilung für sich." Wir bekamen in unser Team eine Sozialarbeiterin und eine Stelle für eine Psychologin, die meine Kollegin und ich uns teilten. Da saßen wir nun in unseren zwei wunderbaren Räumen, und nun ging die Arbeit los.

Ich sollte lieber sagen, und nun gingen die Schwierigkeiten los. Die Patienten, die wir besuchten, fanden das alles wunderbar. Die Ärzte und Schwestern fühlten sich gestört und sagten uns das ganz massiv. Wo wir auftauchten, hieß es erst einmal: "Was wollen denn Sie hier? Wieso haben Sie keinen Kittel an? Sie können doch hier nicht so bunt wie ein Pfau auftreten." Wir haben uns immer ganz lustig angezogen, mit Ohrringen und geschminkten Fingernägeln und all solchen Sachen. Das stieß erst einmal auf Widerstand. Dann haben wir gedacht: "Die Fingernägel werden wir uns trotzdem anmalen, aber weiße Kittel, das sehen wir ein." Mit dem weißen Kittel hatten wir so eine Art Ausweis; damit konnte man überall

herein und bekam auch immer alle Akten und Daten. Nebenbei gesagt, Datenschutz ist eine Fiktion. Wenn ich irgendwelche Daten erfahren will, dann hebe ich den Hörer und sage: "Bin sowieso und rufe aus dem Krankenhaus Moabit an." Dann erhalte ich per Telefon alle Daten. Bisher habe ich es ein einziges Mal erlebt, daß in einer Behörde eine Frage zu mir sagte: "Sagen Sie mir bitte Ihre Telefonnummer, ich rufe zurück." Geschützte Daten?

Als wir das erste Mal auf die Station kamen, sagte die Oberschwester: "Was wollen denn Sie hier?" "Wir wollen die Schwestern fortbilden und Balintgruppen machen." "Was? Balintgruppen? Schwierigkeiten mit Oberärzten und Stationsärzten sollen wir besprechen? Machen wir nicht! Tun wir nicht!" Daraufhin haben wir uns dann ganz langsam hineingeschlichen. Inzwischen haben wir uns angewöhnt: erstens eine Elefantenhaut und zweitens Zuckerbrot und Peitsche. Zuckerbrot und Peitsche heißt, in der Sache ganz hart sein, aber in den Umgangsformen unheimlich lieb und freundlich. Wir laden die Ärzte ein, wir kochen auch manchmal für sie, wir hören uns ihre Probleme an und sind ganz lieb und aufgeschlossen. Aber wenn wir etwas durchsetzen wollen, dann bleiben wir auch beim Thema und bleiben hart.

Dieser Ansatz hat sich als sehr positiv erwiesen. Wir haben gemerkt, daß wir in sehr verkrustete Strukturen hineingekommen sind. Zum Beispiel der Sozialdienst: er ist bei uns nie bereit gewesen, mit auf die Stationsbesprechung oder die Visiten zu kommen; gar einem Oberarzt oder Chefarzt etwas zu sagen oder ihnen zu widersprechen, das ist nie möglich gewesen. Als ich einmal einen Chefarzt fragte: "Ich war doch hier in Ihrem Krankenhaus, warum haben Sie eigentlich nie einen Sozialarbeiter zu mir geschickt? Ich wußte weder etwas von Kur noch was es an sozialen Möglichkeiten gibt." Er schaute mich erschüttert an und sagte: "Aber gnädige Frau, Sie sind doch kein Sozialfall." Diese Worte, dieses Denken steckt noch sehr tief in den Ärzten drin; und ich denke, es hat damit etwas zu tun, wie sich Sozialarbeiter, Psychologen oder Therapeuten selbst sehen. Die müssen nämlich erst einmal in ihrem eigenen Kopf etwas verändern, um gleichberechtigt mit den Ärzten auch wirklich arbeiten zu können.

Das war unsere erste Negativerfahrung. Die zweite Erfahrung, die wir machten, war, daß Ärzte uns sagten: "Wir wissen eigentlich gar nicht, was Sie hier machen wollen. Bei uns sind die Patienten alle

aufgeklärt, die gehen mit ihrer Krankheit adäquat um und denen geht es prima." Da wagte ich zu widersprechen: "Aber Herr Professor, gerade auf Ihrer Station arbeite ich nun schon seit zwei Wochen mit den Patienten, und die erzählen genau das Gegenteil." Es gab großes Erstaunen und wahnsinnigen Ärger, weil dieser Professor losschrie: "Sagen Sie mir die Namen dieser Patienten; da werde ich doch gleich mal hingehen und denen reden." Er nahm mir einfach nicht ab, was ich gesagt hatte. Inzwischen hat sich das Klima in unserem Krankenhaus langsam verändert - schließlich arbeiten wir dort schon seit sechseinhalb Jahren. Wir haben uns übrigens auch verändert. Es ist einiges anders geworden, einiges hat sich eingeschliffen und wir haben uns in der Mitte eingependelt. Es wird Sie vielleicht interessieren, was wir überhaupt machen oder was speziell ich tue.

Drei Hauptaufgaben

Für mich war es immer wichtig, den Patienten von Anfang an sofort zu sprechen, also fast schon vor der Diagnosemitteilung; wenn es geht, sogar dabei zu sein. Da habe ich ganz merkwürdige Erfahrungen gemacht. Wir wissen, daß man die Patienten aufklären muß. Das machen die Ärzte inzwischen oft so radikal, daß das Gegenteil passiert: die Patienten bekommen überhaupt nicht die Zeit nachzuvollziehen, was mit ihnen los ist. Und wenn es ein jüngerer Arzt ist, ist er oft so unsicher, daß er, sobald er merkt, der Patient ringt nach Luft, ihm nicht die Möglichkeit gibt, nachzudenken bzw. nachzufragen, sondern er packt ihm sofort die Therapie drauf. "Und dann werden wir dies und jenes tun und Ihnen diese Behandlung geben." Der Patient sitzt da, fällt immer mehr in sich zusammen und denkt: "Das kann ich gar nicht schaffen, was ist denn das alles, das kann ich nicht verstehen." Meine Aufgabe ist es in solch einem Moment, bei diesem Patienten zu bleiben, mit ihm in sein Zimmer zurückzugehen, ihm Zeit zum Weinen zu lassen, einfach einmal abzuwarten, ihm die Möglichkeit zum Nachfragen zu geben. Ich versuche, die Sprache der Ärzte in normales Deutsch zu übersetzen. Das hilft ein wenig. Also, das ist meine erste Aufgabe.

Die zweite Aufgabe besteht darin, das Krankenhaus durchsichtiger zu machen. Es ist alles verwirrend, wenn man als Patient in ein Krankenhaus kommt. Man kommt als Mensch, der sich ganz gut auskennt mit

allem, was man bisher im Alltag und Beruf gemacht hat, und wird plötzlich entmündigt. Bei der Oberschwester gibt man alles ab. Die ganzen Unterlagen werden aufgenommen, man wird ins Bett gepackt, auch wenn man gar nicht will. Man sagt: "Ich möchte aber den Arzt bei der Visite sitzend in meinem Kleid empfangen." Dann heißt es: "Nein, nein, legen Sie sich mal bitte hin, es ist besser so." Also liegt man schon wie ein Schäfchen da und wartet. Da zu sein, wenn die Patienten dieses Gefühl von Ratlosigkeit haben, Hilfe brauchen, zu erklären, was passiert, warum was jetzt gemacht wird - das ist meine zweite Aufgabe.

Meine dritte Aufgabe ist mitzugehen, z.B. bei Tumorpatienten zu den Bestrahlungen. Die Bestrahlung ist etwas sehr Angstmachendes, das durch die Medien sehr belastet ist; wir lesen immer Schauerlichkeiten von angeblich verbrannten Leuten und anderen schrecklichen Schäden. Die meisten Menschen haben deshalb Angst vor der Bestrahlung, und deshalb ist es wichtig, wenn jemand mitgeht und sagen kann: "Kommen Sie, wir gehen einen Tag vorher runter und gucken uns dieses Instrument einfach mal an. Und ich stelle Ihnen das Team vor, mit denen Sie arbeiten werden." Wir gucken uns den Apparat an, ich erkläre, warum man im Bestrahlungsraum alleine ist, und erzähle, daß man Kontakt haben, reden oder sich Musik wünschen kann. Ich kann auch im Nebenzimmer am Mikrofon sitzen, wenn es der Patient wünscht. All das ist möglich und verringert die Angst.

Eine wesentliche Aufgabe: zuhören

Dann fängt langsam die Arbeit mit dem Patienten an. Ich komme nicht mit Therapievorschlügen, sondern höre erst einmal zu. Ich bin einfach nur ein Ohr. Die meisten Krebspatienten, die bei uns im Krankenhaus sind, haben schon eine Geschichte hinter sich. Sie kommen in dieses Krankenhaus, weil der Hausarzt ihnen gesagt hat: "Gehen Sie mal zur Untersuchung." Er hat ihnen aber noch nicht gesagt, was los ist. Dennoch riechen sie es gewissermaßen, sie wissen eigentlich, daß mit ihnen etwas nicht in Ordnung ist. Es gibt Untersuchungen darüber, daß 80 % der Menschen, die nicht aufgeklärt sind, genau wissen, daß sie eine bösartige Erkrankung haben. Die Schwierigkeit ist dieses Nicht-miteinander-reden-können. Der Arzt weiß es, der Patient ahnt es. Es ist ein

Versteckspiel. Ich versuche dann, auch mit den Ärzten zu reden und sage ihnen: "Du kannst mit ihm reden, er weiß ganz gut Bescheid, und wenn Du willst, gehe ich mit." Ich versuche, das Arzt-Patienten-Verhältnis ein bißchen zu entkrampfen. Ganz wichtig ist es hinzuhören, die Patienten sagen einem doch alles. "Es drückt mir die Kehle zu. Ich habe einen Reifen um den Kopf. Es liegt etwas auf meinem Bauch, es ist ein Stein." Wenn man ein bißchen in diese Richtung weitergeht, kommt man meistens sehr schnell an den Punkt, wo die Patienten einem sagen, was sie meinen, warum sie die Krankheit bekommen haben. "Ich mußte die Krankheit kriegen, weil ... Ich habe diese Krankheit bekommen, weil sie eine Strafe ist." Und je nachdem, aus welchem Milieu, mit welcher Erziehung, mit welchem Hintergrund die Betroffenen kommen, erhält man immer Hinweise, wohin man mit dem Patienten arbeiten kann. Es ist ganz spannend, wenn man jeden Tag und immer wieder seine Phantasie einbringen kann, weil jeder Tag immer wieder Neues bringt.

Im Laufe der Zeit habe ich gelernt zu warten, weil ich gemerkt habe, daß die Schritte, die vorgegeben werden, nicht von mir kommen, sondern von demjenigen, mit dem ich arbeite. Die Bilder, die er mir bringt, zeigen mir, wie weit ich gehen kann. Es sind Symbole, die gebracht werden; oft ist es eine blumenreiche Sprache und häufig arbeite ich entsprechend. Ich arbeite viel mit Träumen, Märchen und Visualisierungsübungen; ich mache das, was in diesem Moment gerade wichtig ist. Manchmal gehe ich mit den Patienten auch spazieren, wir bummeln oder ich schweige mit ihm. Kürzlich habe ich mit einer Patientin, die depressiv war, einen Dauerlauf durch den Park gemacht. Dabei hat sie gemerkt, daß sie viel besser laufen konnte als ich. Danach ging es ihr besser und sie war mit beiden Beinen wieder auf der Erde.

Aufgefallen ist mir, daß die Patienten an jedem Tag anders sind. In der ersten Zeit, als ich so fest war und dachte, ich hätte den Bogen raus, ich wüßte jetzt, wie ich arbeiten muß, bin ich immer wieder auf die Nase gefallen, weil jeder Tag anders läuft. Es ist ganz wichtig, jeden Tag neu hinzuschauen. Es bringt nichts, bei der Visite dabei zu sein und zu sagen: "Sie haben doch gute Werte, es ist doch alles o.K."; und dabei nicht zu sehen, daß der Patient zwar gute Werte hat, aber sich heute, in diesem Moment, gar nicht gut fühlt. Also: immer wieder hinschauen.

Das Familien-Patienten-Verhältnis: die Kommunikation ist manchmal schwierig

Ich möchte jetzt etwas über die Familie sagen. Wahrscheinlich werde ich in ein großes Fettnäpfchen treten, wenn ich sage, daß ich die Familie nicht immer so positiv beurteile, wie das andere tun. Ich habe Familien oft als sehr störend und belastend empfunden. Die Familie war oft krankmachend, und die Familie hat sich nicht verändert; die Schwierigkeiten werden im Krankenhaus fortgesetzt. Ich mache den Patienten Mut, auch einmal "Nein" zu sagen, wenn sie keine Lust haben, z.B. den Ehemann zu sehen, der jeden Tag kommt, weil er denkt, es sei seine Pflicht. Die Ehefrau liegt da, fühlt sich schuldig und denkt, sie sei doch eigentlich da, um seinen Haushalt zu führen. Ich mache den Patienten Mut zu sagen: "Eduard, bleib mal zu Hause. Ich möchte gerne einen Tag allein sein. Ich brauche das." Eduard tut es sicher auch einmal ganu gut - und den stütze ich auch. Ich versuche, ihm das schlechte Gewissen zu nehmen, das er dann oft hat; versuche, ihm klar zu machen, daß es ihm sehr gut täte, wenn er einmal etwas für sich machen würde. Denn nichts ist frustrierender, als drei Monate lang im Krankenhaus zu liegen und Eduard kommt jeden Tag und weiß schon nicht mehr, worüber er reden soll, weil er einfach nichts erlebt hat. Er geht nach Hause, wäscht seine Hemden und macht den Haushalt schlecht und recht, kommt ins Krankenhaus und dann ist sehr schnell der Moment erreicht, wo man einfach überhaupt nicht weiß, was man miteinander machen soll. Ich denke, da ist es unendlich wichtig, auch mal den Mut zu haben, ihn oder die Familie zu stützen und zu sagen: "Bitte, lebt euer Leben, umso farbiger ist das, was ihr ins Krankenhaus bringt, und vor allen Dingen: beteiligt diejenige oder denjenigen, der im Krankenhaus ist, an eurem Leben."

Manchmal blockiert die Krankheit die Kommunikation auf andere Weise. Ich kann mich an eine Frau entsinnen, die mir immer von ihrem positiven Leben und ihrer tollen Ehe erzählte. Ganz langsam kam aber heraus, daß es so positiv gar nicht war. Sie hatte Angst, wenn ihr Mann kam, weil er zwar ganz geduldig am Bett sitzt, aber mit einer ganz tiefen und leisen Stimme spricht, und so viel Traurigkeit ausstrahlt, daß sie die ganze Kraft, die sie hat, immer dagegen setzen muß. Nicht etwa gegen ihre Krankheit, sondern gegen diese Trauer. Er hat niemals seine Gefühle gezeigt. "Sobald ich mal über Sterben sprechen möchte oder etwa erwähne, daß es

mir schlechter geht, dreht er sich weg, zieht seinen Mund wie so ein Sparschwein zusammen und guckt mich nur noch trauriger an; ich traue mich überhaupt nicht zu weinen und mit ihm darüber zu sprechen." Ich habe auch dem Ehemann Mut gemacht, seine Gefühle zu zeigen, seine Frau an seiner Trauer teilnehmen zu lassen. Und es hat den Beiden ein wenig geholfen, offener miteinander umzugehen.

Übrigens weine ich auch manchmal am Krankenbett. Ich habe mich schon selber dabei ertappt, daß, wenn jemand eine ganz traurige Geschichte erzählt, ich ihn in den Arm nehme und mir auch ein paar Tränen wegwische. Und ich muß sagen, daß ich am Krankenbett auch sehr viel lache. Die Schwestern haben in der ersten Zeit immer gesagt: "Ich weiß gar nicht, warum Du immer so fröhlich bist; das ist doch eine Station, auf der es nichts zu lachen gibt." Das stimmt einfach nicht. Das Leben ist nicht nur grau, wir machen es grau. Ich denke, wenn wir beide Pole sehen - den farbigen und den traurigen -, daß wir dann auch, besonders auf einer Krebsstation, miteinander ganz anders umgehen können. Eine andere Aufgabe, die ich mir gestellt habe, ist, bis zum Tod dabei zu sein. Es war für mich unendlich schwer, in der ersten Zeit zu akzeptieren, wenn jemand starb, weil immer auch ein Stück von mir selber damit wegging. Das hat auch etwas mit meiner eigenen Person, meiner eigenen Krankheit zu tun. Inzwischen habe ich gelernt, weniger Angst vor dem Tod zu haben. Anfangs hatte ich auch mächtig Angst davor, wenn mir Schwestern sagten: "Du, die Frau liegt im Koma, reagiert nicht mehr, eigentlich brauchst Du da gar nicht mehr reinzugehen." Ich habe gemerkt, daß dies meist gar nicht stimmt. Es ist sehr wichtig, bis zum Schluß in das Zimmer eines Sterbenden zu gehen - für den Patienten und für mich selbst.

Der schwierige Prozeß der Veränderung: für Professionelle und für die Patienten

Ich versuche, mit den Schwerstern gute Arbeit zu machen. Ich habe erzählt, daß ich mit ihnen Kaffeepause mache. Kaffee und Essen ist ja etwas sehr Verbindendes. Da kann man in einer lockeren Atmosphäre auch an Punkte kommen, die auf der Station belastend sind. Zum Beispiel ist es wichtig, den Schwestern Mut zu machen, sie selber zu sein. Die Schwestern haben gelernt, Emotionen draußen vor der Tür zu lassen. Zusammen mit dem weißen Kittel ziehen sie ein Gesicht an, das weder lächeln noch traurig sein darf, sondern

das ein bißchen vereist die Mundwinkel nach oben zieht. Dieses sterile Klima versuche ich zu verändern. Wir schlagen zum Beispiel vor, daß die Schwestern jetzt auch einmal einen Kuchen für die Patienten mitbringen; sich einmal zehn Minuten ans Bett setzen und ein Spiel spielen oder einfach mit dem Patienten zusammen eine Musikkassette anhören. Das heißt also, Dinge zu machen, die nicht Teil der Krankenhausroutine sind. Mein Traum ist es zum Beispiel, jedem Patienten die Möglichkeit zu geben, sich die Bilder auszusuchen, die er sich selber an die Wand hängen möchte. Unser Direktor meinte dazu: "Wunderbar." Und kaum war ich in meinem Büro, rief er an und sagte: "Ah ja, es ist zwar eine gute Idee, aber wissen Sie, was mir eingefallen ist: die Versicherungsfrage. Das kostet doch so viel Geld."

Ich möchte noch weitere Schwierigkeiten erwähnen, z.B. mit den Chefärzten. Sie sagen häufig: "Wir sind aufgeschlossen für diese Arbeit, toll, was Sie da machen." Zumal, wenn es ein für sie schwieriger Patient ist. Und gleich, wenn man aus dem Zimmer herauskommt, fragen sie: "Was haben Sie nun erreicht?" Man kann nicht sofort und immer alles erreichen; und vor allen Dingen erreichen wir immer das, was die Chefärzte sich nicht wünschen. Mein Bestreben ist es, Patienten dahingehend zu stützen, daß sie aufmüpfige Patienten werden; daß sie Patienten werden, die ihre Krankheit als Vehikel nehmen, etwas zu verändern. Darin liegt allerdings auch wieder eine Schwierigkeit. Es gibt keine Schublade, in der ein fertiges Programm "Gestalttherapie" oder "Visualisierung" oder "Atemübung" oder dies oder das liegt. Das käme dem Problem auch nicht an die Wurzeln. Die Patienten müssen ihr Leben verändern, weil dieses Leben ihre Krankheit hervorgerufen hat. Aber es ist sehr schwierig, wenn man dreißig oder vierzig Jahre lang eine Straße marschiert ist, plötzlich eine Kehrtwendung zu machen.

Ich denke, es ist gut zu wissen, daß die Schritte, die man macht, sehr klein sind, und daß es kein Rezept für alle gibt; daß man immer wieder zurückfallen kann. Aber diese kleinen Schritte sind der Weg, und wenn man den Mut hat, diesen Weg mit einem Patienten zu gehen, sieht man nach einiger Zeit - und das ist nicht nach ein oder zwei Wochen - wirklich eine Veränderung. Die Patienten, mit denen wir arbeiten, bestätigen uns dies immer wieder. Aber auch die Menschen, die in Selbsthilfegruppen sind, sagen: "Die Arbeit, die Du leistest, tut mir gut. Ich

bin dadurch befähigt worden, selber mit meiner Krankheit anders umzugehen." Das ist für mich die beste Bestätigung.

DAS DUO-MODELL: EINE AUSGEWOGENE ZUSAMMENARBEIT ZWISCHEN ANGEHÖRIGEN DER HEILBERUFE UND PATIENTEN

Maria A. Bremer Schulte

In diesem Artikel wird die Suche nach innovativen Möglichkeiten der Förderung der Selbstversorgung bei Menschen mit chronischen Krankheiten beschrieben. An diesem Thema besteht ein beträchtliches Interesse. Dies bestätigte sich in Gesprächen mit Patientengruppen und einer Zufallsstichprobe von Allgemeinmedizinern, Fachärzten und Gemeindeschwestern. Die Antworten brachten jedoch eine gewisse Unsicherheit in der Frage zum Ausdruck, wie die Selbstversorgung wirksam durchgeführt werden kann. Die hier vorgestellte Studie ist Teil eines umfassenderen Forschungsprogramms über das Gebiet zwischen herkömmlicher Gesundheitsversorgung und Selbstversorgung unter Einschluß der Ausarbeitung von Ausbildungsprogrammen für Angehörige der Heilberufe und Laien.

Das Interesse der Öffentlichkeit an Selbstversorgung, Selbstverantwortung und Selbsthilfe ist als eine der Möglichkeiten zur Änderung des bestehenden Gesundheitssystems wiederbelebt worden. Der einzelne will mehr Gesundheitsaufklärung und -erziehung, ein besseres Verständnis von in allgemeinverständlicher Sprache beschriebenen Krankheitsprozessen sowie mehr Kontrolle, Verantwortung und Einflußmöglichkeiten in Bezug auf die eigene Gesundheit. In dem Maße wie sich die Anforderungen an die künftige Gesundheitsversorgung verändern, sind deshalb auf jeden Fall Möglichkeiten zu untersuchen, wie die Methoden der Selbstversorgung bzw. Selbsthilfe weiterentwickelt werden können.

Das in unserem derzeitigen Gesundheitssystem bestehende Ungleichgewicht wird immer deutlicher erkannt. Der einseitige rein fachliche und individualistische Ansatz in der Behandlung medizinischer Probleme wird von vielen sich in Behandlung begebenden Patienten nicht mehr als angemessen betrachtet. Dies gilt vor allem für chronisch Kranke, auf die der größte Teil der heutigen Morbidität entfällt. So haben experimentelle Studien über Selbstversorgung bei chronischen Krankheiten seit Anfang der siebziger Jahre deutlich gemacht, wie wichtig die Verbindung von Fachkenntnissen mit den

eigenen Erfahrungen der Patienten als Mittel der Gesundheitsförderung ist. In vielen Ländern gibt es Anzeichen eines wachsenden Interesses an neuen Möglichkeiten, den Patienten bei der Bewältigung chronischer Krankheiten zu helfen (Hasler & Schofield 1984). Besondere Sorgen bereitet die zunehmende Selbstmedikation zur Linderung von Streßsymptomen oder zur Bewältigung von Problemen, die wirksamer gelöst werden könnten (Katz & Bender 1976; Levin et al. 1979; Hatch & Kickbusch 1983; Levin & Idler 1983;). Die mit einem chronischen Leiden verbundenen Alltagsorgen machen nicht nur den Patienten und ihren Versorgern zu schaffen, sondern verlangen auch den Ärzten viel ab. Deshalb versuchen viele Ärzte jetzt, ihren Patienten durch entsprechende Aufklärung wirksamer über ihre Krankheit hinwegzuhelfen (Gartner & Riessman 1977; Green 1984). Hierzu gehört die größere Vertrautheit mit verschiedenen Methoden der Selbstversorgung als Ergänzung des ärztlichen Fachwissens (Williamson & Danaher 1978).

Studienprogramm über "selbstversorgungsaktivierende Unterstützung"

Das Bemühen um neue Wege, den Menschen bei der Weiterentwicklung ihrer Selbstversorgungsfertigkeiten zu helfen (als "selbstversorgungsaktivierende Unterstützung"), führte in den Niederlanden schon 1969 zu einem Forschungsprogramm. 1974 wurde das Programm an der Medizinischen Fakultät der Universität Limburg eingeführt (Bremer Schulte 1973) und 1986 an das Institut für Selbstversorgungsforschung derselben Universität verlegt. Die Aufgabe des Instituts besteht in der Untersuchung von Methoden zur Förderung der Selbstversorgung und zur Unterstützung ihrer Durchführung auf dem Wege über ein Gesundheitstagebuch und gruppenorientierte Patientenaufklärung. Dabei werden den Patienten und ihren Partnern psychosoziale Fertigkeiten und Streßbewältigungsmethoden nahegebracht und dadurch dabei geholfen, bei der Behandlung chronischer Krankheiten mehr Verantwortung zu übernehmen.

Von Anfang an umfaßte das Selbstversorgungsprogramm sowohl die Versorgung, die der Einzelne sich selbst angeeignet läßt als auch die Versorgung über Selbsthilfegruppen. Es wurde ein "Gleichgewichtsmodell" entwickelt, das von der Annahme ausgeht, daß die Patienten am wirksamsten lernen, wenn sie zugleich die Fertigkeiten und Kenntnisse von Ärzten und die durch eigenes Erleben gewonnenen Erkenntnisse von Mitpatienten nutzen können (Bremer Schulte 1984). Zur Überprüfung dieser Hypothese (Bremer Schulte et al. 1985; Bremer Schulte et al. 1986) wurden Versuchsgruppen gebildet, in denen Patienten mit verschiedenen chronischen Erkrankungen - Haut- und Herzkrankheiten, rheumatische Polyarthrititis und multiple Sklerose - vertreten waren. Die Unterrichtsmethoden bauten auf dem als "Duo-Modell-Gruppenschulung" bekannten Ansatz auf. Sie werden seit über 15 Jahren geprüft, weiter verfeinert und in anderen Ländern übernommen (Bremer Schulte & Richardson 1987).

Diese ersten Studien zeigten, daß ein neues Forschungsgebiet in der Gesundheitsversorgung anerkannt werden mußte, nämlich das Übergangsfeld zwischen der herkömmlichen ärztlichen Versorgung und der Selbstversorgung durch die Patienten. Die mögliche Rolle der Ärzte bei der Aufklärung ihrer Patienten über Methoden, sich ihrer eigenen Gesundheit anzunehmen, wurde als besonders beachtenswert betrachtet. Zuerst mußten jedoch zwei Fragen beantwortet werden: a) in welchem Maße sind die Patienten daran interessiert, etwas über Selbstversorgungsmethoden zu erfahren und b) inwieweit sind die Ärzte bereit, mit Patienten auf dieses Ziel hinzuarbeiten. Das Duo-Modell-Gruppenprogramm ("duo-formula group", DFG) beschäftigt sich mit diesen beiden Fragen.

Beurteilung des DFG-Programms zur Therapie chronischer Krankheiten

Der Duo-Modell-Ansatz fördert eine ausgewogene Zusammenarbeit zwischen Angehörigen der Heilberufe und Patienten. Ein Vertreter der Heilberufe (als "Mitarbeiter" bezeichnet) und ein Laie (als "Mithelfer" bezeichnet) werden gemeinsam mit dem Ziel geschult, Gruppensitzungen zu leiten, die nach einem bestimmten Schema ablaufen. Hierdurch sollen Einzelne die erforderlichen Fertigkeiten und Kenntnisse erlangen, um durch eine veränderte

Lebensweise und gesteigerte Selbsteffizienz die eigene Gesundheit zu fördern. Zur Zeit werden die Auswirkungen des DFG-Ansatzes bei Herzkranken sowie bei Patienten mit Psoriasis und anderen chronischen Hautkrankheiten geprüft, um die Anwendungsmöglichkeiten bei chronischen Krankheiten im allgemeinen zu ermitteln.

Der DFG-Ansatz wird auch bei alten Menschen, chronisch Kranken und Behinderten untersucht. Die Erforschung chronischer Krankheiten ist Teil eines umfassenden Projekts "Gesundheitsförderung und Bewältigung chronischer Krankheiten", das ein Kooperationsprogramm zwischen der Abteilung Gesundheitsförderung der WHO-EURO, dem niederländischen Ministerium für Wohlfahrt, Gesundheit und Kultur und dem Institut für Selbstversorgungsforschung der Universität Limburg darstellt. Die bisher erzielten Ergebnisse deuten darauf hin, daß das Duo-Modell-Gruppenprogramm weitere Krankheitserscheinungen möglicherweise zu verhindern vermag. Darüber hinaus hat dieses Programm bedeutsame Folgewirkungen für die Verbesserung der derzeitigen Lebensqualität der Patienten. Die Ergebnisse stützen die Auffassung, daß Patienten und ihre Partner günstige Ergebnisse erzielen können, vor allem durch Abbau des Krankheitsverhaltens und der Angstgefühle. Diese Ergebnisse stellen eine Herausforderung dar und sollten weiter untersucht werden.

DAS COMMONWEAL-KREBSHILFEPROGRAMM

Michael Lerner

Das Commonweal-Krebshilfeprogramm ist ein für die Streßverminderung, Gesundheits-erziehung und Gruppenunterstützung von Krebspatienten und ihrer Angehörigen gedachtes Programm. Es wird zehnmal jährlich in Form einwöchiger Rüstzeiten abgehalten. Die Teilnehmer kommen aus den ganzen Vereinigten Staaten und Kanada zu diesen Rüstzeiten, die am Sitz von Commonweal, einem Gesundheitserziehungs- und Forschungsinstitut, das etwa eine Stunde Autofahrt nördlich von San Francisco in der Point Reyes National Seashore Region liegt, stattfinden. Bei diesen Rüstzeiten soll den Teilnehmern dabei geholfen werden, die Belastung des Krebserlebnisses zu vermindern, bessere Gesundheitsgewohnheiten kennenzulernen, sich mit anderen zusammenzufinden, die den gleichen schwierigen Lebensabschnitt durchschreiten müssen und objektive Informationen über konventionelle und komplementäre Krebstherapien kritisch zu bewerten. Die Rüstzeiten stehen auch den Ehepartnern und den Betroffenen nahe- stehenden Personen offen. Das Commonweal-Krebshilfeprogramm ist keine Krebstherapie. Wir beraten die Teilnehmer nicht darüber, welchen Behandlungen sie sich unterziehen sollten noch geben wir Behauptungen über komplementäre Krebstherapien irgendwie Rückhalt. Wir bemühen uns um wahrheits- gemäße und unparteiische Aufklärung über Optionen im Gesundheitswesen, die die Teilnehmer prüfen können, um die von ihnen für sich selbst festgelegten Gesundheits- ziele zu verfolgen. Die Teilnehmer müssen sich in der Behandlung eines Onkologen oder eines allopathischen (konventionellen) Arztes befinden, sich in der ländlichen Umgebung von Commonweal selbst versorgen können und sich in einem Gesundheitszustand befinden, der sie aus dem Programm Nutzen ziehen läßt.

Eine Woche in Commonweal

Die Teilnehmer beginnen den Tag mit 75 Minuten Yoga einschließlich Tiefenent- spannung, Atemtechnik und Meditation. Dann folgt das Frühstück, und um 10.30 Uhr nehmen die Teilnehmer an einem Vormittagskurs teil, der aus einem

Erfahrungsaustausch bezüglich Krebs oder eine Einführung in therapeutische Bildsprache bestehen kann. Nach dem Mittagessen - wir servieren vegetarische Mahlzeiten - stehen verschiedene Aktivitäten zur Wahl: einige Teilnehmer gehen für eine Stunde zu einer Massagesitzung, andere arbeiten mit einer Sandschale - eine Jungsche Technik der Bildsprache, die sich außerordentlich gut zur Selbsterkundung eignet, während weitere Teilnehmer mit mir oder Ko- Direktoren Einzelgespräche führen. Um 17 Uhr folgen eine zweite Yogastunde und eine zweite Sitzung mit Tiefenentspannung. Damit haben die Teilnehmer zweimal am Tag Tiefenentspannung betrieben und einfache Yogaübungen kennengelernt, die jeder nach eigenem Wunsch durchführen kann. Nach dem Abendessen um 18.30 Uhr gibt es ein Abendprogramm; ich halte z.B. einen Vortrag über meine Forschungsarbeiten über komplementäre Krebstherapien, oder wir diskutieren das Thema Ernährung und Krebs, oder wir schreiben zusammen Gedichte. Die ganze Rüstzeit dauert eine Woche. Während der letzten beiden Jahre haben wir bisher 35 Gruppen mit jeweils 8-10 Teilnehmern gehabt. Wir haben festgestellt, daß die Rüstzeiten des Commonweal-Krebshilfeprogramms sich am besten bei Menschen auswirken, die a) wirklich daran interessiert sind, sich nachhaltig persönlich auf ihre Krankheit einzulassen und damit auseinanderzusetzen, b) die persönliche Reife besitzen, um im Rahmen eines kleinen Workshops gut mitzu- arbeiten und c) glauben, daß eine Woche Yoga, Entspannung, Meditation und Massage sowie die Erkundung der Gesundheit und eine informierte Entscheidung bezüglich konventioneller wie komplementärer Krebstherapien ihnen gut tun.

Ein Erwachen

Was geschieht mit Menschen, die an diesen Rüstzeiten teilnehmen? Ein angesehener Kinderarzt, der vor kurzem zu einer Rüstzeit kam, schrieb einem Freund: "Ich habe gelernt, wie ich meinen Lebensstil neu ausrichte, meine Ernährungsweise ändere und damit beginne, mich auf neue Weise auf mein inneres Selbst zu

konzentrieren. Diese Erfahrung war mehr als ein reiner Lernvorgang. Es war ein zutiefst bewegendes Erwachen. Es bildete sich ein neues Gefühl der Verwandtschaft mit anderen Menschen heraus, das realistische Hoffnung und Glauben entstehen ließ."

Die meisten Teilnehmer an dem Commonweal-Krebshilfeprogramm berichten über ähnlich positive Erfahrungen. Es handelt sich um ein sehr intensives Erlebnis, das zu einer Zeit stattfindet, in der diese Menschen sich sehr verletztlich fühlen. Und viele von ihnen, ob sich ihre Gesundheit nun verbessert oder verschlechtert, erinnern sich an die Erfahrungen als an eines der wichtigsten Dinge, die ihnen widerfahren sind, seitdem bei ihnen Krebs diagnostiziert wurde. Unser einziges Ziel besteht darin, den Menschen eine ganze Woche lang ein Gefühl der völligen Fürsorge und Unterstützung zu bieten und es ihnen dann zu ermöglichen, aus diesem Erlebnis das mit nach Hause zu nehmen, was sie interessant finden, ob es sich dabei um Bildsprache, Ernährung, Yoga oder ein neues Lebensgefühl handelt. Wir sprechen über wohlbegründete Wahlentscheidungen bei konventionellen wie komplementären Krebstherapien. Wir legen bei konventionellen Therapien ebenso viel Nachdruck auf kluge Entscheidungen wie bei komplementären Therapien.

Die Menschen kommen in Angst und Panik an und reisen mit einem Gefühl wirklichen inneren Friedens wieder ab. Sie fühlen sich verwirrt und desorientiert, wenn sie eintreffen und verlassen den Ort mit einem Gefühl für ihre Orientierung und Zielsetzung. Sie kommen unter schwerem physischem Streß an und reisen entspannt und gesund aussehend wieder ab. Das ist eine außerordentliche Erfahrung. Es ist so außerordentlich, daß ich an dem Punkt angelangt bin, wo mein Leben mir außerhalb des Programms weniger real vorkommt als innerhalb. Die Zeit, die ich mit diesen Menschen verbringen darf, die um ihr Leben kämpfen, die sich entschlossen haben zu kommen und diese Erfahrung gemeinsam mit uns zu machen, ist die wertvollste Zeit in meinem ganzen Leben.

Eine sehr wichtige Unterscheidung, die wir in diesem Programm machen, ist die Unterscheidung zwischen Gesundheit und Heilung. Wie ich in meinem anderen Beitrag in diesem Buch bemerkte, wird Heilung als medizinischer Eingriff betrachtet, der zuverlässig zur Unterdrückung der Symptome einer Krankheit führt, während die Gesundheit ein Prozeß des Ganzwerdens ist. Eine Gesundheit kann auf verschiedenen Ebenen stattfinden: körperlich, mental,

emotional oder geistig. Ich würde es so sagen, daß das Commonweal-Krebshilfeprogramm den Menschen beim Gesundungsprozeß hilft. Ich glaube, daß es eine Art Wechselwirkung zwischen diesen drei Ebenen gibt. Wenn man sich zum Beispiel nur einen Finger oder einen Arm bricht, kann dieser physisch abheilen, und dies wirkt sich unter Umständen nur geringfügig auf den eigenen Reifungsprozeß und die psychologische und geistige Gesundung aus. Wer jedoch Krebs, ein Herzleiden oder eine Arthritis hat und ein außergewöhnlicher Mensch ist, der sich dieser Form intensiver Gesundheitsförderung unterzieht, bei dem scheint die geistige und psychologische Gesundung die körperliche Heilung - bis zu welchem Grad sie auch möglich ist - einfach mit sich zu bringen. Zu einem bestimmten Zeitpunkt sind die Ressourcen für eine körperliche Heilung unter Umständen nicht mehr vorhanden, und mit der körperlichen Heilung kann es dann schlechter werden. Doch auch wenn die körperliche Heilung schwieriger wird, kann es mit der psychologischen und geistigen Gesundung weiter vorangehen. Auf diese Weise können wir den Heilungsprozeß als einen umfassenden Leib-Seele-Prozeß erkennen, der die körperliche Heilung - wo immer möglich - fördert, jedoch im wesentlichen die psychologische und geistige Ebene unterstützt, ob nun eine körperliche Heilung möglich ist oder nicht. Auf dem Wege zu einem neuen Ansatz in der Krebskrankenversorgung Das Modell, das ich für eine Arbeit verwende, die in der Krebstherapie hoffentlich nicht nur in den Vereinigten Staaten und Europa, sondern überall auf der Welt stattfinden wird, ist das Modell der "birthing centres". Vor 15 Jahren kamen Kinder in den Vereinigten Staaten auf völlig andere Weise auf die Welt, als Geburten heute in vielen Krankenhäusern stattfinden. Zu dieser Veränderung kam es, weil manche aus Europa die Vorstellung mitbrachten, in Krankenhäusern könne man in einem viel natürlicherem Rahmen unter aktiver Einbeziehung des Vaters und der Mutter gebären. Hierdurch haben sich die Krankenhäuser in außerordentlich kurzer Zeit wirklich von Grund auf gewandelt. Niemand hätte eine derart schnelle Entwicklung vorhergesagt. Als diese neuen Möglichkeiten bekannt wurden, stimmten die Menschen mit den Füßen ab und gingen in die Krankenhäuser, die derartige "birthing centres" anboten. Eine ähnliche Entwicklung kann nach meiner Auffassung auch in der Krebskrankenversorgung eintreten. Zentren für Krebs-

krankenversorgung, in denen die besten Errungenschaften der wissenschaftlichen Medizin und die besten komplementären Ansätze zur intensiven Gesundheitsförderung miteinander verbunden werden, steht rein wissenschaftlich nichts entgegen. Im übrigen gibt es solche Zentren bereits. Die anthroposophische Lukas-Klinik in der Schweiz und die Bristol Cancer Clinic in England gehören zu den wirklich schönen Beispielen für Orte, an denen die besten Ergebnisse

beider Welten miteinander verbunden werden. In den Vereinigten Staaten gibt es solche Zentren vorerst noch nicht. Angesichts der zunehmenden Anerkennung der Bedeutung intensiver Gesundheitsförderung bei chronischen Krankheiten habe ich die Hoffnung, daß wir für die Krankheitsbilder, mit denen wir zu tun haben, derartige Zentren schaffen werden und daß sie die Krankenhauspraxis grundlegend verändern werden, denn das ist es, was die Patienten wollen.

DAS OFFENE THERAPEUTISCHE KOLLOQUIUM: EIN INTERDISZIPLINÄRER ANSATZ FÜR DAS SCHMERZPROBLEM

Thomas Flöter

Das Schmerztherapeutische Kolloquium (STK) wurde 1984 in Frankfurt am Main als anerkannter gemeinnütziger Verein gegründet, der die Interessen aller Bereiche der praktischen Medizin vertritt, die sich mit Diagnose und Behandlung von Schmerzen bei schweren und unheilbaren Erkrankungen befassen. Der Verein will Wege weisen zu einem besseren Verständnis und einer effektiveren Behandlung des chronischen Schmerzes; dafür hat er sich sechs Ziele gesetzt:

1. Erzeugung eines Problembewußtseins bei Medizinern und Nichtmedizinern im Hinblick auf die Diagnose und Behandlung chronischer Schmerzen;
2. Förderung der Algesiologie---der Lehre vom Schmerz;
3. Errichtung von Behandlungseinrichtungen mit Schmerzspezialisten, die sowohl qualitativ als auch quantitativ die wohnortnahe Versorgung von Schmerzpatienten ermöglichen;
4. Weiterbildung von Ärzten in der Schmerzlehre;
5. Errichtung interdisziplinärer Schmerzkonferenzen - offene Ärzte-Runden, in denen Spezialisten sich in Gegenwart des Patienten beraten können - einer Möglichkeit des gegenseitigen Gedanken- und Erfahrungsaustausches;
6. Öffentlichkeitsarbeit; Fachleute und Meinungsträger müssen davon überzeugt werden, wie wichtig ein Umdenken in der theoretischen und praktischen Behandlung des Problems chronischer Schmerz ist.

Aktivitäten

Die offene Ärzte-Runde oder Schmerzkonferenz gehört zu den wichtigsten Aktivitäten des STK.

Die Schmerzkonferenz findet in regelmäßigem Abstand ein- oder zweimal monatlich statt und dauert jeweils mindestens zwei Stunden. Sie steht allen Fachgruppen sowie Patienten mit therapie-

resistenten chronischen Schmerzen offen, die von Teilnehmern der Schmerzkonferenz vorgestellt werden. Das Gremium bietet die Möglichkeit, Anregungen aus allen fachspezifischen Bereichen zu sammeln und neue Wege zur Bewältigung eines bisher unlösbaren Problems zu finden. Die Schmerzkonferenz sollte die erste und nicht die letzte Anlaufstelle, d.h. die anerkannte Autorität auf dem Schmerzgebiet, für die Patienten sein. Sind Schmerzkonferenzen Notwendigkeit oder Luxus? Gegenwärtig ist der chronische Schmerz noch wie ein Puzzle, dessen einzelne Teile verstreut in den Händen der verschiedensten Fachspezialisten liegen. Nur wenn diese Spezialisten zusammenkommen und Kenntnisse und Informationen austauschen, kann das Schmerzpuzzle vervollständigt werden. Der chronische Schmerz hält sich nicht an die Grenzen der einzelnen medizinischen Fachgebiete. Der Schmerzspezialist, der zur Lösung des Problems beiträgt, kann sich auf die Grundlagen stützen, die der Gedankenaustausch in der offenen Ärzte-Runde gelegt hat. Der Schmerzspezialist wird erst durch die kontinuierliche Arbeit in der Schmerzkonferenz zum Spezialisten. Er ist Initiator und Koordinator der Konferenz und ihrer Zusammensetzung. Die Vereinigung Gleichgesinnter im STK ist notwendig, damit das Problem Schmerz adäquat angegangen werden kann. Kein einzelner Arzt hat die Zeit, Energie und die Möglichkeiten, das Problem alleine zu bewältigen. Kollektives, kreatives Denken ist eine Grundvoraussetzung. Ein unstrukturierter Ansatz kann nur Teillösungen zustande bringen. An zweiter Stelle der Aktivitäten steht ein umfassendes Ausbildungsprogramm, das über alle Aspekte des Schmerzes informieren soll und folgende Elemente enthält:

- Seminare, - Vorträge, - Workshops, - Brainstorming, - Diskussionsgruppen, - praktische Übungen, - Schmerzkonferenz. Als dritte Aktivität wäre die Erschließung von Beziehungen zu anderen Organen, z.B. zu medizinischen und nichtmedizinischen Gremien und Individuen - wie Psychologen, Physiotherapeuten, Krankenhauspersonal, Pharmafirmen und Regierungsgremien - sowie zu anderen Einrichtungen, die sich

ebenfalls mit dem Problem Schmerz beschäftigen, zu nennen. Kann jeder praktische Arzt von sich behaupten, er sei bereits ein Spezialist in Schmerzfragen? Wenn dies der Fall wäre, gäbe es keine chronischen Schmerzen mehr und niemand würde unter ihren Folgen zu leiden haben. Wenn der praktische Arzt sich dem STK anschließt, hat er jedoch die Möglichkeit, seine Fachkenntnis zu erweitern. Als viertes besteht die Möglichkeit der Ausbildung zum Schmerztherapeut. Eine Kommission des deutschsprachigen Chapter der International Association for the Study of Pain - die Gesellschaft zum Studium des Schmerzes für Deutschland, Österreich und die Schweiz e.V. - hat die

Ziele und Voraussetzungen für eine Fortbildung zum Schmerztherapeuten formuliert. Regelmäßig werden vom STK in Zusammenarbeit mit nationalen und internationalen Fachgesellschaften Fortbildungsseminare mit namhaften Referenten zum Thema Schmerztherapie durchgeführt. Es handelt sich um praxisbezogene Tages- und Wochenendseminare, die so aufgebaut sind, daß ein Einstieg in die algesiologische Fortbildung jederzeit möglich ist. Die Fortbildungsarbeit wird an wechselnden Orten gemeinsam von allen regionalen STKs getragen; neben Frankfurt gibt es STKs in Ulm, Nürnberg, Hamburg, Göppingen, Berlin (West), Bad Schwartau und Alsfeld.

MEDIZINISCHE BEHANDLUNG UND PSYCHOTHERAPIE: EIN INTEGRIERTER ANSATZ IN DER MEDIZINISCHEN PRAXIS ZEIGT POSITIVE RESULTATE

Hans P. Rehfisch

Seit ungefähr 7 Jahren führt das Institut für Medizinische Psychologie der Universität Marburg in Zusammenarbeit mit der Abteilung Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover Gruppenbehandlungen von Patienten in Arztpraxen durch. Hierbei gehört die psychologische Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen zu unseren jüngsten Projekten; andere Projekte schließen ein:

- Gewichtsreduktion und Gesundheitsberatung bei übergewichtigen Hypertonikern (Basler et al. 1985; Basler 1987);

- Streßbewältigung mit normalgewichtigen Hypertonikern (Basler 1986; Jaekel & Basler 1986);

- Gesundheitsberatung von Diabetikern;

- Streßbewältigung bei koronaren Herz- und Kreislaufkrankheiten;

- Schmerzbehandlung bei chronischen Rückenschmerzpatienten (Kaluza & Basler 1986);

- Schmerzbehandlung mit chronischen Schmerzpatienten, bei denen Verspannungen, Streß und psychische Belastungen eine Rolle spielen (Rehfisch 1987 a).

Diese Programme umfassen in der Regel 12 Sitzungen, die nach standardisierten Behandlungsprogrammen im wöchentlichen Abstand in der Arztpraxis stattfinden. In der Anfangsphase arbeiten Psychologen als Gruppenleiter. Sind die Behandlungsprogramme ausreichend fortentwickelt und in ihrer Effektivität wissenschaftlich kontrolliert, werden die Gruppen vom Arzt oder teilweise vom Arztpersonal geleitet. Die Schmerzgruppen werden im jetzigen Stadium ausschließlich von Psychologen durchgeführt. Einige dieser Programme sind durch Förderung aus Drittmitteln in der gesamten Bundesrepublik Deutschland in mehreren hundert Praxen im Einsatz, und Tausende von Patienten haben daran erfolgreich teilgenommen.

Diese Art von Behandlung stellt unseres Erachtens einen der wenigen Ansätze dar, die es dem Arzt erlauben, direkte Rückmeldungen über die Auswirkungen der Intervention zu erhalten. Bei Bluthoch-

druckgruppen z.B. werden die folgenden Ergebnisse erfahrbar:

- Die Patienten können langfristig ihr Übergewicht reduzieren.

- Der Blutdruck wird dauerhaft reduziert, und so benötigt ein Teil der Patienten weniger oder gar keine Medikamente mehr.

- Das Gesundheitsverhalten verbessert sich.

- Die Patienten benötigen den Arzt weniger.

- Es stellt sich ein verbessertes Verhältnis zum Arzt ein.

Psychologische Schmerzbehandlung

Es gibt in den letzten 15 Jahren eine große Zahl experimenteller und auch klinischer Belege für die Wirksamkeit psychologischer Schmerzbewältigungstechniken bei verschiedenen Schmerzzuständen, wie Migräne, Spannungskopfschmerz, Karzinomschmerzen, Verbrennungen, Weichteilrheumatismus und chronischer Polyarthritiden, um nur einige zu nennen (Turner & Chapman 1982).

Wir haben an unserem Institut in drei kontrollierten Studien die Wirksamkeit solcher Interventionen in Selbsthilfegruppen der Rheuma-Liga und in Arztpraxen nachweisen können.

Was sind die wesentlichen Bausteine solcher Programme (Rehfisch 1987 b)?

1. Information der Patienten über die Wirksamkeit und den Wirkansatz psychologischer Verfahren und ihren Anwendungsbereich;

2. Lösung von Muskelverspannungen, Wiederherstellung von innerer Ruhe und Reduktion streßbedingter Reaktionen durch ein Entspannungsverfahren (am besten durch eine modifizierte Form der Muskelentspannung nach Jacobson);

3. Vermittlung von Methoden der äußeren Schmerzablenkung;

4. meist imaginative oder konzentrierte Methoden der inneren Schmerzablenkung einschließlich Schmerzfokusierungsverfahren;

5. leichte gymnastische Lockerungsübungen;
6. Veränderungen der negativen Kognitionen bei Schmerzen;
7. Verbesserung der negativen Stimmungslage, wie Angst, Depression und Hilflosigkeit;
8. Erfahrungsaustausch mit anderen Patienten;
9. Umgang mit äußeren Belastungen (Stressbewältigung);
10. Copingmechanismen zum Umgang mit Schmerz, Behinderungen und anderen Krankheitsfolgen.

- Ärzte entwickeln durch direkte Erfahrungen ein stärker psychosomatisch orientiertes Krankheitskonzept;

- multifaktorielle Bedingtheit der Erkrankung wird über die Lehrbuchkenntnisse hinaus auch Arbeitsgrundlage.

Die von uns durchgeführten Projekte helfen nicht nur den Patienten, mit ihrer chronischen Erkrankung besser umzugehen und das Leiden unter der Krankheit zu verringern, sondern sie verändern auch die Krankheitssicht der beteiligten Ärzte und Patienten in einer Weise, die durch eine ausschließlich theoretische Schulung und Information nicht zu erreichen wäre.

Wir erzielen mit solchen Programmen meist die folgenden Effekte:

- langfristige Reduktion der Schmerzen,-
- verbessertes Umgang mit den Schmerzen,-
- Reduktion von Angst, Depression und Hilflosigkeit,-
- verbesserte Stimmungslage,-
- neue soziale Kontakte,-
- mehr Wissen über die Krankheit,-
- verbesserte Bewältigungsstrategien,-
- besseres Allgemeinbefinden,-
- mehr Eigenverantwortung,-
- Modifizierung des Krankheitsmodells der Patienten,-
- Reduktion der Arztbesuche.

Daß eine langanhaltende Reduktion der Schmerzen auch bei entzündlichen rheumatischen Erkrankungen mittels solcher Programme möglich ist, zeigt ein Beispiel aus unserer kontrollierten Untersuchung mit 62 Patienten mit chronischer Polyarthrititis (Rehfishch 1987 a).

Einige allgemeine und spezielle Vorzüge

Unser Versorgungsmodell hat die folgenden Vorzüge:

- wohnortnahe Versorgung,-
- kein Wechsel der Behandlungsinstitution,-
- Langzeitbetreuung nach der Gruppenarbeit in der Arztpraxis,-
- niedrige Kosten,-
- Versorgung auch in schwach besiedelten Regionen möglich.

Diese Art der Versorgung hat für Ärzte und deren Praxen Auswirkungen, die sich wie folgt beschreiben lassen:

- die Arztpraxen werden für die Patienten attraktiver;

- Ärzte erlernen eine neue Umgangsform mit den Patienten und der Krankheit;

- Patientenkontakte werden auch nach der Gruppenbehandlung intensiver und offener;

NACHSORGE: DIE SICHT DER PATIENTEN

Ina Alewell

Welche Faktoren helfen Patienten, ihre Krankheit zu bewältigen? Welchen Schwierigkeiten sehen sie sich gegenüber und welche Aspekte beeinflussen positive Ergebnisse? Was kann zur Verbesserung der Behandlung getan werden? Diese Fragen wurden mit einer Patientengruppe diskutiert, die als Teil ihres Genesungsprozesses körperliche Trainingsstunden erhält. Die Patienten drückten ähnliche Ansichten aus, unabhängig davon, ob sie an einem Herzinfarkt, an Krebs oder Rheuma liden.

- Die beste Nachsorge erfährt man immer vom Mitmenschen, am besten von der Familie. Der Arzt scheint dabei selten eine prägende Rolle zu spielen.

- Alle Patienten drückten das gleiche Bedürfnis nach Sauerstoff aus; es gibt einen weitverbreiteten Glauben, daß der Sauerstoff den Zellen hilft zu gesunden. Deshalb Gymnastik im Freien, viel Laufen, nicht um Medaillen, sondern zur eigenen Freude. Man hat erfahren, daß Bewegung in frischer Luft immer auch eine vegetative Umstimmung mit sich bringt. Alle waren überzeugt, daß sie auf dem kreativem Gebiet unbedingt tätig sein müßten, weil das der "Seele" gut tut.

- Information und Aufklärung über eine chronische Erkrankung sollte in einer Art und Weise, die nicht verängstigt und in Ruhe geschehen. Dazu gehört auch die Information für die Familie. Wie behandle ich jetzt meinen kranken Angehörigen? Was darf er tun, was nicht? Die meisten Patienten haben von sich aus Informationen über ihre Krankheit eingeholt. Der Arzt hat sie meistens nicht angeboten.

- Wichtig ist auch die Kommunikation zwischen den behandelnden Ärzten. Nicht der Patient soll seinen Arzt informieren, denn er steht ja noch in einer Ausnahmesituation und muß mit dem erschreckenden Ereignis erst einmal fertig werden.

- Viele Patienten wollten in der Gruppe über ihre Erfahrungen nicht erzählen, sondern lieber schriftlich davon

berichten. Beim Beschreiben ihrer Krankheit entdeckten alle, daß sie sich hinterher viel wohler fühlten und glücklich waren, daß sie sich artikulieren konnten. Egal, ob Krebs, Herzinfarkt oder Rheuma - alle meinten, daß "seelische Belastungen", "verwundete Herzen" zu ihrem organischen Zusammenbruch geführt hatten.

- Von den Krebspatienten wurden "onkologische Laienhelfer" vorgeschlagen, ähnlich wie bei den "Anonymen Alkoholikern". Beste Hilfe sei von Betroffenen zu erwarten.

- Entscheidend ist auch, welches Verhältnis der Patient zu seinem Arzt hat, und ob beide ehrlich miteinander umgehen. Die Eigenverantwortung muß gestärkt, das Gesundheitspotential gefördert werden. Gleichzeitig sollte eine Art "Selbstkontrolle" erlernt werden: Was erzeugt Angst bei mir, wann habe ich Schmerzen, wo verspanne ich mich? Welche Auswirkungen auf Alleinsein, soziale und familiäre Isolation machen sich negativ bemerkbar? Hilfe anbieten über Bewegung, Entspannung, Veränderung der Eßgewohnheiten usw.

- Last and not least, viele Patienten meinen, daß sie glaubensmäßig zu wenig eingebunden seien, und daß Glaube Menschen stärker macht und auch Schmerzen eher ertragbar werden. Diese These wurde mit dem Argument verdichtet, daß der Glaube das Immunsystem unterstützende Effekte aufweise.

EINIGE PRIORITÄTEN

1. Das Konzept des Systems der medizinischen Versorgung muß zu einem breiteren Konzept eines Gesundheitsversorgungssystems ausgeweitet werden. Dies kann durch Betonung folgender Bereiche geschehen:

- der internen - natürlichen wie emotionalen - Umgebung der Versorgungseinrichtung;
- der Organisation der medizinischen Versorgung;
- der Einbeziehung verschiedener Versorgungsebenen und der Verbindungen zwischen Versorgungseinrichtungen;
- der Tatsache, daß Institutionen nicht bloß "Steine und Mörtel" sind, sondern in erster Linie von Menschen getragen werden.

2. Im Gesundheitswesen ist der Gruppenversorgung und der Allgemeinheit größere Beachtung zu schenken; die Gesundheitsförderung hat die Aufgabe, größere Zusammenhänge einfließen zu lassen.

3. Belohnungen für die eigene Selbstachtung sollten die Erbringer von Gesundheitsleistungen und die Systeme erhalten, in denen gesundheitsförderliche Ideale zum Ausdruck kommen, z.B. die Teamarbeit in der primären Gesundheitsversorgung und das Konzept der Gesundheitszentren.

9.3 GESUNDHEITSFORSCHUNG UND CHRONISCHE KRANKHEITEN: EINE UNBEFRIEDIGENDE SITUATION

Die Erfahrungen des Lebens mit chronischen Krankheiten sind nur unbefriedigend dokumentiert, und die Forschung steht immer noch vor der Aufgabe, die gemeinsamen Probleme, Erfordernisse und Präferenzen der mit chronischen Krankheiten lebenden Menschen zu ermitteln. Dieses Wissen muß als Handlungsgrundlage dienen. Ebenso fehlt es an systematischen Beschreibungen derzeitiger Behandlungsalternativen. So wäre es z.B. hilfreich, eine Bestandsaufnahme der intensiven Gesundheitsförderungsprogramme für Krebspatienten in verschiedenen Ländern vorzunehmen und durch eine Untersuchung der Therapieergebnisse in physischer, psychischer und geistiger Hinsicht aus der Sicht des Patienten ihre Wirksamkeit zu beurteilen.

Insgesamt gesehen scheinen die Forschungen über die Problembewältigung und die Erfahrung des Lebens mit einer chronischen Krankheit aus der Sicht des Patienten und seiner Angehörigen unterentwickelt zu sein.

Im folgenden werden drei Beiträge, die unterschiedliche Forschungs- und Projektbereiche umfassen, vorgestellt; jeder einzelne von ihnen behandelt Themen, die aus der Sicht der Gesundheitsförderung von Bedeutung sind.

SELBSTHILFEGRUPPEN: IHRE WIRKUNGEN UND MÖGLICHKEITEN AUS DER SICHT DER FORSCHUNG

Jan Branckaerts & Ann Richardson

Selbsthilfe und chronische Krankheiten waren das Diskussionsthema einer Gruppe von Forschern, die vom International Information Centre on Self-Help and Health - im Auftrag des europäischen Regionalbüros der WHO - zu einem Workshop am 28.-30. Januar 1987 nach Leuven (Belgien) eingeladen worden waren. Ausgangspunkt für den Workshop war die Annahme, daß die Zeit reif sei für eine Einschätzung der Erkenntnisse über Selbsthilfegruppen.

Die Teilnehmer aus neun Ländern Europas und Nordamerikas deckten eine ganze Reihe von Disziplinen ab: Medizin-Soziologie, Sozialmedizin, klinische Medizin, Sozialpsychologie, Politologie, Sozialverwaltung und Sozialarbeit. Die Forschungsaktivitäten der Teilnehmer umfaßten Selbsthilfe im Kontext sehr unterschiedlicher chronischer Erkrankungen und Behinderungen, wie Diabetis, Rheuma, Bluterkrankungen, die Huntington Krankheit, geistige Behinderungen und andere mehr. Im folgenden werden Ausschnitte aus den Schlußfolgerungen des Workshops vorgestellt.

Selbsthilfegruppen sind grundsätzlich Gruppen von Menschen, die glauben ein gemeinsames Problem zu haben, und die zusammenkommen, um etwas dagegen zu tun. Auf der einen Seite kümmern sich die Gruppen um soziale und gesundheitliche Bedürfnisse ihrer Mitglieder (von einigen werden diese als "defensive" Funktionen bezeichnet), während andere sich um weitergehende Maßnahmen für und die Bereitstellung von Gesundheitsversorgung kümmern (was "offensive" Funktionen genannt wird).

Diese Gruppen können als besonders angemessen im Kontext von chronischen - im Gegensatz zu akuten - Krankheiten gesehen werden. Chronische Krankheit bewirkt ihrer Natur nach eine neue und dauerhafte "Art zu sein". Die an ihr Leidenden müssen nicht nur eine Reihe neuer Symptome bewältigen, sondern auch ein neues Identitätsgefühl. Darüber hinaus können sie auch gezwungen sein, erhebliche Veränderungen in ihren alltäglichen Lebensweisen und Lebensbedingungen vorzunehmen.

Wie und unter welchen Umständen sind diese Gruppen hilfreich? Sie haben tatsächlich zwei unterschiedliche Wirkungen: auf ihre Mitglieder und, im weiteren Sinne, auf das politische und soziale Umfeld, in dem sie arbeiten.

Auswirkungen auf die Mitglieder - Forschungsergebnisse weisen darauf hin, daß Selbsthilfegruppen einen substantiellen und vorteilhaften Effekt auf Menschen mit chronischen Erkrankungen haben können. In vielen Ländern und unter den verschiedensten Bedingungen sind sie ihren Mitgliedern eine wichtige Quelle sozialer und emotionaler Unterstützung. Sie unterstützen die Mitglieder, ihr Gefühl für sich selbst zu intensivieren sowie Einsamkeit und Isolation durch gemeinsame soziale Aktivitäten zu überwinden.

Selbsthilfegruppen bieten Patienten die Möglichkeit, sich zu treffen und voneinander im Laufe der Zeit zu lernen, wie man Symptome sowohl entdeckt als auch kontrolliert und wie man mit der neuen Situation klar kommt. Patienten, die schon länger erkrankt sind, können für die erst jüngst erkrankten ein Modell darstellen, das ihnen die Sicherheit vermittelt, daß man mit dem eigenen Zustand leben - und ihn bewältigen - kann. Kurzum, Selbsthilfegruppen sind eine wichtige Quelle für Informationen und Beratung sowohl hinsichtlich von Bewältigung als auch von verschiedenen Möglichkeiten der Unterstützung und Hilfe. Sie verbessern das Bewußtsein bezüglich der Quantität und Qualität externer Hilfe und ermöglichen damit ihren Mitgliedern, begründete Entscheidungen zu treffen.

Allerdings sind nicht alle Auswirkungen von Selbsthilfegruppen positiv einzuschätzen. Es gibt einige Gruppen, die negative Effekte auf ihre Mitglieder haben - entweder, weil sie Mitglieder von Nichtmitgliedern oder der weiteren Gemeinschaft isolieren, ein hohes Erwartungsniveau induzieren, das nicht immer erfüllt werden kann, Diskussionen fördern, die nicht immer wirklichkeitsnah sind, sodaß die dann ausgesprochenen Empfehlungen zu Hause nicht umgesetzt werden können; oder, weil sie einen zu engen Ansatz für ein spezielles Problem haben.

Was die physiologischen oder psychologischen Auswirkungen von Selbsthilfegruppen auf ihre Mitglieder betrifft, gibt es nur begrenzte und widersprüchliche empirische Erkenntnisse. Es gibt kaum Studien über die Auswirkungen der Beteiligung auf die Reduzierung

persönlichen Stresses.

Man muß ganz gewiß sehr vorsichtig sein, nicht zu sehr die Auswirkungen von Gruppen auf ihre Mitglieder zu generalisieren. Sie differieren erheblich entsprechend der Natur der Bedingungen, für die sie sich gebildet haben. Ob jemand Vorteile aus seiner Beteiligung an einer Gruppe zieht, hängt ebenfalls vom Zustand seiner Krankheit zu dem Zeitpunkt ab, an dem er sich der Gruppe anschließt; es hängt auch von der Stigmatisierung ab, die mit der Krankheit einhergeht.

Auswirkungen auf andere - Viele Gruppen erweitern ihren Rahmen über das hinaus, was die unmittelbaren Mitglieder betrifft, und versuchen ein größeres öffentliches Bewußtsein im Hinblick auf ihre speziellen Bedingungen und auf allgemeine Gesundheitsbedürfnisse zu schaffen. Sich treuhänderisch zu betätigen, ist für viele Gruppen sehr wichtig.

Bezüglich der Professionellen stellt sich die Situation etwas komplex dar. Während einige Professionelle Selbsthilfegruppen fälschlicherweise als Ersatz für ihre Versorgung ansehen, denken andere entgegengesetzt. Insgesamt scheint es aber bei Professionellen eine zunehmend positive Einstellung gegenüber Selbsthilfe zu geben. Die Erfahrung zeigt, daß durch die Teilnahme an solchen Gruppen die Professionellen häufig eine ganze Menge über die Probleme und Sichtweisen von Patienten lernen. Sie realisieren, daß Selbsthilfe ein nützliches Mittel zur Lösung von Problemen ist und keine Bedrohung für sie selbst darstellt.

Selbsthilfegruppen bewirken in einem speziellen Bereich etwas: sie mobilisieren neue Ressourcen für die Bereitstellung gesundheitlicher Versorgungsleistungen. Innerhalb der Gruppen entsteht eine neue Art von "Freiwilligen", die anderen mit bestimmten Krankheiten bzw.

Krankheitszuständen Unterstützung gewähren. Indem sie sich deutlich auf einen Sachverhalt konzentrieren, werden strikte professionelle und institutionelle Grenzen innerhalb der Gruppen ignoriert. Betrachtet man die langfristigen Wirkungen von Selbsthilfegruppen auf die Gesellschaft insgesamt, sind diese nicht mehr deutlich erkennbar. Es würde auch zunehmend schwieriger, diese nachzuzeichnen, da ein langer Zeitraum nötig wäre und kultureller Wandel sich in jedem Fall sehr subtil vollzieht. Die Wirkungen von Selbsthilfegruppen auf weitergehende Einstellungen zur Gesundheit sind zwar in ähnlicher Weise interessant, jedoch sehr schwer festzustellen. Außerdem werden sie von Land zu Land zweifellos unterschied-

lich sein - in Abhängigkeit des speziellen gesundheitlichen Versorgungssystems und der lokalen kulturellen Normen.

Forschungsfragen

Auf der Tagesordnung des Workshops standen auch solche Sachverhalte wie die Arbeitsweise von Selbsthilfegruppen, unterschiedliche Partizipation innerhalb der Gruppen, die Inzidenz von Selbsthilfegruppen und ihre differenzierte Mitgliedschaft, die Unterstützung von Selbsthilfegruppen durch sog. Clearing Houses, nationale Organisationen und Professionelle sowie zukünftige Forschungsfragen. Diese schließen die Notwendigkeit ein, Fragen nach folgenden Kernpunkten zu stellen:

- Qualität der Dienstleistungen, die von den Selbsthilfegruppen angeboten werden;
- welche Kategorien chronisch Kranker werden von Selbsthilfegruppen am besten bedient und, umgekehrt, welche Kategorien, für die Gruppen unangemessen sein können;
- die Wirkung von Selbsthilfegruppen auf die professionellen Mediziner und die von ihnen angebotenen Dienste, wie auch umgekehrt;
- Anzahl und Art der Personen, die Gruppen beitreten und sich aktiv beteiligen, jene, die inaktive Mitglieder werden und jene, die überhaupt nicht beitreten;
- die ökonomische Wirkung und Bedeutung von Selbsthilfegruppen (gesehen als Teil einer ökonomischen Evaluation des Laiensystems im Gesundheitsbereich);
- das Ausmaß, bis zu dem unterschiedliche Wirkungen das Resultat politischer und sozialer Faktoren sind, die einem bestimmten Umfeld inhärent sind;
- die Umstände, die Selbsthilfegruppen dazu befähigen, erfolgreiche Interessenvertretungsgruppen zu werden.

Einige Probleme, aber dennoch ein großes Potential

Die Schlußfolgerungen des Workshops waren, ganz allgemein gesehen, positiv, aber auch zurückhaltend. Selbsthilfegruppen bieten ihren Mitgliedern eine ganze Menge und können auch vorteilhafte Auswirkungen auf die Gesellschaft haben, innerhalb der sie arbeiten. Sie stellen einen wichtigen

Beitrag zur Förderung der individuellen gesundheitlichen Versorgung dar und tragen in Diskussionen eine erfrischende "Laien"-Sichtweise bezüglich der Patientenversorgung vor. Selbsthilfegruppen können auch als effektive Einrichtung angesehen werden, zumal sie gleichzeitig eine ganze Reihe unterschiedlicher Funktionen erfüllen. Sie stellen dar und ermutigen eine weitere Perspektive auf Gesundheit als soziales Konzept.

Allerdings funktionieren Selbsthilfegruppen nicht problemlos und es wäre unangemessen, zu hohe Erwartungen an sie zu stellen. Es gibt sie nicht überall weder bezüglich aller Krankheiten noch im Hinblick auf jedes Land oder jede Region. Nicht jeder findet sie in jedem Fall eine angemessene Lösung für sein spezielles Bedürfnis nach Fürsorge. Sie sollten als wichtige Ergänzung zu bestehenden Gesundheits- und Sozialversorgungssystemen und nicht als deren Ersatz gesehen werden. Ihr Beitrag sollte anerkannt, nicht aber übertrieben werden. Es bleibt immer noch eine Reihe unbeantworteter Fragen über die Bedeutung von Selbsthilfegruppen für diejenigen, die in ihnen tätig sind, und diejenigen, die das nicht sind. Es ist notwendig zu akzeptieren, daß Selbsthilfe keine universelle Lösung ist, und daß viele Menschen - auch bei ausreichendem Wissen und entsprechender Kompetenz - nicht an solchen Gruppen teilnehmen wollen.

Eines der Kernelemente der Selbsthilfe ist ihr ganzheitlicher Ansatz im Hinblick auf den Einzelnen und seine Probleme. Eine Person wird nicht allein als jemand mit einer speziellen Krankheit, die Behandlung benötigt, angesehen, sondern als Individuum, das eine ganze Bandbreite unterschiedlicher Arten von Fürsorge und Aufmerksamkeit benötigt. Dieser Ansatz gilt nicht nur im Kontext von Selbsthilfe, aber er wird hier besonders deutlich. Aus diesem Ansatz lassen sich eine Menge Lektionen lernen.

Die Entwicklung von Selbsthilfegruppe stellt für diejenigen, die sich mit öffentlicher Politik beschäftigen, eine Art Rätsel dar. Auf der einen Seite kann man sie ausschließlich als private Einrichtungen betrachten: eine Gruppe von Menschen, die ihr gemeinsames Zusammensein sympathisch finden und daraus gewisse Vorteile ziehen (wie bei Freundes- oder Sportgruppen). Auf der anderen Seite kann man sie als Gruppen mit zusätzlicher öffentlicher Funktion sehen: ein Beitrag zum Gesundheitszustand der Bevölkerung (wie bei Programmen zur Gesundheits-erziehung). Betrachtet man sie als privat,

sind sie hauptsächlich eine Angelegenheit der Personen, die ihnen angehören. Betrachtet man sie als öffentlich, werden sie demgegenüber eine Angelegenheit der Sozialpolitik. Die zunehmende Aufmerksamkeit, die den Gruppen von nationalen Regierungen wie auch der WHO geschenkt wird, legt nahe, daß die weitere soziale Interpretation stärker durchschlägt.

Die Zukunft der Selbsthilfe: Ein Wandel zur Gesundheitsförderung?

In welcher Weise werden sich Selbsthilfegruppen in fünf bis zehn Jahren von heute unterscheiden?

Das Lesen aus der Kristallkugel ist eine sehr gefährliche Aktivität; sichere Vorhersagen werden allzu oft von unvorhersehbaren Entwicklungen über den Haufen geschmissen. Im Zusammenhang mit Selbsthilfe ist es jedoch sehr wahrscheinlich, daß die Gruppen im Laufe der nächsten zehn Jahre in etwa gleich aussehen werden. Neue Gruppen werden entstehen und einige, bereits bestehenden werden stärker. Einige Gruppen werden vielleicht verschwinden. Das war immer so. Mit der zunehmenden Anzahl von Clearing Houses und der Unterstützung von Professionellen wird das Phänomen Selbsthilfe immer sicherer werden. Es wird aber auch neue Arten von Gruppen geben, wie sich bereits jetzt abzeichnet. Dabei handelt es sich um nicht krankheitsspezifische Gruppen für Gesundheitsförderung. Angesichts des überall zu beobachtenden, gestiegenen Interesses, die Rolle von Laien bei der Gesundheitsversorgung zu erweitern, und aufgrund des zunehmenden Wunsches, mehr über Gesundheit im weitesten Sinne zu lernen, werden solche Gruppen zukünftig wahrscheinlich sehr aufblühen. In verschiedenen Ländern besteht bereits eine ganze Reihe von ihnen, die sich auf alle Aspekte der Patientenversorgung und -beteiligung konzentrieren. Sie widerspiegeln und fördern gleichzeitig einen wichtigen, ganzheitlichen Gesundheitsansatz. Die Selbsthilfegruppen können diese Entwicklung, wenn sie miteinander ins Gespräch kommen und voneinander lernen, weiter vorantreiben. Aus Koalitionen, die auf der Suche nach einer gemeinsamen Sache sind, werden wahrscheinlich eine Reihe von gesundheitsbezogenen Fragestellungen formuliert werden.

Die Wirkungen solcher Gruppen, in Verbindung mit jenen, die es bereits länger gibt, verdienen große

Aufmerksamkeit. Sie können auch für jene, die an ihnen teilnehmen und ihre Fähigkeiten freisetzen und erweitern, um ihre und die Gesundheit anderer zu fördern, positive Auswirkungen haben. Vielleicht noch bedeutsamer wird sein, daß sie die Bereitstellung von Dienstleistungen im weiteren Sinne beeinflussen und das Gesundheitswesen in Richtung auf Gesundheitsförderung umorientieren. Gesundheitsthemen können durch sie ins Zentrum öffentlicher Politik gerückt

werden, indem sie aus der eher restriktiven Domäne der medizinischen Profession herausgelöst werden. Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß die Zeit für eine Wiederbelebung grundsätzlicher Prinzipien gekommen ist. Die Rolle von Laien bei der Bewältigung chronischer Krankheiten und die Rolle von Laiengruppen - Selbsthilfegruppen - in dieser Hinsicht sollten verstärkt und gefördert werden.

DIE AUSWIRKUNGEN VON KONTAKTEN ZWISCHEN KREBSPATIENTEN AUF IHRE PSYCHOSOZIALEN PROBLEME

H.W. van den Borne, J.F.A. Pruyn & W.J.A. van den Heuvel

In diesem Beitrag werden zusammenfassend Ergebnisse einer Studie über Auswirkungen von Patient-zu-Patient-Unterstützung auf die psychosozialen Probleme von Krebspatienten dargestellt. Die Daten wurden zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten bei einem Sample von Lymph- und Brustkrebspatienten im Rahmen eines quasi-experimentellen, nicht-äquivalenten Kontrollgruppendesigns gewonnen. Die Vertreter von Selbsthilfe behaupten, daß Kontakte zwischen Krebspatienten zu einem Rückgang von psychosozialen Problemen führen werden. Kritiker sind demgegenüber überzeugt, daß solche Kontakte Unsicherheit und Angst steigern und zu einem Rückgang des Selbstwertgefühls führen - z.B. dann, wenn ein Mitpatient stirbt. In dieser Studie wurden die Auswirkungen von Kontakten zwischen Patienten in einer Längsschnitt- und quasi-experimentellen, nicht-äquivalenten Kontrollgruppenstudie untersucht. Hypothesen der "social comparison" Theorie wurden getestet. Diese Hypothesen beziehen sich auf den Einfluß von Kontakten zwischen Krebspatienten auf ihre psychosozialen Probleme wie Unsicherheit, negative Gefühle, Kontrollverlust und Selbstwertgefühl.

Während einer dreiwöchigen Periode baten 22 Fachmediziner in 15 medizinischen Zentren der Niederlande alle Brust- und Lymphkrebspatienten, die zur Behandlung oder zu Kontrolluntersuchungen erschienen, an der Studie mitzuwirken. Darüber hinaus wurden auch alle Patienten um Mitwirkung gebeten, die Mitglieder der nationalen Kontaktgruppe für Hodgkin-Patienten waren. Während der ersten Messung, die im Februar und März 1982 durchgeführt wurde, wurden 216 Hodgkin-Patienten und 282 Brustkrebspatienten interviewt. Dem Interview folgte ein schriftlicher Fragebogen, der während derselben Woche ausgefüllt werden sollte und durch den eine Reihe von Persönlichkeitsmerkmalen gemessen wurde. 18 Monate später, im Juli und August 1983 wurde eine zweite Messung bei insgesamt 369 Patienten durchgeführt.

Die Interviews dauerten bei beiden Messungen etwa 2 Stunden und wurden beim Patienten zu Hause durchgeführt. Die Patienten wurden von weiblichen Interviewern befragt - 40 Frauen mittleren

Alters, die ein spezielles Training erhalten hatten.

Ergebnisse

In dieser Studie wurde "Kontakt mit Mitpatienten" definiert als eine Form persönlichen Kontakts, den ein Patient mit einem oder mehreren anderen Patienten oder Expatienten gleicher Krankheit hat. In diesem Kontext werden Probleme oder Erfahrungen bezüglich der Krankheit besprochen. Der Kontakt kann "face-to-face" oder per Telefon, durch Korrespondenz oder durch Gruppentreffen auf regionaler oder nationaler Ebene erfolgen.

Wir erwarteten, daß soziale Kontakte zu Mitpatienten unter gewissen Umständen Unsicherheit und negative Gefühle reduzieren, Kontrollgefühle verstärken und Selbstwertgefühle verbessern würden. Bei Patienten, die zu wenig Informationen vom Arzt erhalten hatten, sollten die Kontakte zu einer Reduzierung von Unsicherheit führen. Unsere Analysen zeigen, daß Kontakte zu Mitpatienten auf komplexe Weise mit der Unsicherheit der Patienten in Beziehung stehen. Wenn die Patienten der Meinung waren, daß sie vom Arzt relevante Informationen erhalten hatten, schienen die Kontakte zu Mitpatienten Zweifel an den Möglichkeiten von Hilfe und positiven Lösungen zu reduzieren. Bei Brustkrebspatienten, die von ihrem Facharzt keine relevanten Informationen erhielten, führten die Kontakte zu Mitpatienten zu einem Abbau von Unsicherheit. Bei Hodgkin-Patienten führten demgegenüber kurze Kontakte zu einer Zunahme von Unsicherheit in den Fällen, in denen die vom Arzt erhaltenen Informationen als zu dürftig angesehen wurden (Borne & Pruyn 1985). Dieser unterschiedliche Einfluß von Kontakten zu Mitpatienten auf Unsicherheit bei Hodgkin- und Brustkrebspatienten (falls die vom Arzt erhaltenen Informationen als nicht bedeutungsvoll angesehen wurden) kann von den unterschiedlichen Krebsarten und von der möglichen Funktion der Kontakte als Validierung von Informationen aus bestimmten Quellen (z.B. dem Facharzt)

herrühren. In unserer Studie zeigte sich, daß Patienten viele Informationsquellen benutzen, um die Tatsachen zu überprüfen. Wenn sowohl Lymph- als auch Brustkrebspatienten die vom Arzt erhaltenen Informationen als relevant einschätzten, trugen die Kontakte zu Mitpatienten immer noch dazu bei, Unsicherheit zu reduzieren - dies wahrscheinlich als Ergebnis der Validierung. Die Unterschiede zwischen Brustkrebs- und Hodgkin-Patienten, die ohne relevante Informationen vom Arzt alleingelassen wurden, können aus der Natur ihrer Krankheit erklärt werden. Brustkrebs kann eine Reihe Fragen aufwerfen (Unsicherheit), auf die vorzugsweise Mitpatienten leicht eine Antwort geben können, z.B. bei Fragen über Brustprothesen und bei Problemen mit ihnen. Die nationale Organisation für Brustkrebspatienten in den Niederlanden (LCBB) erweist diesen Fragen besondere Aufmerksamkeit. Die Hodgkinsche Krankheit kann von den Patienten weniger leicht lokalisiert werden und scheint mehr Fragen zu provozieren, die von einem Mitpatienten nicht beantwortet werden können. Es ist deshalb nicht überraschend, daß Patienten, die die vom Arzt erhaltenen Informationen als nicht relevant ansahen, insbesondere durch eine eingeschränkte und kurze Konfrontation mit Mitpatienten ein größeres Bedürfnis nach Informationen entwickelten.

Dennoch hilft der Kontakt zu Mitpatienten, Unsicherheit bei Patienten zu reduzieren, die der Auffassung sind, von ihrem Arzt keine relevanten Informationen erhalten zu haben. Änderungen bezüglich der Unsicherheit scheinen schließlich auch durch die Tatsache bestimmt zu sein, ob die Patienten Behandlungen erhalten haben. Die Unsicherheit steigt, wenn der Patient erneute Behandlungen benötigt.

Regelmäßige Kontakte zu Mitpatienten führten zu einem Abbau von negativen Gefühlen, aber nur bei Patienten, die (noch) in Behandlung waren. Der Abbau negativer Gefühle scheint nicht - wie erwartet - mit dem Umfang innerfamiliärer Diskussionen über die durch die Krankheit verursachten Probleme in Beziehung zu stehen. Bei Patienten, die behandelt werden, scheint der Kontakt zu Mitpatienten an sich zu seinem Abbau negativer Gefühle beizutragen; er scheint deshalb nicht als Kompensation für den Mangel an bzw. die ungenügende Unterstützung der primären Umgebung zu fungieren. Der Kontakt zu Mitpatienten hat keinen Einfluß auf negative Gefühle bei den Patienten, die während der letzten 18 Monate nicht in Behandlung waren. Als

Erklärung hierfür kann angesehen werden, daß der Kontakt zu Mitpatienten nur dann wirksam ist, wenn man negative Gefühle hat. Dies trifft insbesondere für Patienten zu, die sich einer erneuten Behandlung unterziehen müssen. Die Ergebnisse hinsichtlich der Auswirkungen von Kontakten zu Mitpatienten stimmt zum Teil mit den Ergebnissen von Spiegel et al. (1981) überein, die herausfanden, daß eine Selbsthilfegruppe (von einem Freiwilligen/(Ex-)Patienten sowie einem Psychiater oder Sozialarbeiter geleitet) zu einem Abbau von Unsicherheit, allgemeiner Müdigkeit, Verwirrung und Ängsten führt. Diese Wirkungen entstanden nach nur etwa einem Jahr von Kontakten zu Mitpatienten. Dieses Ergebnis stimmt auch mit unseren überein.

Unsere Analyse zeigte, daß Kontakt zu Mitpatienten nicht in Beziehung steht zu Veränderungen bei Kontrollgefühlen. Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl wurden nur bei Patienten gefunden, die (wieder-)behandelt wurden. Bei diesen Patienten führte der Kontakt zu Mitpatienten insbesondere zu einem Anstieg des Selbstwertgefühls. Diese Ergebnisse bedeuten eine Bestätigung der "Selbst-Erhöpfung"-Funktion (self-enhancement) von sozialen Vergleichen (Hakmiller 1966; Singer 1966; Thornton & Arrowood 1966; Gruder 1977). Allerdings stimmen sie mit drei anderen Studien über die Auswirkungen von Selbsthilfegruppen auf Krebspatienten nicht überein (Spiegel et al. 1981; Stecchi 1979; Jacobs et al. 1983). In diesen Studien wurden kein Einfluß auf das Selbstwertgefühl festgestellt (Borne et al. 1986).

Empfehlungen für Maßnahmen

Auf der Datengrundlage unserer Studien können für die medizinischen Teams und die Gesundheitserzieher in der Versorgung und Nachsorge von Krebspatienten folgende Empfehlungen gegeben werden:

1. Kontakte von Patienten zu Mitpatienten sollten erleichtert werden. Unter anderem kann dies erfolgen durch:
 - Abbau von Kontakthindernissen (z.B. Bereitstellung von Informationen für Patienten und ihre Angehörigen über Kontaktmöglichkeiten zu Mitpatienten und über die Bedeutung, die diese Kontakte haben können);
 - organisatorische und materielle Unterstützung für Organisationen von (Ex-)Patienten und Freiwilligen;
 - Aufnahme des Themas "Kontakt zu

Mitpatienten" als wichtiger Bestandteil der Aus- und Weiterbildung des medizinischen Personals; und
- strukturelle Integration der Hilfsmöglichkeiten von (Ex-)Patienten in den Versorgungs- und Nachsorgeprozeß (z.B. Angebot an alle Patienten, Kontakt zu Mitpatienten zu haben).

2. Die wichtigste Informationsquelle über eine Krankheit und ihre Behandlung ist der Facharzt. Wenn die vom Arzt erhaltenen Informationen als positiv eingeschätzt werden, wird Unsicherheit abgebaut. Kontakte zu Mitpatienten scheinen auch eine Reihe negativer Gefühle zu reduzieren

und das Selbstwertgefühl zu steigern. Unsere Daten stützen eine enge Zusammenarbeit zwischen (Ex-)Patienten/ Freiwilligen und Fachärzten bei der Versorgung und Nachsorge von Krebspatienten. Diese Empfehlung wird durch die Tatsache gestützt, daß Kontakte zu Mitpatienten in dem Fall zu einem weiteren Abbau von Unsicherheit führen, in dem Patienten meinen, daß sie von ihrem Facharzt relevante Informationen erhalten haben; und durch die Tatsache, daß Kontakte zu Mitpatienten besonders wirksam (bezüglich negativer Gefühle und Selbstwertgefühl) während der Zeit der medizinischen Behandlung sind.

EINE STUDIE ÜBER DIE LEBENSQUALITÄT VON KREBSPATIENTEN.

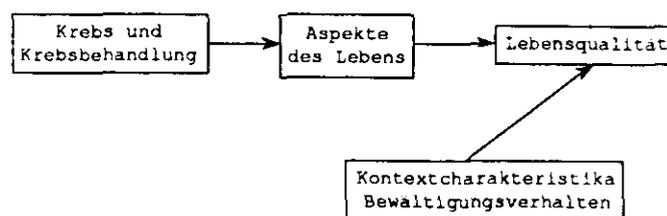
Hanneke de Haes⁽¹⁾

Die Notwendigkeit, das Thema Lebensqualität in die klinische Forschung mitaufzunehmen, ist in den vergangenen Jahren besonders betont worden. Lebensqualität hat vor allem in der Onkologie erhöhte Aufmerksamkeit erhalten, weil dort die Wirkungen medizinischer Behandlung auf das Überleben oft ungewiß und die Nebenwirkungen beträchtlich sind. Als wir Unterschiede in der Lebensqualität von Krebspatienten, Patienten eines Allgemeinarztes und eines Samples aus der Gesamtbevölkerung untersuchten, waren wir erstaunt, daß die Unterschiede geringer als erwartet sind. Vergleichbare Ergebnisse finden sich in der wissenschaftlichen Literatur. Aus deskriptiven Studien scheint hervorzugehen, daß die Lebensqualität in bestimmten Bereichen aufgrund der Krebsbehandlung beeinträchtigt ist. Demgegenüber sind Studien, in denen zwei oder mehr Gruppen von Krebspatienten verglichen wurden, nicht konsistent. Die These, daß die Lebensqualität von Patienten durch bestimmte Behandlungsmethoden negativer beeinträchtigt wird als durch andere, wird zwar von einigen Studien bestätigt, andere wiederum weisen sie zurück. Sogar die Annahme, daß die Lebensqualität von Krebspatienten schlechter als die der Normalbevölkerung ist, konnte bisher nicht erhärtet werden (de Haes & van Knippenberg 1985; de Haes & Welvaart 1985; de Haes et al. 1986, 1987 a, 1987 b). Für diese Sachverhalte gibt es mehrere Erklärungen:

1. die Definition und Operationalisierung des Konzepts "Lebensqualität" variiert von Studie zu Studie ganz erheblich;
 2. die Untersuchungsinstrumente sind nicht in jedem Fall valide, die Untersuchungspopulation ist zu klein und die Auswirkungen intervenierender Variablen wurden nicht kontrolliert;
 3. psychologische Mechanismen, Bewältigungs- und Anpassungsprozesse können für einen gewissen Teil für das Ausbleiben der Unterschiede verantwortlich sein.
- Aufgrund dieser Überlegungen wurde eine weitere Untersuchung über Faktoren, die

die Lebensqualität von Krebspatienten erklären, geplant. Lebensqualität wird dabei als subjektives Datum angesehen, in das die Bewertung aller Facetten des Lebens eines Menschen eingeht. Auf der Grundlage der wissenschaftlichen Literatur über Lebensqualität der Bevölkerung insgesamt nehmen wir an, daß diese Bewertung darauf gründet, ob und wie die einzelnen Facetten funktionieren. Lebensqualität ist darüber hinaus in Bezug zu setzen zu Kontextcharakteristika einer Person (wie z.B. soziodemographische Bedingungen, soziale Lage, Persönlichkeitsstruktur) und zu ihrem Bewältigungsverhalten (vgl. Abbildung 1).

ABBILDUNG 1



Die Krebsdiagnose und intensive medizinische Behandlung (Chemotherapie) werden als Krise im Leben eines Patienten begriffen. Entsprechend der Krisentheorie von Caplan (1964), löst sich in Krisensituationen das gewöhnlich homöostatische Muster auf, weil der Problemreiz größer ist und die üblichen Problemlösungsstrategien im gewohnten Zeitrahmen nicht mehr greifen. Wir nehmen deshalb an, daß in Krisenzeiten die Lebensqualität von Krebspatienten als Ergebnis der Wirkungen, die der Krebs auf bestimmte Aspekte des Lebens hat, und auch aufgrund der mangelnden Kontextcharakteristika und des Bewältigungsverhaltens geringer ist. Nachdem bestimmte Anpassungsprozesse geleistet wurden, kann die frühere Lebensqualität wieder zurückgewonnen werden.

Auf der Grundlage der Ergebnisse unserer gegenwärtigen Studie hoffen wir mehr Erkenntnisse bezüglich a) der Aspekte des Krebses und der Krebsbehandlung zu erhalten, die für die Lebensqualität des Patienten von Bedeutung sind, und b) der Mechanismen, die die Lebensqualität von Krebspatienten erklären.

Die in diesem Beitrag enthaltenen Forschungsergebnisse werden von der Autorin im September mit einer neuen Darstellung auf den letzten Stand gebracht.

EINIGE PRIORITÄTEN

Schritte zur Verbesserung der Behandlungseinrichtungen und der verstärkten Nutzung des bei Laien vorhandenen Potentials sollten auf zuverlässigen empirischen Daten beruhen. Dementsprechend ergibt sich die Notwendigkeit zur:

- Durchführung epidemiologischer Untersuchungen (sowohl sorgfältiger Einzelfallstudien als auch von Gruppenuntersuchungen) über die Ursache und den Ausgang entsprechender Krankheitsprozesse mit dem Ziel der a) Bestimmung von Indikatoren des Chronischwerdens von Schmerzzuständen und b) der Ausweitung unserer Kenntnisse über die Rolle des Patienten, der Familie und des sozialen Unterstützungssystems bei der Bewältigung chronischer Schmerzen;
- Förderung von Studien über interkulturelle und historische Aspekte der Schmerzwahrnehmung und der Einstellung zu Schmerzen;
- Sammlung von Informationen über die Vielzahl der Bestimmungsgrößen des Schmerzerlebnisses zur Vertiefung der psychosozio-biologischen Betrachtung des Problems.

Die komplexen Probleme der Gesundheitsförderung im Zusammenhang mit Krebs erfordern Grundlagen- und angewandte Forschung in vielen Bereichen. Besondere Anstrengungen müssen unternommen werden in Bezug zu:

- der Untersuchung der ethischen Aspekte der Informationsvermittlung und der Veränderungsunwilligkeit von Institutionen, um Modelle zu entwickeln, die deutlich machen, a) was ein Patient wissen sollte und b) wie ein psychosoziales Krebszentrum organisiert sein sollte;
- der Erstellung eines Verzeichnisses von Gesundheitsförderungsprogrammen verschiedener Länder und der Beurteilung ihrer Wirksamkeit;
- der klinischen und praktischen Untersuchung und Erforschung intensiver Gesundheitsförderungsprogramme auf lokaler und internationaler Ebene;
- der gemeinsam mit den Patienten betriebenen Durchführung von Untersuchungen über die Erfahrungen mit der Therapie und ihrem Ergebnis (in geistiger, spiritueller und physischer Hinsicht) aus der Sicht des Patienten.

Gesundheitsförderung für koronare Herzpatienten macht es erforderlich, daß Schritte unternommen werden zur

- Förderung innovativer Gesundheitsförderungsmodelle für Koronarpatienten sowie kontrollierter Studien zur Beurteilung und zum Vergleich dieser Modelle sowie zur Klärung der Frage, in welchem Maße dabei die Problembereiche der vorherrschenden medizinischen Praxis umgangen werden, d.h. eine allzu starke Betonung der Krankheit zu Lasten des Patienten, geringer Nachdruck auf Gesundheitsförderung, schlechte Integration der psychologischen und soziologischen Konzepte in die medizinische Versorgung.

In allen Bereichen chronischer Krankheiten ist für die Forschung ein breiterer Ansatz erforderlich. Interdisziplinäre Forschung über die Beiträge unterschiedlicher Ansätze der Gesundheitsförderung muß ermutigt werden.

SCHWERPUNKTE IN DER ZUKUNFT

Gesundheitsdienste sollten darauf ausgerichtet werden,

- die Unterstützung der Öffentlichkeit durch Fachleute auf dem Wege über die Anbahnung von Selbsthilfe- und Selbstversorgungsaktivitäten, die Vermittlung von Fachkenntnissen und bedarfsgerechten Fertigkeiten und die Errichtung zugänglicher und geeigneter fachlich qualifizierter Unterstützungssysteme für Familien und Selbsthilfegruppen zu verstärken;

- die Patienten dazu anzuhalten, sich an dem Entscheidungsprozeß über ihre Versorgung in vollem Umfang zu beteiligen;

- ein stärkeres Engagement der Allgemeinheit und der Arbeitgeber auf dem Gebiet der Gesundheitsversorgung zu fördern, um die Rehabilitation der Patienten und ihre Wiedereingliederung in die Gesellschaft zu erleichtern;

- neue Ansätze, wie z.B. Gesundheitszentren für einen bestimmten geographischen Bereich, familienorientierte Gruppentherapie in solchen Zentren und eine ambulante Versorgung zu untersuchen, deren Struktur einen Krankenhausaufenthalt vielfach überflüssig macht und

- zur Schaffung eines Unterstützung bietenden Umfelds und zur Stärkung der gemeindenahen Aktivitäten beizutragen, um die Gesundheit chronisch Kranker zu fördern.

Die Beiträge in diesem Abschnitt reflektieren deutlich das drückende Bedürfnis, Schritte zur Reorientierung der Ausbildung, zur Initiierung und Unterstützung von innovativen Projekten in der Gesundheitsversorgung und zur Forschungsförderung zu unternehmen.

TEIL III

AUFRUF ZUM HANDELN

ERKLÄRUNG DER TEILNEHMER

Gesundheit als wesentliches Element persönlicher und sozialer Lebensqualität kann in jeder Phase des Lebens gefördert werden. Das gilt ebenso für Gesunde wie für chronisch Kranke, ihre Angehörigen und ihre Helfer.

Gesundheitsförderung unterstützt lebenslange Entwicklung und das Wachstum des ganzen Menschen. Seine bestmögliche Teilnahme am sozialen Leben ist dabei ebenso wichtig wie sein körperliches und psychisches Wohlbefinden. Wer mit einer chronischen Krankheit lebt, darf nicht stigmatisiert und sozial benachteiligt werden. Dabei ist es ein wesentliches Ziel, auch für den Einzelnen in der Gemeinschaft Bedingungen zu schaffen, in denen er sich und seine Lebensvorstellungen verwirklichen kann.

Für Menschen, die mit einer chronischen Krankheit leben sowie für ihre Familien und Helfer ist Gesundheitsförderung der Prozeß, vorhandene Heilungs- und Gesundheitskräfte zu entfalten und zu unterstützen. Sie trägt dazu bei, den Betroffenen neues Erleben und Handeln zu ermöglichen, Hoffnung zu stärken, Ängste zu mindern und ein sinnvolles Leben zu führen. Sie will die Betroffenen befähigen, Krankheitsfolgen zu bewältigen und sich nicht von ihrer Krankheit beherrschen zu lassen.

Gesundheitsförderung hilft dem Einzelnen durch unterschiedliche Methoden, chronische Krankheiten zu bewältigen. Sie trägt dazu bei, solche Krankheiten zu vermeiden und verbessert die Gesundheit chronisch Kranker. Gesundheitsförderung, wie sie in der Ottawa-Charta 1986 formuliert ist, bietet die Chance zu neuem gesundheitsorientiertem Handeln aller. Die Ottawa-Charta drängt auf die Überprüfung vorhandener sowie auf die Entwicklung und Umsetzung neuer Denkweisen und Handlungsmuster.

Gesundheitsförderung bei chronischen Krankheiten erfordert gemeinsames Handeln von Betroffenen und Experten verschiedener Disziplinen. Nur durch ständigen Austausch von Erfahrungen und Wissen, wie er auf dem Symposium in Bad Honnef im Juni 1987 begonnen wurde, lassen sich erfolgversprechende Lösungsmöglichkeiten für den Umgang mit chronischen Krankheiten finden. Angesichts der wachsenden Zahl von Menschen mit chronischen Krankheiten in allen Altersgruppen, besonders jedoch im Hinblick auf das zuzunehmende Durchschnittsalter, ist gemeinsames Handeln dringend erforderlich.

Das Internationale Symposium in Bad Honnef war ein erster ermutigender Schritt zu interdisziplinären, Experten und Laien verbindenden Bemühungen um ein neues Verständnis und verändertes Handeln bei chronischen Krankheiten. Es machte deutlich, daß schon eine große Anzahl von Erfahrungen, Kenntnissen und praktischen Lösungsansätzen vorhanden ist. Erfahrungen mit der praktischen

Umsetzung vorhandener gesundheitsfördernder Methoden müssen den Betroffenen und Experten, aber auch der breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden. Neue Programme und politische Initiativen sollten gleichermaßen die Bewältigung der Krankheit wie auch die Förderung der Gesundheit berücksichtigen.

Interdisziplinäre Erforschung verschiedener Beiträge zur Gesundheitsförderung, einschließlich biomedizinischer und ganzheitlich orientierter Methoden, ist bevorzugt durchzuführen. In diesem Zusammenhang besteht eine dringende Notwendigkeit, die gemeinsamen Probleme, Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen und ihrer Angehörigen besser zu erkennen und verstärkt zu respektieren. Die Teilnehmer des Bad Honnefer Symposiums fordern sowohl die politisch und beruflich Verantwortlichen als auch die Betroffenen auf, sich den aufgeworfenen Fragen zu stellen, Lösungsansätze weiterzuentwickeln und in die Praxis umzusetzen. Sie sollen dafür sorgen, daß die notwendigen personellen und finanziellen Mittel zur Verfügung gestellt werden.

Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt; dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, daß man sich um sich selbst und für andere sorgt, daß man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, daß die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.

AUF DEM WEG IN DIE ZUKUNFT

Für einander Sorge zu tragen,
Ganzheitlichkeit und ökologisches
Denken sind Kernelemente bei der
Entwicklung von Strategien zur
Gesundheitsförderung. Alle
Beteiligten sollten als ein
Leitprinzip anerkennen, daß in jeder
Phase der Planung, Umsetzung und
Auswertung von gesundheitsfördernden
Handlungen Frauen und Männer
gleichberechtigte Partner sind.

Ottawa-Charta

LITERATURVERZEICHNIS

Aaronson, N.K. & Beckmann, J. (eds.) (1987): The quality of life of cancer patients. Raven Press, New York.

Aaronson, N.K., Bullinger, M. & Ahmedzai, S. (1988): A modular approach to quality of life assessment in cancer clinical trials. In: Recent results in cancer research, Vol. 111, pp. 231-249, Springer, Berlin/Heidelberg.

Achterberg, J. & Lawlis, G.F. (1980): Bridges of the bodymind: behavioral approaches to health care. Institute for Personality and Ability Testing, Champaign.

Acker, J.E., MacMorran, P.R., Friedlob, J.W. & Wade, C.C. (1982): Assessing psychological problems from a cardiologist's point of view. *Advanced Cardiology*, 3: 218-222

Ader, R. (1981): Psychoneuroimmunology. Academic Press, New York.

Ader, R. & Cohen, N. (eds.) *Brain, Behavior and Immunity*. Quarterly published journal since 1986, focused on psychoimmunology.

Alexander, G. (1976): *Eutonie*. Kösel, München.

American Cancer Society (1979): Report on the social, economic, and psychological needs of cancer patients. ACS, San Francisco.

Ammar, Y. (1989): Die unverwüstlichen Gesundheitstempel. *bio. Zeitschrift für Mensch und Natur*, 5: 42-43

AnemueLLer, H. (1987): *Das Grunddiät System. Leitfaden der Ernährungstherapie mit Vollwerternährung*. Hippokrates, Stuttgart.

Angst, J. & Dobler-Mikola, A. (1983): Epidemiologische Untersuchungen über Kopfschmerzen bei 20jährigen. In: Barolin, G.S., Kugler, J. & Soyka, D. (eds.), *Kopfschmerz*, pp. 120-131, Enke, Stuttgart.

Antonovsky, A. (1980): *Health, stress, and coping*. Jossey-Bass, San Francisco.

Antonovsky, A. (1987): *Unravelling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. Jossey Bass, San Francisco.

Antonucci, T.C. & Israel, B.A. (1986): Veridicality of social support: a comparison of principle and network members responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54: 432-437

Arbeitsgruppe Ökologie und Gesundheit (1988): *Bio-Produkte oder Bioschwindel?*. Projekt Gesundheitsförderung, unveröff. Manuskript, Göttingen.

Arthritis Foundation (1976): *Arthritis, the basic facts*. The Arthritis Foundation, Atlanta.

Assagioli, R. (1971): *Psychosynthesis*. Viking Press, New York.

Badura, B. (1981): *Krankheitsbedingte Belastungen und Unterstützungen: Das Beispiel Herzinfarkt*. In: Badura, B. (ed.), *Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand epidemiologischer Forschung*, pp. 168-182, Suhrkamp, Frankfurt am Main.

Badura, B. & Lehmann, H. (1981): *Zur Entstehung, Behandlung und Rehabilitation von Herzinfarkt*. In: Badura, B. (ed.), *Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung*, pp. 185-257, Suhrkamp, Frankfurt am Main.

Badura, B. & Lehmann, A. (1987): *Herzinfarkt-rehabilitation in der Bundesrepublik: sozialpolitische Rahmenbedingungen, Thesen und Empfehlungen*. In: Badura, B., Kaufhold, G., Lehmann, H., Pfaff, H., Schott, T. & Waltz M., *Leben mit dem Herzinfarkt - eine sozialepidemiologische Studie*, pp. 321- 333, Springer, Berlin/Heidelberg/New York/London/Paris/Tokyo.

Badura, B. (ed.) (1981): *Soziale Unterstützung und chronische Krankheit*.

Zum Stand epidemiologischer Forschung.
Suhrkamp, Frankfurt am Main.

Badura, B., Kaufhold, G., Lehmann, H., Pfaff, H., Schott, T. & Waltz, M. (1987): Leben mit dem Herzinfarkt. Eine sozialespidemiologische Studie. Springer, Berlin/Heidelberg/New York/London/Paris/Tokyo.

Bailar, C. & Smith, E. (1986): New England Journal of Medicine, 314: 1226-1232

Balitsky, K.P. (1983): The nervous system and anti-tumor protection. (In Russian). Naukova Dumka, Kiev.

Balitsky, K.P. & Shmalko, Y.P. (1987): Stress and metastasizing of malignant tumors. (In Russian). Medical Publishing House, Kiev.

Balitsky, K.P., Shmalko, Y.P. & Pinchuk, V.G. (1986): Stress, cancer: stress modulation of the metastatic process. In: Day, S.B. (ed.), Cancer, stress and death, 2nd edition, pp. 113-132, Plenum Medical, New York.

Baltrush, H.J.F. & Waltz, M. (1985): Cancer from a biobehavioural and social epidemiologic perspective. Social Science and Medicine, 20: 789-794

Baltrush, H.J.F. & Waltz, M. (1986): A life-span and personological model of host-tumor relationships, 2nd edition. In: Day, S.B. (ed.), Cancer, stress and death, pp. 261-283, Plenum Medical, New York.

Baltrush, H.J.F. & Waltz, M. (1987): A theoretical framework for developing measures of quality of life and morale. In: Aaronson, N.K. & Beckmann, J. (eds.), The quality of life of cancer patients, pp. 25-35, Raven Press, New York.

Baltrush, H.J.F. & Waltz, M. (1987): Stress and cancer: a sociobiologic approach to aging, neuroimmunomodulation and host-tumor relationships. In: Humphrey, J.H. (ed.), Human stress: current advances in research. Vol. 2, pp. 112-137, AMS Press, New York.

Baltrush, H.J.F., Seidel, J., Stangel, W. & Waltz, M. (1988): Psychosocial stress, aging and cancer. In: Pierpaoli, W. & Spector, N.H. (eds.), Neuroimmunomodulation. Interventions in aging and cancer. (Annals of the New York Academy of Science, Vol. 521. Proceedings

of the Stromboli Conference on NIM and cancer), pp. 1-15, New York Academy of Science, New York.

Bandura, A. (1985): Catecholamine secretion as a function of perceived self-efficacy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58: 406-414

Bandura, A., O'Leary, A. & Taylor, C.B. (1987): Perceived self-efficacy and pain control: opioid and non-opioid mechanisms. Journal of Personality and Social Psychology, 53: 563-571

Barlow, W. (1981): Die Alexander Technik. Kösel, München.

Baron, R.M. & Kenny, D.A. (1986): The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. Journal of Personality and Social Psychology, 51: 1173-1182

Basler, H.D. (1986): Entspannung und Streßbewältigung - ein Trainingsprogramm für essentielle Hypertoniker. Allgemeinmedizin, 15: 187-193

Basler, H.D. (1987): Das Praxisprogramm "Hypertonie im Gespräch" - Ergebnis sechsjähriger Entwicklung und Forschung. In: Laaser, U. & Strasser, T. (eds.), Nationale Blutdruckkonferenz - Blutdruckkontrolle, Ergebnisse und Erfahrungen, pp. 70-77, PMI-Verlag, Frankfurt am Main.

Basler, H.D., Brinkmeier, U., Buser, K., Haehn, H.D. & Mölders-Kober, R. (1985): Psychological group treatment of obese essential hypertensives by lay therapist in rural general practice settings. Journal of Psychosomatic Research, 20: 383-391

Bateson, G. (1980): Mind and nature. Bantam Books, New York.

Beck, D. (1981): Krankheit als Selbstheilung. Wie körperliche Krankheiten ein Versuch zu seelischer Heilung sein können. Insel, Frankfurt am Main.

Beckmann, J. (1984): Psychological aspects of breast cancer. EORTC Publication, Odense.

Beckmann, J. & Ditlev, G. (1982): In: Proceedings. Third EORTC Workshop on Quality of Life, pp. 128-132, Paris.

Beckmann, J., Ditlev, G. & Johansen, L. (1981): In: Proceedings. Second EORTC Workshop on Quality of Life, pp. 56-66, Copenhagen.

Beckmann, J., Ditlev, G. & Blichert-Toft, M. (1985): In: Beckmann, J., Aaronson, N. & Bernheim, S. (eds.), The quality of life in cancer patients, Raven Press, New York.

Beecher, H.K. (1959): Measurement of subjective responses. Oxford University Press, New York.

Bertalanffy, L.v. (1968): General system theory. Braziller, New York.

Besser-Siegmund, C. (1989): Sanfte Schmerztherapie mit mentalen Methoden. Econ, Düsseldorf/Wien.

Binkowski, H. & Fischer, W.D. (1984): Herz-Kreislauf- Rehabilitation. Stationäre Programme - Bewegungstherapeutische Berufsgruppen. Pharma Schwarz, Monheim.

Blalock, J.E. (1984): The immune system as a sensory organ. Journal of Immunology, 132: 1067-1070

Block, J. (1982): Assimilation, accomodation, and the dynamics of personality development. Child Development, 53: 281-295

Blumberg, B., Flaherty, M. & Lewis, J. (1980): Coping with cancer: a resource for the health professional. National Cancer Institute, Bethesda.

Bonica, J.J. (1953): The management of pain. Lea & Febiger, Philadelphia.

Bonica, J.J. & Black R.G. (1974): The management of pain clinics. In: Swerdlow, M. (ed.), Relief of intractable pain, pp. 116-129, Excerpta Medica, Amsterdam.

Borne, H.W. van den & Pruyn, J.F.A. (1985): Lotgenotencontact bij kanker-patienten. Van Gorcum, Assen/Maastricht.

Borne, H.W. van den, Pruyn, J.F.A. & Dam-de Mey, K. van (1986): Self-help in cancer patients: A review of studies on the effects of contacts between fellow patients. Patient Education and Counseling, 8: 367-385

Borysenko, I. (1987): Minding the body. Mending the mind. Addison-Wesley, Reading.

Borysenko, J. (1982): Higher cortical function and neoplasia: psychoneuroimmunology. In: Levy, S. (ed.), Biological mediators of behavior and disease: neoplasia, pp. 228-241, Elsevier Biomedical, New York.

Bos-Branolte, G. (1987): Psychological problems in survivors of gynecologic cancer. University of Leiden, Dissertation, Leiden.

Boszormenyi-Nagy, I. & Spark, G. (1973): Invisible loyalties. Harper & Row, New York.

Branckaerts, J. & Richardson, A. (1988): Politics and policies on self-help: Notes on the international scene. Health Promotion Journal, 3: 2: 275-282

Bräutigam, W. & Christian, P. (1975): Psychosomatische Medizin. Thieme, Stuttgart.

Bremer Schulte, M.A. (1973): Medehelpers in de geestelijke gezondheidszorg.. University of Amsterdam, Dissertation, Amsterdam.

Bremer Schulte, M.A. (1984): Patients partnership with professionals: the duo approach. Education for Health, 2: 1:32-38

Bremer Schulte, M.A., Cormane, R.H., van Dijk, E. & Wuite, J. (1985): Group therapy of psoriasis. Journal of the American Academy of Dermatology, 12: 1: 61-66

Bremer Schulte, M.A., Pluym, B. & van Schendel, G. (1986): Reintegration with duos: a self-care programme following myocardial infarction. Patient Education and Counselling, 8: 233-244

Bremer Schulte, M.A. & Richardson, A. (1987): Lay and professional interest in self-care; some data. Institute for Self-Care Research, Maastricht.

Bresler, D.E. & Trubo, R. (1979): Free yourself from pain. Simon & Schuster, New York.

Brinkgreve, C., Onland, J.H. & Swaan, A. de (1979): Sociologie van de psychotherapie. Part 1: De opkomst van het psychotherapeutisch bedrijf. Het Spectrum, Utrecht/Antwerpen.

Brown, P. & Fromm, E. (1987): Hypnosis and behavioral medicine. Erlbaum, London.

Bundesarbeitsgemeinschaft für kardiologische Prävention und Rehabilitation e.V. (ed.) (1985): Verzeichnis der Herzgruppen in der Bundesrepublik Deutschland. Pharma Schwarz, Monheim.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (1982): Die Rentenbestände in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten in der Bundesrepublik Deutschland. BMAS, Bonn.

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (ed.) (1985): 10 Jahre AHB: Anschlußheilbehandlung. BfA, Berlin (West).

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (ed.) (1988): Bewußter Leben. Sonderausgabe zur Aktion: Europa gegen den Krebs. BZgA, Köln.

Burish, T.G. & Lyle, J.N. (1981): Effectiveness of relaxation training in reducing adverse reactions to cancer chemotherapy. *Journal of Behavioral Medicine*, 4: 65-78

Burkhard, P. (1988): Hypnotherapeutic control of pain in cancer patients. In: Lobo, A. (ed.), *Psicomatrica y cancer*, pp. 229- 238, Ministry of Health, Madrid.

Buytendijk, F.J.J. (1948): Über den Schmerz. Huber, Bern.

Buytendijk, F.J.J. (1962): Pain: its modes and functions. University of Chicago Press, Chicago.

Cairns, J. (1985): The treatment of diseases and the war against cancer. *Scientific American*, 253: 5: 51-59

Calatin, A. (1988): Zeitkrankheit Nahrungsmittelallergie. Umweltfaktoren und falsche Ernährung. Heyne, München.

Caplan, R.D. (1964): Principles of preventive psychiatry. Basic Books, New York.

Caspi, A., Bolher, N. & Eckenrode, J. (1987): Linking person and context in the daily stress process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52: 184-195

Cassileth, B. (1984): Contemporary unorthodox treatments in cancer: a study of patients, treatments and practitioners. *Annals of Internal Medicine*, 101: 105-112

Cassileth, B.R. & Cassileth, P.A. (eds.) (1982): Clinical care of the terminal cancer patient. Lea & Febiger, Philadelphia.

Cassileth, B.R. & Donovan, J.A. (1983): Hospice: history and implications of the new legislation. *Journal of Psychosocial Oncology*, 1: 59-70

Chang, J.C. (1981): Nausea and vomiting in cancer patients: an expression of psychological mechanisms. *Psychosomatics*, 22: 707-709

Chappell, N. (1985): Perspectives on normal aging and health promotion in Canada. Health and Welfare Canada, Ottawa.

Coates, D. & Wortman, C.B. (1980): Depressive maintenance and interpersonal control. In: Baum, A. & Singer J. (eds.), *Advances in environmental psychology*. Vol. 2, Erlbaum, Hillsdale.

Cobb, S. (1976): Social support as a mediator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38: 300-314

Cohen, F. & Lazarus, R.S. (1979): Coping with the stresses of illness. In: Stone, G., Cohen, F. & Adler, N. (eds.), *Health psychology*, pp. 217-279, Jossey-Bass, San Francisco.

Cohen, M. (1982): Psychosocial morbidity in cancer: a clinical perspective. In: Cohen, J., Cullen, J. & Martin, R. (eds.), *Psychosocial aspects of cancer*, Raven Press, New York.

Cohen, S. & Syme, S.L. (eds.) (1985): Social support and health. Academic Press, New York.

Collins, D.L., Baum, A. & Singer, J.E. (1983): Coping with chronic stress at Three Mile Island: psychological and biochemical evidence. *Health Psychology*, 2: 149-166

Corr, C.A. & Corr, D.M. (eds.) (1983): Hospice care: principles and practice. Springer, New York.

Cotman, C. (ed.) (1978): Neuronal plasticity. Raven Press, New York.

Cox, T. & MacKay, C. (1982): Psychosocial factors and psychophysiological mechanisms in the aetiology and development of cancer. *Social Science and Medicine*, 16: 381-396

- Cunningham, A.J. (1984): Psychotherapy for cancer: a review. *Advances*, 1: 4: 8-14
- D'Zurilla, T.J. & Nezu A. (1982): Social problem solving in adults. In: Kendall, P.C. (ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*. Vol. 1, Academic Press, New York.
- Day, S.B. (ed.) (1986): *Cancer, stress and death*, 2nd edition. Plenum Medical, New York.
- de Haes, J.C.J.M. (1988): The quality of life of cancer patients. (In Dutch). Swets Publishing, Utrecht.
- de Haes, J.C.J.M. & van Knippenberg, F.C.E. (1985): The quality of life of cancer patients: a review of the literature. *Social Science and Medicine*, 8: 809-817
- de Haes, J.C.J.M. & Welvaart, K. (1985): Quality of life after breast cancer surgery. *Journal of Surgical Oncology*, 28: 123-125
- de Haes, J.C.J.M., Pennink, B.J.W. & Welvaart, K. The distinction between affect and cognition. *Social Indicators Research*,
- de Haes, J.C.J.M., Raatgever, J.W., van den Burg, M.E.L., Hamersma, E. & Neyt, J.P. (1987): Evaluation of the quality of life of patients with advanced ovarian cancer treated with combination chemotherapy. In: Aaronson, N. et al. (eds.), *The quality of life of cancer patients*, Raven Press, New York.
- de Haes, J.C.J.M., van Oostrom, M.A. & Welvaart, K. (1986): The effect of radical and conserving surgery on the quality of life of early breast cancer patients. *European Journal of Surgical Oncology*, 12: 337-342
- De Vries, M.J. (1983): Healing and the process of healing: the synthesis of mind and heart in medicine. *Psychosynthesis Yearbook*, Vol. III: 58-73
- Degré-Cousty, C. & Grévisse, M. (1982): Intensive care unit members in front of the patients' reaction related to an acute myocardial infarction. *Advanced Cardiology*, 31: 223-225
- Degwitz, R., Helmchen, H., Kockott, G. & Mambour, W. (ed.) (1980): *Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten*. Deutsche Ausgabe der internationalen Klassifikation der Krankheiten der WHO, ICD, 9. Revision, Kap. V, 5. Auflage. Springer, Berlin/Heidelberg/New York.
- DeLongis, A., Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1988): Hassles, health, and mood: a prospective study with repeated daily assessments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54: 486-495
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (1983): *Ernährung und Krebs*. Wissenschaftliche Verlagsanstalt, Stuttgart.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (1988): *Ernährungsbericht*. DGE, Frankfurt am Main.
- Dilman, V.M. (1983): *Endocrinologic Oncology*. (In Russian). Meditsina, Leningrad.
- Dilman, V.M. & Ostroumova, M. (1984): Hypothalamic, metabolic, and immune mechanisms of the influence of stress on the tumor process. In: Fox, B. & Newberry, B. (eds.), *Impact of psychoendocrine systems in cancer and immunity*, pp. 58-85, Hogrefe, Toronto.
- Dimond, M. (1983): Social adaption of the chronically ill. In: Mechanic, D. (ed.), *Handbook of health, health care and the health professions*, The Free Press, New York.
- Donat, K., Ilker, H.G. & Krasemann, E.O. (1986): *Ergebnisse der Langzeitbehandlung von Koronarkranken mit Einschluß körperlicher Aktivität*. *Herz, Sport, Gesundheit*, 3: 42-44
- Donger, J. van & Sanders-Woudstra, J.A. (1986): Psychosocial aspects of childhood cancer: a review of the literature. *Journal of Childhood Psychology and Psychiatry*, 27: 146-180
- Douwes, F.R. (1986): *Gesundheit - aktives Aufgabenfeld*. Verlag für Medizin, Heidelberg.
- Dransfeld, B. (1986): Rehabilitation nach Herzinfarkt und Herzoperation. In: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (ed.), *10 Jahre AHB: Anschlußheilbehandlung*, pp. 21-24, BfA, Berlin (West).
- Drary, M. (1987): *Gesprächsprotokoll*.

Dunkel-Schetter, C. (1984): Social support and cancer: findings based on patient interviews and their implications. *Journal of Social Issues*, 40: 77-98

Dürkheim, K. (1984): Von der Erfahrung der Transzendenz. Freiburg i.Br..

Dutch National Health Council, Commission on pain (1986): Advies inzake pijnbehandeling. Dutch National Health Council, Den Haag.

Dyk, R. & Sutherland, A. (1956): Adaptation of the spouse and other family members to the colostomy patient. *Cancer*, 9: 123- 138

Eberle, G. (1985): Der Gesundheitspark München. Modell einer gemeindebezogenen Gesundheitssicherung hat sich bewährt. Die Ortskrankenkasse,

Eckenrode, J. (1984): The impact of chronic and acute stressors on daily reports of mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46: 907-918

Elias, N. (1969): Über den Prozeß der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen. Francke, Bern/München.

Endicott, J. (1984): Measurement of depression in patients with cancer. *Cancer*, 53 (Supplement): 2243-2249

Engel, G. (1959): Psychogenic pain and the pain prone patient. *American Journal of Medicine*, 26: 899-918

Engel, G.F. (1977): The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196: 129-136

Engel, G.L. (1980): The clinical application of the biopsychosocial model. *The American Journal of Psychiatry*, 137: 535-544

Engelbart, H.J. & Vrancken, A.M.E. (1984): Chronic pain from the perspective of health: a view based on the system theory. *Social Science and Medicine*, 19: 1383-1392

Epp, J. (1986): Achieving for health for all: a framework for health promotion. *Health and Welfare Canada*, Ottawa.

Fagherhaugh, S. & Strauss, A.L. (1977): The politics of pain management: staff-patient interaction. Addison-Wesley, Menlo Park.

Feldenkrais, M. (1949): Body and mature behaviour. Routledge & Kegan, London.

Feldenkrais, M. (1977): Abenteuer im Dschungel des Gehirns. Insel, Frankfurt am Main.

Feldenkrais, M. (1978): Bewußtheit durch Bewegung. Suhrkamp, Frankfurt am Main.

Feldenkrais, M. (1984): The master moves. Meta Publications,

Feldenkrais, M. (1985): The potent self. Harper & Row, New York.

Feldenkrais, M. (1985): Die Entdeckung des Selbstverständlichen. Insel, Frankfurt am Main.

Feldman, F. (1982): Work and cancer health histories. In: Cohen, J., Cullen, J. & Martin, R. (eds.), *Psychosocial aspects of cancer*, Raven Press, New York.

Ferenczi, S. (1970): Schriften zur Psychoanalyse. Fischer, Frankfurt am Main.

Fischer, K.W. & Pipp, S.L. (1984): Development of the structures of unconscious thought. In: Bowers, K. & Meichenbaum, D. (eds.), *The unconscious reconsidered*, pp. 88-148, Wiley, New York.

Fischer, M. (1985): Schmerzambulanz. Behandlungserfahrungen mit Akupunktur. In: Just, H.O. (ed.), *Die anästhesiologische Poliklinik*, Thieme, Stuttgart.

Fischer, W.D. (1986): Entspannung und Körperwahrnehmung aus der Sicht der Bewegungstherapie. *Krankengymnastik*, 8:

Fischer, W.D. (1986): Bewegungstherapie in der Kur, Gesundheitstraining daheim. Heilbad und Kurort, 12: 430 ff.

Flöter, T. (1985): L-Tryptophan erhöht die Schmerzschwelle. Durch Kombination mit Aminosäure kann die Analgetika-Dosis erheblich reduziert werden. *Ärztliche Praxis*, 21: 826-828

Flöter, T. (1986): Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS). Wirksamkeit der Heimtherapie in Abhängigkeit von der Anwendungshäufigkeit. *Therapiewoche*, 36: 4456-4459

Flöter, T., Jungck, D. & Seemann, H. (1988): Der Schmerz- Anamnesebogen in der Praxis für Schmerztherapie. Therapiewoche, 38: 2248-2253

Foley, K.M. (1979): Pain syndromes in patients with cancer. In: Bonica, J.J. & Ventafridda, V. (eds.), Advances in pain research and therapy. Vol. 2, pp. 59-78, Raven Press, New York.

Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1980): An analysis of coping in a middle-aged community sample. Journal of Health and Social Behavior, 21: 219-239

Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1985): If it changes it must be the process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. Journal of Personality and Social Psychology, 48: 150-170

Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1986): Stress processes and depressive symptomatology. Journal of Abnormal Psychology, 95: 107-113

Folkman, S. & Lazarus, R.S. (in press): Coping and emotion. Presented at a conference on emotion organized by N. Stein & T. Trabasso, University of Chicago, September 1986.

Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R. & DeLongis, A. (1986b): Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. Journal of Personality and Social Psychology, 50: 571-579

Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. & Gruen, R. (1986a): The dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. Journal of Personality and Social Psychology, 50: 992-1003

Folkman, S., Lazarus, R.S., Pimley, S. & Novacek, J. (1987): Age differences in stress and coping processes. Psychology and Aging, 2: 171-184

Fordyce, W.E. (1974): Chronic pain as learned behavior. In: Bonica, J.J. (ed.), Advances in neurology. Vol. 4, pp. 659-666, Raven Press, New York.

Fordyce, W.E. (1978): Learning processes in pain. In: Sternbach, R.A. (ed.), The psychology of pain, Raven Press, New York.

Fordyce, W.E., Fowler, R.S., Lehmann, J., DeLateur, B., Sand, P. & Trischmann, B. (1973): Operant conditioning in the treatment of chronic pain. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 54: 399-408

Fox, A.J. & Goldblatt, P.O. (1982): Socio-demographic mortality differentials: longitudinal study 1971-1975. HMSO, London.

Fox, B. & Newberry, B. (eds.) (1984): Impact of psychoendocrine systems in cancer and immunity. Hogrefe, Toronto.

Frese, M. (1986): Coping as a moderator and mediator between stress at work and psychosomatic complaints. In: Appley, M.H. & Trumbull, R. (eds.), Dynamics of stress, pp. 63-80, Plenum Press, New York.

Froelicher, V. (1982): Exercise and health. Advanced Cardiology, 31: 180-185

Gartner, A. & Riessman, F. (1977): Self-help in the human services. Jossey-Bass, San Francisco.

Gawler, I. (1984): You can conquer cancer. Hill of Content, Melbourne.

GCP Study Group (1988): The German cardio-vascular prevention study (GLP). Design and methods. European Journal, 9: 1058-1066

Gerbershagen, U. (1986): Organisierte Schmerzbehandlung. Eine Standortbestimmung. Internist, 27: 459-469

Gerson, M. (1977): A cancer therapy: results of fifty cases. Totality Books, Del Mar.

Gesundheitsbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg & Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (eds.) (1986): Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen im Raum Hamburg, 6th edition. Gesundheitsbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg, Hamburg.

Gibran, K. (1923): The prophet. Random House, New York.

Gibson, J. (1982): Wahrnehmung und Umwelt. Urban & Schwarzenberg, München.

Glassman, J. (1983): The cancer survivors and how they did it. Dial Press, New York.

Gleser, G.C. & Ihilevich, D. (1969): An objective instrument for measuring defense mechanisms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33: 51-60

Goldfried, M.R. (1980): Psychotherapy as coping skills training. In: Mahoney, M.J. (ed.), *Psychotherapy process: current issues and future directions*, pp. 89-119, Plenum Press, New York.

Gonda, T.A. (1962): The relationship between complaints of persistent pain and family size. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 25: 277

Good, R.A. (1981): Foreword in R. Ader, *Psychoneuroimmunology*. Academic Press, New York.

Goodwin, K., Antoni, M.H. & Blaney, P.H. (1986): Stress and hopelessness in the promotion of cervical intraepithelial neoplasia to invasive squamous cell carcinoma of the cervix. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 30: 67-76

Gravitz, M.A. (ed.) (1982/83): Hypnosis and cancer. Special issue. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 25: 2-3:

Green, L. (1984): Modifying and developing health behavior. *Annual Review of Public Health*, 5: 215-236

Greer, S. & Watson, M. (1985): Towards a psychobiological model of cancer: psychological considerations. *Social Science and Medicine*, 20: 773-778

Greer, S. (ed.) (1985): Special issue on the Type-C behavioral pattern and psychosocial factors in cancer. *Social Science and Medicine*, 20:

Groddeck, G. (1913): *Nasamecu; natura sanat, medicus curat*. Hirzel, Leipzig.

Gröschler, F. (1986): *Infarktsportgruppen - ein Weg zur Selbsthilfe? Ergebnisse und Folgerungen aus der Teilnahme und Beobachtung einer Hamburger Koronartrainingsgruppe*. Universität Hamburg, Diss.med., Hamburg.

Gross, R. (1986): Medizinischer Holismus. *Deutsches Ärzteblatt*, 25/26: 1868-1869

Grössing, S. (1977): *Einführung in die Sportdidaktik*. Limpert, Bad Homburg v.d.H..

Grote, C.v., Sprenger, A., Weingarten, E. & Schuster, H.P. (1983): *Patientenorientierte Intensivmedizin. Einige strukturelle und interaktionelle Bestimmungsmerkmale für ihre Realisierung*. In: Ferber, C.v. & Badura, B. (eds.), *Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe*, pp. 141-189, Oldenbourg, München/Wien.

Gruder, C.L. (1977): Choice of comparison persons in evaluating oneself. In: Sullis, J.M. & Miller, R.L. (eds.), *Social comparison processes: Theoretical and empirical perspectives*, pp. 21-41, Hemisphere, Washington, D.C..

Grunow, D., Breikopf, H. & Grunow-Lutter, V. (1984): *Gesundheitsselbsthilfe durch Laien: Erfahrungen, Motive, Kompetenzen*. Kleiner Blitzdruck, Bielefeld.

Haan, N. (1969): A tripartite model of ego functioning: values and clinical research applications. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 148: 14-30

Haan, N. (1977): *Coping and defending. Processes of self- environment organization*. Academic Press, New York.

Hackett, T.P. & Cassem, N.H. (1975): Psychological measurement of the myocardial infarction patient. *Journal of Human Stress*, 1: 25-38

Hackett, T.P. & Cassem, N.H. (1982): Coping with cardiac disease. *Advanced Cardiology*, 31: 212-217

Hackett, T.P. & Weisman, A.D. (1964): Reactions to the imminence of death. In: Grosser, G.H., Wechsler, H. & Greenblatt, M. (eds.), *The threat of impending disaster*, pp. 300-311, MIT Press, Cambridge.

Hackett, T.P., Cassem, N.H. & Wishnie, H.A. (1968): The coronary-care unit: an appraisal of its psychological hazards. *New England Journal of Medicine*, 279: 1365-1370

Hakmiller, K.L. (1966): Threat as a determinant of downward comparison. *Journal of Experimental Social Psychology*, 2 (suppl. 1): 32-39

Haldane, J.S. (1935): *Die Philosophie eines Biologen*. G. Fischer, Jena.

Halhuber, C. (1980): *Rehabilitation in ambulanten Koronargruppen*. Springer, Berlin/Heidelberg/New York/London/Paris/Tokyo.

Halhuber, C. (1986): Probleme der Ko-
operation von Akutkrankenhaus, Rehabili-
tationsklinik, Hausarzt und Ambulanter
Herzgruppe aus der Sicht der Rehabilita-
tionsklinik. In: Halhuber, C. & Traenckner,
K. (eds.), Die koronare Herzkrankheit -
eine Herausforderung an Gesellschaft und
Politik, pp. 271-275, Perimed, Erlangen.

Halhuber, C. & Traenckner, K. (eds.)
(1986): Die koronare Herzkrankheit - eine
Herausforderung an Gesellschaft und
Politik. Perimed, Erlangen.

Hari, M. (1975): The idea of learning
in conductive pedagogy. The Peto
Institute, Budapest.

Hasler, J. & Schofield, T. (eds.)
(1984): Continuing care: the management of
chronic disease. Oxford University Press,
Oxford.

Hatch, S. & Kickbusch, I. (eds.)
(1983): Self-help and health in Europe.
WHO-EURO, Copenhagen.

Hay, D. & Oken, S. (1972): The psycho-
logical stresses of intensive care unit
nursing. Psychosomatic Medicine, 34: 109-
118

Health Services and Promotion (1986):
Aging: shifting the emphasis. Health and
Welfare Canada, Ottawa.

Heller, K., Swindle, R.W.Jr. &
Dusenbury, L. (1986): Component social
support processes: comments and
integration. Journal of Consulting and
Clinical Psychology, 54: 466-470

Herberman, R. (1982): Natural killer
cells. Hospital Practice, 17: 93-103

Herberman, R. & Holden, H. (1979):
Natural killer cells as anti-tumor
effector cells. Journal of the National
Cancer Institute, 62: 441-445

Herget, H.F. (1985): Neuro- und
Phytotherapie schmerzhafter funktioneller
Erkrankungen. Vol. 1. Wissenschaftliche
Abteilung der PASCOE, 4. Auflage, Giessen.

Herget, H.F. (1986): Neuro- und
Phytotherapie schmerzhafter funktioneller
Erkrankungen. Vol. 2. Wissenschaftliche
Abteilung der PASCOE, 2. Auflage, Giessen.

Herrick, C.J. (1956): The evolution of
human nature. University of Texas Press,
Austin.

Heyck, H. (1975): Der Kopfschmerz.
Thieme, Stuttgart.

Hill, J.D., Holdstock, G. & Hampton,
J.R. (1977): Comparison of mortality of
patients with heart attacks admitted to
coronary care unit and in ordinary medical
ward. British Medical Journal, 2: 81-82

Holland, J. & Rowland, J. (1981):
Psychiatric, psychosocial, and behavioral
interventions in the treatment of cancer:
a historical review. In: Weiss, S., Herd,
A. & Fox, B. (eds.), Perspectives on
behavioral medicine, Academic Press, New
York.

Horn, K. (1984): Gesundheitserziehung
im Verhältnis zu anderen
sozialisatorischen Einflüssen. In:
Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (ed.), Europäische Monographien
zur Forschung in Gesundheitserziehung.
Vol. 5, pp. 49-71, BZgA, Köln.

Hunt, D., Sloman, G., Christie, D. &
Penington, C. (1977): Changing patterns
and mortality of acute myocardial
infarction in a coronary care unit.
British Medical Journal, 1: 795-798

Illich, I. (1976): Medical nemesis.
Random House, New York.

Illy, H. & Jork, K. (1983): Über
Krankheitsverständnis von Patienten und
Selbsttherapie. Der Praktische Arzt, 8:
573-588

Inglis, B. (1978): The book of the
back. Ebury Press,

Inglis, B. & West, R. (1984): Der
alternative Gesundheitsführer. Das
umfassende Handbuch über die neuen und
alten natürlichen Heilmethoden. Kösel,
München.

Institute for the Advancement of
Health (ed.) Advances. Quarterly published
journal since 1984, focused on
psychoimmunology and holistic approaches
to health promotion. New York.

Institute of Noetic Sciences (1985):
Investigations, 1: 3-4:

Irwin, J. & Anisman, H. (1984): Stress
and pathology: immunologic and central
nervous system interactions. In: Cooper,
C.L. (ed.), Psychosocial stress and
cancer, pp. 93-147, Wiley, New York.

- Jacobs, C., Ross, R.D., Walker, I.M. & Stockdale, F.E. (1983): Behavior of cancer patients: a randomized study of the effects of education and peer support groups. *American Journal of Clinical Oncology*, 6: 347-350
- Jacobson, E. (1939): *Progressive relaxation*. Chicago University Press, 2nd edition, Chicago.
- Jaekel, H. & Basler, H.D. (1986): Stress coping of essential hypertensives in general practice settings. In: Vinck, Y., Vandereycken, W., Fontaine, O. & Eelen, P. (eds.), *Topics in behavioral medicine*, pp. 301-308, Sweets & Zeitlinger, Lisse.
- Jaffe, D.T. (1979): *Healing from within*. Alfred A. Knopf, New York.
- Jamison, K., Brechner, M.T., Brechner, V.L. & McCreary, C.P. (1976): Correlation of personality profile with pain syndrome. In: Bonica, J.J. & Albe-Fessard, D. (eds.), *Advances in pain research and therapy*, pp. 317-321, Raven Press, New York.
- Janis, K. (1979): *Psychological stress*. Wiley, New York.
- JASB Subcommittee on Taxonomy (1979): *Pain*, 6: 249-252
- Jaspers, K. (1956): *Philosophie*. 3. Aufl., Berlin.
- Jenkins, C.D. (1983): Social environment and cancer mortality in men. *New England Journal of Medicine*, 308: 395-398
- Jensen, M.R. (1984): *Psychobiological factors in the treatment and prognosis of neoplastic disorders*. Dissertation, Duke University, University Microfilms, DER 85-09708.
- Jessup, B.A., Neufeld, R.W. & Merskey, H. (1979): Biofeedback therapy for headache and other pain: an evaluative review. *Pain*, 7: 225-271
- Joseph, J. & Syme, L. (1982): Social connection and the etiology of cancer: an epidemiological review and discussion. In: Cohen, J., Cullen, J. & Martin, R. (eds.), *Psychosocial aspects of cancer*, Raven Press, New York.
- Jung, C. (1964): *Man and his symbols*. Doubleday & Co., New York.
- Kallio, V. (1973): Public health aspects of rehabilitation of patients after acute myocardial infarction. In: World Health Organization, Regional Office for Europe (ed.), *Public health in Europe*, Vol. 2: Chronic Diseases, pp. 59-64, WHO-EURO, Copenhagen.
- Kallio, V. (1982): Rehabilitations programmes as secondary prevention: a community approach. *Advanced Cardiology*, 31: 120-128
- Kallio, V. & Cay, E. (eds.) (1985): *Rehabilitation after myocardial infarction. The European experience*. *Public health in Europe*, Vol. 24. WHO-EURO, Copenhagen.
- Kaluza, G. & Basler, H.D. (1986): Group outpatient treatment for chronic back pain patients. In: Vinck, Y., Vandereycken, W., Fontaine, O. & Eelen, P. (eds.), *Topics in behavioral medicine*, pp. 269-276, Sweets & Zeitlinger, Lisse.
- Kapfelsberger, E. & Pollmer, U. (1986): *Is und stirb. Chemie in unserer Nahrung*. dtv, München.
- Kasl, S. (1983): Social and psychological factors affecting the course of disease: an epidemiological perspective. In: Mechanic, D. (ed.), *Handbook of health, health care and the health professions*, The Free Press, New York.
- Katz, A. & Bender, E. (eds.) (1976): *The strenght in us: self-help groups in the modern world*. New Viewpoints, New York.
- Kellermann, J.J. (1982): Cardiac rehabilitation as a secondary preventive measure - endpoints. *Advanced Cardiology*, 31: 134-137
- Kellermann, J.J. & Schlesinger, Z. *Patient education in Israel*. pp. 278-285,
- Kiecolt-Glaser, J.K., Ricker, D. & George, J. (1984): Urinary cortisol levels, cellular immunocompetence and loneliness in psychiatric patients. *Psychosomatic Medicine*, 6: 15-23
- Kiecolt-Glaser, J.K. & Glaser, R. (1985): Psychosocial enhancement of immunocompetence in a geriatric population. *Health Psychology*, 4: 25-41

- Kiecolt-Glaser, J.K., Fisher, L.D., Ogrocki, P., Stout, J.C., Speicher, C.E. & Glaser, R. (1987): Marital quality, marital disruption and immune function. *Psychosomatic Medicine*, 49: 13-34
- Kleinmann, A. (1980): Patients and healers in the context of culture. University of California Press, Berkeley.
- Knott, G.P. (1979): Attitudes and needs of parents of cerebral palsied children. *Rehabilitation Literature*, 40: 190-195
- Kogan, K., Tyler, N. & Turner, P. (1974): The process of interpersonal adaptation between mothers and their cerebral palsied children. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 16: 518-527
- Kogan, K., Tyler, N. & Turner, P. (1974): Interpersonal components of therapy with young cerebral palsied. *American Journal of Occupational Therapy*, 28: 395-400
- Köhler, H. (1982): Psychologische Schmerzbewältigung bei chronischer Polyarthritits. Steinbauer & Rauch, München.
- Kolata, G. (1982): Food affects human behavior. *Science*, 218: 1209-1210
- König, K., Bran, M. & Salonen, J. (1985): Organization of rehabilitation services. In: Kallio, V. & Cay, E. (eds.), *Rehabilitation after myocardial infarction. The European experience. Public Health in Europe*, Vol. 24, pp. 103-110, WHO-EURO, Copenhagen.
- König, K., Denolin, H. & Dorossier, D. (eds.) (1983): *Myocardial infarction. How to prevent, how to rehabilitate.* International Federation of Cardiology, Freiburg/Waldkirch.
- Kotarba, J.A. (1983): *Chronic pain: its social dimension.* Sage, Beverly Hills.
- Krasemann, E.O. (1983): Patienten-Aktivierung und soziale Selbsthilfe bei chronischer Krankheit und Behinderung. Anmerkungen zur Oldenburger Longitudinalstudie. In: Ferber, C.v. & Badura, B. (eds.), *Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe*, pp. 221-235, Oldenbourg, München/Wien.
- Krasemann, E.O. (1986): Herzgruppen heute. Aus der Sicht der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für kardiologische Prävention und Rehabilitation e.V.. *Herz, Sport, Gesundheit*, 4: 20 ff.
- Krasemann, E.O. & Traenckner, K. (1986): Bilanz der Entwicklung der ambulanten Herzgruppen. In: Halhuber, C. & Traenckner, K. (eds.), *Die koronare Herzkrankheit - eine Herausforderung an Gesellschaft und Politik*, pp. 312 ff., Perimed, Erlangen.
- Krasemann, E.O. (ed.) (1976): *Herzinfarkt - Rehabilitation. Beiträge zur Kardiologie.* Perimed, Erlangen.
- Kroger, W.S. & Fezler, W.D. (1976): *Hypnosis and behavior modifications: imagery conditioning.* J.B. Lippincott, Philadelphia.
- Kushi, M. (1983): *The cancer prevention diet.* St. Martins Press, New York.
- Laaser, U. (1986): Die deutsche Herz-Kreislauf- Präventionsstudie: das Modell einer kooperativen Prävention. In: Halhuber, C. & Traenckner, K. (eds.), *Die koronare Herzkrankheit - eine Herausforderung an Gesellschaft und Politik*, pp. 212 ff., Perimed, Erlangen.
- Lazarus, R.S. (1966): *Psychological stress and the coping process.* McGraw-Hill, New York.
- Lazarus, R.S. (1974): *Psychological stress and coping in adaptation and illness. International Journal of Psychiatry in Medicine*, 5: 321-333
- Lazarus, R.S. (1983): The costs and benefits of denial. In: Breznitz, S. (ed.), *The denial of stress*, pp. 1-30, International Universities Press, New York.
- Lazarus, R.S. (1984): Puzzles in the study of daily hassles. *Journal of Behavioral Medicine*, 7: 375-389
- Lazarus, R.S. (1985): The trivialization of distress. In: Rosen, J.C. & Solomon, L.J. (eds.), *Preventing health risk behaviors and promoting coping with illness. Vol. 8. Vermont conference on the primary prevention of psychopathology*, pp. 279-298, University Press of New England, Hanover .

- Lazarus, R.S. (1989): Constructs of the mind in mental health and psychotherapy. In: Freeman, A., Arkowitz, H., Simon, K. & Beutler, L.E. (eds.), *Comprehensive Handbook of cognitive therapy*, pp. 91-121, Plenum, New York.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984): Coping and adaptation. In: Gentry, W.D. (ed.), *The handbook of behavioral medicine*, pp. 282-325, Guildford, New York.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984): Stress, appraisal, and coping. Springer, New York.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1987): Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1: 141-169
- Lazarus, R.S. & Launier, R. (1978): Stress-related transactions between person and environment. In: Pervin, L.A. & Lewis, M. (eds.), *Perspectives in international psychology*, pp. 287-327, Plenum Press, New York.
- Lazarus, R.S., Averill, J.R. & Opton, E.M.Jr. (1974): The psychology of coping: issues of research and assessment. In: Coelho, G.V., Hamburg, D.A. & Adams, J.E. (eds.), *Coping and adaptation*, pp. 249-315, Basic Books, New York.
- Lazarus, R.S., DeLongis, A., Folkman, S. & Gruen, R. (1985): Stress and adaptional outcomes: the problem of confounded measures. *American Psychologist*, 40: 770-779
- Lazlo, E. (1972): Introduction to system philosophy. Harper, New York.
- Leboyer, F. (1974): Pour une naissance sans violence. Ed. du Seuil, Paris.
- Lehmann, D.R., Ellard, J.H. & Wortman, C.B. (1986): Social support for the bereaved: recipients and providers perspectives on what is helpful. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54: 438-446
- Lehmann, H. (1987): Die psychosoziale Dimension im Rehabilitationsverfahren. In: Badura, B., Kaufhold, G., Lehmann, H., Pfaff, H., Schott, T. & Waltz, M., *Leben mit dem Herzinfarkt - eine sozialepidemiologische Studie*, pp. 65-86, Springer, Berlin/Heidelberg/New York/London/Paris/Tokyo.
- Lehmann, H., Bauer, J. & Kaufhold, G. (1985): Zur medizinischen Versorgung von Infarktpatienten. Universität Oldenburg, unpublished manuscript, Oldenburg.
- Lerner, M. (1985): A report on complementary cancer therapies. *Advances*, 2: 1: 31-43
- Lerner, M. (1987): Tradecraft of the Commonweal Cancer Help Program. *Advances*, 4: 11-25
- Lerner, M. (1987): Integral cancer therapy: a work in progress. *Commonweal, Bolinas*.
- Lerner, M. & Remen, R.N. (1985): Varieties of integral cancer therapies. *Advances*, 3: 14-23
- Lerner, M.J. (1980): The belief in a just world: a fundamental delusion. Plenum Press, New York.
- LeShan, L. (1977): You can fight for your life: emotional factors in the treatment of cancer. M. Evans & Co., New York.
- Levin, L. & Idler, E. (1983): Self-care in health. *Annual Review of Public Health*, 4: 181-202
- Levin, L., Katz, A. & Holst, E. (1979): Self-care: lay initiatives in health. Prodist, New York.
- Levine, J., Warrenburg, S., Kerns, R., Schwartz, G., Delaney, R., Fontana, A., Gradman, A., Smith, S., Allen, S. & Cascione, R. (1987): The role of denial in recovery from coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 49: 2: 109-117
- Levy, S.M. (1985): Behavior and cancer. Jossey-Bass, San Francisco.
- Levy, S.M. (ed.) (1982): Biological mediators of behavior and disease: neoplasia. Elsevier, New York.
- Lewis, F. & Bloom, J. (1979): Psychosocial adjustment of breast cancer: a selected review of the literature. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 9: 1-10
- Lewith, G.T. (1985): Why do people seek treatment by alternative therapies. *British Medical Journal*, 290: 28-29

- Lewith, G.T. (1987): Every doctor a walking placebo. *Complementary Medical Research*, 1: 10-18
- Lewith, G.T. (1988): Comparisons and contrasts. Common concepts in conventional and complementary medicine. In: Watt, J. & Wood, C. (eds.), *Talking health. Conventional and complementary approaches*, The Royal Society of Medicine, London.
- Livingston-Wheeler, V. & Addeo, E. (1984): *The conquest of cancer: vaccines and diet*. Franklin Watts, New York.
- Lloyd, R. (1984): Mechanisms of psychoneuroimmunological response. In: Fox, B. & Newberry, B. (eds.), *Impact of psychoneuroendocrine systems in cancer and immunity*, pp. 1- 57, Hogrefe, Toronto.
- Locke, S.E. (1986): Psychological and behavioral treatments for disorders associated with the immune system: an annotated bibliography. Institute for the Advancement of Health, New York.
- Locke, S.E. & Calligan, D. (1986): *The healer within*. Mentor Books, New York.
- Locke, S.E., Kraus, L., Leserman, J., Hurst, M., Heisel, J.S. & Williams, R.M. (1984): Life change stress, psychiatric symptoms and NK cell activity. *Psychosomatic Medicine*, 46: 441-453
- Locker, D. (1983): *Disability and disadvantage: the consequences of chronic illness*. Tavistock, London.
- Loeser, J.D. (1980): A definition of pain. *University of Washington Medicine*, 7: 3-4
- Lund, R. (1978): *Development and plasticity of the brain*. Oxford University Press, Oxford.
- Mantell, J. (1982): Sexuality and cancer. In: Cohen, J., Cullen, J. & Martin, R. (eds.), *Psychosocial aspects of cancer*, Raven Press, New York.
- Mantell, J. (1983): Cancer patient visitor programs. *Journal of Psychosocial Oncology*, 1: 45-58
- Mar, L., Kleine, H.O. & Windstosser, K. (1985): *Krebshilfe durch Vollwertkost*. Hädecke, Weil der Stadt.
- Marcel, G. (1985): Leibliche Begegnung. Notizen aus einem gemeinsamen Gedankengang. In: Petzold, H. (ed.), *Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven*, pp. 15-46, Junfermann, Paderborn.
- Margolis, R.B., Zimny, G.H., Miller, D. & Taylor, J.M. (1984): Internists and the chronic pain patient. *Pain*, 20: 151-156
- Martelli, M.F., Auerbach, S.M., Alexander, J. & Mercuri, L.G. (1987): Stress management in the health care setting: matching intervention with patient coping styles. *Journal of Consulting Psychology*, 55: 201-207
- Matthes, P. (1986): Stationäre Infarkt-rehabilitation: Indikation, Kosten, Nutzen. *Der Kassenarzt*, 51/52: 35-40
- McAndrew, I. (1976): Children with handicap and their families. *Child Care, Health and Development*, 4: 213-237
- McGuire, M. (1983): Words of power: personal empowerment and healing. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 7:
- McKim, R.H. (1972): *Experiences in visual thinking*. Brooks & Cole, Monterey.
- Mechanic, D. (1962): *Students under stress: a study of the social psychology of adaptation*. The Free Press, reprinted in 1978 by the University of Wisconsin Press, New York.
- Meichenbaum, D. & Jaremko, M.E. (eds.) (1983): *Stress reduction and prevention*. Plenum Press, New York.
- Meichenbaum, D. & Turk, D.C. (1976): The cognitive-behavioral management of anxiety, anger and pain. In: Davidson, P.O. (ed.), *The behavioral management of anxiety, depression and pain*, Bruner & Mazel, New York.
- Melzack, R. (1973): *The puzzle of pain*. Basic Books, New York.
- Melzack, R. & Scott, T.H. (1957): The effects of early experience on the response to pain. *Journal of Physiology and Comparative Psychology*, 50: 155
- Melzack, R. & Wall, P.D. (1965): Pain mechanism: a new theory. *Science*, 150: 971-979

- Mendelsohn, G. (1979): The psychological consequences of cancer: a study of adaptation to somatic illness. *Cahier d'Anthropologie*, 2: 53-92
- Mendelson, G. (1984): Compensation, pain complaints and psychological disturbance. *Pain*, 20: 169-179
- Menninger, K. (1954): Regulatory devices of the ego under major stress. *International Journal of Psychoanalysis*, 35: 412-420
- Merskey, H. (1976): Psychiatric aspects of the control of pain. In: Bonica, J.J. & Albe-Fessard, D. (eds.), *Advances in pain research and therapy*, pp. 711-716, Raven Press, New York.
- Metz, W. (1964): *Het verschijnsel pijn*. Bohn, Haarlem.
- Metz, W. (1975): *Pijn, een teer punt. Een fundamenteel geneeskundig onderzoek*. Callenbach, Nijkerk.
- Meyer, A. (1935): *Krisenepochen und Wendepunkte des biologischen Denkens*. G. Fischer, Jena.
- Meyer, A. (1935): *In memoriam*. In: Haldane, J.S., *Die Philosophie eines Biologen*, G. Fischer, Jena.
- Meyerowitz, B. (1980): Psychosocial correlates of breast cancer and its treatment. *Psychological Bulletin*, 87: 108-131
- Miltner, W., Birbaumer, N. & Gerber, W.D. (1986): *Verhaltensmedizin*. Springer, Heidelberg.
- Milz, H. (1985): *Die ganzheitliche Medizin. Neue Wege zur Gesundheit*. Athenäum, Königstein/Ts..
- Molleman, E. & Pruyn, J. (1981): *Coping with cancer*. (In Dutch). Unpublished manuscript.
- Moody-Thrash, A. & Thrash, C. (1982): *Nutrition for vegetarians*. Alabama.
- Moos, R.H. & Billings, A. (1982): Conceptualizing and measuring coping resources and processes. In: Goldberger, J. & Breznitz, S. (eds.), *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects*, Macmillan, New York.
- Moos, R.H. (ed.) (1984): *Coping with physical illness: new perspectives*. Plenum Press, New York/London.
- Morris, J.N. & Sherwood, S. (1987): Quality of life of cancer patients at different stages in the disease trajectory. *Journal of Chronic Disease*, 46: 545-553
- Morrow, G.R. (1981): The assessment of nausea and vomiting: past problems, current issues and suggestions for future research. *Cancer*, 53 (Supplement): 2267-2278
- Morrow, G.R. & Dobkin, P.L. (1988): Biobehavioral aspects of cancer treatment side effects. In: Lobo, A. (ed.), *Psicosomatica y cancer*, pp. 33-60, Ministry of Health, Madrid.
- Morrow, G.R. & Morrell, C. (1982): Behavioral treatment for anticipatory nausea and vomiting induced by cancer chemotherapy. *New England Journal of Medicine*, 307: 1476-1480
- Moser, K.A., Fox, A.J. & Jones, D.R. (1984): Unemployment and mortality in the OPCS longitudinal study. *Lancet*, 1984 ii: 1324-1329
- Mouriquand, G., Cier, A., Boiron, J., Edel, V. & Chighizola, R. (1975): *Rétention et mobilisation de toxiques exogènes chez le pigeon*. *Annales Homéopathiques*, 4: 325-329
- Nass, U. (1982): "Du merkst: Mensch das bist du ja nicht alleine!" Zur Alltags- und Krankheitsbewältigung bei Herzoperierten. *Ergebnisse der teilnehmenden Beobachtung in einer Selbsthilfegruppe*. Universität Hamburg, Diss.med., Hamburg.
- National Institute of Health (1977): *Report of the panel on pain*. NIH, Bethesda.
- National Institute of Health (NIH) (1980): *Coping with cancer: a resource handbook for health professionals*. NIH Publication 80-2080, Bethesda.
- National Research Council (1982): *Diet, nutrition and cancer. A study of the Committee on Diet, Nutrition and Cancer of the Assembly of Life Science and the NRC*. National Academy Press, Washington, D.C..

Neisser, U. (1979): Kognition und Wirklichkeit. Klett-Cotta, Stuttgart.

Nietzsche, F. (1886): Die fröhliche Wissenschaft. New edition 1982. Insel, Frankfurt am Main.

Nissen, H.W., Chow, K.L. & Semmes, J. (1951): Effects of restricted opportunity for tactual, kinesthetic and manipulative experience on the behavior of a chimpanzee. American Journal of Psychology, 64: 485

Nizetic, B., Pauli, H.G. & Svensson, P.G. (1986): Scientific approaches to health and health care. Proceedings of a WHO meeting. WHO-EURO, Copenhagen.

Nordenstrom, B.E.W. (1983): Electrically closed biological circuits: clinical, experimental and theoretical evidence for an additional circulatory system. Nordic Medical Publications, Stockholm.

Nüssel, E. & Lamm, G. (Hrsg.) (1983): Prävention im Gemeinderahmen. Zuckenschwerdt, München.

Owens, M.E. (1984): Pain in infancy: conceptual and methodological issues. Pain, 20: 213-231

Oyle, I. (1973): Magic, mysticism and modern medicine. Mesa Press, Bolinas.

Oyle, I. (1976): Time, space and the mind. Celestial Arts, Millbrae.

Pauley, J.W. & Haskell, D.J. (1975): Treatment of migraine without drugs. Journal of Psychosomatic Research, 19: 367

Pearlin, L.I. (1985): Social structure and processes of social support. In: Cohen, S. & Syme, S.L. (eds.), Social support and health, pp. 43-60, Academic Press, New York.

Pearlin, L.I. & Schooler, C. (1978): The structure of coping. Journal of Health and Social Behavior, 19: 2-21

Pearlin, L.I., Lieberman, M.A., Menaghan, E.G. & Mullan, J.T. (1981): The stress process. Journal of Health and Social Behavior, 22: 337-356

Pearls, F.S., Hefferline, R.R. & Goodman, P. (1979): Gestalt- Therapie - Lebensfreude und Persönlichkeitsentwicklung. Klett- Cotta, Stuttgart.

Pert, C.B. (1987): Neuropeptides: The emotions and bodymind. Noetic Science Review, 2: 13-18

Pettingale, K.W. (1985): Towards a psychobiological model of cancer: biological considerations. Social Science and Medicine, 20: 779-788

Petzold, H. (ed.) (1973): Kreativität und Konflikte. Junfermann, Paderborn.

Petzold, H. (ed.) (1974): Psychotherapie und Körperdynamik. Junfermann, Paderborn.

Petzold, H. (ed.) (1976): Die neuen Körpertherapien. Junfermann, Paderborn.

Petzold, H. (ed.) (1985): Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven. Junfermann, Paderborn.

Philippeit, U. & Schwertau, S. (1986): Zuviel Chemie im Kochtopf? Die Verbraucherzentrale Hamburg informiert. Rowohlt, Reinbek.

Piaget, J. (1952): The origins of intelligence in children. International Universities Press, New York.

Picard, R.S. & Scaff, E. (1988): Psychotherapy of the cancer family. In: Lobo, A. (ed.), Psicomatica y cancer, pp. 129- 140, Ministry of Health, Madrid.

Pijn informatorium (1979): Stafleu, Utrecht.

Polivy, J. (1977): Psychological effects of mastectomy on a woman's feminine self-concept. Journal of Nervous and Mental Disease, 164: 77-87

Prince, R. (ed.) (1982): Shamans and endorphins. Ethos, 4: 10:

Projektgruppe "Nationale Strategie Gesundheit 2000" (1984): Gesund Sein 2000 - Wege und Vorschläge. Verlagsgesellschaft Gesundheit, Berlin (West).

Pruyn, J.F.A., van den Borne, H.W. & Stringer, P. (1981): Theories, methods and some results on coping with cancer and contact with fellow-sufferers. Institute for Social-science Research, Tilburg.

Rainey, L.C., Wellisch, D.K., Fawzy, F.I., Wolcott, D. & Pasnau, R.O. (1983): Training health professionals in psychosocial aspects of cancer: a continuing education model. *Journal of Psychosocial Oncology*, 1: 41-60

Ramon, E. & Baharav, Y. (1978): A new approach to creative psychotherapy by integration of folk legends drama and clay modelling. *Confinia Psychiatrica*, 21: 133-139

Randolph, T. & Moss, R. (1986): Allergien: Folgen von Umweltbelastungen und Ernährung. *Chronische Erkrankungen aus Sicht der Klinischen Ökologie*. Müller, Karlsruhe.

Raspe, H.H. & Zeidler, H. (1982): Mobile Rheumahilfe Hannover. Modell einer wohnortnahen langfristigen und umfassenden Versorgung von Patienten mit einer entzündlich rheumatischen Erkrankung. *Aktuelle Rheumatologie*, 6: 219-227

Ray, C. & Baum, M. (1985): Psychological aspects of early breast cancer. Springer, New York.

Rees, R., Strom, R.D. & Wurster, S. (1982): A profile of child rearing characteristics for parents of intellectually handicapped children. *Australian and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 8: 183-196

Rehfish, H.P. (1987 a): Psychologische Schmerztherapie bei chronischer Polyarthrit. Eine kontrollierte Studie. Universität Marburg, Institut für Medizinische Psychologie, Marburg.

Rehfish, H.P. (1987 b): Psychologische Schmerzbewältigungstechniken: ein Überblick und Erfahrungsbericht. Universität Marburg, Institut für Medizinische Psychologie, Marburg.

Reindell, H. & Roskamm, H. (1977): Herzkrankheiten. Pathophysiologie - Diagnostik - Therapie. Springer, Berlin/Heidelberg/New York/London/Paris/Tokyo.

Renneker, R.E. (1981): Cancer and psychotherapy. In: Goldberg, J.G. (ed.), *Psychotherapeutic treatment of cancer patients*, pp. 131-166, The Free Press, New York.

Richardson, A., Unell, J. & Ashton, B. (1989): *A new deal for carers*. King's Fund Centre, London.

Rijke, R.P.S. (1984): *Pijn an context. Zalfhulp Technicken*. van Loghum Flaparus, Devenpar/Antwerpen.

Rogentine, G.N., van Kammen, D.P., Fox, B.H., Docherty, B.F., Rosenblatt, J.P., Boyd, S.C. & Bunney, W.F. (1979): Psychological factors in the prognosis of malignant melanoma: a prospective study. *Psychosomatic Medicine*, 41: 647-655

Rogers, M., Dubry, D. & Reich, P. (1979): The influence of the psyche and the brain on immunity and disease susceptibility. *Psychosomatic Medicine*, 41: 147-164

Rosch, P.J. (1984): Stress and cancer. In: Cooper, C.L. (ed.), *Psychosocial stress and cancer*, Wiley, New York.

Rosenbaum, M. (1983): Learned resourcefulness as a behavioral repertoire for the self-regulation of internal events: issues and speculations. In: Rosenbaum, M., Franke, C.M. & Jaffe, Y. (eds.), *Perspectives on behavior therapy in the eighties*, Springer, New York.

Rossi J~ (1986) *The psychobiology of mindbody healing: new concepts of therapeutic hypnosis*. Norton, New York.

Rubin, A.R. (1984): *The art of art therapy*. Bruner & Mazel, New York.

Samuels, M. & Bennett, H. (1973): *The well body books*. Random House, New York.

Samuels, M. & Samuels, N. (1975): *Seeing with the mind's eye*. Random House, New York.

Sarason, I.G. & Sarason, B.R. (eds.) (1985): *Social support: theory, research, and application*. Martinus Nijhof, The Hague.

Schade, F.D. (1987): Evaluation eines ambulant eingesetzten Schmerzbewältigungstrainings für Kranke mit chronischer Polyarthrit. Bericht. Modellzentrum der Rheuma-Liga in Schleswig-Holstein, Kiel.

Schaefer, C., Coyne, J.C. & Lazarus, R.S. (1982): The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4: 381-406

Schaefer, H. & Blohmke, M. (1978): Sozialmedizin. Einführung in die Ergebnisse und Probleme der Medizin-Soziologie und Sozialmedizin. Thieme, Stuttgart.

Schäfer, H. (1982): Plädoyer für eine neue Medizin. Piper, München.

Schain, W. (1980): Sexual functioning, self-esteem, and cancer care. *Frontiers of Radiation Therapy and Oncology*, 14: 12-19

Scharf, B. (1980): Frühe Invalidität. *WSI-Mitteilungen*, 10: 550-563

Scheel, M. & Aumiller, J. (1983): *Der Krebshilfe Ratgeber*. Goldmann, München.

Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1987): Dispositional optimism and physical well-being: the influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55: 169-210

Scheier, M.F., Weintraub, J.K. & Carver, C.S. (1986): Coping with stress: divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51: 1257-1264

Schiefenhövel, W. (1980): Verarbeitung von Schmerz und Krankheit bei den Eipo. *Medizinische Psychologie*, 6: 216-234

Schipperges, H. (1982): *Der Arzt von morgen. Von der Heiltechnik zur Heilkunde*. Severin & Siedler, Berlin (West).

Schipperges, H. (1984): Vom Wesen des Schmerzes. In: Gross, D. (ed.), *Schmerzkonferenz*, G. Fischer, Stuttgart/Berlin.

Schlesinger, Z. (1983): An interdisciplinary approach to cardiac rehabilitation. *Heart & Lung*, 12: 336-337

Schlesinger, Z. & Segev, U. (1982): Rehabilitation of patients after acute myocardial infarction: An interdisciplinary family-oriented program. *Advanced Cardiology*, 31: 226-231

Schlesinger, Z., Rosenthal, J., Donat, K., Ilker, H.-G., Krasemann, E.O., Fernandez, Y.L., Kallio, V., Fletcher, G.F. & Goodwin, R. (1986): Community phase of cardiac rehabilitation. *Advanced Cardiology*, 33: 32-35

Schmale, A. & Iker, K. (1966): The effect of hopelessness and the development of cancer. *Psychosomatic Medicine*, 28: 714-721

Schmid-Neuhaus, M. (1986): Das Finanzierungskonzept des Münchner Gesundheitsparks: ein wichtiger Erfolgsfaktor für innovative Gesundheitsvorsorge. Referat im Rahmen der "Prävention 1986", Düsseldorf.

Schmidt, R.F. & Struppler, A. (1982): *Der Schmerz. Ursachen - Diagnose - Therapie*. Piper, München.

Schneidermann, N. & Tapp, J.T. (eds.) (1985): *Behavioral medicine: the biopsychosocial approach*. Erlbaum, Hillsdale.

Schönstedt, S. (1986): Ambulante Infarkt-rehabilitation: Indikation, Nutzen, Kosten. *Der Kassenarzt*, 51/52: 32-35

Schottenfeld, D. & Fraumeni, J.F. (eds.) (1982): *Cancer epidemiology and prevention*. W.B. Saunders, Philadelphia.

Schraub, S. (1986): Readaptation. In: Hoerni, B. (ed.), *Surveillance of cancer patients*. *Encyclopedie des cancers*, pp. 141-164, Flammarion Medicine-Sciences, Paris.

Schuster, M. (1986): *Kunst-Therapie. Die heilende Kraft des Gestaltens*. Dumont, Köln.

Scott, D.W., Donahue, D.C., Mastrovito, R.C. & Hakes, T.C. (1983): The antiemetic effect of clinical relaxation: report of an exploratory pilot study. *Journal of Psychosocial Oncology*, 1: 71-84

Seemann, H., Schlote, B. & Zimmermann, M. (1987): *Schmerztherapieführer*, 2nd edition. Universität Heidelberg, Heidelberg.

Seltzer, S., Marcus, R. & Stoch, R. (1981): Perspectives in the control of chronic pain by nutritional manipulation. *Pain*, 11: 141-148

Shapiro, D. (1965): *Neurotic styles*. Basic Books, New York.

Shavit, Y., Lewis, J.W., Terman, G.W., Gale, R.P. & Liebeskind, J.C. (1984): Opioid peptides mediate the suppressive effect of stress on natural killer cell activity. *Science*, 223: 188-223

- Shaw, R.E., Cohen, F., Fishman-Rosen, R.N., Murphy, M.C., Stertz, S.H., Clark, D.A. & Myler, R.K. (1986): Psychological predictors of psychosocial and medical outcomes in patients undergoing coronary angioplasty. *Psychosomatic Medicine*, 48: 582-597
- Shekelle, R.B., Raynar, W.J., Ostfield, A.M., Garron, D.C., Bieliauskas, L.A., Liu, S.C., Maliza, C. & Paul, O. (1980): Psychological depression and 17-year risk of death from cancer. *Psychosomatic Medicine*, 43: 117-125
- Shorr, J.E. (1977): Go see the movie in your head. *Popular Library*, New York.
- Siegel, B.S. (1986): Love, medicine and miracles. Lessons learned about self-healing from a surgeon's experience with exceptional patients. Harper & Row, New York.
- Siegel, K. & Weinstein, L. (1983): Anticipatory grief reconsidered. *Journal of Psychosocial Oncology*, 1: 61-73
- Simonton, O.C., Matthews-Simonton, S. & Creighton, J. (1978): Getting well again. A step-by-step guide to overcoming cancer for patients and their families. J.P. Tarcher, Los Angeles.
- Singer, J.E. (1966): Social comparison: Progress and issues. *Journal of Experimental Social Psychology*, 2 (suppl. 1): 103-110
- Singer, J.L. (1974): Imagery and daydream methods in psychotherapy and behavior modification. Academic Press, New York.
- Singer, J.L. & Killigian, J.Jr. (1987): Personality: developments in the study of private experience. In: Rosenzweig, M.R. & Porter, L.W. (eds.), *Annual review of psychology*. Vol. 38, pp. 533-574, Annual Reviews Inc., Palo Alto.
- Sklar, L. & Anisman, H. (1979): Stress and coping factors influencing tumor growth. *Science*, 205: 513-515
- Smuts, J.C. (1935): *Die holistische Welt*. Metzner, Berlin.
- Sobel, H.J. (ed.) (1981): Behavioral therapy in terminal care. Bellington, Cambridge.
- Solomon, G.F. (1985): The emerging field of psychoneuroimmunology. *Advances*, 2: 6-19
- Solomon, G.F. & Amkraut, A.A. (1979): Neuroendocrine aspects of the immune response and their implications for stress effects on tumor immunity. *Cancer Detection and Prevention*, 2: 197-224
- Sommer, R. (1978): *The mind's eye*. Delta Books, New York.
- Sonderheft "natur" (1987): *Gesünder essen und trinken*. Ringier, München.
- Soyka, D. (1984): *Kopfschmerz*. Verlag Chemie, Weinheim.
- Spector, N.H. (ed.) (1985-1988): *Proceedings of the International Working Group on Neuroimmunomodulation (IWGN)*. National Institute of Health, Bethesda.
- Spiegel, D., Bloom, J.R. & Yalom, I. (1981): Group support for patients with metastatic cancer - a randomized prospective outcome study. *Archives of General Psychiatry*, 38: 527-533
- Spinetta, J.J. & Deasy-Spinetta, P. (eds.) (1981): *Living with childhood cancer*. Mosby, St. Louis.
- Statistics Canada (1986): *Highlights from the Canada health and disability survey*. Minister of Supply and Services, Catalogue 82-563E, Ottawa .
- Stecchi, J.H. (1979): The effects of the reach to recovery program on the quality of life and rehabilitation of women who have had a mastectomy. Boston University, unpublished paper, Boston.
- Sternbach, R.A. (1968): *Pain: a psychophysiological analysis*. Academic Press, New York.
- Sternbach, R.A. (1976): Psychology factors in pain. In: Bonica, J.J. & Albe-Fessard (eds.), *Advances in pain research and therapy*, pp. 293-299, Raven Press, New York.
- Sternbach, R.A. (1986): Pain and "hassles" in the United States: findings of the Nuprin pain report. *Pain*, 27: 69-80
- Sternbach, R.A., Wolf, S.R., Murphy, R.W. & Akeson, W.H. (1973): Traits of pain patients: the low back "loser". *Psychosomatics*, 14: 226-229

Stiftung Ökologischer Landbau (ed.) (1987): Rahmenrichtlinien zum ökologischen Land- und Weinbau in der Bundesrepublik Deutschland. Infoam Sonderausgabe, 17:

Stolze, H. (1985): Konzentrierte Bewegungstherapie. Notabene Medici, 6:

Stone, A.A. (1985): Assessment of coping efficiency: a comment. Journal of Behavioral Medicine, 8: 115-117

Stone, A.A. & Neale, J.M. (1984): New measure of daily coping: development and preliminary results. Journal of Personality and Social Psychology, 46: 892-906

Strauss, A.L. (1970): Anguish: the case history of a dying trajectory. Sociology Press, San Francisco.

Strauss, A.L. & Glaser, B.G. (1975): Chronic illness and the quality of life. Mosby, St. Louis.

Sullivan, M., Cohen, J. & Branehog, I. (in press): Psychosocial responses to cancer in the United States and Sweden: a comparative study. Journal of Psychosocial Oncology,

Sulz, J., Sanders, G.S. & Labrecque, M.S. (1986): Attempting to control blood pressure without systematic instruction: when advice is counterproductive. Journal of Behavioral Medicine, 9: 567-577

Swaan, A. de (1979): Sociologie van de psychotherapie. Part 2: Het spreekuur als opgave. Het Spectrum, Utrecht.

Swaan, A. de (1983): Uitgaansbeperking en uitgaansangst; over de verschuiving van bevelshuishouding naar onderhandelingshuishouding. In: Swaan, A. de, De mens is de mens een zorg, Meulenhoff, Amsterdam.

Tammisto, T., Hollmen, A., Laitinen, J., Nuutila, A., Pakarinen, S., Pöntinen, R., Rekola, J., Slätis, P., Tigerstedt, I. & Vanharanta, H. (1983): Behandlung problematischer Schmerzzustände. (In Finnisch). Valtion Painatuskeskus, Helsinki.

Taylor, H. & Curran, N.M. (1985): The Nuprin pain report. Louis Harris and Associates Inc., Study No 851017, New York.

Taylor, S. & Lichtman, R. (1982): Close relationships after breast cancer. University of California, unpublished manuscript, Los Angeles.

Temoshok, L. & Fox, B.H. (1984): Coping styles and other psychosocial factors related to medical status and to prognosis in patients with cutaneous malignant melanoma. In: Fox, B.H. & Newberry, B.H. (eds.), Impact of psychoendocrine systems in cancer and immunity, pp. 258-287, Hogrefe, Toronto.

Temoshok, L. & Heller, B.W. (1984): On comparing apples, oranges and fruit salad: a methodological overview of medical outcome studies in psychosocial outcome. In: Cooper, C.L. (ed.), Psychosocial stress and cancer, pp. 231-250, Wiley, New York.

Temoshok, L., Van Dyke, C. & Zegans, L. (eds.) (1983): Emotions in health and illness. Grune & Stratton, New York.

Tennen, H. & Herzberger, S. (1985): Ways of coping scale. In: Keyser, D.J. & Sweetland, R.C. (eds.), Test critiques. Vol. 3, pp. 686-697, Test Corporation of America, Kansas City.

Terenius, L. (1979): Endorphins in chronic pain. In: Bonica, J.J., Liebeskind, D. & Albe-Fessard, D. (eds.), Advances in pain research and therapy. Vol. 3, pp. 459-471, Raven Press, New York.

Thoits, P.A. (1984): Coping, social support, and psychological outcomes: the central role of emotion. In: Shaver, P. (ed.), Review of personality and social psychology, pp. 219-238, Sage, Beverly Hills.

Thomas, C.B., Duszynski, K. & Schaffer, J. (1979): Family attitudes reported in youth as potential predictors of cancer. Psychosomatic Medicine, 41: 287-302

Thornton, D.A. & Arrowood, A.J. (1966): Self evaluation, self enhancement and locus of social comparison. Journal of Experimental Social Psychology, 2 (suppl. 1): 40-48

Tikkanen, M. Sofias egen bok.

Tinbergen, N. & Tinbergen, E.A. (1983): Autistic children: new hope for a cure. G. Allen & Unwin, London.

- Turk, D. (1980): Coping with pain. In: Feuerstein, M. (ed.), Psychological approach to pain control, New York.
- Turner, J.A. & Chapman, C.R. (1982): Psychological interventions for chronic pain: a critical review. *Pain*, 12: 1-46
- Twycross, R.G. & Fairfield, S. (1982): Pain in far advanced cancer. *Pain*, 14: 303-310
- Uexküll, T.v. (1986): Was weiß die Medizin vom Menschen?. In: Rossner, H. (ed.), *Der ganze Mensch*, dtv, München.
- Uexküll, Th.v. & Wesiack, W. (1988): Theorie der Humanmedizin. Urban & Schwarzenberg, München.
- UK Department of Health and Social Security (1977): Report on hospital in-patient enquiry for the year 1973. In: Peach, H. & Holland, W.W. (eds.), *Concepts of cardiac rehabilitation in the United Kingdom*, HMSO, London.
- US General Accounting Office (1987): Cancer patient survival: what progress has been made?. Washington, D.C..
- US Senate (1982): Oversight of the drug development program of the National Cancer Institute. Hearing before the Subcommittee on Investigations and General Oversight of the Committee on Labour and Human Resources, Ninety-Seventh Congress. Examination of effective alternatives toward correcting deficiencies in the use of experimental drugs on cancer patients. 92-589 O, Washington, D.C..
- Vachon, M. (1976): Grief and bereavement following the death of a spouse. *Canadian Psychological Association Journal*, 21: 35- 43
- Vachon, M.L. (1986): Models of group intervention for cancer patients and families. In: Day, S.B. (ed.), *Cancer, stress and death*, 2nd edition, pp. 203-216, Plenum Medical, New York.
- Vaillant, G.E. (1971): Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms. *Archives of General Psychiatry*, 24: 107-118
- Vaillant, G.E. (1977): *Adaptation to life*. Little Brown, Boston.
- Vegelij-Pirc, M. & Ravnikar, B. (1988): Establishing of a psycho- oncology unit: comprehensive patient care in an oncologic cancer center. In: Lobo, A. (ed.), *Psicosomatica y cancer*, pp. 211-216, Ministry of Health, Madrid.
- Vegetarierbund Deutschland (Hrsg.) (1987): *Studien mit Vegetariern. Zusammenstellung der Studien der Universität Gießen, des Krebsforschungszentrums Heidelberg und des Bundesgesundheitsamts Berlin (West)*. Echo-Verlag, Göttingen.
- Verbrugge, L.M. (1984): Longer life but worsening health?. *Health and Society. Milbank Memorial Fund Quarterly*, 62: 3:
- Verny, T.R. & Kelly, J. (1981): *The secret life of the unborn child*. Summit Books, New York.
- Verres, R. (1986): *Krebs und Angst*. Springer, Heidelberg.
- Vrancken, A.M.E. (1983): *Dokters (en) pijn*. *Metamedica*, 63: 118- 128
- Vrancken, A.M.E. (1985): *Denken over pijn*. *IKR-Bulletin*, 9: 5-8
- Vries, M.J. de (1981): The redemption of the intangible in medicine. *Yearbook of the Institute of Psychosynthesis*, Vol. I: 34-40
- Vries, M.J. de (1983 a): *Healing and the process of healing. The synthesis of the mind and the heart in medicine*. *Yearbook of the Institute of Psychosynthesis*, Vol. III:
- Vries, M.J. de (1983 b): The emergence of a new paradigm in medicine: reflections of the nature of reality and medicine. In: *The nature of reality, studium generaie*, Erasmus University, Rotterdam.
- Vries, M.J. de (1984): *Life and death*. *Yearbook of the Institute of Psychosynthesis*, Vol. IV: 67-86
- Vries, M.J. de (1985): *Het Behoud van leven*. Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht/Antwerpen.
- Wagner, G. (1984): Frequency of pain in patients with cancer. In: Zimmermann, M., Drings, P. & Wagner, G. (eds.), *Pain in the cancer patient*, pp. 64-72, Springer, Berlin/Heidelberg/New York.

Waldenfels, B. (1985): Das Problem der Leiblichkeit bei Merleau- Ponty. In: Petzold, H. (ed.), Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven, pp. 149- 172, Junfermann, Paderborn.

Walker, K. (1977): Social support networks and the crisis of bereavement. *Social Science and Medicine*, 11: 35-41

Wall, P.D. (1979): On the relation of injury to pain. *Pain*, 6: 253-264

Wallston, B.S., Alagna, S.W., De Vellis, B.M. & De Vellis, R.F. (1983): Social support and physical health. *Health Psychology*, 4: 367-391

Walsh, R. (1981): Towards an ecology of the brain. MTP Press, Lancaster.

Waltz, M. (1981): Soziale Faktoren bei der Entstehung und Bewältigung von Krankheit. In: Badura, B. (ed.), Soziale Unterstützung und chronische Krankheit, pp. 40-119, Suhrkamp, Frankfurt am Main.

Waltz, M. (1986): A longitudinal study on environmental and dispositional determinants of life quality: social support and coping with physical illness. *Social Indicators Research*, 18: 71-93

Waltz, M. (1987): Somatische Erkrankung und Lebensqualität. In: Badura, B., Leben mit dem Herzinfarkt. Eine sozialepidemiologische Studie, Springer, Berlin/Heidelberg/New York/Paris/Tokyo.

Waltz, M., Badura, B., Pfaff, H. & Schott, T. (1988): Marriage and the psychological consequences of a heart attack: predicting outcome after three years. *Social Science and Medicine*, 27: 149-158

Watson, M. (ed.) (1988): Psychosocial oncology. Pergamon Press, Oxford.

Weakland, J.H., Fisch, R., Watzlawick, P. & Bodin, A.M. (1974): Brief therapy: focused problem resolution. *Family Process*, 19: 13-18

Weiner, C. (1975): The burden of rheumatoid arthritis: tolerating the uncertainty. *Social Science and Medicine*, 9: 97-104

Weisenberg, M. (1982): Schmerz und Schmerzkontrolle. In: Keeser, W., Pöppel, E. & Mitterhusen, P. (eds.), Schmerz, pp. 191- 240, Urban & Schwarzenberg, München.

Weisman, A. & Sobel, H. (1979): Coping with cancer through self- instruction. *Journal of Human Stress*, 5: 3-8

Weisman, A. & Worden, W. (1977): Coping and vulnerability in cancer patients. Harvard University Press, Boston.

Weisman, A.D., Worden, J.W. & Sobel, H.J. (1980): Psychosocial screening and intervention with cancer patients. Harvard University Press, Cambridge.

Weiss, B. (1986): Probleme der Kooperation von Akutkrankenhaus, Rehabilitationsklinik, Hausarzt und ambulanter Herzgruppe unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Hamburger Infarkt- NachsorgeStudie (INS). In: Halhuber, C. & Traenckner, K. (eds.), Die koronare Herzkrankheit - eine Herausforderung an Gesellschaft und Politik, pp. 279-283, Perimed, Erlangen.

Weiss, B. et al. (1981): Gegenwärtiger Stand der Hamburger Herzinfarkt- Nachbehandlungs-Studie (INS). *Hamburger Ärzteblatt*, 2: 43-44

Weiss, P. (1969): The living system: determinism stratified. In: Koestler, A. (ed.), Beyond reductionism, Macmillan, New York.

Weizsäcker, V.v. (1927): Die Schmerzen. *Die Kreatur*, 1: 315-335

Wellisch, D., Landsverk, J., Guidera, K., Pasnau, R. & Fawzy, F. (1983): Evaluation of psychosocial problems of the homebound cancer patient. *Psychosomatic Medicine*, 45: 11-21

Weltgesundheitsorganisation (1986): Cancer pain relief - A state- of-the-art consensus report on the management of cancer pain. WHO, Genf.

Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa (1969): The rehabilitation of patients with cardiovascular disease. WHO- EURO, Kopenhagen.

Weltgesundheitsorganisation (1986): Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung. WHO, Kopenhagen/Genf.

Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa (1986): Vienna dialogue on "Health policy and health promotion - Towards a new conception of public health". Report on a WHO meeting. WHO-EURO, Kopenhagen.

Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa (1970): Psychological aspects of the rehabilitation of cardiovascular patients. Report on a working group. WHO-EURO, Copenhagen.

Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa (1968): A programme for the physical rehabilitation of patients with acute myocardial infarction. Report on a working group. WHO-EURO, Copenhagen.

Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa (1982): Perspectives of the WHO Regional Office for Europe: Health Promotion and Lifestyles. International Journal for Health Education, 20:3/4:57-60

Wendt, T. (1986): Erfahrungen mit Arzt-Patienten-Seminaren. In: Halhuber, C. & Traenckner, K. (eds.), Die koronare Herzkrankheit - eine Herausforderung an Gesellschaft und Politik, pp. 353-356, Perimed, Erlangen.

Wenger, N.K. (1982): Rehabilitation of the coronary patient in the United States. Unpublished manuscript,

Wenger, N.K. & Hellerstein, H.K. (eds.) (1978): Rehabilitation of the coronary patient. Wiley, New York.

Wharton, R. & Lewith, G.T. (1986): Complementary medicine and the general practitioner. British Medical Journal, 292: 1498- 1500

White, L., Tursky, B. & Schwartz, G. (1985): Placebo theory, research and mechanisms. Guildford, New York.

Wilkins, R. & Adams, O. (1983): Healthfulness of life. The Institute for Research on Public Policy, Montreal.

Williamson, J.D. & Danaher, K. (1978): Self-care in health. Croom Helm, London.

Wills, T.A. (1985): Supportive functions of interpersonal relationships. In: Cohen, S. & Syme, S.L. (eds.), Social support and health, pp. 61-82, Academic Press, New York.

Wilson, E.O. (1975): Sociobiology. The new synthesis. Belknap, Cambridge.

Wolff, B.B. & Langley, S. (1975): Cultural factors and the responses to pain. In: Landy, D. (ed.), Culture, disease and healing: studies in medical anthropology, pp. 313-319, Macmillan, New York.

Worden, J.W. (1982): Grief counseling and grief therapy. Springer, New York.

Worden, J.W. (1983): Psychosocial screening of cancer patients. Journal of Psychosocial Oncology, 1: 1-10

Wortman C.B. & Lehman, D.R. (1985): Reactions to victims of life crisis: support attempts that fail. In: Sarason, B. & Sarason, B.R. (eds.), Social support: theory, research and application, Martinus Nijhof, Den Haag.

Wortman, C.B. & Conway, T.L. (1985): The role of social support in adaptation and recovery from physical illness. In: Cohen, S. & Syme, S.L. (eds.), Social support and health, pp. 281- 302, Academic Press, New York.

Wortman, C.B. & Dunkel-Schetter, C. (1982): Interpersonal relationships and cancer: a theoretical analysis. Journal of Social Issues, 35: 120-155

Wynder, E.L. & Rose, D.P. (1984): Diet and breast cancer. Hospital Practice, 19: 4: 73-88

Zborowski, M. (1952): Cultural components in response to pain. Journal of Social Issues, 8: 16-30

Zborowski, M. (1969): People in pain. Jossey-Bass, San Francisco.

Zedeck, S. (1971): Problem with the use of "moderator" variables. Psychological Bulletin, 76: 295-310

Zimmerman, J.M. (1981): Hospice - Complete care for the terminally ill. Urban & Schwarzenberg, Baltimore.

Zimmermann, M. & Seemann, H. (1986): Der Schmerz - Ein vernachlässigtes Gebiet der Medizin?. Springer, Berlin/Heidelberg/New York.

Zola, I.K. (1966): Culture and symptoms: an analysis of patients presenting complaints. American Sociological Review, 31: 487- 504

Zucman, E. (1982): Childhood disability and the family: recognizing the added handicap. World Rehabilitation Fund, New York.

AUTORENLISTE

Ina Alewell
Gymnastiklehrerin
Hamburger Arbeitsgemeinschaft für
kardiologische Prävention und Rehabilitation
Wateweg 49 a

D-2000 Hamburg 56

Dr.med. Rieke H.E. Alten
Rheumatologin
Immanuel Krankenhaus
Rheuma-Klinik
Am kleinen Wannsee 5

D-1000 Berlin (West) 39

Dr. Robert Anderson
European Foundation for the Improvement of
Living and Working Conditions
Loughlinstown House

Shankill, Co. Dublin
Irland

Ulrike Apel
Mitglied der Feldenkrais Gilde e.V.
Krefelder Wall 42
D-5000 Köln 41

Sigrid Arndt
Dipl.-Pädagogin
Pfungstanger 53

D-3400 Göttingen

Dr. Erik Jo Asvall
Director, Regional Office for Europe
World Health Organization
8, Scherfigsvej

DK-2100 Kopenhagen

Prof. Dr. Bernhard Badura
FB 2, Institut für Soziologie
Technische Universität Berlin
Dovestr. 1

D-1000 Berlin (West) 12

Herman Baert
King Baldwin Foundation

Iris Bartkowiak Dipl.-Psychologin
Sonnenberg-Klinik der BfA
Hardtstr. 13

D-3437 Bad Sooden-Allendorf

Dr. Jörn Beckmann
Chief-Psychologist
Odense Hospital
Kloevervanget 18

DK-5000 Odense C

Dr. Wilfried Berg
Direktor Landesverband der
Betriebskrankenkassen NRW
Kronprinzenstr. 6

D-4300 Essen

Dr. Mike Bieber
Director
Cancer-Link
17 Britannia Street

GB-London WC1X 9IN

Dr. H.W. Van den Borne
Institute for Social Research (IVA)
University of Tilburg
Postbus 90153

NL-5000 LE Tilburg

Dr. Jan Branckaerts
Consultant in Health Promotion
World Health Organization
Regional Office for Europe
8, Scherfigsvej

DK-2100 Kopenhagen

Helmut Breitkopf
Dipl.-Soziologe
Kreisgesundheitsamt Unna
Wasserstr. 25

D-4750 Unna

Dr. Maria A. Bremer-Schulte
Director
Institute for Self-Care Research
Rijksuniversiteit Limburg
Boschstraat 45

NL-6211 AT Maastricht

Prof. David Bresler, Ph.D.
2901 Wilshire Blvd.
Suite 345

USA-Santa Monica, CA 90403

Dr. Hanneli Döhner
Institut für Medizin-Soziologie
Universitätskrankenhaus Eppendorf
Martinistr. 52

D-2000 Hamburg 20

Dr. Gert Ditlev
Dept. of Clinical Psychology
Odense University Hospital
Kloevervanget 18

DK-5000 Odense C

Hauke Engelhardt
Arbeitsgemeinschaft für kardiologische
Prävention
und Rehabilitation
Humboldtstr. 56

D-2000 Hamburg 76

Dr. Rosmarie Erben
Referatsleiterin Auslandsbeziehungen
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimerstr. 200

D-5000 Köln 91

Helga Falkenstein
Dipl.-Psychologin Abt. Medizinische Psychologie
Ruhr-Universität Bochum
Hiltroper Landwehr 136

D-4630 Bochum

Dr. Michael Falkenstein
Dipl.-Psychologe
Abt. Medizinische Psychologie
Ruhr-Universität Bochum
Hiltroper Landwehr

D-4630 Bochum

Dr.med. Thomas Flöter
Schmerztherapeutisches Kolloquium
Roßmarkt 23

D-6000 Frankfurt/M. 1

Dr. David Field
Lecturer
Department of Sociology
Medical School
University of Leicester

GB-Leicester

Wolf-Dieter Fischer
Dipl.-Sportlehrer
Leiter des Therapeutischen Bewegungszentrums
Waldburg-Zeil Kliniken

D-7972 Isny-Neutrauchburg

Carmen Franz
Dipl.-Psychologin
Ambulanz für Schmerzbehandlung
Universitätskliniken Göttingen
Robert-Koch-Str. 40

D-3400 Göttingen

Peter Gielen
International Information Centre on Self-Help
and Health
E.van Evenstraat 2 C

B-3000 Leuven

Stefan Görres
Dipl.-Soziologe
Institut für Medizin-Soziologie
Universitätskrankenhaus Eppendorf
Martinistr. 52

D-2000 Hamburg 20

Dr. Vera Grunow-Lutter
Forschungsgruppe Systemanalyse
Universität Duisburg
Burgerstr. 15

D-4100 Duisburg 1

J. Hanneke C.M.J. de Haes Ph.D.
Working Group on Medical Decision Making
Dept. of Clinical Oncology
University Hospital, Bld. I, K1-P51
P.O. Box 9600

NL-2333 RC Leiden

Dr. Tom Heller
Department of Health and Social Welfare
Open University

GB-Milton Keynes

Dr. George Lewith
Co-Director
Centre for the Study of Complementary Medicine
51 Bedford Place

GB-Southampton FO1 2DG

Dr.med. Dieter Kallinke
Dipl.-Psychologe
Abteilungsleiter Psychologie
Berufsförderungswerk Heidelberg
Bonhoefferstr.

D-6900 Heidelberg 1

Dr.med. Helmut Milz
Oberarzt
Klinik Roseneck
Am Roseneck

D-8210 Prien

Annette Kaplun
President Foyer-Handicap
3, rue Viollier

CH-1207 Genf

George Morland
Clay Cross
55 Flaxpiece Road

GB-Chesterfield S45 9HD

Dr. Ilona Kickbusch
Unit Chief, Health Promotion
World Health Organization
Regional Office for Europe
8, Scherfigsvej

DK-2100 Kopenhagen

Dr.med. Christof Müller-Busch
Leitender Arzt der Anästhesieabteilung/
Schmerzambulanz
Gemeinnütziges Gemeinschaftskrankenhaus
Herdecke
Beckweg 4

D-5804 Herdecke

Dr. Robert Lafaille
Assistant Professor
Faculty of General Medicine
University of Antwerp
Universiteitsplein 1

B-2610 Wilrijk

Dr. Barbara Naegele
Chief, Health Promotion Directorate
Health & Welfare Canada
Jeanne Mance Building
Tunney Pasture

CND-Ottawa, Ont. K1A 0K9

Prof. Richard S. Lazarus Ph.D.
Department of Psychology
University of California Berkeley

USA-Berkeley, CA 94720

Dr.Dr. Horst Noack
Institut für Sozial- und Präventivmedizin
Universität Bern
Finkenhubelweg 11

CH-3012 Bern

Dr. Joseph Lebeer
Assistant Professor
Faculty of General Medicine
University of Antwerp
Universiteitsplein 1

B-2610 Wilrijk

Dr.med. Elisabeth Pott
Direktorin
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimerstr. 200

D-5000 Köln 91

Dr. Michael Lerner
President
Commonweal
Box 316

USA-Bolinas, CA 94924

Dr. Uwe Prümel
Projektmanager
Rheuma-Liga Schleswig-Holstein e.V.
Modellzentrale
Melanchtonstr. 31

D-2300 Kiel

Hans P. Rehfishch
Dipl.-Psychologe
Institut für Medizinische Psychologie
Fachbereich Humanmedizin
Philipps-Universität
Bunsenstr. 3

D-3550 Marburg

Dr. Ann Richardson
Social Research and Consultancy
39 Glenmore Road

GB-London NW3 4DA

Dr. Rudi Rijke
Co-Director
Institute for Ecological Health Care
West Blaak 35

NL-3012 KD Rotterdam

Michael Rinast
Dipl.-Psychologie
Fritz Pearls-Institut
Falkenburgerstr. 118

D-2360 Bad Segeberg

Sabine Rinck
Referentin für Gesundheitserziehung
Landesverband der Betriebskrankenkassen NRW
Kronprinzenstr. 6

D-4300 Essen

C. Michael Shaw
Features Editor
BBC
5 Queen Street

GB-Edinburgh EH2 1IF

Dr. Hans Schäffler
Deutsche Gesellschaft für Ayurveda
Gesundheitszentrum
Am Berg 11

D-4516 Bissendorf 2

Dr. Mark Schmid-Neuhaus
Leitender Arzt
Gesundheitspark München
Spiridon-Louis-Ring
Olympiastadion

D-8000 München 40

Marina Schnurre
Therapeutin
Krankenhaus Moabit
Prinz-Friedrich-Leopoldstr. 33a
D-1000 Berlin (West) 38

Hanne Seemann
Dipl.-Psychologin
Klinikum der Universität Heidelberg
Psychosomatische Klinik
Landfriedstr. 12

D-6900 Heidelberg

Mieke Smet
King Baldwin Foundation

Dr. A. Mariet Vrancken M.D.
The Helen Dowling Institute for
Biopsychosocial Medicine
Mathenesserlan 183, P.O. Box 25309

NL-3001 HH Rotterdam

Millard Waltz
Social Epidemiologist
Institut für Soziologie
Universität Oldenburg
Ammerländer Heerstr. 67-99

D-2900 Oldenburg

Prof. Dr. Robert Wiedersheim
Dean
Herdecke University
Medical School
Beckweg 4

D-5804 Herdecke

Denise Winn
Cancer-Link
17 Britannia Street

GB-London WC1X 9IN

Prof. Dr. Manfred Zimmermann
II. Physiologisches Institut der Universität
Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 326

D-6900 Heidelberg