

Ordnungstherapie: Gesundheitsbildung, -Beratung, -Vorsorge

Von A. SCHUH

Zusammenfassung: Die Gesundheitsvorsorge zielt sowohl in die somatisch-körperliche als auch in die seelisch-psychische Richtung ab. Bezüglich der somatischen Ebene stehen Rhythmisierung, Schlafförderung, körperliche Aktivität und Entspannung sowie der Begriff der Abhärtung im Vordergrund der Ordnungstherapie. Die Gesundheitserziehung und -bildung am Kurort und durch den Hausarzt rundet die Gesundheitsvorsorge ab.

5 Säulen der Kneipp-Therapie

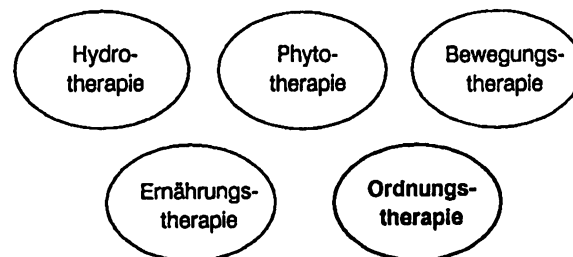


Abb. 1: Die fünf Säulen der Kneipp-Therapie

Die Ordnungstherapie ist neben der Hydro-, der Phyto-, Bewegungs- und Ernährungstherapie eine der fünf Säulen der Kneipp-Therapie (Abb. 1). Der Begriff "Ordnungstherapie" umfaßt nach Hildebrandt (1986) alle Bemühungen, im Rahmen von Prävention, Therapie und Rehabilitation, der natürlichen Ordnung der Lebensvorgänge Rechnung zu tragen".

Dieses Ziel wird in der Medizin unter den verschiedensten Gesichtspunkten angestrebt; vor allem hat Kneipp seine therapeutischen und gesundheitserzieherischen Bemühungen mit der Verwirklichung einer gesunden "Lebensordnung" überschrieben. Heute werden in der "Ordnungstherapie" Ordnungsbeziehungen in zwei Bereiche aufgeteilt:

1. In den physischen Bereich unter Zugrundelegung der chronobiologischen Rhythmik;
2. In den psychischen oder seelischen Bereich; hier wird eine Stellungnahme zu den existenziellen Fragen des Lebens angestrebt. Zusätzlich beinhaltet dieser Punkt die Gesundheitserziehung.

Somit läßt sich als zentraler Begriff der Ordnungstherapie die Gesundheitsvorsorge ableiten.

Diese Vorsorge bezieht sich somit sowohl auf die somatische als auch auf die psychische Gesundheit des Menschen (Abb. 2): Im körperlichen Bereich kann man zwei Aspekte der Gesundheitsvorsorge voneinander trennen:

Die Gesundheitsvorsorge in Form von Impfungen, Früherkennungen, Screening und ähnliche Maßnahmen und die Gesundheitsvorsorge im Sinne der Ordnung der Lebensvorgänge, wie z.B. Rhythmisierung, die Schlafförderung, die Förderung der körperlichen Aktivität der Patienten, den bewußten Einsatz der Entspannung sowie dessen, was man unter Abhärtung versteht.

Die Ordnungsbeziehungen im psychischen Bereich befassen sich mit Lebensfragen und bieten eine ausführliche Gesundheitserziehung bzw. -bildung an.

1.1 Rhythmisierung

Regelung der Ordnung in den Lebensvorgängen

Ein wichtiger Gesichtspunkt der modernen Ordnungstherapie ist es, den Ablauf der Lebensvor-

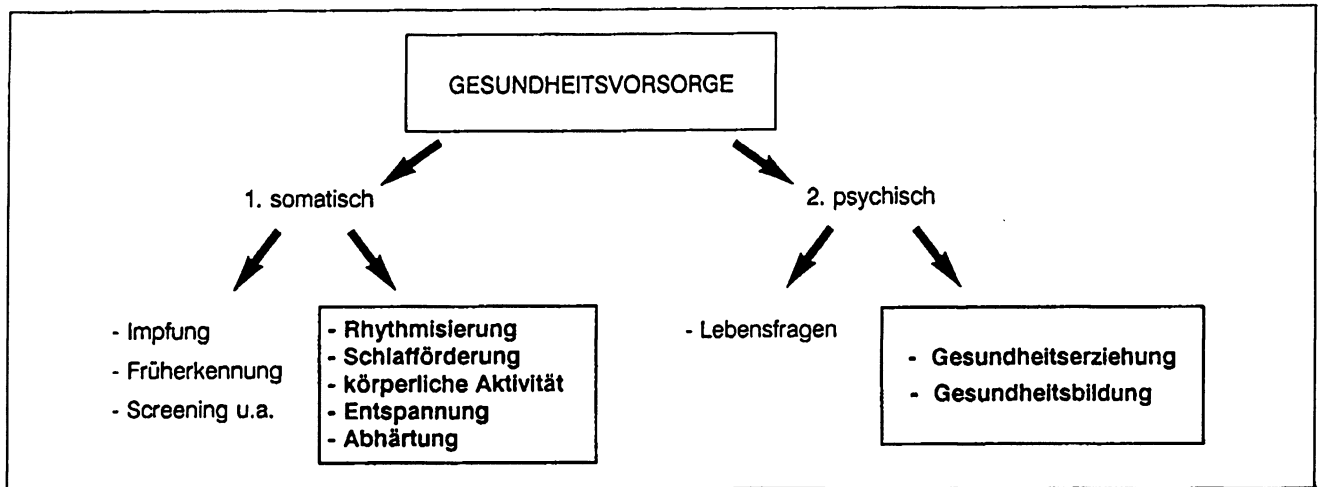


Abb. 2: Die verschiedenen Ebenen der Gesundheitsvorsorge

gänge zeitlich zu ordnen. Die Ordnungstherapie soll dem Patienten die natürlich vorgegebene Rhythmisierung der Lebensvorgänge aufzeigen: Jeder Mensch ist einer individuell modifizierten allgemeinen Zeitordnung unterworfen, welche mit der Umwelt synchronisiert ist; alle Körperfunktionen unterliegen z.B. tagesrhythmischen Schwankungen. Besonders bekannt ist dabei der Tagesgang der Körperkerntemperatur (Abb. 3): Während der Aufheizphase des Körpers steigt vormittags die Temperatur an, da Hautdurchblutung und Hauttemperatur verringert sind und damit gleichzeitig die Wärmeabgabe eingeschränkt wird. Nachmittags und nachts nimmt die Kerntemperatur wieder ab, wobei gleichzeitig Hautdurchblutung und Hauttemperatur zur vermehrten Wärmeabgabe ansteigen.

Diese Rhythmik läßt sich beliebig anhand weiterer physiologischer Parameter, wie z.B. der

körperlichen Leistungsfähigkeit, demonstrieren. Sie erreicht ihren Tiefpunkt nachmittags gegen 15.00 Uhr bzw. sinkt nachts völlig ab. Am leistungsfähigsten ist man jedoch vormittags zwischen 7.00 Uhr und 11.00 Uhr.

Neben den zirkadianen Rhythmen gibt es monatliche Rhythmen (z.B. Menstruation) und Jahresrhythmen (Frühjahrs Müdigkeit).

Eine Störung dieser rhythmischen Lebensordnung aufgrund einer ungesunden Lebensweise, wie Dauerstreß, psychische Belastungen, Schichtarbeit, Gebrauch von Schlafmitteln oder Langstreckenflugreisen, führt zu Funktionsstörungen bzw. Krankheiten. In diesem Fall ist es eine Aufgabe der Ordnungstherapie, den Patienten dazu anzuleiten, die normale Zeitordnung wieder herzustellen.

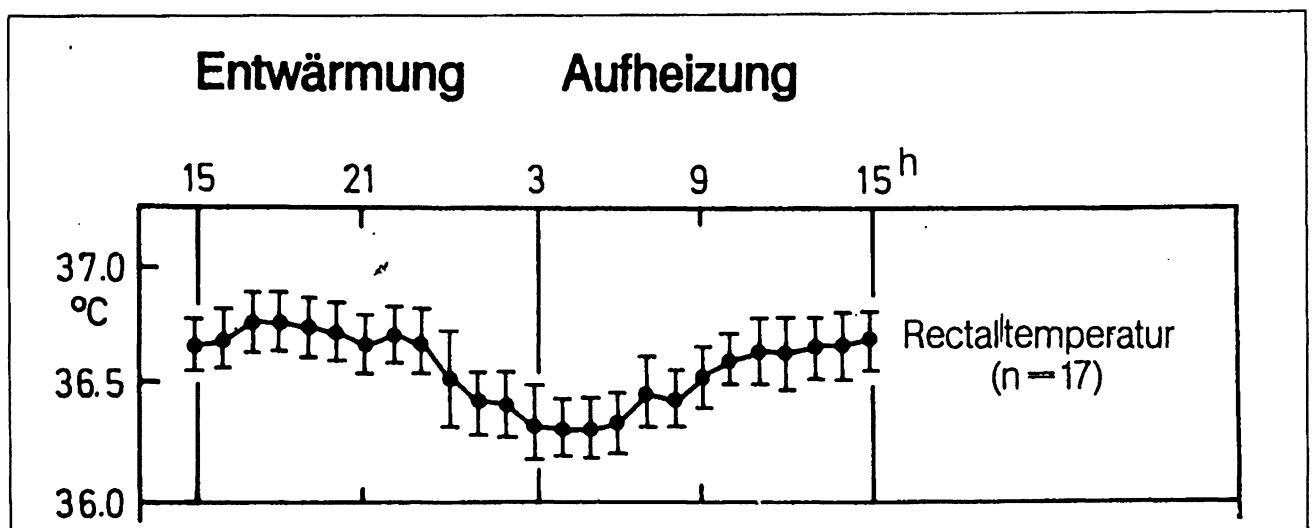


Abb. 3: Tagesgang der Körperkerntemperatur (Damm et al., 1974)

Regelung des Zeitpunktes und -verlaufes von Therapiemaßnahmen

Der Ablauf der einzelnen physiologischen Funktionen ist somit einer bestimmten zeitlichen Ordnung unterworfen. Zusätzlich ändert sich in Abhängigkeit von diesen chronobiologischen Rhythmen im Laufe von 24 Stunden die körperliche Ansprechbarkeit auf jede Therapie; d.h. die körperlichen Voraussetzungen für die Therapie ändern sich.

Deshalb wird im Rahmen der Ordnungstherapie auch der zeitliche Ablauf bzw. der Zeitpunkt für bestimmte therapeutische Anwendungen beachtet und geregelt: Die positiven Einzelfaktoren einer Therapie können nur dann ihre volle Wirksamkeit entfalten, wenn sie zur richtigen Tageszeit und in einem richtig zusammengesetzten und dosierten Neben- und Hintereinander angeboten werden:

In der Thermo- und Hydrotherapie z.B. ruft die Applikation von Kaltreizen tageszeitlich unterschiedliche Reaktionen hervor. Am Vormittag ist die Wiedererwärmungszeit am längsten; aufgrund der gesteigerten Neigung zur Gefäßkonstriktion ist gleichzeitig der Blutdruckanstieg nach einem Kaltreiz am höchsten und es besteht vormittags eine erhöhte Neigung zum Kältezittern. Abends dagegen ist die Wiedererwärmungszeit am kürzesten. Bei Wärmeanwendungen zeigt sich die entgegengesetzte tagesrhythmische Ansprechbarkeit: Vormittags sind Vasodilatation und Schwitzbereitschaft bei Wärmeanwendungen minimal, während nachmittags die stärkste Neigung zur Vasodilatation besteht, die ja therapeutisch angestrebt wird.

Somit ist während der Aufheizphase des Körpers, welche vormittags stattfindet, die Kälteempfindlichkeit gesteigert, wohingegen während der Entwärmungsphase am Nachmittag eine maximale Wärmeempfindlichkeit vorliegt. Auch Trainingseffekte in der Bewegungstherapie unterliegen einer zeitlichen Abhängigkeit (Abb. 4): Wenn Probanden zu verschiedenen Tageszeiten trainiert werden, zeigt sich der größte Effekt auf die Ausdauerleistungsfähigkeit bei einem Training am Abend.

Somit läßt sich durch entsprechende Zeitwahl die Reizstärke therapeutischer Anwendungen vergrößern bzw. verringern.

1.2 Schlafförderung

Die zeitliche Ordnung und Rhythmisierung spielt auch für die Förderung des Schlafes eine große Rolle, denn auch der Schlaf ist in sich aus einem mehrmaligen, periodisch aufeinanderfolgenden "Versinken" in verschieden tiefe Schlafstadien und einem anschließenden Aufwachen zusammengesetzt. Der Schlaf besteht aus sechs Stadien: Stadium W, welches für das ruhige Wachsein steht; die Augen sind geschlossen, das Denken auf ein Minimum reduziert. Dieses Stadium tritt üblicherweise vor Beginn der Schlafperiode auf; es erscheint aber auch im Verlauf einer Schlafperiode als kurze Aufwachepisode; das Stadium S 1 (NON-REM) ist das eigentliche Einschlafstadium. Es tritt zu Beginn der Schlafperiode, aber auch während der Schlafperiode im Gefolge von kurzen Aufwachepisodes auf; das Stadium S 2 ist der Beginn des

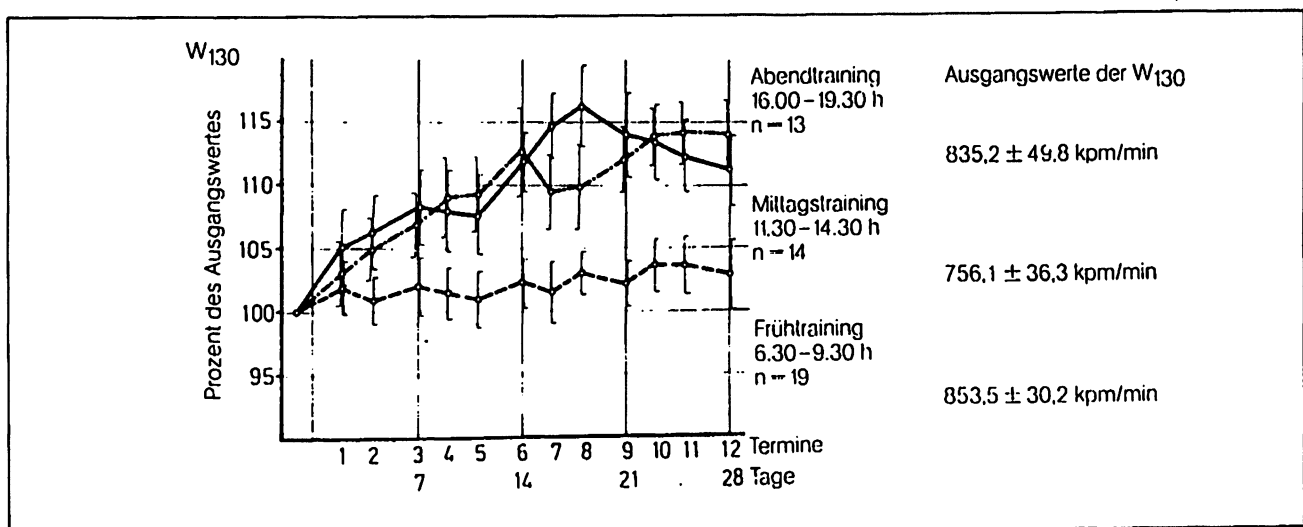


Abb. 4: Körperliche Leistungsfähigkeit von 3 Personengruppen, die zu verschiedenen Tageszeiten über 4 Wochen trainiert wurden (Baier et al., 1977)

eigentlichen leichten Schlafes. Darauf folgen die beiden Tiefschlafphasen S 3 und S 4; schließlich folgt das Stadium REM, der Traumschlaf.

Der Schlaf stellt somit kein monotones und statisches, sondern eher ein dynamisches Phänomen dar, das durch die wiederholte Abfolge von den sechs verschiedenen Schlafstadien charakterisiert wird. Die zeitliche Struktur des Schlafes ist der systematische Wechsel von einem Schlafstadium zum anderen (Abb. 5).

Ein gestörter Schlaf kann die Folge einer Vielzahl physischer oder psychischer bzw. seelischer Störfaktoren sein. Schlechter Schlaf verhindert das nächtliche "Abschalten", die Erholung und Regeneration, nicht nur auf der psychischen Ebene, sondern auch auf der somatischen: Bestehende Schmerzen, z.B. der Gewebe des Bewegungsapparates, werden nicht vermindert oder sogar verstärkt. Somit ist es eine Aufgabe der Ordnungstherapie, schlaffördernde und -induzierende Bedingungen therapeutisch gezielt einzusetzen. Dazu gehört es, den Rhythmus zwischen Wachsein und Schlafen zeitlich zu optimieren und zu akzentuieren. Ebenso wichtig sind die zeitlich richtigen Plazierungen von ermüdenden körperlichen Aktivitäten während des Tages, die Förderung der abendlichen Entwärmung und der körperlichen und seelischen Entspannung: Die körperliche Entspannung kann durch eine Regulation des Muskeltonus, z.B. durch Bäder mit entsprechenden Zusätzen, hervorgerufen werden; die Therapie der Schlaflosigkeit wird zusätzlich immer von psychologischen Einzelgesprächen und Gruppensitzungen, in denen ein seelisches Entspannungstraining erlernt wird (z.B. Autogenes Training), begleitet.

Die Behandlung der Schlaflosigkeit bedarf somit überwiegend entspannender und schlaffördernder, aber auch gleichzeitig dosiert belastender Maßnahmen.

1.3 Körperliche Aktivität

Neben der Ganzkörperbelastung als schlaffördernde therapeutische Anwendung ist körperliche Aktivität generell ein gesundheitsfördernder Faktor bzw. ein Element der Gesundheitsvorsorge; die Empfehlung zur körperlichen Betätigung muß im Rahmen der Ordnungstherapie einen festen Platz einnehmen. Regelmäßige körperliche Aktivität führt zu einem Training; nach einem Training liegt im Gegensatz zum Ausgangsniveau ein erhöhtes körperliches Leistungsvermögen vor. Der Gesundheitszustand wird durch Training verbessert. Das Training wird im sportmedizinischen Sinn nach fünf motorischen Hauptbeanspruchungsformen differenziert: Nach Koordination, Flexibilität, Kraft, Schnelligkeit und Ausdauer. Dabei stellen Kraft, Schnelligkeit und Ausdauer die "klassischen Hauptbeanspruchungsformen" dar. Flexibilität, Kraft und Schnelligkeit haben zwar auch einen Bezug zum Gesundheitsbegriff; Koordination und vor allem Ausdauer sind jedoch in ihren Auswirkungen auf die Gesundheit wesentlich umfassender.

Die Koordination beinhaltet das Zusammenspiel vom zentralen Nervensystem und Skelettmuskulatur innerhalb eines Bewegungsablaufes. Durch ein Koordinationstraining können Sauerstoffeinsparungen von 10 % bis zu 50 % erreicht werden. Damit ist eine Verminderung der Herzbeanspruchung bei unveränderter Leistung der Skelettmuskulatur verbunden.

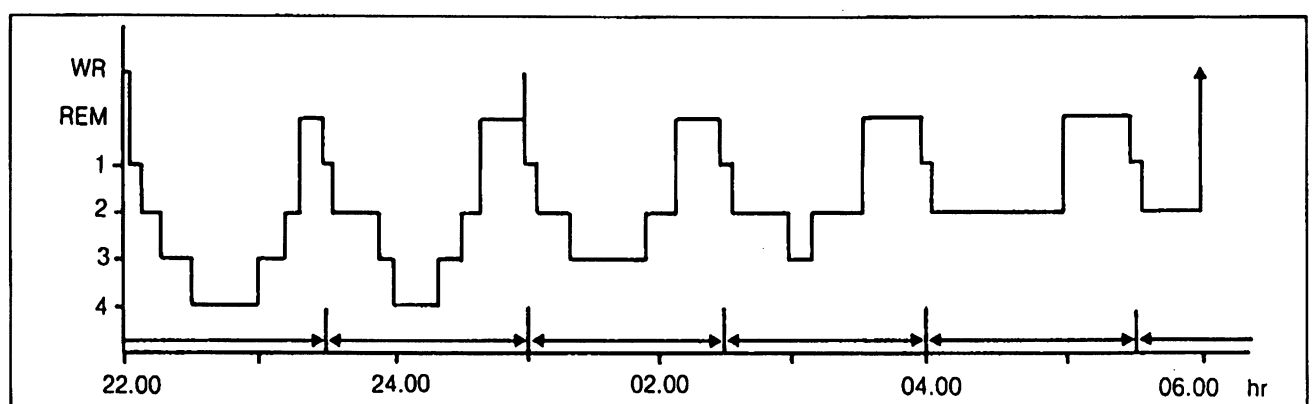


Abb. 5: Zeitliche Struktur des Schlafes; idealisiertes Schlafprofil (Koella, 1988)

Ein Ausdauertraining wird durchgeführt, wenn insgesamt mehr als 1/6 der gesamten Skelettmuskulatur dynamisch beansprucht werden. Nach Hollmann (1990) sind sowohl um arterio-sklerotisch verursachten Herz-Kreislaufkrankheiten vorzubeugen, wie auch um die Leistungsfähigkeit von Kreislauf und Atmung zu steigern, ausschließlich aerobe Ausdauerleistungen geeignet. Dies sind solche Leistungen, welche entscheidend durch die Aufnahme und den Umsatz von Sauerstoff geprägt sind; die Adaptation an das Ausdauertraining führt zu einer Vergrößerung des Sauerstoffangebots im Myocard. Ein Ausdauertraining soll 4 mal wöchentlich für 30 bis 40 Minuten bei einer Pulsfrequenz 180 minus Lebensalter, dies entspricht in etwa einer aerob/anaeroben Schwelle von 4 mmol/l Laktat, durchgeführt werden.

Optimale Sportarten sind zügiges Spazierengehen, Wandern, Fahrradfahren und Dauerlauf bzw. Joggen oder Gymnastik. Nicht geeignet sind Sportarten, die nur auf Kraft basieren, wie Bodybuilding oder Liegestützen, da hierbei nur geringe Muskelpartien sehr intensiv belastet werden und es zu einem unphysiologisch starken Blutdruckanstieg kommt (Abb. 6). Ein wichtiger Aspekt des Ausdauertrainings im Rahmen der Gesund-

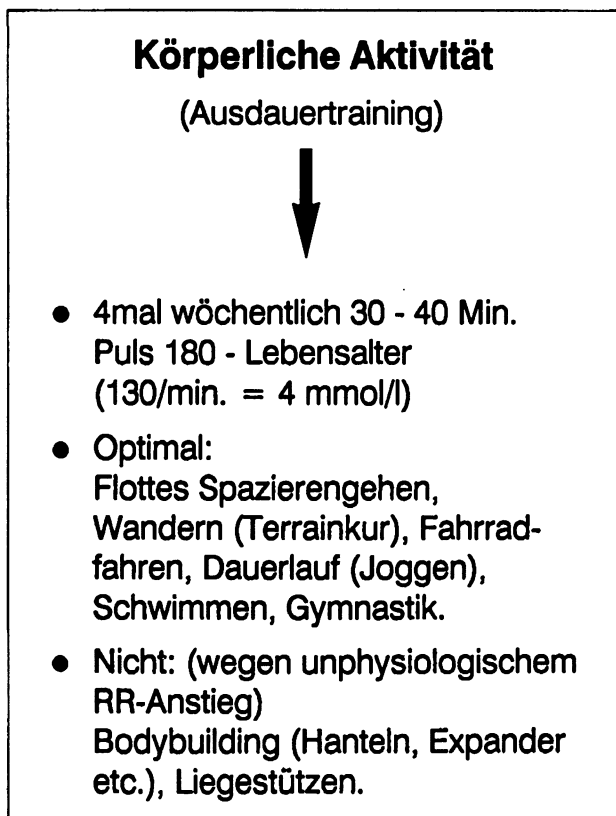


Abb. 6: Grundlagen des Ausdauertrainings

heitsvorsorge ist es jedoch auch, den Patienten vor Übertreibungen zu schützen, und ihn so zu führen, daß der richtige Wechsel zwischen körperlicher Aktivität und Entspannung eintritt.

1.4 Entspannung

Eine ideale Form der Entspannung im somatischen Sinne ist der Tagschlaf im Freien - die Liegetherapie. Sie wird unter kühlen Körperbedingungen durchgeführt. Die physiologische Grundlagede der Liegekur besteht darin, daß ruhiges Liegen mit einer gleichzeitig leicht erniedrigten Hauttemperatur, über den Zeitraum von täglich ca. 40 Minuten, zu einer deutlichen körperlichen Entspannung führt. Die damit verbundene Regeneration zieht zusätzlich eine leichte Steigerung der Ausdauerleistungsfähigkeit (Training en repos) nach sich (Schuh, 1991). Diese Frischluft-Liegetherapie wird heute im Rahmen von verschiedensten Kurformen wieder vorgenommen; sie ist aber auch ohne weiteres vom Patienten zu Hause auf dem Balkon, im eigenen Garten, im Freibad oder im Urlaub durchzuführen.

1.5 Abhärtung

Abhärtung ist im Rahmen der Gesundheitsvorsorge eines der wichtigsten Elemente. "Abhärtung ist das Realisieren eines Bündels von Überlegungen und Maßnahmen, die dem Gesundheitsbewußtsein und der Gesundheitsbildung dienen sollen. Abhärtung soll bei einem vorhandenen Mangel die Fähigkeit zur Kompensation von Belastungen erhöhen; der Gesundheitszustand wird damit erhalten bzw. verbessert. Das Ziel der Abhärtung ist somit einerseits eine adäquate gesundheitsschonende Reaktion des Körpers im Moment der Auseinandersetzung mit einem Kaltreiz, andererseits einer gesundheitserhaltenden oder -fördernden erhöhten Abwehr gegen Infekte" (Ströder, 1986).

Jeder Kältereiz ruft eine Sofortreaktion hervor; das therapeutische Ziel der Abhärtung, nämlich die unmittelbare gesundheitsschonende Reaktion des Körpers auf den Kaltreiz und die gesundheitsfördernden Veränderungen im Körper, wird durch Adaptationen an wiederholte Reize erreicht: Wiederholte Kältereize rufen wiederholte Sofortreaktionen hervor; die Anpassung an diese wiederholten Sofortreaktionen bedeutet eine Adaptation an Kältereize. Dies ist die Entwicklung, welche mit "Abhärtung" umschrieben wird.

Die Sofortreaktionen auf einen Kaltreiz auf die Haut zeigen sich bei konstant gehaltener Kerntemperatur in der Haut, der Muskulatur und im Kreislauf (Abb. 7):

Haut: Der Blutfluß durch die Haut ist hauptsächlich auf die Anforderungen der Thermoregulation ausgerichtet: Durch Veränderung der Gefäßweite wird die Aufrechterhaltung der Körperkerntemperatur (37 °C) gewährleistet. Jeder Kaltreiz verursacht eine lokale Vasokonstriktion. Sie betrifft die Arterien, Kapillaren, arteriovenösen Anastomosen und die oberflächlichen Venen der Haut. Gleichzeitig wird die Durchblutung lokal und konsensuell gedrosselt. Als Reaktion auf plötzlich einwirkende Kältereize, z.B. auf die Füße, findet man nicht nur an den Füßen selbst, sondern auch an der Hand und anderen, weiter entfernten Regionen, eine abrupte Drosselung der Hautdurchblutung (konsensuelle Reaktion). Der bei lokaler Abkühlung einsetzenden Vasokonstriktion der Haut

folgt nach Absetzen des Kaltreizes eine dilatatorische Tendenz.

Muskulatur: Bei plötzlichen Kältereizen auf die Haut kommt es bei gleichzeitiger Vasokonstriktion der Hautgefäße zu einer Erhöhung des Venentonus und einer Zunahme der Durchblutung der Muskulatur. Die Zunahme der Muskeldurchblutung ist eine Folge der Aufrechterhaltung der Homöostase durch Wärmebildung in Form des Kältezitterns.

Kreislauf: Die Sofortreaktionen von Haut und Muskulatur erklären zum Teil auch die Wirkung von Kältereizen auf den Kreislauf. In kalter Umgebung kommt es zu einer Abnahme von Herzfrequenz (Kältebradykardie) und Herzzeitvolumen; der Blutdruck weist Tendenzen zur Steigerung auf, wobei starke Kaltreize überschießende Blutdruckreaktionen auslösen. Bei starken akuten und schmerzhaften Kältereizen kann die Kältebradykardie in eine Tachykardie umschlagen. Die Wir-

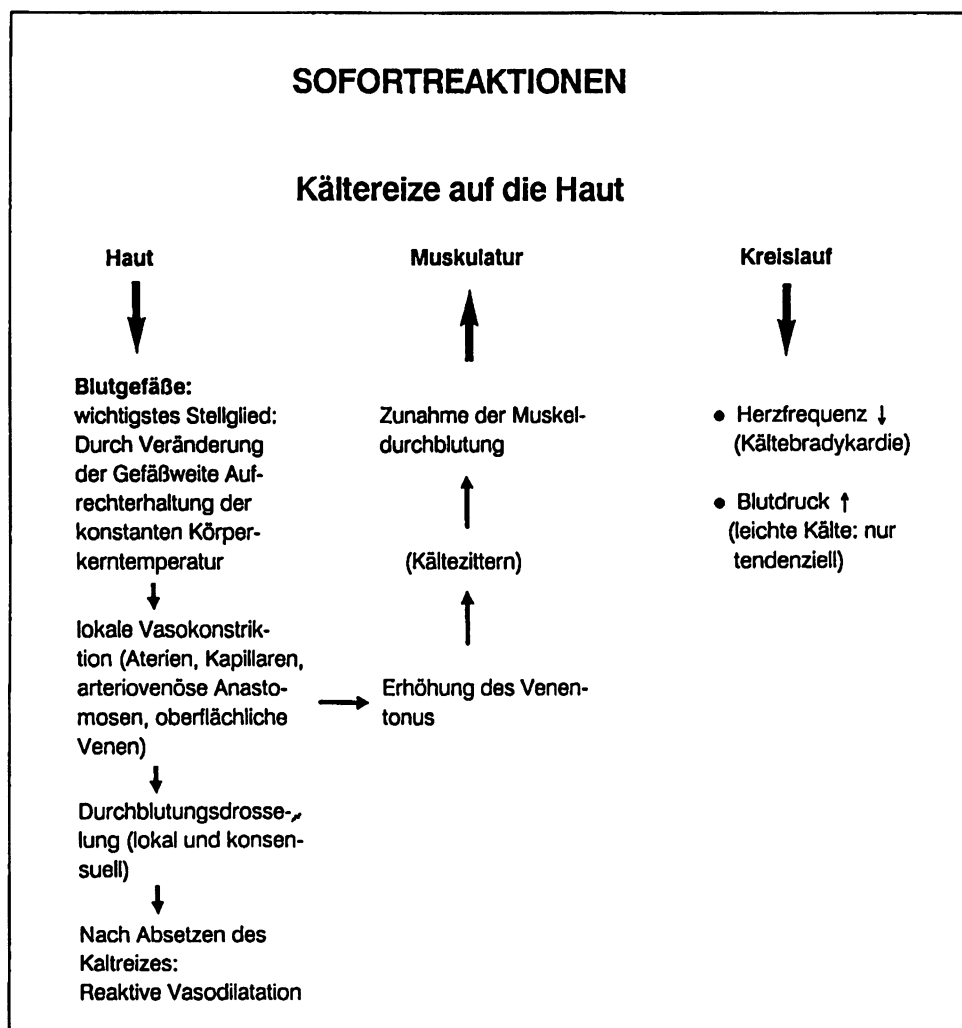


Abb. 7: Sofortreaktionen von Haut, Muskulatur und Kreislauf auf einen Kaltreiz auf die Haut

kungen kurzzeitiger Kältereize werden von den verschiedenen Anwendungsformen zusätzlich modifiziert.

Ein Beispiel für die Sofortreaktion (Abb. 8): Probanden wurden zunächst mit einem warmen Fußbad erwärmt, damit eine einheitliche Ausgangstemperatur vorlag. Beim Eintauchen in kaltes Wasser sank die Hauttemperatur annähernd auf Wassertemperatur ab; nach dem Verlassen des kalten Wassers kam es zu einer Wiedererwärmung der Haut, die allerdings auch nach 11 Minuten noch nicht den Ausgangszustand, d.h. die Ausgangs-Hauttemperatur, erreichte.

Gesundheitsschonende Sofortreaktionen auf einen Kaltreiz auf die Haut, die im Verlauf der Abhärtung, d.h. die Adaptation an Kältereize (Abb. 9), "erlernt" werden, zeigen sich z.B. in einer Verminderung der Kältempfindlichkeit. Die Schmerzschwelle verschiebt sich zu kälteren Temperaturen. Es kommt auch zu einer schnelleren und stärkeren Wiedererwärmung der Haut.

Im Muskel wird die Zitterschwelle zu tieferen Werten verschoben und das Muskelzittern verlagert sich von der Peripherie zunehmend in den Körperkern.

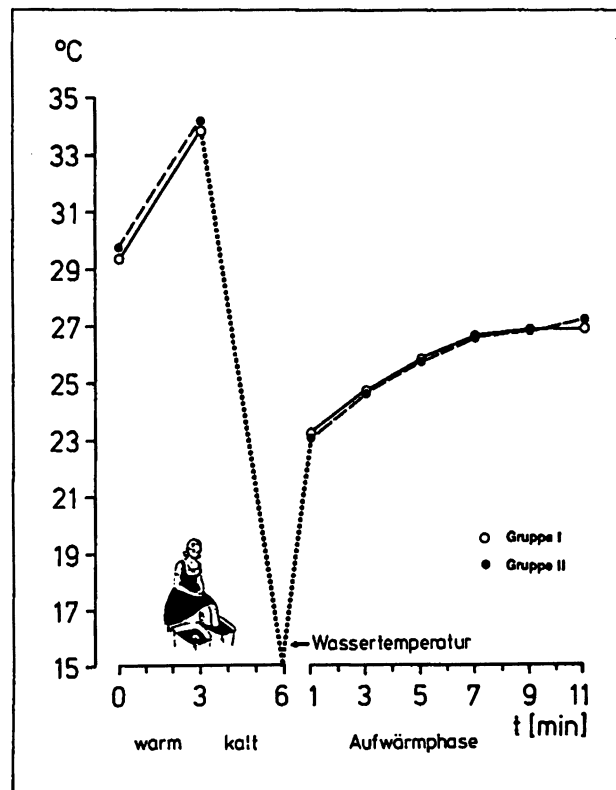


Abb. 8: Sofortreaktion der Hauttemperatur auf ein kaltes Fußbad. Kurpatienten mit verschiedenen Indikationen (Gruppe I und II).

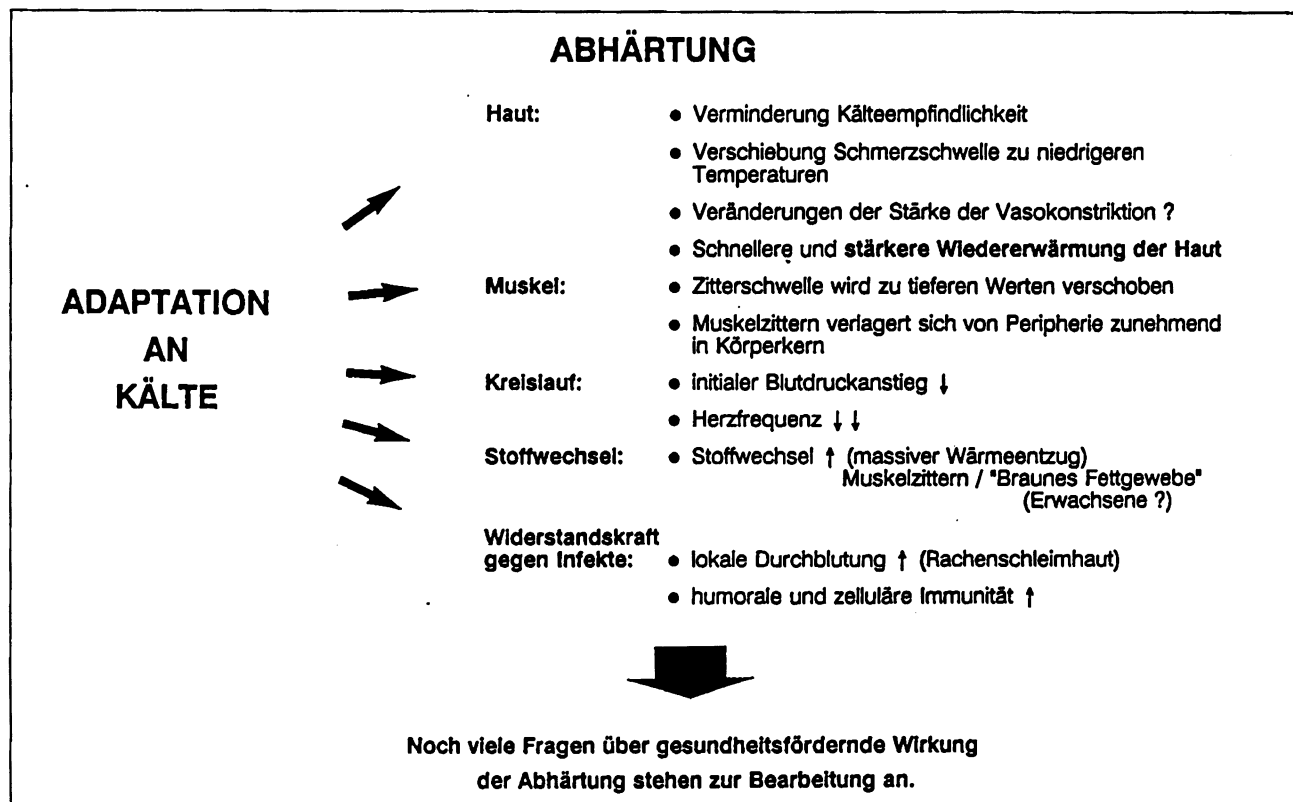


Abb. 9: Physiologische Veränderungen von Haut, Muskel, Kreislauf, Stoffwechsel sowie der Widerstandskraft gegen Infekte aufgrund von Abhärtung.

Im Kreislaufgeschehen ist der initiale Blutdruckanstieg reduziert und eine Verringerung der Herzfrequenz nach Abhärtung festzustellen.

Abhärtung ruft auch metabolische Umstellungen hervor; auf massiven Wärmeentzug wird mit verstärkter Stoffwechselaktivität reagiert. Neben der Stoffwechselsteigerung über das Muskelzittern reagiert der Körper mit einem zweiten Phänomen zur kälteinduzierten Erhöhung der Wärmeproduktion, der "chemischen Thermogenese". Die Diskussion, inwieweit auch beim erwachsenen Menschen eine chemische Thermogenese möglich ist, hält noch an.

Die physiologischen Abläufe zur Verbesserung der Widerstandskraft gegen Infekte durch Abhärtung sind bis heute noch nicht ausreichend geklärt. Eine Optimierung der lokalen Durchblutung wird ebenso erörtert wie eine Beeinflussung der unspezifischen Abwehrmechanismen. Die Ergebnisse einer eigenen Studie bezüglich Reaktionen der Hauttemperatur nach Abhärtung (Abb. 10) zeigen, daß nach Kälteadaptation der initiale Anstieg der Hauttemperatur nach dem Kaltreiz sehr viel schneller vor sich geht; es wird eine höhere Temperatur als vor der Abhärtung erreicht, die Wiedererwärmung geht schneller vor sich.

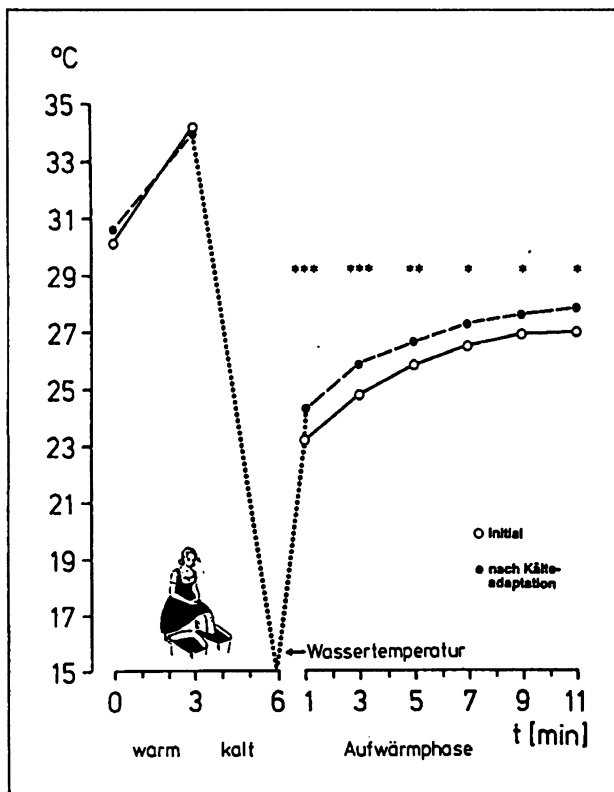


Abb. 10: Reaktionen der Hauttemperatur auf ein kaltes Fußbad vor und nach Kälteadaptation.

Eine gesundheitsfördernde Wirkung im Sinne der Abhärtung wird der Kneipp-Hydrotherapie in Form von Wechselduschen, Sauna (bei Benutzung des Kaltbeckens), der Kaltluft-Liegekur sowie Klimakuren im Gebirge oder am Meer zugeschrieben: Bezüglich der abhärtenden Eigenschaften der Sauna berichtet Ernst (1990) darüber, daß ein ein bis zweimaliger Saunagang pro Woche nach sechs Monaten die Häufigkeit, Dauer und die Stärke von akuten respiratorischen Erkrankungen um 50 % reduziert. Der Autor stellt außerdem fest, daß tägliche wechselwarme Ganzkörperduschen nach Ablauf eines halben Jahres in etwa die gleiche abhärtende Wirkung ausüben wie der regelmäßige Saunagang.

Obwohl noch viele Fragen zur Physiologie der gesundheitsfördernden Wirkung der Abhärtung zur weiteren Bearbeitung anstehen, ist die Abhärtung auch Grundlage für klimatherapeutische Anwendungen am Meer und im Gebirge. Am Meer wurde das sogenannte "Regimen refrigerans", die Anwendungen leichter Kältereize, bereits seit langem systematisch eingesetzt. Hier hat Menger (1978) auf der Insel Norderney am meisten Erfahrungen gesammelt; die Kuren für Kinder mit infektabwehrenden Schwächen erfreuen sich bis heute größter Beliebtheit. Mit der Anwendung von Kaltreizen oder leichten Kältereizen während der Klimatherapie im Gebirge haben sich mehrere Studien befaßt (z.B. Schuh, 1990).

Während einer Klimatherapie, die aus einer Kombination von Ausdauertraining und gleichzeitiger peripherer Abkühlung bestand, wurden thermophysiologische Veränderungen in mehreren Bereichen gefunden: U.a. verschob sich bei der Applikation eines thermischen Reizes die "Behaglichkeitstemperatur", d.h. die Temperatur, welche den Patienten auf der Haut am angenehmsten ist, nach der Therapie hochsignifikant in Richtung kältere Temperaturen. Dies ist ein klarer Hinweis auf eine verringerte Kälteempfindlichkeit und wird als Kennzeichen einer vollzogenen Abhärtung angesehen.

Über die abhärtende Wirkung der Kaltluft-Liegekur gibt es zwar bisher einen reichen Erfahrungsschatz; konkrete Meßwerte etwa der immunologischen Reaktionen liegen bis jetzt jedoch noch nicht vor.

2. Die psychische Zielrichtung der Ordnungstherapie

Gesundheitserziehung ist ein wesentlicher Bestandteil jeder Gesundheitsvorsorge: Ein "gesundheitsbewußtes Verhalten" setzt beim Patienten Information, Motivation und Erprobung voraus.

Gesundheitsbildung und -beratung ist nun ein fester Bestandteil in der Kurorttherapie; jedoch ist der Zeitraum einer Kur mit drei bis vier Wochen im allgemeinen zu kurz, um eine Umstellung der Lebensgewohnheiten hervorgerufen zu werden. Eine Langzeitbehandlung, welche dann vom Hausarzt übernommen bzw. angeleitet werden muß, ist von größter Wichtigkeit. Denn gerade in der alten Umgebung muß der Patient von einem "Rückfall" bewahrt werden.

Mit Gesundheitserziehung im Rahmen von Kuren hat sich auch der Gesetzgeber befaßt und die "Gemeinsamen Grundsätze für ambulante Vorsorge- und Rehabilitationskuren" (1989) vorgeschrieben. In diesen gemeinsamen Grundsätzen werden die Maßnahmen der Gesundheitsbildung festgelegt:

Maßnahmen zur Gesundheitsförderung müssen sowohl eine allgemeine Aufklärung über Gesundheitsgefährdungen und über die Verhütung von Krankheiten umfassen als auch gezielte und indikationsgerechte bzw. risikogerechte Individualmaßnahmen, die - gegebenenfalls auch zur Unterstützung der medizinischen Behandlung - auf eine Veränderung gesundheitsschädigender Einflüsse und Verhaltensweisen abzielen. Die allgemeinen Aufklärungsmaßnahmen richten sich unabhängig von der Indikation oder Risikoanlage an alle Kurpatienten. Sie dienen der Information und Motivation zu gesundheitsgerechtem Verhalten und sollen die Eigenverantwortung für die Gesundheit stärken. Maßnahmen dieser Art sollen insbesondere Aspekte einer gesunden Lebensweise und Einschluß möglicher Gesundheitsgefährdungen umfassen. Informationen zu allgemeinen Aspekten der Gesundheitsförderung werden insbesondere durch Ausstellungen, Plakate und Schriften, Vorträge mit audiovisuellen Techniken, programmierter Audiovision sowie gesundheitsförderliche Sport-, Gymnastik- und strukturierte Freizeitangebote vermittelt.

Im Rahmen einer Kur müssen indikations- bzw. risikospezifische, krankheitsbezogene Kurse oder Seminare angeboten werden, die die Kurortmedi-

zin im Einzelfall unterstützen und ergänzen. Bei diesen - aus medizinischen Gründen erforderlichen - Maßnahmen soll ein spezifisches Wissen über den Umgang mit der jeweiligen Gesundheitsstörung bzw. Krankheit vermittelt und Hilfe zur Selbsthilfe angeboten und trainiert werden. Als gruppen- und einzeltherapeutische Maßnahmen sollten unter anderem angeboten werden: Patienten-Gesprächs-Seminar für spezielle Risiko- bzw. Krankheitsgruppen, Selbsterfahrungsgruppen, ein verhaltenstherapeutisches Ernährungsseminar, Ernährungsberatung mit praktischen Übungen, Raucherentwöhnung, Entspannungstechniken, kreatives Gestalten als beschäftigungstherapeutisches Element sowie Einzeltherapie bzw. Beratung als kurergänzende Maßnahmen zur Gruppentherapie.

Diese "gemeinsamen Grundsätze" gelten seit der Gesundheitsreform von 1989. Eine Leistungsbeschreibung und Kostenabrechnung wurde erst in den vergangenen Monaten festgelegt; die Gesundheitsbildung und -beratung während der Kur wurde somit bislang vernachlässigt.

Ein größeres Zahlenmaterial über den Erfolg der Gesundheitsberatung liegt bis jetzt nur für die Raucherentwöhnung am Kurort vor: Nach einer Studie, die Hammer 1984 veröffentlichte, waren rund 48 % aller Kurpatienten Raucher. An einer Raucherentwöhnungstherapie nahmen allerdings nur etwa 4 % der Raucher teil, also war die Motivation nicht sehr hoch. Allerdings wurde bei den Entwöhnungswilligen, und das waren immerhin 14000 Personen, ein Früherfolg der Raucherentwöhnung bei rund 79 % aller Teilnehmer erzielt.

Was die Gesundheitsbildung bzw. -beratung betrifft, zeichnet sich zusammengefaßt folgende Situation ab: Nachdem von den gesetzlichen Krankenversicherungen mit den "gemeinsamen Grundsätzen" entsprechende Vorarbeiten geleistet wurden, kommt es jetzt auf zwei Punkte an:

- Eine Verbesserung des gesundheitserzieherischen Angebots am Kurort; d.h. eine Ergänzung der Kurorttherapie mit individuellen Maßnahmen zur Gesundheitsbildung.
- Eine entsprechende Gesundheitsberatung sowohl als Prävention als auch Nachsorge durch den Hausarzt. In den Kurorten werden bereits zum Teil Programme entwickelt, die diese individuellen gesundheitsbildenden Maßnahmen mit berücksichtigen.

Literatur:

AOK Bundesverband:

Gemeinsame Grundsätze für ambulante Vorsorge- und Rehabilitationskuren vom 11.9.1989; 5300 Bonn 2

Baier, H., C. Rompel:

Der Einfluß thermischer Umgebungsbedingungen auf den Trainingserfolg beim Ausdauertraining.

Arbeitsber. d. Sonderforschungsbereichs "Adaptation und Rehabilitation. (SFB 122), Bd. IV: 547 - 582, Marburg / Lahn 1977

Damm, F., G. Döring, G. Hildebrandt:

Untersuchungen über den Tagesgang von Hautdurchblutung und Hauttemperatur unter besonderer Berücksichtigung der physikalischen Temperaturregulation. Physikalische Med. Rehab. 15 (1974), 1 - 5

Ernst, E.:

"Abhärtung gegen Erkältung" - ist das möglich?

Fortschr. Med. 31 (1990), 586

Hammer, O.:

Vierzehn Jahre Bad Nauheimer Raucherentwöhnungstherapie. Hessisches Ärzteblatt 45 (1984), 332

Hildebrandt, G.:

"Chronobiologische Grundlagen der Ordnungstherapie".

In: Brüggemann W. (Hrsg.): "Kneipp-Therapie", Springer Verlag, Berlin (1986)

Hollmann, W., Th. Hettinger:

Sportmedizin - Arbeits- und Trainingsgrundlage. Schattauer Verlag, Stuttgart 1990

Koella, W.P.:

Die Physiologie des Schlafes.

Fischer: Stuttgart, 1988

Menger, W.:

Adaptation während der Behandlung von Kindern an der Nordsee.

Z. f. Bäder u. Klimaheilkunde 25 (1978), 2129

Schuh, A.:

Das Krankheitsbild des Trainingsmangels und seine Behandlung durch Klimatherapie in Form einer Terrainkur unter kühlen Bedingungen.

Habilitationsschrift an der LMU, Universität München (1989)

Schuh, A., E. Senn, L. Abkai:

"Training en Repos" durch Kaltluft-Liegekur.

In: Rompe, G. (Hrsg.): 96. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation. Heidelberg 2. - 4. Oktober 1991. Druck: V. Tuschick, Heidelberg (1991)

Ströder, J.:

Abhärtung - Illusion oder Chance?

Kneipp-Physiotherapie 6 (1986), 13 - 14

Anschrift des Verfassers:

*Priv.Doz. Dr. Dr. med. habil. Angela Schuh
Institut für Medizinische Balneologie und Klimatologie
der Ludwig-Maximilians-Universität München
Vorstand: Prof. Dr.med. E. Senn
Marchioninistraße 17, 8000 München 70*