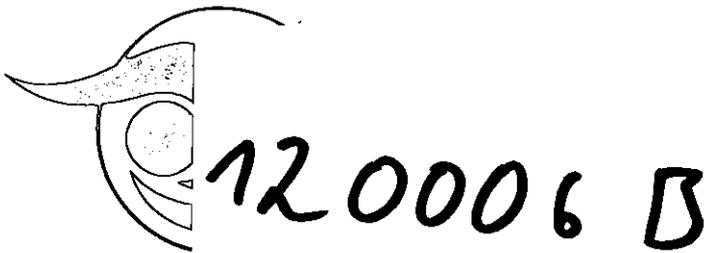

GESUNDHEITSFÖRDERUNG

BEI

CHRONISCHEN

KRANKHEITEN

- Chronische Schmerzzustände
- Krebserkrankungen
- Rehabilitation nach Herzinfarkt
- Herausforderungen an den einzelnen und an Gruppen



BUNDESZENTRALE
FÜR
GESUNDHEITLICHE
AUFKLÄRUNG



WGO-KOLLABORATIONS-
ZENTRUM FÜR
GESUNDHEITS-
ERZIEHUNG

Gesundheitsförderung bei chronischen Krankheiten

Bericht über ein Internationales Symposium
der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
in Zusammenarbeit mit
dem Regionalbüro für Europa
der Weltgesundheitsorganisation

ARCHIVEXEMPLAR

Reg.-Nr.: 12 006

Bad Honnef, Bundesrepublik Deutschland

21.-25. Juni 1987

Der vorliegende Bericht stellt keine offizielle Veröffentlichung dar und darf
ohne vorherige Zustimmung des Herausgebers rezensiert oder
zitiert werden, wenn die Quelle angegeben wird.
Für Übersetzungen sollte um Genehmigung nachgesucht werden.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Straße 200
D-5000 Köln 91 (Merheim)
Tel.: 0221/8992-1; Telex: 8873658 bzga d
Telefax: 0221-8903460

INHALT

Zusammenfassung	5
1 Hintergrund	7
2 Gegenstand und Zielsetzung	8
3 Der Ablauf des Symposiums	10
4 Ein Rahmenkonzept: die Ottawa-Charta	12
5 Chronische Schmerzzustände: neue Vorstellungen	15
5.1 Was sind chronische Schmerzen?	16
5.2 Die Häufigkeit von Schmerzen und die Bedeutung bestimmter Aspekte von Lebensweisen	17
5.3 Schmerztherapie: von traditionellen zu innovativen Methoden	17
5.4 Die Rolle des Therapeuten	19
5.5 Die Rolle des Patienten	19
5.6 Gesundheitsförderungsorientierte Projekte	20
5.7 Tätigkeitsfelder und Forschungsgebiete	21
5.8 Schlußbemerkungen	22
6 Krebserkrankungen: auf dem Wege zu innovativen Gesundheitsförderungsansätzen.	24
6.1 Ein komplexes Thema mit schmaler Wissensgrundlage	25
6.2 Neue, auf die Gesundheitsförderung konzentrierte Ansätze in der Versorgung von Krebspatienten.	27
6.3 Das Entstehen einer Sozialbewegung unter den Krebspatienten	29
6.4 Zielgruppen, Zielsetzungen und Prioritäten der Gesundheitsförderung	31
6.5 Tätigkeitsfelder und Forschungsgebiete	32
6.6 Schlußbemerkungen	34

7	Rehabilitation nach Herzanfällen: Betonung von Selbstvertrauen, Selbsthilfe und Selbstbestimmung	35
7.1	Rehabilitation: die Lebensqualität geht vor	35
7.2	Bewältigung der Erkrankung	36
7.3	Rehabilitation nach einem Myokardinfarkt:	
	1) Akute Phase	38
	2) Rekonvaleszenz	39
	3) Spätrehabilitation	40
7.4	Ein Gesundheitsförderungsmodell: der Münchner Gesundheitspark	41
7.5	Tätigkeitsfelder und Forschungsgebiete	41
7.6	Schlußbemerkungen	42
8	Herausforderungen an den einzelnen und an Gruppen	43
8.1	Chronisch kranke Patienten	43
8.2	Familien und Selbsthilfegruppen	44
8.3	Arbeitsplatz und Allgemeinheit	48
8.4	Das System der ärztlichen Versorgung	51
8.5	Neuausrichtung der Schulung in den Heil-, Gesundheits- und Sozialberufen	52
8.6	Konzentration der Forschung auf die Faktoren der Gesundheitsförderung	53
8.7	Maximierung des Gesundheitspotentials: der "gesunde Kranke"	54
9	Empfehlungen	55
10	Schlußfolgerung	58
	Anhang: Der Basar - ein Brennpunkt des Erfahrungsaustauschs	60

Das Wohlbefinden chronisch kranker Menschen läßt sich auf vielerlei Weise fördern. Aus zahlreichen Erfahrungen konnte eine Wissensgrundlage erstellt werden, und konkrete Strategien werden angewandt, um die persönliche und soziale Gesundheit chronisch Kranker und der Menschen, die für sie sorgen, zu verbessern. Diese Aussage wird in dem Bericht über die erste internationale Tagung in Europa zur Erörterung chronischer Krankheiten unter dem Blickwinkel der Gesundheitsförderung belegt.

Die *Kapitel 1, 2 und 3* beschreiben den Hintergrund des Symposiums und stellen seinen Gegenstand, seine Zielsetzung und die angewandten Arbeitsmethoden dar, darunter auch das sehr anregende Basar-Modell.

Kapitel 4 gibt eine Einführung in das Konzept der Gesundheitsförderung, ihre Hauptgebiete und die Strategien für ein anwaltschaftliches Eintreten für den Kranken, Befähigungsmaßnahmen und Vermittlungsaktionen. Das Kernstück der Gesundheitsförderung ist der Begriff des Gesundheitspotentials, über das jeder einzelne verfügt und das sich in jedem Lebensabschnitt erschließen läßt. Bei der Gesundheitsförderung geht es um die Befähigung des Menschen zur Maximierung seines Gesundheitspotentials, damit er von dem jeweiligen Ausgangspunkt weiterkommen und *trotz* oder *wegen* seiner chronischen Krankheit eine neue Gesundheits- und Lebensqualität erlangen kann.

In *Kapitel 5* geht es um chronische Schmerzzustände. Unsere Kenntnisse über Schmerzverursachung, -verarbeitung und -empfinden haben sich in den letzten Jahren beträchtlich erweitert. Forschungsarbeiten über die Physiologie und die Biochemie des Schmerzes und auf dem Gebiet der Psychoneuroimmunologie und der Psychologie haben die zentrale Bedeutung der Unterscheidung zwischen akuten und chronischen

Schmerzen deutlich gemacht, nicht nur für Diagnose und Therapie, sondern auch um den Patienten zu einem besseren Verständnis seiner Krankheit zu befähigen und ihm die Möglichkeit zu geben, schmerzfördernde Lebensweisen zu verändern. Schmerzen allein machen das Leben noch nicht unerträglich. Unsere Einstellung zu Schmerzen und die Art, wie wir das Schmerzerlebnis empfinden, lassen Schmerzen unerträglich werden. Dies erklärt die Bedeutung der sozialen Unterstützung und der Erkenntnis, daß der Mensch die Möglichkeit hat, sein Gesundheitspotential zu aktivieren.

Kapitel 6 geht besonders auf innovative Ansätze in der Gesundheitsförderung bei Krebskrankheiten ein. Die zunehmende Erkenntnis der Grenzen der herkömmlichen Therapien und der Notwendigkeit, neue biologische Therapieansätze mit vorsichtiger Hoffnung zu betrachten, haben Laiengruppen ehemaliger Patienten und eine Reihe von Krebsbehandlungszentren auf der ganzen Welt dazu veranlaßt, das Potential "ergänzender Therapieformen" zu erkunden. Diese Behandlungsformen lassen sich oft als Systeme der intensiven Gesundheitsförderung einstufen,

durch die das psychobiologische Milieu verändert werden soll, das das Krebswachstum begünstigte; es handelt sich dabei um eine Kombination aus Diät, Bewegung, Entspannung, Meditation, Visualisierungsmethoden, einer Verbesserung des familiären Umfelds und der Arbeitsumgebung sowie neue Ausblicke auf ein sinnerfülltes Leben. Das Ziel ist die Stärkung der allgemeinen Immunfunktion, der psychischen Moral, der Vitalität und anderer Faktoren der individuellen Widerstandsfähigkeit.

Der Wert der Gesundheitsförderung ist noch nicht schlüssig bewiesen, doch scheint die sinnvolle Verbindung einander ergänzender Behandlungsweisen mit etablierten Therapien vielen Krebspatienten zu nützen. Neben einer möglichen Beeinflussung des Krankheitsverlaufs erleichtert die Gesundheitsförderung die wirksame Bewältigung der Krankheit und trägt zu einer Verbesserung der Lebensqualität bei.

Kapitel 7 belegt die wesentliche Rolle des Selbstvertrauens, der Selbsthilfe und der Selbstbestimmung bei der Rehabilitation nach einem Herzinfarkt. Im Lichte dieser Erkenntnisse stellen sich viele Fragen zu der optimalen Förderung eines ganzheitlichen Ansatzes und zur Vermeidung einer Vernachlässigung der psychologischen Faktoren während der drei Rehabilitationsphasen, nämlich der akuten Phase, der Rekonvaleszenz und der Spätrehabilitation. Aus mehreren Projekten werden Möglichkeiten einer Veränderung des verhältnismäßig starren Systems der medizinischen und der gesundheitlichen Versorgung deutlich. Diese auf den Begriff der Gesundheitsförderung aufbauenden Modelle betonen die Unabhängigkeit der an einer Rehabilitationstherapie teilnehmenden Patienten, die damit innerhalb des Rehabilitationsprozesses eine partnerschaftliche Rolle zugewiesen bekommen. Sie konzentrieren sich darüber hinaus auf die soziale Unterstützung einer besseren Bewältigung dieser Aufgaben und die gebührende Berücksichtigung der Arbeitssituation des Patienten mit allen sich daraus ergebenden schwerwiegenden sozialen und psychologischen Folgen.

Die Herausforderungen an den einzelnen und an Gruppen werden in *Kapitel 8* behandelt. In dem Kapitel werden der Vorgang der Bewältigung und die zahlreichen Faktoren analysiert, die die Fähigkeit des Menschen zu wirksamer Problembewältigung beeinflussen. Es gibt die Auffassungen der drei Arbeitsgruppen wieder, die über Familien- und Selbsthilfegruppen, Arbeitsplatz und Allgemeinheit sowie ärztliche Versorgung diskutierten. Die Gruppen arbeiteten Problembereiche heraus und bezeichneten prioritäre Tätigkeitsfelder. Abschließend beschäftigt sich das Kapitel mit dem Begriff des "gesunden Kranken" und neuen Perspektiven des Lebens mit einer chronischen Krankheit. Dieser Begriff ist ein Ergebnis des Gesundheitsförderungskonzepts und konzentriert sich auf die Erschließung des in jedem einzelnen vorhandenen Gesundheitspotentials.

Kapitel 9 führt die Empfehlungen des Symposiums für die Planung und Durchführung der Gesundheitsförderung auf. Daran schließen sich in *Kapitel 10* die Schlußbemerkungen an.

Der *Anhang* gibt einen Überblick über die im Rahmen des Basars vorgestellten 24 innovativen Projekte.

1.

Hintergrund

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln, veranstaltete in Zusammenarbeit mit dem Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation vom 21. bis zum 25. Juni 1987 in Bad Honnef, Bundesrepublik Deutschland, das Internationale Symposium über Gesundheitsförderung bei chronischen Krankheiten mit 84 Teilnehmern aus 12 europäischen Ländern, Kanada und den USA. Die Teilnehmer vertraten ein breites Spektrum von Fachgebieten: Medizin (darunter Fachärzte für Kardiologie, Rheumatologie, Onkologie und Schmerztherapie), Epidemiologie, Psychologie, Physiologie und Physiotherapie sowie Entscheidungsträger und Vertreter von Verwaltungen, Forscher, medizinische Fachjournalisten und Vertreter von Regierungen und Nicht-Regierungsorganisationen sowie von Selbsthilfegruppen.

Das Symposium bedeutete einen wesentlichen Schritt nach vorn auf dem neuen Gebiet der Gesundheitsentwicklung, das 1980 in der Europäischen Region eingeführt worden war, als die Vertreter der Mitgliedstaaten als gemeinsame Gesundheitspolitik die Europäische Strategie zur Verwirklichung der "Gesundheit für alle" verabschiedeten.

Diese Strategie verlangt eine viel höhere Priorität für die Gesundheitsförderung, die als "eine Vermittlungsstrategie zwischen dem Menschen und seiner Umwelt (betrachtet wird) und die persönliche Entscheidung sowie die soziale Verantwortung auf dem Gesundheitsgebiet mit dem Ziel der Schaffung einer gesünderen Zukunft zusammenfaßt". Dies erklärt den großen Nachdruck auf die Notwendigkeit, daß alle gesundheitsrelevanten Sektoren — nicht nur die Gesundheitsdienste — positive Schritte ergreifen müßten, um die Gesundheit zu erhalten und zu verbessern und die Unterstreichung der Aufgabe, die der einzelne, die Familie und die Allgemeinheit bei der Gesundheitsentwicklung übernehmen können. Die Verabschiedung von 38 Zielen zur Förderung der Regionalstrategie, die 1984 durch das Regionalkomitee ausgesprochen wurde, lieferte den erforderlichen Handlungsrahmen.

Die Tagung in Bad Honnef war Teil der laufenden Programmentwicklung auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung in der Europäischen Region. Sie war das Ergebnis einer langen Reihe internationaler Seminare und Workshops sowie von Forschungsarbeiten über Lebensweisen, Selbsthilfe und Gesundheitsförderung, von denen viele in Zusammenarbeit mit der BZgA organisiert worden waren. Bei der Tagung wurde erstmals in Europa das wichtige Problem der chronischen Krankheiten vom Standpunkt der Gesundheitsförderung angegangen, ein Problem, das in den Industrieländern 10% der Bevölkerung betrifft.

2.

Gegenstand und Zielsetzung

Das im folgenden zitierte Arbeitsdokument über Gegenstand und Zielsetzung des Symposiums beschreibt klar das Problem und die Herausforderung, die chronische Krankheiten bedeuten, wenn sie in den Zusammenhang einer ganzheitlichen Gesundheitsbetrachtung gestellt und unter dem Blickwinkel der Gesundheitsförderung untersucht werden:

In Verbindung mit der Gesundheitsförderung bedeutet "chronisch" lebensbestimmend. Eine "chronische Krankheit" markiert somit einen entscheidenden Wendepunkt in der Lebenssituation der Betroffenen und wirkt sich nicht nur auf die erkrankten Patienten, sondern auch auf ihr unmittelbares soziales Umfeld aus. Dieser Begriff einer chronischen Krankheit reicht über die streng biomedizinische Definition hinaus. Wer an einer chronischen Krankheit leidet, ist nicht bloß "chronisch krank". Sein Alltagsleben hat einen anderen Ausgangspunkt erhalten, von dem er nicht nur sich selbst und seine Umgebung wahrnimmt, sondern auch seinerseits von dieser Umgebung wahrgenommen wird.

Die Zahl der mit einer chronischen Krankheit lebenden Menschen nimmt in den Industrieländern stetig zu. Dies gilt nicht nur für die schnell anwachsende Zahl alter Menschen, sondern zunehmend auch für die jüngere Altersgruppe. Der medizinischen Definition einer chronischen Krankheit zufolge besteht keine Möglichkeit einer wirklich erfolgreichen Heilung, sondern nur die einer Linderung eines sich ansonsten ständig verschlechternden Zustands. Diese Begriffsbestimmung ist ihrem Wesen nach negativ und läßt den Betroffenen nur wenig Handlungsspielraum.

Chronische Krankheiten bedeuten eine besondere Herausforderung für a) die Betroffenen selbst, b) ihre Familien und sozialen Bezugsgruppen und c) verschiedene Einrichtungen, und zwar die Allgemeinheit, die Arbeitsumwelt sowie die ärztlichen und sozialen Dienste. Auf all diesen Gebieten besteht ein dringender Bedarf an einer kritischen Beurteilung der vorhandenen Erfahrungen und Erkenntnisse, um den schnell anwachsenden Bedürfnissen der an chronischen Krankheiten leidenden Menschen gerecht zu werden. Die Form der praktischen Hilfe und der erforderlich werdenden Maßnahmen hängt weitgehend von der Art des Auftretens der Krankheit und ihrem erwarteten Verlauf, der Art und dem Umfang der durch die Krankheit hervorgerufenen Behinderung sowie den Veränderungen der physischen Integrität und der individuellen Körperfunktion ab.

Welche Möglichkeiten der Selbsthilfe und der gegenseitigen Unterstützung gibt es? Wie können sie gefördert und unterstützt werden? Welche besonderen Anfor-

derungen 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 Krankheitsprophylaxe und Gesundheitspflege 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.

3.

Der Ablauf des Symposiums

Vor dem Hintergrund dieser Ziele erarbeitete die BZgA ein viertägiges Programm, in dem auf vier Ebenen Erfahrungen angeboten wurden.

Zum ersten die *Plenarsitzungen* - Nach einleitenden Ausführungen über die Programmperspektiven der WGO auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Überlegungen zu Gesundheitsförderung und chronischen Krankheiten wurde dabei ein Überblick über jüngste Erkenntnisse und neue Konzepte für die Bewältigung krankheitsbedingter Belastungen, chronischer Schmerzen, ergänzende 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. Diese Darlegungen stützten sich auf detailliertere Arbeiten, die vor dem Symposium für die Teilnehmer erstellt worden waren, sowie auf Übersichtsarbeiten über die derzeitige Praxis in Europa in der Therapie chronischer Schmerzzustände, Krebserkrankungen und des Myokardinfarkts. Auf einer der Plenarsitzungen wurden spezifische Beispiele für innovative Projekte vorgestellt, die die praktische Gesundheitsförderung verdeutlichten.

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 ergänzenden 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, und die Teilnehmer genossen dieses Erlebnis ganz offensichtlich und lernten sehr viel voneinander.

Die auf dem Basar angebotenen Projekte und Aktivitäten sind im Anhang aufgeführt.

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.

Der Tagungsort des Symposiums, ein eigens für derartige Veranstaltungen gebautes Hotel, trug durch ausgezeichnete Einrichtungen für Sitzungen, gemeinsame Essen und körperliche Betätigung ebenfalls sehr zu der gewünschten Interaktion bei.

4.

Ein Rahmenkonzept : Die Ottawa-Charta

Die vom 17. bis zum 21. November 1986 in Ottawa abgehaltene Erste Internationale Konferenz über Gesundheitsförderung leitete einen neuen Abschnitt in der Geschichte der Volksgesundheit ein. 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.

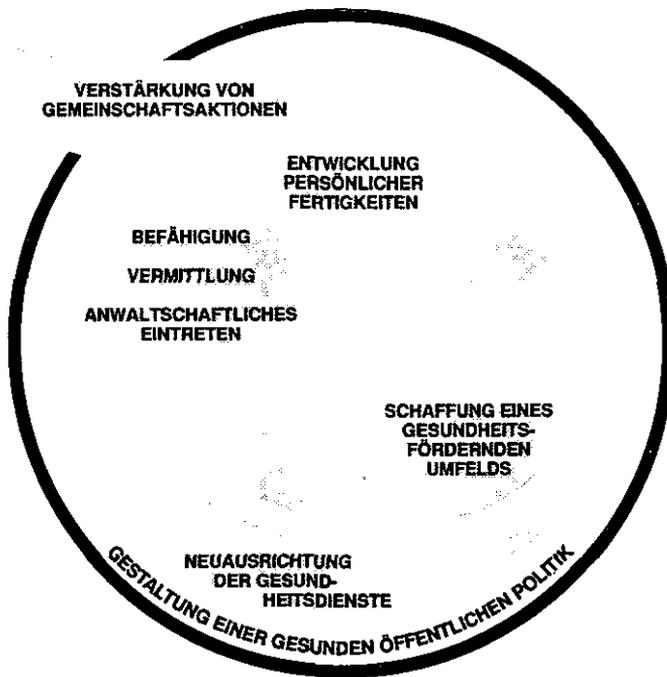
Zum Abschluß der einwöchigen Tagung verabschiedeten die Teilnehmer eine *Charta der Gesundheitsförderung*, die den Begriff der gesundheitlichen Grundbetreuung erweiterte und die Notwendigkeit hervorhob, alle Ressourcen im Hinblick auf das Ziel der "Gesundheit für alle" zu mobilisieren. Wie es in der Charta heißt, kann dieses Ziel nicht allein durch den Gesundheitssektor erreicht werden. Die Gesundheitsförderung setzt deshalb 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 WGO-Regionalbüro für Europa begonnen hatten.

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. Sie 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 setzt die Gesundheitsförderung eine *Neuausrichtung der Gesundheitsdienste* voraus, die wieder zu einem Teil der Gemeinschaftsverantwortung werden und ein umfassendes Mandat erhalten müssen, das sämtliche Bedürfnisse des einzelnen als Gesamtpersönlichkeit wahrnehmen muß.



Die Ottawa-Charta

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". Bei diesem Konzept wird die Gesundheit als wesentlicher Bestandteil der persönlichen wie der sozialen Lebensqualität hervorgehoben, die in jeder Lebensphase gefördert werden kann.

Dr. Ilona Kickbusch, Regionalbeauftragte für Gesundheitsförderung beim WGO-Regionalbüro für Europa, hob auf der Eröffnungssitzung des Symposiums hervor, daß die fünf Hauptfaktoren der Gesundheitsförderung auf einer Gesundheitsdefinition beruhen, "die den Begriff des *Gesundheitspotentials* betont, d.h. den Umstand, daß bestimmte Aspekte der Gesundheit und des Wohlbefindens von jedem beliebigem Ausgangspunkt im Leben erschlossen werden können oder könnten, von einem kerngesunden Säugling ebenso wie von einem Menschen, der bereits eine Reihe von Lebenskrisen durchlaufen hat; bei der Gesundheitsförderung geht es darum, den Menschen zur Maximierung seines Gesundheitspotentials und zum weiteren Fortkommen zu befähigen."

Zu den Strategien der Gesundheitsförderung gehören :

- 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.

Der Begriff der Gesundheitsförderung bei chronisch Kranken steckt in der medizinischen Praxis jedoch noch in den Kinderschuhen. Für Krankheitsprophylaxe 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. Dies ist die wahre Herausforderung, der die Betroffenen, ihre Angehörigen und ihr soziales Umfeld, die Versorger - Vertreter der Gesundheitsberufe wie Laien — und die verschiedenen Institutionen gegenüberstehen — in der Bevölkerung, am Arbeitsplatz, in den medizinischen und sozialen Diensten.

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

In den folgenden drei Kapiteln werden die wichtigsten Punkte aus den Plenumsveranstaltungen sowie den Hintergrundpapieren zu den drei ausgewählten Kategorien chronischer Krankheiten angesprochen.

5.

Chronische Schmerzzustände: Neue Vorstellungen

In den letzten Jahren haben unsere Kenntnisse über Schmerzverursachung, -verarbeitung und -empfinden beträchtliche Fortschritte gemacht. Wir gehen mittlerweile davon aus, daß die einfache Annahme einer Ursache-Wirkungs-Beziehung in den meisten Fällen unzureichend ist. Die Vorstellung von einem unmittelbaren Zusammenhang — organische Schädigungen auf der einen und Schmerzzustände auf der anderen Seite — ist heute wissenschaftlich nicht mehr haltbar. Ein differenzierterer Ansatz in der Betrachtung von Schmerzzuständen hat zu einer deutlicheren Unterscheidung zwischen zwei Erscheinungen geführt: akuten und chronischen Schmerzen. Leider ist diese Erkenntnis bisher auf eine kleine Gruppe von Experten beschränkt.

Der Begriff "chronischer Schmerzpatient" bezieht sich auf Menschen, bei denen das Schmerzerlebnis — chronische Kopfschmerzen, Lumbago, rheumatische Schmerzen, reflektorische Störungen, Neuralgien usw. — zu einem Lebensmittelpunkt geworden ist. In vielen Theorien ist versucht worden, chronische Schmerzzustände zu erklären. Viele Forscher sehen in dieser Erscheinung ein Zerfallssymptom, eine Aufhebung der Integrität des Systems oder ein Zeichen einer existentiellen Belastung, während andere sie als beziehungsbedingte Erscheinung betrachten, als negative Verarbeitung von Erfahrungen oder sozialer Lernprozesse. Wiederum andere sehen chronische Schmerzzustände als Unfähigkeit des einzelnen, sich Veränderungen zu stellen und daran zu wachsen.

Der verbreitetste Fehler der Kliniker besteht in der ausschließlichen Behandlung des physischen Aspekts des Problems, als handle es sich um einen akuten Schmerzzustand.

Das Ziel sollte eine Behandlung "des Menschen" und das Verstehen der eigentlichen Botschaft des Schmerzes sein, der ein Signal dafür darstellt, daß "etwas nicht in Ordnung (ist)". Unter diesem Blickwinkel sind verschiedene Therapieansätze erarbeitet worden, die auf psychisch-verhaltensorientierten Behandlungsstrategien, alternativen Ansätzen zur Durchbrechung der "Schmerzlaufbahn" des Patienten und nicht zuletzt zur Förderung neuer Einstellungen zum Schmerz und einer angemessenen sozialen Unterstützung beruhen.

Die Erfahrung zeigt, daß chronische Schmerzpatienten häufig in der Lage sind, ihr Potential für eine bessere Lebensqualität zu aktivieren, wenn sie im Beruf und in ihrem Umfeld eine angemessene Unterstützung erhalten.

5.1 Was sind chronische Schmerzen ?

Die Unterscheidung zwischen akuten und chronischen Schmerzen besitzt nicht nur eine zentrale Bedeutung für die Diagnose und die Therapie im medizinischen wie im psychologischen Bereich, sondern auch für die Einstellungen und Erwartungen aller Betroffenen.¹

Lang anhaltende Schmerzen gehen oft mit Depressionssymptomen einher, wie zum Beispiel Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Libidoverlust, Reizbarkeit, Abstumpfung der Interessen, Verlust von Kontakten mit Freunden und Verwandten und zunehmende Beschäftigung mit den Schmerzsymptomen. Das Schmerzerlebnis löst sich häufig von der ursprünglichen oder ständig zugrunde liegenden physischen Ursache ab und führt zur "Aufbrechung der natürlichsten aller Einheiten, der Einheit unseres persönlichen und körperlichen Seins."

Klinisch gelten Schmerzen als chronisch, wenn sie ein halbes Jahr oder länger fortbestehen. Der Ablauf des Chronischwerdens eines Schmerzzustands weist große Unterschiede auf. Er kann durch eine unsachgemäße Behandlung verursacht werden, wie zum Beispiel bei einer akuten Gürtelrose, und zur Therapieresistenz führen, oder er kann durch die Behandlung selbst fortgeführt werden, wie bei iatrogenen Kopfschmerzen, die zum Beispiel durch die Verwendung einer Arzneimittelkombination verursacht worden sein können. Diese Kopfschmerzen können nach Absetzen des Medikaments ganz oder weitgehend verschwinden. Andererseits bleiben Spannungskopfschmerzen weiterhin chronisch, bis ihre individuelle Ätiologie ermittelt ist und eine Präventivstrategie angewandt werden kann, z. B. durch Konflikt- und Streßbewältigung.

Ständige Behandlung erfordernde Schmerzen, wie z.B. Tumorschmerzen, werden ebenfalls als chronisch bezeichnet, auch wenn erfolgreich Linderung verschafft werden kann. Schmerzen können auch aufgrund geistiger und gesellschaftlicher Gegebenheiten chronisch werden, z.B. wenn Spannungen vorliegen oder der Patient nach einem Unfall körperliche Bewegung scheut. Konzentriert sich die Aufmerksamkeit auf die Schmerzen, so werden diese in der Regel schlimmer und verdrängen gesunde Aktivitäten. Schmerzen können auch nach der Erholung von einer Verletzung fortbestehen, wenn der Patient durch positive Sekundäreffekte der Krankheit "belohnt" wird. Sie können auch als Konversionssyndrom im Sinne hysterischer Schmerzen oder als Erschöpfungssyndrom nach ständiger Überforderung lange fortbestehen.

Die Heterogenität der Schmerzzustände im Hinblick auf ihre Ätiologie, ihre Phänomenologie und die sich daraus ergebenden Belastungen erschwert eine standardisierte Begriffsbestimmung chronischer Schmerzen, insbesondere im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf die Lebensqualität des Patienten.

1) Seemann, Hanne (1987). *Gesundheitsförderung bei chronischen Krankheiten: chronische Schmerzen. Zur Situation von Menschen mit chronischen Schmerzen im Versorgungssystem - Defizite, Veränderungsvorschläge.* Zusammenfassung des Hintergrundpapiers für das Internationale Symposium über Gesundheitsförderung bei chronischen Krankheiten. BZgA, Köln.

5.2 Die Häufigkeit von Schmerzen und die Bedeutung bestimmter Aspekte von Lebensweisen

Die erste repräsentative Untersuchung über die Häufigkeit von Schmerzen wurde in den USA durchgeführt und ist in dem Nuprin Pain Report¹ enthalten. In dem Bericht werden Schmerzen als schwerwiegendes Gesundheitsproblem dargestellt: 10 bis 12% aller Patienten von Allgemeinmedizinern, Internisten und Neurologen leiden an chronischen Schmerzen, und bei Orthopäden erreicht dieser Zahlenwert rund 30%. Der Nuprin Pain Report macht einige offensichtliche Zusammenhänge zwischen Schmerzen und Aspekten von Lebensweisen, wie z.B. Sport, Rauchen, Alkoholkonsum, Fernsehen usw., deutlich. Dabei erweist es sich allerdings als schwierig, einen Kausalzusammenhang herzustellen.

Im Hinblick auf die Auswirkungen von Schmerzen auf die Arbeit zeigt es sich, daß Frauen, Patienten mit niedrigem Bildungsniveau oder Einkommen und Personen mit beträchtlichem "Alltagsstreß" sich am stärksten betroffen fühlen. Andererseits sind Menschen mit einem "internal health locus of control", d.h. einem ihr Gesundheitsempfinden steuernden Faktor, in ihrem Alltagsleben und ihrer Arbeit weniger stark beeinträchtigt. Rücken-, Gelenk-, Kopf- und Muskelschmerzen sind die Hauptursachen für Fehlzeiten. Es besteht ein offensichtlicher, linearer Zusammenhang zwischen der Stärke der Schmerzen und dem Ausmaß der Streßfaktoren. Dies gilt für alle Schmerzformen. Werden die Patienten gebeten, die Ursachen subjektiv zu benennen, so tritt Streß als Hauptursache hervor.

5.3 Behandlung chronischer Schmerzen: von traditionellen zu innovativen Methoden

Im Nuprin Pain Report wird festgehalten, daß alle über starke Schmerzen klagenden Patienten und 88% der gelegentlich an Schmerzen leidenden Personen die Einrichtungen des Gesundheitswesens nutzen. Geht man von der Annahme aus, daß chronische Schmerzzustände ärztlicher Behandlung bedürfen, so ist zu vermuten, daß die Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung in anderen Ländern gleichermaßen ausgedehnt ist.

Im allgemeinen wenden sich chronische Schmerzpatienten zuerst an den Hausarzt, der nur selten in der Lage ist, die 10% seiner chronischen Schmerzpatienten erfolgreich zu behandeln, deren Schmerzen einen hohen Chronozitätsgrad erreicht haben und therapieresistent geworden sind. Chronische Schmerzen gehen oft über die Grenzen eines einzelnen medizinischen Fachgebiets hinaus. Eine interdisziplinäre Diagnose durch ein "Schmerzkonsilium" oder eine "Schmerzkonferenz" hat sich als weitaus sinnvoller erwiesen. Dabei versuchen verschiedene Fachärzte in Zusammenarbeit mit dem Patienten, der eine subjektive Darstellung seiner Leiden gibt, ein umfassendes Verständnis des spezifischen Schmerzproblems zu erreichen.

1) Tailor, H. und Curran, N.M. (1985), *The Nuprin Report*. Study NS 851017. Louis Harris & Associates Inc., New York.

Sehr viele Schmerzpatienten sind Problemfälle, die einer Behandlung in speziellen Schmerzkliniken bedürfen. Die meisten dieser Patienten können ambulant behandelt werden. Nach wie vor stehen "klassische" somatische Methoden der Schmerztherapie (Medikamente, Lokal- und Leitungsanästhesie, peridurale Opiatverabreichung, Nervenblockade durch Neuroleptika, Physiotherapie) im Vordergrund, obwohl mittlerweile auch einige "alternative" Verfahren angewandt werden, hauptsächlich die transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS) und die Akupunktur.

Auf dem Gebiet der psychisch-verhaltensorientierten Therapie geht der Trend in Richtung auf einen multidimensionalen Ansatz, bei dem auf verschiedenen Ebenen des Schmerzerlebnisses eingegriffen wird. So werden Entspannungsmethoden (hauptsächlich die progressive Muskelentspannung nach Jacobson) zunehmend mit Visualisierungstechniken, Biofeedback, Ablenkung der Aufmerksamkeit durch (hypnotische) Fokussierung und Defokussierung, Veränderung der Schmerzen und streßbezogener Wahrnehmungen, Veränderung des Schmerzverhaltens und des emotionalen Zustands des Patienten kombiniert.

Es herrscht ein zunehmender Konsens über den Wert eines ganzheitlichen Ansatzes in der Schmerztherapie auf der Grundlage von Lerner's Modell der integrierten Krebstherapie.¹ Der Hauptakzent liegt auf der Behandlung des an Schmerzen leidenden Menschen und nicht nur des Schmerzsyndroms. Dabei wird die Eigenständigkeit des Patienten bei der Auswahl und Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Einzelmaßnahmen betont. Die ganzheitliche Therapie ist auf den einzelnen konzentriert: sie achtet sein Wertesystem und seine Persönlichkeit und berücksichtigt die Merkmale der persönlichen Umwelt und der Lebensweise des Patienten.

Eine integrierte Schmerztherapie kann auf verschiedenen Ebenen ansetzen, d.h. auf der physischen, der geistigen, der kognitiven, der motivationsbezogenen, der religiösen oder der spirituellen Ebene, und trägt auch dem gesellschaftlichen und dem ökologischen Umfeld Rechnung. Da ihr methodischer Ansatz möglichst weit gespannt sein sollte, muß das Therapiespektrum zwangsläufig verschiedene Ebenen abdecken.

Es hat sich als nützlich erwiesen, am Standpunkt des Patienten zu beginnen, d.h. die Vorstellung des Patienten von seinen Schmerzen und ihrer Ursache zu nutzen, darauf einzugehen, wie er Hilfe erhalten möchte und was er anzunehmen bereit ist. Die Ebene, auf der die Heilung erfolgt, unterscheidet sich oft von der Ebene, auf die die Therapie ursprünglich ausgerichtet war.

Die Rehabilitation chronischer Schmerzpatienten sollte sich nicht nur auf die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit konzentrieren. Sie sollte erkennen, daß andere Aspekte, wie z.B. Beziehungen, Freizeitaktivitäten und Lebensfreude für die Lebensqualität ebenfalls wichtig und für die Gesundheit förderlich sind.

1) Lerner, Michael und Remen, R.N. (1985). Varieties of integral cancer therapies; *Advances 2* (3): 14-33.

5.4 Die Rolle des Therapeuten

Ein gewisses Maß an Fatalismus ist unter Therapeuten angesichts schwerer Schmerzzustände keineswegs selten: "Mehr kann ich nicht für Sie tun, damit müssen Sie halt leben!" Eine solche Einstellung führt zur Resignation und Hilflosigkeit und zieht eine Verschlechterung des Zustands des Patienten nach sich. Jeder Therapeut sollte in der Lage sein, dem Patienten zu zeigen, wie man mit unheilbaren Schmerzen leben kann und dazu sollte er psychisch-verhaltensorientierte Techniken anwenden, die sich in der Schmerztherapie als wirksam erwiesen haben und dem Patienten dabei helfen können, den Schmerz selbst zu steuern. Oft ist der Patient resigniert und passiv, bisweilen auch aggressiv. Gelingt es dem Therapeuten, ihm warmherzig, hoffnungsvoll und ermutigend zu begegnen, so kann er die Teile seiner Persönlichkeit anregen, die noch positiv sind und sie bestärken.

Eine von dem Therapeuten zu stellende Schlüsselfrage lautet: weshalb hat dieser Mensch gerade jetzt diese Schmerzen? Eine Heilung ist nicht möglich, wenn der Therapeut nicht versteht, was die Krankheit in der Außen- und Innenwelt des Patienten darstellt. Handelt es sich um einen Übergang? Geht es um eine Verbindung zwischen zwei Lebensphasen oder eine Krise? Dreht es sich um die Gesamtsumme bewußter Erlebnisse? Die Wahrnehmung und die Verarbeitung von Schmerzen ist nur auf der Grundlage der individuellen Krankengeschichte zu verstehen. Schmerzen besitzen in bezug auf Grundmuster des Lebens eine spezifische Bedeutung.

Nicht weniger wichtig ist es, wie die Therapeuten ihre eigene Rolle wahrnehmen. Sie sollten sich nicht mehr allein als Heilende verstehen, sondern sich eher als Gefährten und Berater der Patienten sehen, denen sie helfen wollen, mit schwierigen Lebensumständen fertig zu werden. Dies erfordert eine zusätzliche Ausbildung von Ärzten und Psychologen für Beratungsaufgaben, von Krankenschwestern im medizinischen oder pflegerischen Bereich sowie von Sozialarbeitern, die mit den praktischen Problemen von Schmerzpatienten konfrontiert sind.¹

5.5 Die Rolle des Patienten

Es ist von größter Bedeutung, daß der Patient versteht, wie sehr Schmerzen vielfach durch psychische Faktoren beeinflußt werden. Er wird sich dann der Möglichkeit bewußt, Schmerzen ohne medizinische Mittel zu lindern, indem er lernt, den Schmerzzustand zu analysieren und seine Bedeutung und Funktion als Warner und innerer Berater zu verstehen. Darüber hinaus sollte der Patient erkennen, daß die Schmerzhaftigkeit einer Empfindung von ihrer Interpretation abhängt. Man kann beträchtliche Schmerzen haben, ohne zu leiden. "Es tut weh, stört mich aber nicht":

1) Alten, Rieke und Lafaille, Robert (1987). *Schmerz und chronische Erkrankungen in medizinischen Aus- und Fortbildungsprogrammen*. Hintergrundpapier für das Internationale Symposium über Gesundheitsförderung bei chronischen Krankheiten. BZgA, Köln.

eine solche Einstellung bedeutet einen Zustand erhöhter Leidensfähigkeit. Der entscheidende Unterschied liegt darin, wie das Schmerzerlebnis wahrgenommen wird: "Wie man die Welt sieht, entscheidet darüber, wie man sie erlebt."¹

Da Schmerzen im wesentlichen die Mitteilung enthalten, daß "etwas nicht stimmt", muß der Patient sich darüber im klaren sein, daß es seinen wohlverstandenen Interessen auf längere Sicht nicht dient, wenn das Hauptziel der Therapie darin besteht, seine Schmerzen künstlich zu überdecken oder zu unterdrücken, ohne zu versuchen, ihre eigentliche Bedeutung zu erfassen. Der Patient muß deshalb mit dem Therapeuten eng bei der Ermittlung der Schmerzursache zusammenarbeiten. Nur dann können die in jedem Menschen vorhandenen Selbstheilungskräfte mobilisiert werden und kann der Patient an dem Heilungsprozeß teilhaben. Unterstützung durch ein verständnisvolles gesellschaftliches Umfeld erleichtert eine solche Veränderung ganz beträchtlich.

Chronisch kranke Patienten brauchen mehr als ein bloßes Herumkurieren an den Symptomen. Sie benötigen sich überlagernde Konzepte, damit ihr Leiden verstanden werden kann und ihnen Mut gemacht wird, viele ihrer Lebensbereiche zu verändern. Häufig sind solche Veränderungen mit einem Übergang zu positiven Lebensweisen und nicht mit einem auf das Vermeiden von Risiken ausgerichteten Verhalten verbunden. Bresler bringt dies überzeugend zum Ausdruck: "Bei der ärztlichen Berufsausübung erkennt man, daß die Schmerztoleranz am deutlichsten erhöht (und das Leiden am stärksten vermindert) wird, wenn Schmerzerlebnisse durch angenehme Erfahrungen ausgeglichen werden. Deshalb lautet eines meiner häufigsten Rezepte: vier Umarmungen am Tag - eine vor jeder Mahlzeit und eine beim Zubettgehen. Ärzte sind zwar schnell dabei, wenn es um die Überprüfung der Serumcholesterin- und Serumtriglyzeridwerte geht, doch brauchen die meisten Schmerzpatienten ganz dringend höhere Serumspañwerte. Wenn unter Schmerzen leidende Menschen lachen, Spaß haben und die positive Seite des Lebens sehen können, dann können sie sich auch für ein Leben ohne Leiden entscheiden. Von diesem Standpunkt aus betrachtet ist unsere Herausforderung bei der Förderung der Gesundheit von Schmerzpatienten nicht medizinischer, sondern psychosozialer Art."

5.6 Gesundheitsförderungsorientierte Projekte

Die von Seemann in dem Hintergrundpapier zitierten und die im Plenum, in den Arbeitsgruppen und auf dem Basar (siehe Anhang 1) vorgestellten Projektansätze zeigten auf dem Gesundheitsförderungskonzept beruhende innovative Bemühungen. Diese Bestrebungen haben drei Hauptzielsetzungen gemeinsam, und zwar:

- Verbesserung der Fähigkeiten des einzelnen und seines sozialen Umfeldes zur Entwicklung von Bewältigungsstrategien und zur Verbesserung seiner Lebensqualität;

1) Bresler, David E. (1987). *Gesundheitsförderung und chronischer Schmerz: Herausforderungen und Wahlmöglichkeiten*. Hintergrundpapier für das Internationale Symposium über Gesundheitsförderung bei chronischen Krankheiten. BZgA, Köln.

- Verwendung eines ganzheitlichen Ansatzes zur Beherrschung von Schmerzzuständen und Erweiterung der Vorstellungen der Ärzteschaft sowie der Vertreter der Gesundheits- und Sozialberufe;
- Schaffung gesellschaftlicher Verhältnisse und von Umweltbedingungen, die zu gesundheitsfördernden Lebensweisen beitragen und alle betroffenen Bereiche einbeziehen.

Diese Versuche stellen einen ermutigenden Schritt nach vorn dar. Es bleibt jedoch noch (an vielen Fronten) viel zu tun, um es den an chronischen Schmerzen leidenden Menschen zu ermöglichen, ihr Gesundheitspotential zu maximieren.

5.7 Tätigkeitsfelder und Forschungsgebiete

Die Teilnehmer der Vorbereitenden Expertentagung über chronische Schmerzzustände¹ in Berlin wiesen auf einen Handlungsbedarf auf drei Ebenen hin:

- a) Aufklärung der Öffentlichkeit über die neuesten Fortschritte bei unserem Verständnis des Schmerzes, einschließlich der Rolle geistiger oder emotionaler Prozesse, der Lebensweisen und des eigenen Veränderungspotentials; Förderung einer anderen Einstellung zu chronischen Schmerzen und Krankheiten;
- b) Veränderung der Betrachtungsweise der Ärzteschaft, der Gesundheits- und der Sozialberufe: Information der Ärzteschaft sowie anderer Gesundheits- und Sozialberufe sowie der Studenten über die jüngsten Erkenntnisse über die Physiologie und Biochemie des Schmerzes, die Rolle des Immunsystems und den Einfluß psychologischer Faktoren und des sozialen Umfelds. Die Schulungsprogramme sollten auf eine Neuausrichtung der Vorstellungen der Fachkreise von chronischen Krankheiten und Schmerzen sowie auf eine Verhaltensänderung abzielen;
- c) Entwicklung geeigneter, auf dem Gesundheitsförderungskonzept beruhender Modelle, die der subjektiven Wahrnehmung des Patienten, der Bedeutung des sozialen Netzes für die Ätiologie der Krankheit, den veränderten Rollen von Arzt und Patient, dem Wert der Teamarbeit und der Notwendigkeit einer Mobilisierung aller personellen und sozialen Ressourcen volle Beachtung schenken.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe, die in Bad Honnef das Problem der Gesundheitsförderung bei chronischen Schmerzpatienten erörterten, waren ihrerseits der Auffassung, daß geeignete Schritte zur Verbesserung der Behandlungseinrichtungen und der verstärkten Nutzung des bei Laien vorhandenen Potentials auf zuverlässigen empirischen Daten beruhen sollten. Dementsprechend betonten sie die Notwendigkeit der Forschung und sprachen im einzelnen folgende Empfehlungen aus:

1) *Bericht über eine vorbereitende Expertentagung über chronische Schmerzzustände*, 3.-5. Dezember 1986, Berlin (West). BZgA, Köln.

- a) 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;
- b) Förderung von Studien über interkulturelle und historische Aspekte der Schmerzwahrnehmung und der Einstellung zu Schmerzen;
- c) Sammlung von Informationen über die Vielzahl der Bestimmungsgrößen des Schmerzerlebnisses zur Vertiefung der psychosozio-biologischen Betrachtung des Problems;
- d) Bereitstellung von Informationen, um Patienten bei der Suche nach den von ihnen benötigten Behandlungseinrichtungen zu helfen;
- e) Verstärkung von Selbsthilfemaßnahmen unter Nutzung von in bereits bestehenden Gruppen durchgeführten Versuchen (z.B. über Patienten mit rheumatischen Krankheiten)
- f) Förderung und finanzielle Unterstützung ergänzender Schmerztherapien zur Verminderung der Abhängigkeit der Patienten vom biomedizinischen System.

5.8 Schlußbemerkungen

Auf den Tagungen in Berlin und Bad Honnef wurden eine Reihe von entscheidenden Aspekten herausgearbeitet:

- Chronische Schmerzzustände können oft nicht mit biomedizinischen Mitteln allein verändert werden: eine kombinierte Einbeziehung sozialer, psychologischer und technischer Kenntnisse ist erforderlich. Die Komplexität des Erscheinungsbildes chronischer Schmerzzustände verlangt eine breite interdisziplinäre Zusammenarbeit.
- Soziale Unterstützung, verständnisvolle Betreuung und Annahme, die Bereitschaft, sich selbst zu helfen und die Förderung der aktiven Teilnahme wirken sich allesamt entscheidend auf chronische Schmerzzustände aus.
- Vor allem kommt es darauf an, die Betroffenen dazu zu ermutigen, ihr Gesundheitspotential und ihre Fähigkeit zur aktiven Teilnahme voll zu nutzen und ihnen darüber hinaus dabei zu helfen, sich mit den vorhandenen Handlungsmöglichkeiten, die zu einer wirksamen Veränderung führen, vertraut zu machen.
- Einige Faktoren liegen jedoch außerhalb der Möglichkeiten des einzelnen zu einer Veränderung seiner Situation. Dies gilt für die Qualität der Nahrung, ihre Zusammensetzung, Verarbeitung, Verfügbarkeit und Erschwinglichkeit, die sich auf chronische Schmerzzustände nachhaltig auswirken können. Migräne oder Rheumaschmerzen können z.B. auf Unverträglichkeiten bei den Nahrungsmitteln und/oder im chemischen Umfeld hinweisen. Diese Beobachtungen betonen die Notwendigkeit einer viele Sektoren einschließenden Gesundheitsförderung.

Aus den jüngsten Erkenntnissen und Erfahrungen wird deutlich, daß Schmerzen zum Leben gehören. Sie haben einen Sinn. Ein Leben ohne Schmerz wäre eine schlechte Utopie. Schmerzen an sich machen das Leben noch nicht unerträglich. Unsere Lebensweise und ebenso auch unsere Einstellung zu Schmerzen läßt Schmerzen erst unerträglich werden. Chronische Schmerzzustände sind im wesentlichen eine subjektive Erscheinung. Dieses Wissen berechtigt zusammen mit den jüngsten Erkenntnissen über die Physiologie und die Biochemie des Schmerzes und Entdeckungen auf dem Gebiet der Psychoneuroimmunologie zu großen Hoffnungen auf die Zukunft. Diese Einsicht ist in Fachkreisen wie in der breiten Öffentlichkeit umfassend zu vermitteln.

Krebserkrankungen : auf dem Wege zu innovativen Gesundheitsförderungsansätzen

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.¹ 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 ergänzender 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". Die Gesundung wird als Prozeß definiert, der sich mit dem Heilungsvorgang überschneidet und doch davon unterscheidet. Unter Heilung wird im allgemeinen ein ärztlicher Eingriff von außen verstanden, der den in dem Patienten ablaufenden Krankheitsprozeß beseitigt. Die Gesundung stellt demgegenüber einen Prozeß dar, der aus den inneren Ressourcen des einzelnen hervorgeht. Es geht dabei um einen psychobiologischen Prozeß des Ganzwerdens, der auf der physischen, der geistigen, der emotionalen und der spirituellen Ebene ablaufen kann. Es herrscht ein zunehmender Konsens darüber, daß die psychologische Gesundung bisweilen die physische Gesundung anzuregen vermag.

1) Lerner, Michael (1987). *Außergewöhnliche Krebspatienten: eine neue Kraft in der Krebstherapie*. Hintergrundpapier für das Internationale Symposium über Gesundheitsförderung bei chronischen Krankheiten. BZgA, Köln.

6.1 Ein komplexes Thema mit schmaler Wissensgrundlage

Die Gesundheitsförderung bei Krebspatienten ist zum einen wegen der Komplexität des Themas und zum anderen aufgrund des derzeitigen Erkenntnisstandes über wirksame medizinische und verhaltensorientierte Behandlungsprogramme äußerst schwierig. Darüber hinaus bezieht die Gesundheitsförderung nicht nur den Krebskranken ein, sondern auch seine ärztlichen, fachlich geschulten sowie seine nicht fachlich vorgebildeten Betreuer, also seine Angehörigen und sein natürliches gesellschaftliches Umfeld. Im letztgenannten Bereich ist oft ein "burned-out"-Syndrom festzustellen, so daß auch dort unterstützend eingegriffen werden muß, wenn dieser Personenkreis wirksame sozioemotionale Hilfestellung leisten soll.

Seit einigen Jahren steht die Gesundheitsförderung im Blickpunkt von Diskussionen auf internationalen und europäischen Tagungen von Experten und Laien auf dem neuen Forschungsgebiet der psychosozialen Onkologie. Ziel dieser Gruppen ist die Förderung des physischen, psychologischen und sozialen Wohlbefindens von Tumorpatienten, insbesondere der großen Zielgruppen der aufgrund kurativer Behandlung überlebenden Patienten, die sich an ein "Leben mit Krebs" gewöhnen müssen. Bei diesen Tagungen liegt der Schwerpunkt auf zwei Zielsetzungen der Gesundheitsförderung: einmal geht es um die wirksame Bewältigung der Erkrankung und die Lebensqualität und zum anderen um Möglichkeiten der Beeinflussung des klinischen Krankheitsverlaufs durch innovative, ganzheitliche Ansätze der verhaltensorientierten Therapie.¹

Komplexität des Themas - 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. Bei einigen Krebsformen bestehen gute "Heilungschancen", während für andere zur Zeit nur Formen der Palliativtherapie zur Verfügung stehen, so daß ihre Diagnose eine schwere Bedrohung der physischen Existenz mit sich bringt. Einige neoplastische Erkrankungen kommen besonders häufig in einer bestimmten Altersgruppe vor, entweder in der Kindheit oder bei jungen Erwachsenen, im mittleren Lebensalter oder beim alten Menschen. Die Probleme und Nöte sowie die erforderlichen psychosozialen Unterstützungsprogramme können deshalb je nach der Altersgruppe der Zielbevölkerung beträchtliche Unterschiede aufweisen. Die Anforderungen innerhalb der verschiedenen Zielgruppen werden durch soziodemographische Merkmale, das Geschlecht und die psychosoziale Lage des einzelnen Patienten bestimmt. Darum lassen sich die Bedürfnisse von Tumorpatienten im Bereich der gesundheitsförderlichen Behandlungsmaßnahmen anhand eines mehrdimensionalen Schemas mit folgenden Achsen beschreiben:

1) Waltz, Millard (1987). *Gesundheitsförderung nach Krebs*. Hintergrundpapier für das Internationale Symposium über Gesundheitsförderung bei chronischen Krankheiten. BZgA, Köln.

- die Dimension der kurativen/palliativen Therapie,
- die Dimension Kindheit bis Alter und
- die Dimension sich verändernder Bedürfnisse während der "Laufbahn" des Krebspatienten von der Diagnose bis zur Langzeitanpassung.

Derzeitiger Erkenntnisstand – Die Bedürfnisse der Krebspatienten und ihrer fachlich geschulten oder nicht geschulten Betreuer werden allmählich immer klarer erfaßt, doch ist verhältnismäßig wenig über die Art verhaltensorientierter Eingriffe bekannt, die wirksam zur Erreichung des doppelten Ziels der Gesundheitsförderung beitragen könnten.

Die psychosoziale Onkologie befindet sich noch in einer exploratorischen Entwicklungsphase, doch bilden sich mit der Verbreiterung der entsprechenden Wissensgrundlagen langsam krebsspezifische Unterstützungsmodelle heraus. Im Augenblick setzt sich die schmale Wissensgrundlage, die für die Steuerung der Entwicklung verhaltensorientierter Eingriffe zur Verfügung steht, aus Eingebungen, spekulativen Überlegungen und einer geringen Zahl gesicherter Tatsachen zusammen. Das neue Forschungsgebiet der Psychoneuroimmunologie und verwandter Fachdisziplinen könnte in absehbarer Zukunft angemessenere biopsychosoziale Erkenntnisse liefern.

So geht z.B. aus der verhaltenswissenschaftlichen Forschungsliteratur hervor, daß akuter Streß bei Tieren zur Immunsuppression führt und ein schnelles Tumorstadium begünstigt. Für den Menschen liegen ähnliche, wenn auch weniger umfassend belegte Daten vor, die die Vermutung nahelegen, daß akute Streßfaktoren auch beim Menschen eine Immunsuppression oder eine Tumorbegünstigung auslösen. Hierauf stützt sich die Vermutung, daß Bemühungen um eine Verminderung der Streßbelastung während des Krebsprozesses von der Diagnose bis zur Therapie bisweilen die Geschwindigkeit der Krebsausbreitung verlangsamen oder die Häufigkeit des Wiederauftretens des Krebses nach der Therapie herabsetzen können.

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, z.B. Bestandteile des Immunsystems wie die NK-Zellen (natürliche Killerzellen). Klinische Erfahrungen sowie am biopsychosozialen Paradigma ausgerichtete empirische Forschungsarbeiten unterstützen diese Formen spekulativer Überlegungen und entsprechende Eingriffe. Im Rahmen eines innovativen Forschungsansatzes bei Brustkrebspatientinnen zeigte es sich, daß Lebensfreude, Optimismus und das Fehlen von Hilflosigkeit/Hoffnungslosigkeit sowie soziale Unterstützung mit veränderten Risiken der Metastasierung und anderen Überlebensaussichten von Brustkrebspatienten mit Metastasen verbunden waren.

Auf ähnliche Weise ermöglichen Merkmale des Typ-C-Verhaltensmusters — unter anderem Unterdrückung negativer kognitiver und affektiver Zustände, das Fehlen

emotionaler Ventile, gestörte zwischenmenschliche Beziehungen und ein geringes Selbstwertgefühl bzw. eine niedrige Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit — in Untersuchungen an Patienten mit malignem Melanom und Mammakarzinom Prognosen über Unterschiede in den Überlebenseussichten. Genau wie bei der Rehabilitation von Herzpatienten könnten Programme zur Veränderung einer pathologischen Form der Streßbewältigung, d.h. des Typ-C-Musters, im Hinblick auf Lebensqualität und körperliche Gesundheit einen wichtigen Aspekt der Gesundheitsförderung darstellen. Zur Zeit wird vermutet, daß das Typ C-Muster ein psychophysiologisches Reaktionsmuster auf umweltbedingte Zustände oder Anforderungen darstellt, das möglicherweise mit negativen Mustern der Neuroimmunomodulation zusammenhängt. Von Solomon stammt der Begriff des *immunsuppressiven* Persönlichkeitsmusters. Auf der physiologischen Ebene kann es mit einer *Hyperadaptose* angesichts chronischer Streßbelastung und erhöhter Gefahr bösartiger Neubildungen sowie einem ungünstigen klinischen Krankheitsverlauf verbunden sein.

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 Tumorwachstum beim Menschen beeinflussen können. Aus anderen Studien geht hervor, daß Entspannung, Visualisierung und Hypnose mit Krebserkrankungen und der Krebstherapie zusammenhängende Probleme wie Übelkeit, Erbrechen, Müdigkeit, Schlaflosigkeit und Eßschwierigkeiten vermindern können. Ebenso liegen Berichte darüber vor, daß durch Verhaltenstechniken Angst und Schmerz abgebaut, die Genesungszeit nach der Operation verkürzt und die Lebensqualität sowie das Erleben des Todes deutlich verbessert werden konnten. Dabei überrascht vor allem, daß diese leicht anwendbaren Geist-Körper-Techniken, die dem Menschen so große Möglichkeiten eines verbesserten Krebserlebens bieten, in der Krebstherapie und der Versorgung von Krebspatienten immer noch unterbewertet und zu wenig eingesetzt werden.

6.2 Neue, auf die Gesundheitsförderung konzentrierte Ansätze in der Versorgung von Krebspatienten

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 in den USA und verschiedenen europäischen Ländern an innovativen Programmen zur Bewältigung der vielfältigen Probleme, die die Diagnose und die medizinische Behandlung eines Krebsleidens aufwerfen.

In vielen Ländern der Welt gibt es Hunderte von Selbsthilfegruppen, Hilfsorganisationen und Gesundheitszentren für Krebspatienten. Bei einigen handelt es sich um Selbsthilfegruppen im eigentlichen Sinn des Wortes. Andere sind psychosoziale Unterstützungsgruppen, die gebildet wurden, um ein Umfeld zu schaffen, in dem Menschen mit Krebs professionell geholfen werden kann und diese einander helfen

können. Schließlich gibt es medizinische Zentren, die auf Selbsthilfe und die Art der Betreuung ausgerichtet sind, nach der viele Krebspatienten suchen.

An zahlreichen Krebszentren in Europa werden psychosoziale Interventionsvorhaben getestet, die sowohl auf die allgemeinen Bedürfnisse der Patienten als auch auf spezifische Probleme, wie z.B. die psychisch-sexuelle Funktionsfähigkeit oder die berufliche Wiedereingliederung, abzielen. Die nachfolgenden Projekte wurden von Waltz in seinem Hintergrundpapier als Beispiele für Gesundheitsförderungsmodelle angeführt, die als vielversprechende Zukunftsentwicklungen auf diesem Gebiet erscheinen:

- Das (West-)Berliner Modell, ein umfassendes Programm kurz- und langfristiger psychosozialer Unterstützungsmaßnahmen im stationären wie im ambulanten Bereich, bei dem eine Vielzahl psychotherapeutischer Ansätze angewandt und Therapeuten sowie Krebs-Selbsthilfegruppen einbezogen werden;
- Selbsthilfegruppen für Eltern krebskranker Kinder in Bonn, Bundesrepublik Deutschland;
- Psychotherapie für die psychisch-sexuellen Probleme gynäkologischer Patientinnen an der Universitätsklinik Leiden in den Niederlanden;
- Wiederaufnahme der Berufstätigkeit nach einer Krebserkrankung: Ergebnisse einer Pilotstudie im Tumorzentrum Weser-Ems, Bundesrepublik Deutschland, und das von dem Regionalen Tumorzentrum in Besançon, Frankreich, entwickelte Interventionsprogramm;
- Laienbesuchsprogramme: Wirksamkeit und Probleme; das Beispiel der ILCO-Selbsthilfegruppen;
- Aufbau und Förderung von Selbsthilfegruppen in einem ländlichen Gebiet im Nordwesten der Bundesrepublik Deutschland mit unzureichender Nachsorge;
- Überwachung und Entwicklung wirksamer Interventionsprogramme für Sozialarbeiter in der Krebskrankenbetreuung in den Niederlanden.

Während des Symposiums wurden weitere Beispiele für auf dem Konzept der Gesundheitsförderung aufbauende neuartige Bemühungen genannt. Besonders erwähnenswert sind:

- das Bristol Cancer Help Centre in Großbritannien, ein Zentrum für ergänzende Krebstherapie, das krebskranke Patienten im Rahmen eines integrierten Programms im Ernährungsbereich sowie auf psychologischem und spirituellem Gebiet nachhaltig unterstützt;
- die Lukas-Klinik in der Schweiz, ein anthroposophisches Krankenhaus, das alle etablierten Formen der medizinischen Krebsbehandlung mit einem breiten Spektrum von Heilmitteln aus der europäischen naturheilkundlichen Tradition verbindet. Kunst, Bewegung und andere Ansätze zu schöpferischen Ausdrucksformen nehmen in der Therapie eine Schlüsselrolle ein;
- die Cancer Patients Foundation in Australien, eine überaus erfolgreiche Selbsthilfegruppe für außergewöhnliche Krebspatienten, die den herkömmlichen Behandlungsformen keineswegs feindselig gegenübersteht, jedoch großen Nachdruck auf psychologische, ernährungsbezogene, geistige und alternative Immuntherapien legt;

- die Wellness Community in Santa Monica, Kalifornien, eines der größten und erfolgreichsten autonomen Krebs-Selbsthilfezentren, das krebserkrankten Menschen ein breites Angebot an Kursen und Aktivitäten zugänglich macht;
- das Commonweal, ein kleines Institut in Kalifornien, das Krebshilfeprogramme unter besonderer Betonung der Verminderung der Stressfaktoren, der Gesundheitsaufklärung und der Gruppenunterstützung von Krebspatienten und ihrer Familien durchführt. Die Programme werden in Form eines "Rückzugs aus dem Alltagsleben" durchgeführt und vermitteln ein starkes inneres Erlebnis, das die Selbstheilungskräfte der Patienten stärkt.

Schließlich kommt dem Aufbau einer National Coalition for Cancer Survivorship (Nationaler Bund für den Sieg über den Krebs) in den USA Bedeutung zu. Diese Gruppe konzentriert sich hauptsächlich auf psychologische und soziale Fragen, bemüht sich jedoch auch, ehemalige Krebskranke als Gruppe mit gemeinsamen Interessen und Perspektiven zu finden.

6.3 Das Entstehen einer Sozialbewegung unter den Krebspatienten

In den fünfziger und sechziger Jahren dieses Jahrhunderts setzten die meisten Krebskranken ihre Hoffnung allein in die Verheißungen der Biomedizin. In den siebziger und achtziger Jahren bildete sich unter den Krebspatienten ein neues Phänomen heraus. In vielen Teilen der Welt besteht eine mit jedem Jahr größer werdende regelrechte Sozialbewegung "außergewöhnlicher Krebspatienten", die sich aktiv für den Kampf um ihre Genesung und eine bessere Lebensqualität einsetzen. Ihre Suche nach einer sinnvollen Verknüpfung wirksamer traditioneller Behandlungsweisen und auf den einzelnen zugeschnittener Formen intensiver Gesundheitsförderung, die aus ergänzenden 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, bei denen alle Vorteile der traditionellen und der ergänzenden Behandlungsformen miteinander verbunden würden.

Lerner¹, der sich mit den ergänzenden Krebstherapien eingehend beschäftigte, stellte unter diesen Therapien kein "Heilmittel" für Krebserkrankungen fest und fand nur wenige wissenschaftliche Hinweise, die als Beurteilungsgrundlage dienen könnten. Es weist jedoch einiges darauf hin, daß manche Patienten aus ergänzenden Krebstherapien Nutzen ziehen, und zwischen den Vertretern der herkömmlichen und der ergänzenden 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.

1) Lerner, Michael (1987). *Außergewöhnliche Krebspatienten: eine neue Kraft in der Krebstherapie*. Hintergrundpapier für das Internationale Symposium über Gesundheitsförderung bei chronischen Krankheiten. BZgA, Köln.

Zwischen den verschiedenen Bestandteilen der ergänzenden Krebstherapien muß deutlich unterschieden werden. Es geht dabei um:

- die Nutzung psychologischer Ansätze wie Beratung, Visualisierung, Entspannung und Meditation zur Verbesserung der Lebensqualität, zur Schmerzlinderung, zur Verminderung der Nebenwirkungen der herkömmlichen Behandlungsformen oder zum Abbau der Widerstände gegen die ärztliche Behandlung;
- die Nutzung psychologischer Ansätze mit dem Ziel der Beeinflussung des Krankheitsverlaufs und der Lebensverlängerung;
- die Übernahme einer gesünderen allgemeinen Lebensweise und -einstellung — Ernährung, körperliche Bewegung, Erholung, positive Grundhaltung — sowohl im Hinblick auf die Lebensqualität als auch, wie manche meinen, eine mögliche Lebensverlängerung;
- die Durchführung von Spezialprogrammen, wie sie von den Vertretern der für eine intensive Gesundheitsförderung eintretenden Schulen befürwortet werden, die eine lebensverlängernde Wirkung bei Krebspatienten behaupten, so zum Beispiel die makrobiotische Diät, das Lebensveränderungsprogramm, die Gerson-Therapie und die Quecken- und Rohkostdiät;
- die Nutzung von Ansätzen, die aus der etablierten "traditionellen Medizin" stammen, d.h. Akupunktur, Naturheilkunde und Homöopathie;
- die Verwendung einer geheimen, unauflösbar komplexen oder esoterischen Komponente, die dazu führt, daß die Therapie zum Teil nicht ohne weiteres wissenschaftlich beurteilt werden kann.

Eine Analyse ergänzender Krebstherapien ergibt, daß viele von ihnen ganz oder teilweise Systeme der intensiven Gesundheitsförderung sind, also einen multimodalen Ansatz zur Verbesserung des physischen, geistigen, emotionalen und spirituellen Wohlbefindens darstellen, der auf die spezifischen Bedürfnisse, Überzeugungen, Zielsetzungen, Vorlieben und psychophysiologischen Reaktionen des einzelnen zugeschnitten ist.

Der Spruch, es sei "wichtiger zu wissen, was für ein Patient die Krankheit hat als welche Krankheit der Patient hat", ist bei Krebs überaus zutreffend. Die ergänzenden Therapieformen, die als Gesundheitsförderungssysteme gelten können, wollen das psychobiologische Umfeld verändern, das das Krebswachstum begünstigt hat. Dazu stützen sie sich auf eine Kombination aus Diät, Zusatzstoffen, körperlicher Bewegung, Entspannung, Meditation, Visualisierungstechniken, Gebeten, Lebenswillen, Verbesserung des Umfelds in der Familie und am Arbeitsplatz, Veränderungen in der Lebensgestaltung, neuen Ausblicken auf den wahren Sinn des Lebens und anderen Formen der Selbsterkundung oder Gesundheitsverbesserung. Ihr Ziel ist die Stärkung der allgemeinen Immunfunktion, der Moral, der Vitalität und anderer die Widerstandsfähigkeit des einzelnen fördernder Faktoren.

Viele Krebsforscher und Kliniker sind heute der Überzeugung, daß sich spezifische Krebserkrankungen bei verschiedenen Patienten auf unterschiedlichen Wegen entwickeln können. Wenn dies so ist, dann könnte eine spezifische Form der inten-

siven Gesundheitsförderung bei ähnlichen Krebserkrankungen unterschiedlicher Ätiologie sehr verschiedene Wirkungen nach sich ziehen. Vom wissenschaftlichen Standpunkt aus betrachtet wird die Ermittlung der geeignetsten Formen der intensiven Gesundheitsförderung damit zu einer überaus komplexen und schwierigen Frage. Auch unter dem Blickwinkel der Beurteilung entstehen große Schwierigkeiten.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß die Erscheinung der "außergewöhnlichen Krebspatienten", die sich um eine Verbindung wirksamer etablierter Behandlungsformen mit ergänzenden Therapien, Veränderungen der Lebensweise und ihnen sinnvoll erscheinenden Selbstversorgungssystemen bemühen, in der Krebstherapie und der Krebskrankenbetreuung eine bedeutsame gesellschaftliche Kraft darstellt.

6.4 Zielgruppen, Zielsetzungen und Prioritäten der Gesundheitsförderung

Die Gesundheitsförderung bei Krebs betrifft drei Zielgruppen:

- a) Patienten mit einer günstigen körperlichen Prognose;
- b) Krebspatienten im terminalen Stadium und
- c) Versorger, d.h. zum einen Onkologen und Onkologieschwester, Sozialarbeiter und Therapeuten und zum anderen die Familie und das natürliche Unterstützungsnetz des Patienten.

Bei den ersten beiden Gruppen besteht das Hauptziel der Gesundheitsförderung in einer Verbesserung der als soziales und psychologisches Wohlbefinden definierten Lebensqualität. Darüber hinaus zielt die Gesundheitsförderung, was für Patienten mit einer günstigen Prognose von allergrößter Bedeutung ist, auf die Mobilisierung ihrer biologischen Ressourcen ab, um die körperliche Gesundheit und die Überlebensaussichten zu verbessern.

Das dringlichste Problem in der Gesundheitsförderung bei Krebs ist die Notwendigkeit

- a) einer Erkundung der Nutzung ganzheitlicher Ansätze im Bemühen um die Aufdeckung von Heilungsmöglichkeiten für maligne Erkrankungen, bei denen zur Zeit nur eine Palliativtherapie möglich ist;
- b) der Entwicklung medizinischer und verhaltensorientierter Eingriffe zur intraoperativen Bewältigung des Problems metastasierender Tumoren.

Aus Berichten verschiedener europäischer Länder werden ungedeckte Bedürfnisse sowie Bereiche deutlich, in denen verhaltensorientierte Interventionsprogramme am vielversprechendsten erscheinen. Bei den Patientenzielgruppen werden wichtige Mängel zum Zeitpunkt der Diagnose, vor der chirurgischen Behandlung und im Hinblick auf die Langzeitbedürfnisse ambulanter Patienten (ca. 2-10 Jahre nach der Diagnose) festgestellt. Die Bedürfnisse der Patienten werden durch innovative Programme zur Zeit anscheinend im Krankenhaus zum Zeitpunkt des

Eingriffs und während der adjuvanten Behandlung sowie in der terminalen Krankheitsphase am besten gedeckt.

Bei den Betreuern betreffen schwerwiegende Mängel das Fehlen psychosozialer Programme für das im medizinischen und im psychosozialen Bereich tätige Personal, z.B. Überwachung, Balint-Gruppen usw. Darüber hinaus scheinen Unterstützungsprogramme für die Eltern, Ehegatten und älteren Kinder von Krebspatienten verschiedener Altersgruppen erforderlich zu sein, um Informationen zu vermitteln, Unterstützung zu gewähren und die geistige und körperliche Gesundheit des betreuenden Laien aufrechtzuerhalten.

In der Tabelle 1 ist der derzeitige Bedarf an verhaltensorientierten Interventionsmaßnahmen bei verschiedenen Zielgruppen aufgeführt, der einen Ansatzpunkt für die Gesundheitsförderung bildet.

**TABELLE 1. EIN MULTIDIMENSIONALES SCHEMA
DER ZIELGRUPPEN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG
IN DER UMFASSENDEN KREBSKRANKENREHABILITATION**

MEDIZINISCHE BEHANDLUNG :	DER PATIENT	SOZIALES NETZ	PROFESSIONELLE BETREUER
KURATIV			
Kindheit/Jugend	X	Eltern	X
frühes Erwachsenenalter	X	Ehegatte	X
mittleres Lebensalter	X	Ehegatte	X
hohes Lebensalter	X	erwachsene Kinder	X
MEDIZINISCHE BEHANDLUNG: PALLIATIV			
Terminale Krebspatienten	X	XX	XX
metastasierende Tumoren	XX	X	X

6.5 Tätigkeitsfelder und Forschungsgebiete

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe, die sich mit Krebsproblemen beschäftigte, ermittelten eine große Zahl von Tätigkeitsfeldern und Forschungsgebieten. Sie betonten insbesondere die Notwendigkeit

- 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 der Programme 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;
- der Entwicklung der Bewältigungs- und Kommunikationsfähigkeiten der Menschen je nach den kulturellen Unterschieden und Bedürfnissen; dies ist für Schlüsselpersonen im Umfeld und im Lebensbereich der Patienten von besonderer Bedeutung, ebenso auch für Kinder, damit diese weniger verletzlich werden;
- der Förderung der Einbeziehung des Patienten in den Entscheidungsprozeß;
- *der Einführung der psychosozialen und verhaltensorientierten Onkologie in die medizinischen Lehrpläne.*

Diese Empfehlungen ergänzen die Vorschläge von Waltz in den Schlußfolgerungen seines Hintergrundpapiers. Danach bestehen folgende Erfordernisse:

- es müssen ausreichende menschliche und finanzielle Ressourcen für die Entwicklung umfassender kurz-, mittel- und langfristiger Systeme professioneller und auf Selbsthilfe beruhender Strategien bereitgestellt werden, mit denen Tumorkranke vom Zeitpunkt der Diagnose an unterstützt werden können;
- das Bewußtsein für die zentrale Rolle des Arbeitsplatzes und der sozialen Wiedereingliederung bei der Krebsrehabilitation muß geweckt werden;
- es sind Strategien für eine wirksame Übertragung von Wissen — d.h. klinischer Erfahrungen aus vielversprechenden Projekten und der neuesten Erkenntnisse aus der biologisch-verhaltensorientierten Krebsforschung — für die vielen Zielgruppen auszuarbeiten, für die dieses Wissen von wesentlicher Bedeutung ist;
- es müssen mehr Mittel für die Grundlagenforschung und die angewandte Forschung über a) die Beziehungen zwischen Verhaltensfaktoren und tumorabhängigen biologischen Prozessen (z.B. Psychoneuroimmunologie) und b) die Wirksamkeit verhaltensorientierter Maßnahmen (Lebensqualität, Auswirkungen auf die Wirksamkeit medizinischer Therapien, Metastasierungsgefahr, Überleben als Ergebnisse) bereitgestellt werden;
- die weitere Ausbreitung der Patienten-helfen-Patienten-Bewegung und der Selbsthilfebewegung ist zu fördern;
- über ein breites Spektrum von Medien sind Kenntnisse über die Bedürfnisse der Krebspatienten und die Möglichkeiten zur Deckung dieser Bedürfnisse zu vermitteln;
- den Vertretern der Gesundheitsberufe ist über Gruppensitzungen (z.B. Balint-Gruppen) und Selbsthilfegruppen sowie durch auf Supervision und emotionale Unterstützung usw. ausgerichtete Programme ausreichende Unterstützung zu gewähren;
- es sind geeignete Maßnahmen zu entwickeln, um über die Bereitstellung greifbarer Unterstützung, einschließlich Hausarbeitshilfe, Gemeindeförderung

schwestern, die Möglichkeit von Freizeit und Urlaub, um psychologisch "auftanken" zu können sowie durch Informationsprogramme und Formen der emotionalen Unterstützung, den Druck auf die Angehörigen als Hauptbetreuer der Krebspatienten zu Hause zu vermindern.

6.6 Schlußbemerkungen

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 zur Integration innovativer Strategien der Gesundheitsförderung und vielversprechender ergänzender Krebstherapien mit den besten Methoden der wirksamen herkömmlichen Krebsbehandlung führen.

Viele Einrichtungen der Krebskrankenversorgung bemühen sich gerade um eine solche Integration. 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.

Rehabilitation nach Herzanfällen: Betonung von Selbstvertrauen, Selbsthilfe und Selbstbestimmung

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 und 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.

7.1 Rehabilitation: die Lebensqualität geht vor

Zur Rehabilitation von Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehören der WGO¹ zufolge "sämtliche Tätigkeiten, die erforderlich sind, um den Patienten bestmögliche körperliche, geistige und soziale Bedingungen zu verschaffen, damit sie aus eigenen Kräften eine möglichst normale Stellung im Leben der Allgemein-

1) WGO-Regionalbüro für Europa (1969). *The rehabilitation of patients with cardiovascular diseases*. Report on a Seminar. WGO, Kopenhagen.

heit wiedereinnehmen können".¹ Dieses Konzept betont, wie wichtig es ist, nicht nur auf die Verminderung der Risikofaktoren, der Morbidität, der Mortalität und die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß abzielen, sondern einen Hauptakzent auf die Lebensqualität des Betroffenen zu legen, die als entscheidender Faktor im Rehabilitationsprozeß betrachtet wird.¹

Die Vorstellungen über das Konzept der Gesundheitsförderung bei chronisch Kranken stecken noch in den Kinderschuhen und haben bisher keinen Eingang in die medizinische Praxis gefunden. Hier stellen sich zwei Fragen: a) auf welchen Gebieten lassen sich innerhalb der vorhandenen Strukturen qualitative Veränderungen erreichen und b) sollten neue Ansätze an die Stelle der alten treten oder diese ergänzen?

Verursachung und Entwicklung des Myokardinfarkts – Da somatische Risikofaktoren nur einen kleinen Teil der Erscheinungsformen der koronaren Herzkrankheit zu erklären vermögen, ist das Konzept auf psychologische und soziale Variablen erweitert worden, die auch soziale Mobilität, soziale Inkongruenz, Arbeitsüberlastung, psychologische Belastung sowie Furcht, Depression, Schlafschwierigkeiten und Typ A-Verhalten einschließen. Zwischen Arbeitsüberlastung, chronischen Konfliktsituationen und soziostrukturellen Variablen wie soziale Mobilität, Migration, Bildungsstand und Zahl der Lebensereignisse und dem Risiko, eine Krankheit zu bekommen, scheint eine Korrelation zu bestehen.

In der Literatur sind jedoch noch sehr kontroverse Vorstellungen über die Verursachung und Entwicklung der koronaren Herzkrankheit zu finden, und beide Bereiche bedürfen der weiteren Klärung.

7.2 Bewältigung der Krankheit

Der Begriff der "Bewältigung" ("coping") ist als die Art und Weise definiert, in der Menschen mit Streß umgehen, also mit Situationen oder Ereignissen, in denen sie eine Bedrohung oder einen Verlust sehen.² Durch das Konzept der Bewältigung wird der soziale mit dem psychologischen Prozeß und dieser wiederum mit Physiologie und Verhalten verknüpft. Durch *soziale Unterstützung* soll entweder das Streßniveau vermindert werden oder die Menschen sollen besser dazu befähigt werden, mit Streß umzugehen. Ihre Hauptaufgaben bestehen in

1. der Verhütung des kognitiven Zerfalls, damit die Betroffenen wieder ein "Gespaß für ihren Lebenszusammenhang" erlangen;

1) Döhner, Hanneli und Görres, Stefan (1987). *Gesundheitsförderung bei chronischen Krankheiten: die Situation nach überstandem Herzinfarkt*. Hintergrundpapier für das Internationale Symposium über Gesundheitsförderung bei chronischen Krankheiten. BZgA, Köln.
2) Lazarus, Richard S. (1987). *Bewältigung krankheitsbedingter Belastungen*. Hintergrundpapier für das Internationale Symposium über Gesundheitsförderung bei chronischen Krankheiten. BZgA, Köln.
3) Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco, Jossey-Bass.

2. einem Beitrag zur Überwindung negativer Emotionen und zur Förderung positiver Empfindungen;
3. der Erhaltung oder Wiedererlangung eines realistischen, stabilen und positiven Selbstbildes.

Quellen der sozialen Unterstützung können soziale Netze und zwischen-menschliche Prozesse, die Religion oder gesellschaftlich definierte und in dem jeweiligen Kulturkreis akzeptierte Rollen sein, die unseren Tagesablauf strukturieren. Mehrere Faktoren sprechen dafür, daß nicht nur die Verursachung und die Entwicklung einer Krankheit, sondern auch ihre Bewältigung Aufmerksamkeit finden muß: a) die Zahl der Überlebenden von Myokardinfarkten ist stark angestiegen; b) die Patienten sehen sich psychischen und sozialen Konsequenzen gegenüber, die noch schwierigere Probleme nach sich ziehen als der Infarkt; c) bei allen Betroffenen, den Patienten und ihren Angehörigen, den Einrichtungen der medizinischen Versorgung, den zuständigen Sozialversicherungsträgern und den Gesundheitspolitikern, besteht ein hohes Maß an Unsicherheit darüber, wie diese Probleme anzugehen sind.

Der von dem Patienten erlebte Streß, wie z.B. Furcht, Unwissenheit, Unsicherheit, Anpassung an Veränderungen, Störfaktoren in der Familie und im Arbeitsleben und Probleme mit der institutionalisierten medizinischen Versorgung usw., wirkt sich auf den Genesungsprozeß aus. So nennt Badura¹ drei entscheidende Faktoren, die nachhaltig die Genesung beeinflussen:

- *Selbstvertrauen*, das wie die Erfahrung deutlich zeigt, a) durch eine Frühmobilisierung und b) durch das Beratungsverhalten des Arztes (Vermittlung zutreffender Informationen, offenes Gespräch usw.) beeinflusst wird;
- *Selbsthilfe*, die durch die Einbeziehung des sozialen Netzes des Patienten und die Teilnahme in Gruppen ambulanter Herzpatienten (Bewegung und Interaktion) beeinflusst wird;
- *Selbstbestimmung*, d.h. die Möglichkeit für die Patienten, über den Verlauf ihrer Rekonvaleszenz sowie die Wiederaufnahme ihrer beruflichen Tätigkeit selbst zu entscheiden; die Erfahrung zeigt, daß der Arbeitsstatus des Patienten sich stark auf sein Leben auswirkt.

Die Wirksamkeit der Therapie hängt somit nicht nur von der Qualität der ärztlichen Maßnahmen, sondern auch vom Angebot emotionaler Unterstützung, angemessener Informationen und Beratung ab und wird dadurch bestimmt, wie erfolgreich die psychische Stärke des Patienten und das soziale Unterstützungspotential gefördert werden. Neben der institutionellen Unterstützung kommt dem sozialen Umfeld des Patienten (gegenseitige Hilfe und Förderung der Selbsthilfe) bei der Erleichterung des Bewältigungsprozesses eine wichtige Aufgabe zu.

1) Badura, Bernhard (1987). *Durchführung institutioneller Veränderungen in der Gesundheitsförderung von Herzpatienten*. Hintergrundpapier für das Internationale Symposium über Gesundheitsförderung bei chronischen Krankheiten. BZgA, Köln.

In dem folgenden Kapitel werden die derzeitigen Methoden der Rehabilitation von Herzpatienten dargestellt, wie sie in dem von Döhner und Görres¹ für das Symposium erarbeiteten Hintergrundpapier beschrieben werden.

7.3 Rehabilitation nach einem Myokardinfarkt

Der in der Bundesrepublik Deutschland gewählte Ansatz wird erörtert und mit der Lage in anderen Ländern verglichen. Das Rehabilitationssystem ist in der Bundesrepublik Deutschland als "Therapiekette" organisiert. Das Behandlungsprogramm ist auf die WGO-Phasen I bis III — akute Phase, Rekonvaleszenzphase und Spätrehabilitationsphase — ausgerichtet und grundsätzlich allen Patienten zugänglich. Die Therapiekette sorgt für die Erstbehandlung im Akutkrankenhaus, an die sich eine Therapie in einer Rehabilitationsklinik und eine Weiterbehandlung beim Hausarzt anschließt. Dem Patienten wird dann geraten, sich einer Gruppe ambulanter Herzpatienten in der Nähe seines Wohnorts anzuschließen.

Zwar ist als Konzept die Forderung nach einer "umfassenden Rehabilitation" ausgesprochen worden, doch beherrscht der medizinische Aspekt in der Praxis häufig alle drei Phasen sehr stark. Psychosoziale Aspekte werden bei der Versorgung eines Patienten zweifelsohne immer mehr berücksichtigt, gelten jedoch eher als Anhängsel der derzeitigen Praxis. Statt dessen sollten sie jedoch als unverzichtbarer Bestandteil des Prozesses im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes behandelt werden, der durch Flexibilität und die Ausrichtung auf die spezifische Situation und die Erfordernisse des einzelnen Patienten gekennzeichnet ist.

WGO-Phase I: akute Phase

In der Bundesrepublik Deutschland ist diese Phase mit einem Aufenthalt in einem Akutkrankenhaus verbunden, der gewöhnlich mit der Behandlung auf einer Intensivstation beginnt. Die Patienten bleiben im Vergleich zu anderen Ländern sehr lange dort, und an die Therapie schließt sich ebenfalls im Gegensatz zu den meisten übrigen Ländern ein weiterer Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik an.

Es ist nicht erwiesen, daß die Verlängerung der Akutphase zur Genesung beiträgt oder die Mortalität bzw. die Gefahr eines Reinfarkts verringert. Die Oldenburger Längsschnittuntersuchung² liefert im Gegenteil Hinweise auf mögliche iatrogene Schädigungen.

1) Siehe Literaturhinweis 1, S. 36.

2) Badura, Bernhard, Kaufhold, G., Lehmann, H., Pfaff, H., Schott, T. und Waltz, M. (1987). *Leben mit einem Myokardinfarkt*. Eine sozioepidemiologische Studie. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokio.

Zur Zeit werden verschiedene Ansätze kontrovers diskutiert. Es bestehen unterschiedliche Auffassungen darüber, welche der folgenden Lösungen die beste ist:

- eine möglichst starke Verkürzung der Verweildauer im Akutkrankenhaus, um den Patienten frühzeitig in eine Rehabilitationsklinik einweisen zu können;
- die Ausrüstung des Akutkrankenhauses für die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen, so daß eine Fachklinik für Rehabilitation zumindest bei einigen der Patienten überflüssig wird (Beispiel: Israel);
- die Einrichtung einer ambulanten Versorgung, die so strukturiert ist, daß bei vielen Patienten überhaupt kein Krankenhausaufenthalt nötig wird. Für diese Lösung spricht, daß sich die emotionale Unterstützung des Patienten und eine ausreichende Aufklärung und Beratung unter Einbeziehung der Angehörigen oder Freunde durch eine Behandlung und Rehabilitation in der Nähe des Wohnorts besser durchführen lassen.

Die Gewährleistung einer angemessenen Akutversorgung wirft mehrere Fragen auf:

- 1 Ist der Aufenthalt im Akutkrankenhaus und insbesondere auf der Intensivstation bei allen Patienten mit einem Myokardinfarkt erforderlich und angebracht?
- 2 Bei wem und unter welchen Umständen kann oder sollte der Krankenhausaufenthalt verkürzt werden?
- 3 Wie können im Akutkrankenhaus emotionale Unterstützung, angemessene Aufklärung und Beratung gewährleistet werden?
- 4 Wie kann die Rekonvaleszenzphase oder, besser gesagt, die abschließende Behandlung möglichst frühzeitig in der Akutphase geplant und vorbereitet werden, um individuellen Bedürfnissen und Erfordernissen Rechnung zu tragen?

WGO-Phase II : Rekonvaleszenz

In den verschiedenen Ländern werden unterschiedliche Ansätze gewählt. In der Bundesrepublik Deutschland ist diese Phase durch ein breites Angebot an spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen für stationäre Patienten gekennzeichnet. In der derzeitigen Praxis werden jedoch eher Lösungen angestrebt, die nicht mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden sind und in der Nähe des Wohnorts durchgeführt werden können. Neuartige Aspekte sind dabei

- die familienorientierte Gruppentherapie für Patienten und Familienangehörige im Akutkrankenhaus (Beispiel: Israel);
- die ambulante Rehabilitation mit Gruppentherapie beim örtlichen Kardiologen (Beispiel: Berlin (West));
- die Zusammenarbeit zwischen dem Hausarzt und dem Rehabilitationsberater oder Sozialarbeiter (Beispiel: Praxis im ländlichen Raum in der Nähe von Ulm, Bundesrepublik Deutschland);
- ambulante Rehabilitation innerhalb des Rahmens der bereits bestehenden gemeindenahen ärztlichen und sozialen Dienste (Beispiel: Finnland).

Im Hinblick auf die Rekonvaleszenzphase stellen sich folgende Fragen:

- 1 In welchen Fällen ist eine Rehabilitation im Krankenhaus indiziert, und wann kann sie durch eine ambulante Versorgung und durch welche Formen einer derartigen Versorgung ersetzt werden? Welche Rolle spielt dabei der Hausarzt?
- 2 In welchem Umfang und in welcher Form sollten neben dem somatischen Aspekt der Therapie die psychischen und psychosozialen Aspekte der Problembewältigung erfaßt werden?
- 3 Wie können der Patient selbst und sein soziales Umfeld (Familie, Freunde usw.) in größerem Maße in Entscheidungen über den Rehabilitationsprozeß einbezogen werden?

WGO-Phase III: Spätrehabilitation

Das Konzept der "Therapiekette" in der Bundesrepublik Deutschland sieht eine weitere Versorgung durch den Hausarzt und eine Teilnahme an ambulanten Herzgruppen vor. Landesweit gibt es mittlerweile rund 1200 derartige Gruppen. Die Hauptkritik an diesen ambulanten Gruppen betrifft ihre starke Leistungsorientierung und ihre Vernachlässigung psychosozialer Probleme, die für den Betroffenen von sehr großer Bedeutung sind.

Besonderes Interesse verdienen folgende Projekte, die ergänzende oder alternative Formen der Unterstützung anbieten:

- Firmen-Herzgruppen für derzeitige oder ehemalige Mitarbeiter eines Unternehmens (Beispiel: Texaco);
- Diskussionsgruppen innerhalb ambulanter Herzgruppen (Beispiel: Herzgruppe in Hamburg, Bundesrepublik Deutschland);
- Selbsthilfegruppen (Beispiele: drei verschiedene Initiativen in der Bundesrepublik Deutschland und "Take Heart" in England);
- Unterstützung der Selbsthilfe von Koronarpatienten durch ein Team, dem ein ehemaliger Herzpatient und ein Vertreter der Heilberufe angehören (Beispiel: Reintegration durch "Duos" in den Niederlanden).

Diese Modelle werfen eine Reihe von Fragen auf:

- 1 In welchem Maße braucht der ehemalige Herzpatient das Gesundheitswesen, und wann ist es angebrachter, unabhängige Lösungen der Gesundheitsförderung zu unterstützen?
- 2 Welche Lösungen unterstützen die allmähliche Ablösung von der Krankenhausumgebung am besten?
- 3 Ist es angebracht und möglich, ambulante Herzgruppen so umzugestalten, daß die psychosozialen Aspekte größere Beachtung erhalten?
- 4 Sollte das Angebot der Herzgruppen in das Alltagsleben integriert werden?
- 5 Weshalb sind Selbsthilfegruppen in manchen Ländern, wie den USA und Großbritannien, besser etabliert als zum Beispiel in der Bundesrepublik Deutschland?
- 6 Sollten verstärkte Anstrengungen unternommen werden, um Selbsthilfeinitiativen zu fördern und wenn ja, durch wen?

7.4 Ein Gesundheitsförderungsmodell: der Münchner Gesundheitspark

Ein nicht mit einer spezifischen Erkrankung zusammenhängendes, sondern mit der Gesundheitsförderung in allen Lebensabschnitten (auch in der Zeit nach einem Myokardinfarkt) befaßtes Modell verdient besondere Erwähnung. Es handelt sich um den Gesundheitspark in München. Das Prinzip dieses Modells ist die Einbeziehung Gesunder und Kranker in Tätigkeiten, die geeignet sind, die Gesundheit zu erhalten oder die Rehabilitation zu fördern.

Die vielen im Gesundheitspark angebotenen Möglichkeiten erleichtern es Myokardinfarktpatienten, an einem breiten Spektrum von Aktivitäten teilzunehmen, die auf das Ausdrücken der eigenen Persönlichkeit, Körperbewegungen und kreative, lustvermittelnde Erlebnisse konzentriert sind. Zu den für Herzpatienten entwickelten spezifischen Gruppenaktivitäten gehören Bewegung, Entspannung und Diskussion. Gleichzeitig können Familienangehörige auch an anderen Programmen teilnehmen.

Der Erfolg dieses Modells ist auf die hohe Qualität der Mitarbeiter, eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Bedeutung zurückzuführen, die den individuellen Fähigkeiten der Teilnehmer, ihren jeweiligen Bedürfnissen und einer differenzierten Beratung beigemessen wird. Der Gesundheitspark stellt einen Ansatz dar, der chronisch kranken Menschen bessere Möglichkeiten zur Maximierung ihres Gesundheitspotentials eröffnet. Ein krankheitsspezifischer Weg wird nur soweit nötig beschritten, und der Teilnehmer wird zum rechten Zeitpunkt in das Gesamtprogramm der Gesundheitsförderung integriert.

7.5 Tätigkeitsfelder und Forschungsgebiete

Die Arbeitsgruppe, die die Frage "Wie kann die Gesundheit von Koronarpatienten gefördert werden?" erörterte, erweiterte das Thema und schloß auch Angina-pectoris-Kranke und Patienten ein, bei denen eine Bypass-Operation oder eine Dilatation durchgeführt worden war. Die Teilnehmer empfahlen Maßnahmen 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;
- Vermeidung einer langen Verweildauer von Herzinfarktpatienten im Akutkrankenhaus, da die Erfahrung zeigt, daß derartige Aufenthalte iatrogene Wirkungen nach sich ziehen;
- Förderung eines wirksamen Informationsaustauschs zwischen den verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens mit dem Ziel des Abbaus des Unsicherheitsgefühls und überflüssiger diagnostischer Maßnahmen;
- Einleitung von Schritten in Richtung auf die systematische Einbeziehung der Familie und anderer sozialer Ressourcen des Patienten;

- Sicherstellung der (biopsychosozialen) Sachkompetenz der Selbsthilfegruppen;
- Förderung einer größeren Annäherung des Gesundheitswesens an die Bevölkerung und die Arbeitgeber, um die Kenntnisse über pathologische und protektive Faktoren in der Bevölkerung und am Arbeitsplatz zu verbessern (es liegen umfassende sozioepidemiologische Erkenntnisse vor, die jedoch für die Patienten nur geringe praktische Folgewirkungen haben);
- stärkeren Betonung der Anamnese angesichts der Bedeutung sozialer und psychologischer Faktoren bei Herzkrankheiten;
- Weckung des Bewußtseins für die weitreichenden Folgen von Veränderungen des Lebensstils für den Verlauf und die Prognose der Koronarerkrankungen;
- Einleitung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen, bevor die Patienten erkranken und Konzentration auf Faktoren, die die langsame Ausbildung der koronaren Herzkrankheit begünstigen, darunter in "Leistungsgesellschaften" auch sozialer Druck und Ungerechtigkeiten bei der Ressourcenverteilung (wer sozial unterprivilegiert ist, trägt ein höheres Krankheitsrisiko);
- nachdrücklichen Ermutigung verschiedener gesellschaftlicher Gruppen, der Allgemeinheit und der Wirtschaft zu einem stärkeren Engagement für die Gesundheitsförderung und der Familien zur Übernahme einer größeren Verantwortung für ihre Mitglieder. Einzelne und Gruppen erreichen dann ein Stadium, in dem sie ihre eigenen Vorstellungen vom Umgang mit Gesundheit und Krankheit entwickeln und somit weniger auf das Gesundheitswesen angewiesen sind.

7.6 Schlußbemerkungen

Die vorhandenen Institutionen und Modelle müssen unter dem Blickwinkel der Gesundheitsförderung analysiert werden, um zu ermitteln, in welchem Maße sie a) Nachdruck auf die Unabhängigkeit der an einer Rehabilitationstherapie teilnehmenden Personen legen, b) deren Selbstvertrauen stärken und c) den Patienten eine partnerschaftliche Rolle im Rehabilitationsprozeß einräumen.

Sind diese Institutionen in der Lage, Patienten nicht nur als Fälle mit somatischen Symptomen zu betrachten und können sie Möglichkeiten anbieten, sie zu motivieren, ihr soziales Umfeld zu aktivieren und Familienangehörige, Freunde, Arbeitskollegen und Selbsthilfegruppen in den Rehabilitationsprozeß einzubeziehen?

Die in dem Hintergrundpapier dargestellten Modelle und Projekte weisen auf Möglichkeiten von Veränderungen innerhalb des verhältnismäßig starren Systems der medizinischen Gesundheitsversorgung hin. Dies ist eine bedeutsame Erkenntnis. Deshalb müssen weiterhin Bemühungen unternommen werden, die Strukturen durchlässiger werden zu lassen und auf einer breiten und flexiblen Grundlage Unterstützungseinrichtungen aufzubauen, die eine wirksame Beteiligung auf allen Ebenen gewährleisten. Die Lebensqualität des Patienten sollte das Leitprinzip aller Rehabilitationsmaßnahmen sein.

Herausforderungen an den einzelnen und an Gruppen

Diese Herausforderungen betreffen die chronisch kranken Patienten selbst, ihre Familien, Selbsthilfegruppen, die Arbeitsumwelt und die Öffentlichkeit. Sie bestehen auch für das Gesundheitswesen und die Bereiche, die für die Ausarbeitung von Schulungsprogrammen für Vertreter der Heil-, Gesundheits- und Sozialberufe zuständig sind.

In Ziffer 1 dieses Kapitels wird der Bewältigungsprozeß aus der Sicht des einzelnen betrachtet, während die Ziffern 2, 3 und 4 die Auffassungen der drei Arbeitsgruppen wiedergeben, die sich mit der Familie und Selbsthilfegruppen, dem Arbeitsplatz und der Allgemeinheit sowie dem System der ärztlichen Versorgung beschäftigten. An diese Berichte schließen sich Überlegungen zur Schulung, dem Forschungsbedarf und dem Konzept des "gesunden Kranken" an.

8.1 Chronisch kranke Patienten

Die Steigerung der Fähigkeit des Menschen zur wirksamen Bewältigung chronischer Krankheitszustände stellt sowohl für Personen mit eingeschränkter Gesundheit als auch für Vertreter der Heilberufe eine große Herausforderung dar.

Lazarus und Folkman¹ definieren die Problembewältigung ("coping") als sich ständig verändernde kognitive und verhaltensorientierte Bemühungen, mit spezifischen äußeren und/oder inneren Anforderungen fertig zu werden, die so hoch eingeschätzt werden, daß sie die Möglichkeiten des Betreffenden stark in Anspruch nehmen oder übersteigen. Jede Krankheit weist eine eigene Quelle psychologischer Belastung (Schädigung, Bedrohung, Herausforderung) auf und teilt einige derartige Quellen mit anderen Krankheiten.

Verschiedene Menschen reagieren sehr unterschiedlich, wenn sie die Bedeutung einer Krankheit bewerten sollen: sie sehen sie z.B. als Herausforderung, Schicksal, Strafe, Anlaß zu Selbstvorwürfen usw. Es kommt zu unterschiedlichen Bewältigungsprozessen. Auch im zeitlichen Ablauf bestehen große Unterschiede, d.h. während des Krankheitsverlaufs mit seinen Veränderungen oder bei verschiedenen Vorfällen oder Krisen während dieses Zeitraumes.

1) Lazarus, R.S. und Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer, New York.

Es lassen sich acht Bewältigungsformen unterscheiden: *konfrontative Bewältigung* (z.B. ich hielt stand und kämpfte für das, was ich haben wollte), *Distanzierung* (z.B. ich machte weiter, als sei nichts geschehen); *Selbstbeherrschung* (z.B. ich versuchte, meine Empfindungen für mich zu behalten); *Suche nach sozialer Unterstützung* (z.B. ich sprach mit jemandem, der bei dem Problem konkret etwas tun konnte); *Übernahme der Verantwortung* (z.B. ich übte Selbstkritik oder machte mir Vorhaltungen); *Flucht-Meide-Verhalten* (z.B. ich wünschte mir, die Situation ginge vorüber oder wäre irgendwie vorbei); *planvolle Problemlösung* (z.B. ich wußte, was geschehen mußte und strengte mich deshalb doppelt an, damit es gelang) und *positive Neubewertung* (z.B. ich fand einen neuen Glauben).

Diese Bewältigungsformen stellen Varianten der beiden Grundaufgaben der Bewältigung dar: a) der *problemorientierten Bewältigung*, die in Bemühungen besteht, die derzeitigen Umstände einer Anpassungssituation z.B. dadurch zu verändern, daß die Umwelt oder man selbst verändert wird und b) die *emotionsorientierte Bewältigung*, die rein kognitive Aktivitäten einschließt, welche nicht die tatsächliche Beziehung zur Umwelt, aber die Wahrnehmung dieser Beziehung verändern. Die meisten Menschen setzen bei jeder Streßbelastung fast alle acht Formen der Bewältigung ein. Obwohl einige Bewältigungstechniken allgemein funktionell oder unfunktionell sein können, kann doch jeder Bewältigungsvorgang, je nachdem, bei wem, wann, unter welchen Umständen und im Hinblick auf welches Anpassungsergebnis er abläuft, zu günstigen oder ungünstigen Ergebnissen führen. Eine Bewältigung wird unangemessen, wenn der gewählte Ansatz z.B. von der Realität losgelöst ist und der Betreffende auf problemorientierter Bewältigung beharrt, auch wenn sich nichts machen läßt.

Das Motto der Anonymen Alkoholiker "Gott gebe mir die Gelassenheit, Dinge hinzunehmen, die ich nicht ändern kann, den Mut, die Dinge zu ändern, bei denen ich dies kann und die Klugheit, den Unterschied zu erkennen" enthält eine klare Unterscheidung zwischen problem- und gefühlsoientierter Bewältigung, das Prinzip der sekundären Bewertung und die der Realitätsprüfung.

Maßnahmen zur Unterstützung eines chronisch Kranken bei der Entwicklung wirksamer Bewältigungsstrategien erfordern eine sorgfältige Beurteilung der Bewertungs- und Bewältigungsvariablen eines jeden Patienten unter Berücksichtigung persönlicher Tagesabläufe, der Krankheit und ihrer Prognose, der Lebensphase und anderer persönlicher Umstände.

8.2 Familien und Selbsthilfegruppen

Die Ottawa-Charta weist deutlich auf die tragende Funktion der Familien und Selbsthilfegruppen bei der Gesundheitsförderung chronisch kranker Patienten hin. Im kanadischen Gesundheitsförderungssystem werden drei entscheidende Mechanismen unterschieden, mit denen sich die Bewältigung von Behinderungen erreichen läßt. Dies sind die Selbstversorgung, die gegenseitige Hilfe und ein gesundes Umfeld.

Terminologische Erörterungen über den Begriff der Familie, der Selbsthilfegruppen und anderer Hilfsnetze scheinen an dieser Stelle überflüssig zu sein. Die

Begriffe sollten flexibel genug formuliert sein, um Menschen zu beschreiben, die sich in ihrem Alltagsleben um chronisch Kranke kümmern. Diese Gruppen 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 bei 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 Selbsthilfeforestellungen 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.

Der mögliche Beitrag der Heilberufe läßt sich beispielhaft an mehreren Versuchen darstellen. Die klinische Arbeit mit Krebspatienten in Berlin (West) verdeutlicht die entscheidende Rolle der Vertreter der Heilberufe für die Ermutigung der Patienten zu einem aktiven Engagement für alternative Informations- und Unterstützungsquellen, die in dem Ratschlag zum Ausdruck kommt: "Gehen Sie nicht ins Krankenhaus, solange Sie nicht wirklich müssen". Ein anderes Beispiel, die Sonnenberg-Kliniken in der Bundesrepublik Deutschland, verdeutlicht verschiedene Strategien zur gemeinsamen Einbeziehung von Laien und Fachleuten in die Krebsnachsorge. Bei diesem Modell erfolgt zwischen dem Klinikpersonal und den Nichtfachleuten eine Interaktion in beiden Richtungen: einerseits werden für und durch Patienten und ihre Angehörigen Tagungen abgehalten, an denen auch die mit den Patienten arbeitenden Fachleute teilnehmen; zum anderen werden Patienten Schulungsprogramme angeboten, die sie zum Aufbau eigener SHG in ihrem örtlichen Lebensbereich in die Lage versetzen sollen. Bei einem anderen Modell aus Maastricht, Niederlande, werden die Möglichkeiten untersucht, Selbstversorgungs- und Selbsthilfetechniken im klinischen Rahmen zu vermitteln, wobei der Grundsatz einer ausgewogenen wechselseitigen Lehr- und Lerntätigkeit von Nichtfachleuten und Vertretern der Heilberufe angewandt wird.

Vom sozioepidemiologischen 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 dem Vereinigten Königreich) zufolge

scheint die soziale Bedeutung und Praxis der Selbsthilfe im Ruf des "Sozialeritismus" zu stehen, so daß die Selbsthilfe als beliebte Gesundheitsförderungsstrategie für weiße Frauen der Mittelschicht angesehen wird. Anscheinend wird den Unterschieden in der Eignung von Selbsthilfe-Initiativen 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.

Vorrangige Tätigkeitsfelder

- 1 In der *Gesundheitspolitik* besteht ein dringender Bedarf an einer gerechteren Verteilung der finanziellen, technischen und sonstigen sozialen Ressourcen zwischen dem professionellen und dem nichtfachlichen Bereich der Gesundheitsförderung bei chronisch Kranken und ihren Familien. Die Politik der Förderung des Lebens mit chronischen Krankheiten in der Gemeinschaft ist unbedingt durch eine auf die Unterstützung der Betreuer abgestellte Politik zu ergänzen.
- 2 Bei der *Neuausrichtung der Gesundheitsdienste* ist ein Ausbau der systematischen professionellen Unterstützung von Familien und SHG in der Gesundheitsförderung mit Hilfe folgender Hauptstrategien geboten:
 - Einleitung von Selbsthilfe- und Selbstversorgungsaktivitäten durch Vermittlung von bedarfsabhängigem Fachwissen und Fertigkeiten;
 - Schaffung zugänglicher und geeigneter professioneller Unterstützungssysteme für in der Gesundheitsförderung aktiv engagierte Familien und SHG;
 - Schulung der beteiligten Vertreter der Heilberufe (Krankenschwestern, Sozialarbeiter usw.) in der kontinuierlichen Unterstützung der Familien und SHG bei ihren gesundheitsförderlichen Aktivitäten, ohne das Selbstvertrauen und die Unabhängigkeit der Patienten in Gefahr zu bringen.
- 3 Im Bereich der *gemeindenahen Aktivitäten* besteht ein dringender Bedarf an der Unterstützung sozialer Lernprozesse in der Gesundheitsförderung für chronisch Kranke und Behinderte auf der Grundlage folgender ergänzender Strategien:
 - Schaffung des Bewußtseins für das Vorhandensein alternativer Formen der Gesundheitsförderung im engsten Lebensbereich der Betroffenen;
 - Errichtung zugänglicher und wirksamer Informationsnetze unter Nutzung der modernen Massenkommunikationstechniken und Bereitstellung der vorhandenen Materialien;
 - Ausbau der Möglichkeiten der gemeindenahen Einrichtungen bei der Unterstützung von Familien und SHG in der Gesundheitsförderung.
- 4 Bei der *Entwicklung persönlicher Fertigkeiten* müssen den Familien und den Mitgliedern von SHG leicht zugängliche und effiziente Techniken für das Erlernen und die Anwendung von Methoden und Fertigkeiten der Gesundheitsförderung angeboten werden, und zwar a) gemäß ihren Bedürfnissen und Vorstellungen und b) unter Berücksichtigung der sich wandelnden wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Behandlung und Versorgung von Menschen mit spezifischen chronischen Krankheiten. Dieser Ansatz zur Entwicklung persönlicher Fertigkeiten muß ganzheitlich gesehen werden und die mit verschiedenen Krankheitszuständen verbundenen spezifischen Probleme widerspiegeln.

- 5 Bei den zur Gesundheitsförderung beitragenden *Umweltveränderungen* ist es nach wie vor erforderlich, Behinderte, ihre Familien und Unterstützungssysteme in die übrige Gesellschaft zu integrieren, indem ihnen bei der Schaffung einer gesunden Umwelt für sich selbst und ihren Lebensbereich Unterstützung gewährt wird. Eine Veränderung der gesellschaftlichen Einstellungen zu chronisch Kranken und ihren Familien ist ein vorrangiges Tätigkeitsfeld. Jede Strategie zur Schaffung getrennter Lebensbereiche, durch die die chronisch Kranken isoliert werden würden (wie die Errichtung besonderer Häuser) würde den grundlegenden Zielsetzungen der Gesundheitsförderung als gemeinsames soziales Ziel zuwiderlaufen.

8.3 Arbeitsplatz und Allgemeinheit

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 Beteiligten 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, so daß 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.

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 einschließlich entsprechender Gesetze und Vorschriften erforderlich, um zur Schaffung von Arbeitsplätzen für chronisch Kranke und Behinderte beizutragen.

Vorrangige Tätigkeitsfelder

- 1 Die Arbeit ist für den chronisch Kranken, der die Möglichkeit zur Erwerbstätigkeit erhalten sollte, von größter Bedeutung.
- 2 Wegen der zunehmenden Zahl chronisch Kranker besteht ein dringender Bedarf an der Entwicklung spezieller Programme für die weniger gut ausgebildeten und einkommensschwächeren Bevölkerungsschichten.
- 3 In die neuen Formen der Finanzierung der gesundheitlichen Unterstützung chronisch Kranker und der Gesundheitsförderung im allgemeinen sollten mehrere Seiten einbezogen werden, z.B. die Arbeitgeber sowie die Krankenversicherung, die Gemeinde und die Gewerkschaften.
- 4 Die staatliche Gesundheitspolitik und eine geeignete Sozialpolitik in Verbindung mit angemessenen Gesundheitsgesetzen und -verordnungen sollten zur Einführung von Programmen und Maßnahmen beitragen, die Rehabilitation und Gesundheitsförderung miteinander verbinden.
- 5 Unternehmen brauchen Ansporn und Unterstützung, um Gesundheitsförderungsprogramme am Arbeitsplatz zu erwägen und zu übernehmen, durch die die Hilfe und die Dienstleistungen für die chronisch Kranken integriert werden.
- 6 Derartige Programme sollten Möglichkeiten der Beratung, der Aufklärung und der Schulung auf den Gebieten der Selbsthilfe und der gegenseitigen Unterstützung sowie der Beurteilung der Auswirkung von Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit umfassen.
- 7 Im Idealfall sollten Gesundheitsförderungsprogramme am Arbeitsplatz integrierte Bestandteile der gemeindenahen Gesundheitsförderungsprogramme sein.

8.4 Das System der medizinischen Versorgung

Die Frage der Neuausrichtung der Gesundheitsdienste, insbesondere der Dienste für chronisch Kranke, darf nicht isoliert betrachtet werden: die Schaffung eines Unterstützung anbietenden Umfelds und der Ausbau gemeindenaher Aktionen sind für den Umgang mit chronischen Krankheiten genauso entscheidend.

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 Einrichtung (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.

Gemeindenaher Maßnahmen stellen einen entscheidenden Schlüssel zu einem neuen Konzept der Gesundheitsdienste dar, das den Inhalt der Ottawa-Charta widerspiegelt. Obwohl die gemeindenaher 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.

Vorrangige Tätigkeitsfelder

- 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.

8.5 Neuausrichtung der Schulung in den Heil-, Gesundheits- und Sozialberufen

Während der Plenartagungen und Arbeitsgruppensitzungen sowie bei den Diskussionen auf dem Basar tauchte das alles entscheidende Problem ausreichend geschulten Personals, das in der Gesundheitsförderung neue Akzente zu setzen vermag, immer wieder auf.

Es wurden viele Fragen gestellt: welche Kenntnisse und Fertigkeiten müssen vermittelt werden? In welcher Phase des Schulungsprozesses sollten diese Fertigkeiten unterrichtet werden? Brauchen wir kurze oder lange Schulungsprogramme oder beide? Wie kann die Lebenserfahrung der Kursteilnehmer im Lehrplan gebührend berücksichtigt werden? Welche Fachgebiete sollten erfaßt und welche Teilnehmerzahlen angestrebt werden?

Die Frage des Schulungsbedarfs tauchte für alle drei Gruppen chronischer Krankheiten auf, die auf der Tagesordnung des Symposiums standen. 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.

Ein sinnvoller Gesundheitsförderungsansatz setzt 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.¹

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 – große Anteilnahme und Bewußtsein für das Gefühlsleben des Patienten – fehlt heutzutage in der medizinischen Praxis fast ganz.

8.6 Konzentration der Forschung auf die Faktoren der Gesundheitsförderung

In den vorangegangenen Kapiteln dieses Berichts wurden die spezifischen Anforderungen an Studien und Forschungsarbeiten auf dem Gebiet der chronischen Schmerzzustände, der Krebserkrankungen und des Myokardinfarkts erörtert. Einige der diesen drei Gruppen von Erkrankungen gemeinsamen Forschungsanforderungen werden im folgenden zusammengefaßt:

In der Forschung ist ein breiterer Horizont erforderlich. Die Teilnehmer sprachen sich für die Unterstützung der interdisziplinären Erforschung des Werts verschiedener Ansätze, auch der biomedizinischen und der ganzheitlichen Methoden, für die Gesundheitsförderung aus. Die Erfahrungen des Lebens mit chronischen Krankheiten sind jedoch 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.

1) Rijke, Rudy, P.C. und Rijke-deVries, Johanna (1987). *Health promotion for health care professionals*. Internationales Symposium über Gesundheitsförderung und chronische Krankheiten, BZgA, Köln.

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.

8.7 Maximierung des Gesundheitspotentials: der "gesunde Kranke"

Der Begriff des "gesunden Kranken" ist ein Ergebnis des Gesundheitsförderungskonzepts, das sich auf die Entwicklung des in jedem einzelnen in jeder Lebensphase vorhandenen Gesundheitspotentials konzentriert.¹

Wer sind diese gesunden Kranken? Jeder, der alle ärztlichen und therapeutischen Ratschläge entgegennimmt, ohne zu fragen? Jeder, der die Gesundheit zu seinem einzigen Lebensziel macht? Jeder, der riskanten Situationen sorgsam aus dem Wege geht? Es sieht ganz im Gegenteil eher so aus, als sei das Hauptmerkmal des gesunden Kranken die Suche nach neuen Qualitäten der individuellen Gesundheit, unabhängig von dem spezifischen Krankheitsbild. Diese Suche ist auf die Schulung der körperlichen Wahrnehmung, der Entspannung sowie auf neue kinetische Möglichkeiten, Umstellungen der Ernährung und psychotherapeutische Hilfen ausgerichtet, die zu einem neuen Verständnis des Einzelerlebens und des sozioökologischen Umfelds führen. Der Betreffende bewegt sich von der "Hinnahmehbereitschaft" und der "Hinnahmefähigkeit" im Hinblick auf eine bestimmte Krankheit zur "Veränderungsbereitschaft" und zur Stufe der "Veränderungsfähigkeit", die zu einem neuen Selbstbild und neuen Formen der Selbstverwirklichung führt.

Wer sich erfolgreich an chronische Krankheiten anpassen will, muß eine Lebens-einstellung finden, die Hoffnung bestärkt, Furcht abbaut und eine Lebensqualität erhält, die den durch die Krankheit gezogenen Grenzen Rechnung trägt (und diese vielleicht übersteigt, jedoch nicht durch sie bestimmt wird).

Es ist allerdings einzuräumen, daß der Grad, bis zu dem ein Patient zu einem "gesunden Kranken" werden kann, unbestreitbar durch seine sozioökonomische Situation und das Maß an sozialer und politischer Unterstützung beeinflusst wird, das die "Gesunden" als Gesellschaft diesem Menschen zukommen lassen. Hier erlangen die fünf Schlüsselbestandteile der Gesundheitsförderung ihre volle Bedeutung. Wie weit ein Mensch *mit, trotz* oder *wegen* einer chronischen Krankheit eine neue Gesundheitsqualität zu entwickeln vermag, wird durch Maßnahmen auf allen fünf Ebenen der Gesundheitsförderung bestimmt: Aufbau einer gesunden staatlichen Politik, Schaffung eines Unterstützung gewährenden Umfeldes, Stärkung gemeindenaher Aktionen, Entwicklung der persönlichen Fertigkeiten und ~~Veränderung des Gesundheitsbildes.~~

Der Heilungsprozeß setzt die Entwicklung neuer Beziehungen auf einer Vielzahl von Ebenen voraus. Auf jeder Ebene eröffnet die Gesundheitsförderung den chronisch Kranken neue gesundheitliche Möglichkeiten und hilft ihnen dabei, ihr Gesundheitspotential zu erschließen und zu "gesunden Kranken" zu werden.

1) Milz, Helmut (1987). *Gesunde Kranke: Sozialer Zynismus oder neue Perspektiven für das Leben mit einer chronischen Krankheit?* Hintergrundpapier für das Internationale Symposium über Gesundheitsförderung und chronische Krankheiten, BZgA, Köln.

Empfehlungen

Aus den Folgewirkungen der auf dem Symposium erörterten Tatsachen und Tendenzen einschließlich der Empfehlungen der Arbeitsgruppen für die Planung und Durchführung der Gesundheitsförderung ergaben sich in jedem der fünf Bereiche der Gesundheitsförderung spezifische Zielsetzungen:

- Erstens sollten *sinnvolle politische Maßnahmen* erarbeitet werden, um:
 - eine gerechtere Verteilung der finanziellen, technischen und sonstigen gesellschaftlichen Ressourcen zwischen den Fachkräften und den chronisch Kranken sowie ihren Familien zu gewährleisten;
 - für geeignete Gesetze und Verordnungen im Gesundheitswesen einzutreten, die Programme und Maßnahmen, die die Rehabilitation und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz einbeziehen, fördern;
 - gesetzgeberische Maßnahmen in bezug auf das Recht der Patienten auf Information, Einwilligung, Zugang zu Unterlagen und psychosozialer Betreuung zu fördern;
 - finanzielle Unterstützung für komplementäre Therapien (u.a. Deckung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen durch Versicherungen) und für die Entwicklung von Selbstbetreuungs- und Selbsthilfe-Ansätzen zu gewähren.

- Zweitens sollte ein *unterstützendes Umfeld* geschaffen werden, um
 - in der Gesellschaft eine Änderung des Verhaltens gegenüber chronisch Kranken herbeizuführen und um eine positivere Einstellung des mit einer chronischen Krankheit lebenden Menschen zu fördern;
 - Barrieren bei der Wiedereingliederung des Patienten in die Arbeitswelt zu beseitigen, denn Arbeit ist für Menschen mit einer chronischen Krankheit außerordentlich wichtig, und man muß sich um die Schaffung geeigneter Arbeitsplätze bemühen, u.a. durch spezielle Programme für weniger qualifizierte Arbeitnehmer;
 - die Unternehmer dahingehend zu ermutigen und zu unterstützen, daß sie für chronisch Kranke Gesundheitsförderungsprogramme am Arbeitsplatz vorsehen;
 - die Betreuenden (Fachkräfte und Laien) besser durch Programme zu unterstützen, in denen der Akzent auf der Fortbildung wie auch auf den emotionalen Bedürfnissen liegt (Gesundheitsförderung in bezug auf chronische Krankheiten schließt sowohl die Patienten als auch ihre Betreuer ein).

- Drittens sollten *Aktionen im Gemeinderahmen* gestärkt werden, um:
 - die Bevölkerung über alternative Formen einer gemeindenahen Gesundheitsförderung zu informieren, z.T. durch den Aufbau zugänglicher, effizienter Informationsnetze, um den Patienten zu helfen, die Behandlungseinrichtungen zu finden, die sie benötigen;
 - die gegenseitige Hilfe von Patient zu Patient und Selbsthilfeinitiativen unter Nutzung der Erfahrungen bestehender Gruppen zu fördern (z.B. der duale Ansatz, bei dem Fachkräfte und ehemalige Patienten ein Team bilden), ferner um Unternehmen zur Schaffung von "Herzpatientengruppen" und zur Unterstützung anderer Art für chronisch Kranke zu ermutigen;
 - die Kapazität der Gemeindedienste auszuweiten, Familien und Selbsthilfegruppen bei der Gesundheitsförderung zu helfen und speziell Möglichkeiten zur Verringerung der seelischen und körperlichen Belastung der Familie als wichtigstem Betreuer vorzusehen (Beispiele: die Hospiz-Bewegung, Kontakt- und Beratungszentren, Telefondienste);
 - die aktive Teilnahme von chronisch Kranken am gesellschaftlichen Leben durch Bereitstellung entsprechender Einrichtungen zu erleichtern (Beispiel: der Gesundheitspark in München mit seinem Freizeitprogramm und den kreativen und gesundheitsfördernden Aktivitäten für Gesunde wie für chronisch Kranke).

- Viertens sollten die *persönlichen Fertigkeiten* entwickelt werden, um:
 - Patienten, Familien, Selbsthilfegruppen und anderen Gemeindegruppen wirksame Technologien zum Erlernen und Anwenden von Fertigkeiten und Methoden der Gesundheitsförderung anzubieten, nach Maßgabe der Bedürfnisse und Präferenzen von chronisch Kranken, des sich wandelnden wissenschaftlichen Erkenntnisstands über die Behandlung und Betreuung von Personen mit spezifischen chronischen Krankheiten sowie der kulturellen Unterschiede und Bedürfnisse;
 - sicherzustellen, daß der Ansatz zur Entwicklung der Fähigkeiten ganzheitlich ist, wobei die mit den verschiedenen chronischen Krankheiten verbundenen spezifischen Probleme zu berücksichtigen sind;
 - sicherzustellen, daß Schlüsselpersonen im sozialen Umfeld des Patienten in die erzieherischen Bemühungen um Befähigung zur Krankheitsbewältigung und zur Kommunikation einbezogen werden;
 - Erziehungsmethoden anzuwenden, die eine aktive Teilnahme fördern und die Motivation zur Eigeninitiative sowie das Bewußtsein des eigenen Potentials für eine bessere Lebensqualität stärken.

- Fünftens sollten die *Gesundheitsdienste* neu orientiert werden, um:
 - in Fachkreisen die Unterstützung für die Allgemeinheit durch Initiierung von Selbsthilfe und Selbstbetreuungsaktivitäten, Vermittlung von Fachwissen und Fähigkeiten gemäß den Bedürfnissen sowie durch die Schaffung geeigneter, ohne weiteres zugänglicher professioneller Betreuungssysteme für Familien und Selbsthilfegruppen zu verstärken;
 - die Patienten generell in Entscheidungen über ihre pflegerische Betreuung mit einzubeziehen;
 - zur Erleichterung der Rehabilitation und Wiedereingliederung des Patienten in die Gesellschaft eine stärkere Beteiligung der Gemeinde und der Arbeitgeber an der Gesundheitsversorgung zu fördern;
 - neue Ansätze zu untersuchen, wie etwa Gesundheitszentren mit einer bestimmten geographischen Zuständigkeit, familienorientierte Gruppentherapie in den Gesundheitszentren sowie ambulante Betreuung, die so strukturiert ist, daß eine Hospitalisierung in vielen Fällen überflüssig wird;
 - zur Schaffung eines stützenden Umfelds und zur Stärkung gemeindenaher Aktivitäten hinsichtlich der Förderung der Gesundheit von chronisch Kranken beizutragen.

Darüber hinaus betonten die Teilnehmer die Notwendigkeit internationaler Maßnahmen und drangen auf konzertierte Bemühungen unter Beratung und/oder mit Unterstützung des WGO-Regionalbüros für Europa auf folgenden Gebieten:

- a) ständiger Erfahrungs- und Erkenntnisaustausch, wie er auf dem Bad Honnefer Symposium begonnen wurde und für die Ermittlung erfolgreicher Strategien für den Umgang mit chronischen Krankheiten unverzichtbar ist;
- b) Schaffung eines Zentrums für ganzheitliche Medizin, eine Art "Denkbank", in dem Studien durchgeführt und angeregt werden könnten;
- c) Erarbeitung eines Lehrgangs für Ärzte, Krankenschwestern und andere Vertreter der Heilberufe über die mit chronischen Krankheitsbildern zusammenhängenden psychosozialen Prozesse durch eine Gruppe erfahrener Psychologen, Psychotherapeuten und ehemaliger Patienten;
- d) Ausweitung des Krebsprogramms in den europäischen Ländern zur Einbeziehung der psychosozialen Aspekte;
- e) Errichtung eines internationalen Netzes nach dem Ganzheitsmodell arbeitender Schmerzforscher.

Damit setzten die Teilnehmer eine Reihe wichtiger Fragen, denen nun nachzugehen sein wird, auf die Tagesordnung künftiger Aktionen.

Schlußfolgerung

Das Symposium fand in einem Kontext statt, der von zunehmendem klinischen und wissenschaftlichen Bewußtsein für den Wert eines Ansatzes zur Gesundheitsförderung in bezug auf chronische Krankheiten geprägt war. Die folgenden Auszüge aus der Erklärung, die von den Teilnehmern in der abschließenden Sitzung verabschiedet wurde, bringen dies deutlich zum Ausdruck:

“Gesundheitsförderung, wie sie in der Ottawa-Charta formuliert ist, bietet die Möglichkeit zu einem neuen gesundheitsorientierten Handeln auf breiter Basis. In bezug auf chronische Krankheiten richtet sie sich gegen die Stigmatisierung und die soziale Benachteiligung der Betroffenen ...

Das Internationale Symposium in Bad Honnef war ein ermutigender erster Schritt in Richtung auf eine interdisziplinäre Zusammenarbeit. Fachleute und chronisch Kranke engagierten sich dafür, ein gegenseitiges Verständnis und gemeinsam abgestimmte Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit chronisch Kranker und ihrer Betreuungsnetze zu entwickeln ...

Das Symposium lieferte den Beweis dafür, daß eine große Zahl von Erfahrungen, eine Wissensbasis sowie gemeinsam abgestimmte Strategien bereits zur Verfügung stehen. Die Lehren aus der praktischen Anwendung gegenwärtiger Methoden der Gesundheitsförderung müssen den chronisch Kranken, den betroffenen Fachleuten und der Allgemeinheit zur Verfügung gestellt werden ...

Sowohl für die chronisch Kranken als auch für ihre Betreuer ist die Gesundheitsförderung ein Prozeß der Befähigung und der Ausprägung des Potentials zur Heilung und zur Gesundheit. Auf diesem Wege bietet sie neue Strategien und Maßnahmen zur Stärkung der Hoffnung bei den Kranken, zum Abbau ihrer Ängste und zur Ermöglichung eines sinnvollen Lebens.”

So endete die Tagung in Bad Honnef denn auch mit einer Botschaft der Hoffnung. In schlichter Formulierung lautete sie:

Ja, Menschen, die einen Herzinfarkt erlitten haben, können wieder voll in das normale Leben eingegliedert werden.

Ja, viele Menschen mit Krebs tragen die Möglichkeit in sich, zu “gesunden” Krebspatienten zu werden.

Ja, Menschen können Schmerzen haben, ohne zu leiden und können ein erfülltes Leben führen.

Durch Herausstellung des Potentials eines jeden Individuums zur lebenslangen Entwicklung und Entfaltung eröffnet die Gesundheitsförderung neue Perspektiven, mit einer chronischen Krankheit als "gesunder" kranker Mensch zu leben. Auch für die Gesundheitsversorger eröffnete das Symposium neue Perspektiven, indem es deutlich die wichtige Rolle aufzeigte, die diese in folgender Hinsicht haben:

- bei der Befähigung von Menschen, mit chronischen Krankheiten effektiv umzugehen;
- bei der Vermittlung zwischen diesen Menschen und allen betroffenen Sektoren der Gesellschaft (den Regierungen, der Industrie, den freiwilligen Hilfsorganisationen und den Medien, um nur einige zu nennen) und
- beim Eintreten für wirksame gesundheitspolitische und soziale Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität chronisch Kranker und derer, die sie betreuen.

"Politische Entscheidungsträger und auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung tätige Fachleute müssen gemeinsam mit chronisch Kranken weitere Strategien entwickeln und die für die Umsetzung dieser Strategien in die Praxis erforderlichen Mittel bereitstellen." Dies war der Schlußappell des Bad Honnefer Internationalen Symposiums über Gesundheitsförderung bei chronischen Krankheiten, das im Rahmen der planvollen Bemühungen des WGO-Regionalbüros für Europa und seiner Mitgliedsländer im Hinblick auf die Entwicklung wirksamer Strategien zur Gesundheitsförderung auf der Grundlage der Anteilnahme, der Ganzheitlichkeit und der Ökologie ein besonderes Ereignis darstellt.

"Gesundheit", so heißt es in der Ottawa-Charta, "wird von den Menschen in ihrem alltäglichen Lebenszusammenhang geschaffen und gelebt: dort, wo sie *lernen, arbeiten, spielen und lieben*". Dies ist für Menschen mit einer chronischen Erkrankung nicht weniger wahr. Hier stellt sich die Herausforderung, ihren Bedürfnissen gerecht zu werden und ihre Fähigkeit zu verbessern, ihr Gesundheitspotential voll auszuschöpfen.

Der Bericht wurde von Annette Kaplun, der Berichterstatterin des Symposiums, erstellt. Eine Veröffentlichung aller Symposiums-Beiträge in Form eines Readers ist in Vorbereitung.

Der Basar – ein Brennpunkt des Erfahrungsaustauschs

Ein besonderes Merkmal des Internationalen Symposiums über Gesundheitsförderung bei chronischen Krankheiten war der Basar, ein orientalischer Marktplatz, auf dem Teilnehmer und eingeladene Gruppen 24 neuartige Projekte vorstellten.

Der Basar war auch der Ort informeller Beiträge mit anschließenden Diskussionen über Themen wie: Was ist Schmerz; Bewältigung des Schocks der Krebsdiagnose; Bewältigung der Krebskrankheit; der Krankheitsverlauf eines Rheumapatienten; langfristige Nachsorge bei Patienten mit rheumatischen Erkrankungen und Störungen des Autoimmunsystems und das Aktivitätenangebot des Münchner Gesundheitsparks zur Wiederherstellung und Aufrechterhaltung der körperlichen Gesundheit, zum Aufbau sozialer Beziehungen und zur Erlangung eines breiten Gesundheitsverständnisses.

1 Einige der Projekte beschäftigten sich mit der Schaffung eines Unterstützung bietenden Umfelds, wie zum Beispiel:

Wiederaufnahme der Arbeit nach einer Krebserkrankung – Diese wichtige Bestimmungsgröße der Lebensqualität stellt einen vernachlässigten Problembe- reich dar. Ergebnisse einer Pilotstudie des Weser-Ems-Tumorzentrums (Bundesre- publik Deutschland) und eines Rehabilitationsprogramms in Besançon (Frank- reich).

2 Andere Projekte konzentrierten sich auf die Stärkung der gemeindenahen Aktivitäten:

“Take heart” Diese Unterstützungsgruppe bietet Herzpatienten und ihren Partnern die Möglichkeit zusammenzutreffen und ihre Zweifel, Ängste, Erfolge und ihre Genesung zu teilen und gemeinsam zu erleben. Die Mitglieder gewinnen neue Zuversicht, fühlen sich weniger isoliert und können sich der Zukunft in positiverem Geiste stellen (Chesterfield, Großbritannien).

Das Altonaer Herzmodell – Dies ist eine der sehr wenigen Selbsthilfegruppen, die eigens für Patienten nach einem Myokardinfarkt gebildet wurde. Die Gruppe bietet Patienten mit einem Myokardinfarkt und ihren Familien emotionale und soziale Unterstützung (Hamburg, Bundesrepublik Deutschland).

Selbsthilfegruppen für Eltern krebskranker Kinder – Mitglieder einer Eltern-Selbsthilfe-Initiative berichten über ihre Erfahrungen (Hamburg, Bundesrepublik Deutschland).

Krebskranken-Selbsthilfe im ländlichen Raum – Ein Beratungszentrum fördert Krebsselfhilfegruppen für Patienten und ihre Familien in Landgebieten mit unzulänglicher Nachsorge (Norden der Bundesrepublik Deutschland).

Laienhilfe in Krebsfällen – Die Deutsche ILCO: Patientenbesuche in Krankenhäusern, gegenseitige Hilfe und Beratung, Zusammenarbeit mit Ärzten und Krankenschwestern (Köln, Bundesrepublik Deutschland).

*3 Viele Beiträge auf den verschiedenen Ständen betrafen die **Entwicklung persönlicher Fertigkeiten:***

Bewußtsein, Ausdruck und Kunsterlebnis – Die Kunsttherapie und verwandte Methoden stellen nützliche Werkzeuge der Selbsterkundung dar. Sie erlauben ein tieferes Verständnis der Symptomatik und fördern den Integrationsprozeß. Die Ausstellung umfaßte Gemälde über Tiefenatmung (Rebirthing), Symptommalerei und Tonmodelle (Fallstudien) sowie Masken: das Verborgene nach außen gekehrt. Die Vorführungen ermöglichten es den Teilnehmern, zwei Ansätze zur Selbstentdeckung anzuwenden: die Erkundung mit Ton und die Herstellung von Tonmodellen (Hamburg, Bundesrepublik Deutschland).

Gynäkologische Krebserkrankungen: die Lebensqualität der Überlebenden – Bedeutet Überleben, daß die emotionalen Probleme verschwinden? Inwieweit könnte der physische Verlust der weiblichen Körperfunktionen das Leben der Überlebenden beeinflussen? Ändern sich die Partnerbeziehungen und das Sexualverhalten? Erfahrungsberichte eines Psychotherapeuten (Leiden, Niederlande).

Psychotherapeutische Schmerzbehandlung mittels neurolinguistischer Programmierung (NLP) – Bei der Ausarbeitung auf den Patienten zugeschnittener Entspannungsmethoden und individueller Schmerzverarbeitungsstrategien können die Eingriffsmuster der NLP auf der Grundlage vorhandener "Fakir-Strategien" weiter entwickelt werden, so daß der Schmerzpatient das System selektiv nutzen kann (Hamburg, Bundesrepublik Deutschland).

Hilfe für Migränepatienten durch ein psychophysiologisches Therapieprogramm – Ein multidimensionaler Ansatz zur Unterbrechung der bedingten Struktur des Migräneschmerzes auf verschiedenen Ebenen. Die Fähigkeit des Patienten zur Selbstbehandlung wird durch drei Therapieelemente gefördert: Streßbewältigung, Entspannung und Vasokonstriktionstraining (Bochum, Bundesrepublik Deutschland).

Befähigung von Patienten mit chronischer Polyarthritits zur Schmerzbewältigung – Konzept und erste Ergebnisse von Kursen, die Rheumapatienten bei der Schmerzbewältigung helfen sollen (Schleswig-Holsteinische Rheumaliga).

Cancerlink – Diese überregionale Organisation in Großbritannien ist ein Informationsdienst für Krebspatienten und ihre Familien sowie für die Heilberufe. Sie koordiniert und unterstützt Selbsthilfegruppen, bietet Schulungslehrgänge für Gruppenmitglieder und Leiter an und hilft bei der Gründung neuer Gruppen (ein in ganz Großbritannien tätiger Dienst).

4 *Die meisten der Projekte konzentrierten sich jedoch auf das Problem der Neuorientierung der Gesundheitsdienste einschließlich der Schulung und trugen neuartige Ansätze vor:*

Eine neue Rolle für öffentliche Gesundheitsdienste – Eine Gesundheitsabteilung "Gesunde Stadt" ist richtungweisend. Die Programme werden im "Bremer Gesundheitsführer", in "Hilfe für Krebspatienten" und "Förderungskatalog für Arbeitslose" abgedruckt (Bundesrepublik Deutschland).

Erhaltung der Identität und Freiheit des Patienten im Tagesablauf des Krankenhauses – Eine andere Organisations- und Sozialstruktur in der Krankenhauspflege. Neue Ansätze im Umgang mit chronisch Kranken (Krankenhaus Herdecke, Bundesrepublik Deutschland).

Psychologische Behandlung in der ärztlichen Praxis – Erfolgreiche Zusammenarbeit mit Hausärzten bei der Einweisung von Patienten in die Schmerzbewältigung durch ein standardisiertes Therapieprogramm auf der Grundlage der Entspannungs- und Visualisierungsmethode nach Jacobson. (Marburg, Bundesrepublik Deutschland).

Interdisziplinärer Ansatz zur Schmerzbehandlung – Problematische, therapieresistente Schmerzpatienten werden in offenen Gruppen durch klinische Spezialisten untersucht. Ein international erfolgreicher Ansatz zur Hilfe für Patienten mit chronischen Schmerzen (Frankfurt, Bundesrepublik Deutschland).

Wiedereingliederung durch "Duos": ein Selbstversorgungsprogramm nach einem Myokardinfarkt – Ein Modell der Kooperation zwischen Patienten, ehemaligen Patienten und Fachleuten, das Myokardinfarktpatienten dabei helfen soll, ihre Angstgefühle, ihren Streß und ihre Isolierung abzubauen und die Wiedereingliederung zu erleichtern (Maastricht, Niederlande).

Verminderung des Risikos der koronaren Herzkrankheit -- Ein neuer Kurs an der Open University für Beschäftigte in der primären Gesundheitsversorgung zur Förderung planvoller, koordinierter Maßnahmen (Großbritannien).

Ganzheitliche Schmerzmedizin – Ein ganzheitlich orientiertes Diagnose- und Therapiekonzept unter Einschluß ergänzender Therapien, das nach der Maxime vorgeht: "Durch Einbeziehung des subjektiven Bewußtseins lassen sich weitere Symptome abbauen und vermeiden." (Bad Nauheim, Bundesrepublik Deutschland).

“Ausgebrannt”: Gesundheitsförderung für Vertreter der Heilberufe – Viele Beschäftigte in den Heilberufen erleben, vor allem, wenn sie mit chronisch Kranken arbeiten, das Syndrom des “Sich-ausgebrannt-Fühlens” (“Burned-out-Syndrom”): sie klagen, ihre Tätigkeit habe keinen Sinn und sie seien überarbeitet. Ein interdisziplinäres Schulungsprogramm hilft Mitgliedern dieser Berufsgruppe, mit ihren Problemen und denen ihrer Patienten auf einem “gesünderen” Weg fertig zu werden (Rotterdam, Niederlande).

“Unterstützung für die Unterstützer” – Schulung und Supervision für Sozialarbeiter in der Krebskrankenversorgung. Ein Unterstützungsprogramm, das Informationen und emotionale Unterstützung bietet (Eindhoven, Niederlande).

Gesundheitswesen: am Menschen orientierte Architektur – Bauen auf der Grundlage eines ganzheitlichen Gesundheitskonzepts: die Modellklinik Habichtswald (Kassel, Bundesrepublik Deutschland).

5 Einige Beiträge behandelten schließlich breite, allgemeine Themen:

Maharashi Ayurveda – Ayurveda, die “Wissenschaft vom Leben”, nimmt für sich in Anspruch, die älteste umfassende Wissenschaft von der menschlichen Gesundheit zu sein. Sie beruht auf einem dynamischen Menschenbild und der Vorstellung von der Einheit von Geist, Seele, Körper und Umwelt. Ayurveda enthält Empfehlungen zu Lebensweisen, geistigen Exerzitien, eine Basisprophylaxe und therapeutische Anwendungen zur Wiederherstellung der psychologischen Ausgeglichenheit.

Gesundheitsförderung bei chronischen Krankheiten - was ist in Kanada los? – Ein nationales Programm mit Beispielen von Projekten, die nach den Grundsätzen der Gesundheitsförderung aufgebaut sind und sich entsprechend den Grundzügen der Ottawa-Charta mit verschiedenen Themen beschäftigen.

Hinweis: Auf Anfrage teilt die BZgA gerne die Namen und Anschriften der Ansprechpartner für die obengenannten Projekte mit.

Gedruckt in der Schweiz
Juli 1989
Ateliers Foyer-Handicap
7, rue des Caroubiers, Genf