

Didaktische Grundsätze in der Gesundheitserziehung

Ein Erfahrungsbericht aus der Kurklinik Bad Oeynhausen

Bert Saurbier



Unter Berücksichtigung des Panoramawandels im allgemeinen Krankheitsgeschehen unserer Zeit bedarf die Medizin – besonders die Kurmedizin –, um ihren präventiven und rehabilitativen Aufgaben gerecht zu werden, der Gesundheitserziehung. Gesundheitserziehung in der Kurmedizin mit dem Ziel einer dauerhaften Verhaltensmodifikation heißt Erwachsenenbildung. In diesem Beitrag wird über grundsätzliche didaktische Überlegungen in inhaltlicher, personeller und vor allem methodischer Hinsicht berichtet. Es wird dargestellt, wie wesentliche Grundelemente der Verhaltensschulung und Lernpsychologie in der Gesundheitserziehung praktikable Anwendung finden.

In den letzten drei Jahrzehnten hat sich in Industrienationen westlicher Prägung, bedingt durch Technisierung, Automation, Konsum-, Bequemlichkeits- und Wohlstandsverhalten, ein Panoramawandel im Krankheitsgeschehen ergeben. 70 Prozent unserer Patienten wiesen als Hauptleiden eine oder mehrere verhaltensbedingte Gesundheitsstörungen auf. Bei 20 Prozent bestand neben einem anderen Hauptleiden mindestens eine behandlungsbedürftige verhaltensbedingte Gesundheitsstörung. Bei den übrigen 10 Prozent mit einem anderen Hauptleiden fanden sich gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen, die ein Höchstmaß an Gesundheitsgefährdung darstellen. Der Gesundheitserziehung muß bei dem hohen Prozentsatz der durch Fehlverhalten ausgelösten Gesundheitsstörungen und Gefährdungen ein immer größerer Raum geschaffen werden. Dies um so mehr, als diese sogenannten Zivilisationskrankheiten bezüglich Arbeitsfähigkeit und Wohlbefinden

als höchst virulent zu bezeichnen sind. Gesundheitserziehung in der Kurmedizin heißt Erwachsenenbildung, und alle didaktischen Überlegungen in inhaltlicher, personeller und methodischer Hinsicht müssen daher diesem Umstand Rechnung tragen.

Die Inhalte sollten am allgemeinen Fehlverhalten unter Berücksichtigung epidemiologischer und auch klinikspezifischer Gesichtspunkte orientiert sein (*Abbildung 1*). Ein personelles Problem besteht darin, daß im allgemeinen der Arzt als Gesundheitserzieher aufgrund der momentanen Aus- und Weiterbildungssituation überfordert ist. Ein multidisziplinär strukturiertes Team für Gesundheitserziehung erschien uns erforderlich (*Abbildung 2*).

Methodisch hat dementsprechend der Lernprozeß, der die Vermeidung gesundheitlicher Risikofaktoren bewirken und zum Lernziel eines gesundheitsfördernden Lebens führen

Gesundheitserziehung

soll, folgende vier wesentliche Elemente zu enthalten:

- ▶ Information,
- ▶ Motivation,
- ▶ emotionelle Stimulierung/emotionelle Stabilisierung,
- ▶ Training.

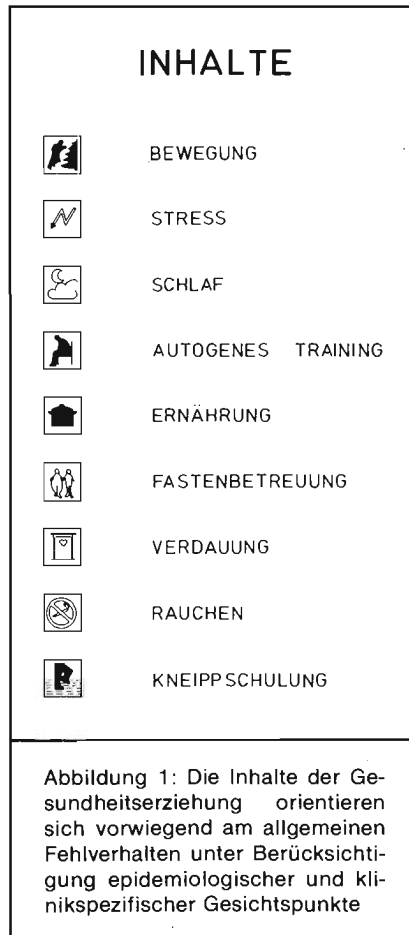
Diese Lernelemente müssen in der Praxis als Einheit zur Wirkung kommen. Der Lernprozeß während einer vierwöchigen stationären Heilbehandlung umfaßt die Einführung, Informationsstunden, Gesprächs- und Trainingsgruppen sowie ein Abschlußgespräch. Sein Ziel ist Selbstkontrolle, ist Mündigkeit des Erwachsenen in Fragen gesunder Lebensführung (Abbildung 3).

Einführung

Die Einführung findet gleich am Tag nach der Anreise statt. Zunächst gilt es, den Patienten von einer oft anzutreffenden falschen Erwartungshaltung im Sinne eines bezahlten Zweiturlaubs oder Konsumenten mit Passivverhalten gegenüber dem Heilverfahren zu befreien. Besonders geeignet für die Einführung sind kurort- und vor allem klinikspezifische Vorinformationen sowie die Vorstellung des gesamten kurmedizinischen Programms.

Von entscheidender Bedeutung ist es jedoch, gleich zu Beginn des Heilverfahrens den Patienten mit der Gesundheitserziehung, mit ihren Inhalten, Methoden und Zielen vertraut zu machen. Vertraut heißt nicht nur bekanntmachen, sondern auch Abbau von Voreingenommenheit, Angst und ablehnender Haltung gegenüber Arztvorträgen, vor allem gegenüber dem Lernprozeß und Verhaltensänderungen. Bereits hier sollte man darauf hinweisen, daß die Informationsstunden für jeden leicht verständlich und unterhaltsam sind, daß das Lernen einfach und in kleinen Schritten erfolgt, daß die Lernziele für jeden nahezu spielend erreicht werden, und schließlich, daß die angestrebten Verhaltensänderungen vielerlei persönliche Vorteile bringen, einen Gewinn an Wohlbe-

finden und Leistungsvermögen und Gesundheit bedeuten. Hier bereits sollte klargestellt werden, daß Gesundheitserziehung nichts zu tun hat mit Askese, Verzicht, zusätzlichen Mühen oder Lasten.



Informationsstunden

Die Informationsstunden sollten am Anfang des Heilverfahrens, das heißt in der ersten Woche, und als Block angeboten werden. Der Patient fühlt sich von Beginn an angesprochen und ernstgenommen, die Therapie wird für ihn transparent, es stellt sich eine deutlich höhere Patienten-Compliance ein, der Patient wird zum verständigen Partner seines während des Heilverfahrens begleitenden Arztes.

Dem Arzt wird durch die Einsparung der allgemeinen Information und Motivation die Arbeit erheblich er-

leichtert. Das heißt nicht, daß das Arzt-Patient-Verhältnis zu kurz kommt. Ganz im Gegenteil bleibt durch die Vorwegnahme der allgemeinen Information und Motivation dem Arzt jetzt mehr Zeit für die individuelle Betreuung.

Gruppenarbeit

Das Informationswissen ist das Basiswissen für die Gruppenarbeit, die unmittelbar an den Unterrichtsblock anschließen soll, um den inhaltlichen Zusammenhang zu wahren (Abbildung 4).

Positive Unterrichts- und Gruppenatmosphäre

Für die Stundenplanung, die Raumgestaltung, die Verwendung der Medien und die Schaffung einer positiven Unterrichts- und Gruppenatmosphäre bedarf es der Berücksichtigung einiger Elemente aus der Lern- und Verhaltensforschung.

Das anfängliche Lerntempo, die anfängliche Lernenergie und Konzentration des Erwachsenen ist deutlich geringer als beim Jugendlichen. Hier ergibt sich die Notwendigkeit, die Inhaltsvermittlung auf mehrere Unterrichtseinheiten über den Tag zu verteilen und die Dauer der Unterrichtsstunden relativ kurz, das heißt nicht über 30 Minuten zu bemessen. Unter Berücksichtigung der Vigilanzkurve erscheinen uns 9, 10 und 15 Uhr als geeignete Anfangszeiten.

Die Größe des Raumes sollte der Teilnehmerzahl angepaßt sein, da Überfüllung oder auch Übergröße die Atmosphäre verschlechtern. Entscheidend für eine gute Aufmerksamkeit ist ein ungestörtes Sichtfeld und eine optimale Akustik. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die Wahrnehmungsleistung mit zunehmendem Alter geringer wird. Je mehr Tageslicht, um so lebhafter und eindrucksvoller verläuft der Unterricht. Hinter dem Unterrichtenden bzw. dem Gruppenleiter sollten keine Fensterfronten sein, um die Teilnehmer nicht zu blenden und nicht abzulenken. Außerdem wird die Wandfläche hinter dem Unterrichtenden

im allgemeinen von Tafeln, Anschauungsmaterial oder einer Leinwand beansprucht. Die Bestuhlung muß im orthopädischen Sinne bequem sein. Ein optimales Raumklima ist ebenfalls eine wichtige Voraussetzung für gute Aufmerksamkeit.

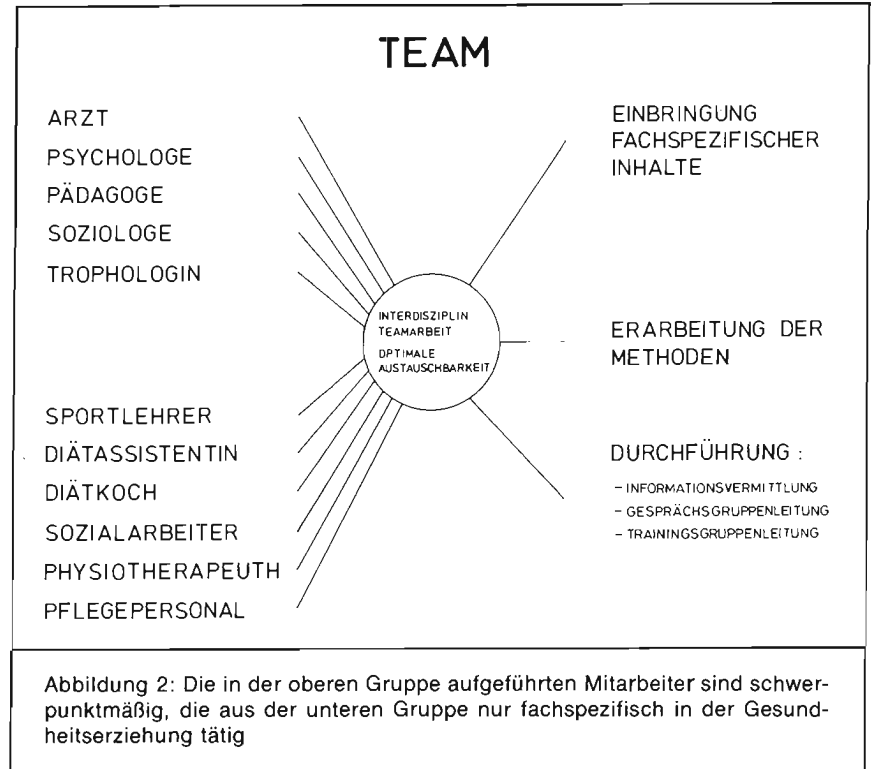
Medieneinsatz nicht überbewerten

Vor der Überbewertung des Einsatzes von Medien in der Gesundheitserziehung ist zu warnen. Medien allein sind Einbahnstraßen der Gesundheitserziehung, ohne jede Rückkoppelung, ohne zwischenmenschliche Interaktionen, ohne Kommunikation. Unserer Meinung nach sind erforderlich und ausreichend eine normale weiße Schultafel oder ein Tageslichtprojektor. Die Schultafel scheint dem Tageslichtprojektor nach unseren Erfahrungen überlegen zu sein, da sie für den Zuschauer handlungsnäher ist.

Weiteres Anschauungsmaterial sollte streng themenspezifisch präsentiert werden. Abbildungen, Grafiken, Nahrungsmittelimitationen, anatomische Modelle usw., die sich ständig im Blickfeld der Unterrichts- oder Gesprächsteilnehmer befinden, verlieren an Aktualität und stören die Aufmerksamkeit. Wir haben gute Erfahrungen damit gemacht, wenige Dias oder einen Filmausschnitt zur Wiederholung und zur Veranschaulichung des Unterrichtsstoffes am Ende der Stunde nur kurzzeitig zu zeigen. Vorteilhaft sind zentrale Bedienbarkeit der Vorführungsgeräte und der Verdunklungsanlage.

Die Rolle des Unterrichtenden und Gruppenleiters

Eine positive Atmosphäre, eine gute Stimmung, ist Voraussetzung für erfolgreiches Lernen. Der Mensch lernt nicht nur mit dem Kopf, sondern auch – vielleicht vor allem – mit dem Herzen. Eine entscheidende Rolle bei der Schaffung eines guten Lernklimas spielt der Unterrichtende bzw. der Gruppenleiter selber. Es bedarf einer lebendigen, engagier-



ten und begeisternden Zuwendung. Bei einem sozial integrierten Erziehungsstil kommen dem Lehrenden etwa folgende Attribute zu: freundlich – höflich – sachlich – persönlich interessiert – offen für Anregungen und Fragen – hilfsbereit – beratend – kontaktsuchend – partnerschaftlich – ermutigend. Das entsprechende Schülerverhalten ist: zustimmend – aufmerksam – begeistert – diskussionsbereit – aufgelockert – nahezu freundschaftlich.

Eine gute Lernatmosphäre würde nicht nur gestört, sondern zerstört, wenn das Verhalten des Lehrers oder Gruppenleiters gekennzeichnet ist durch monomanen Fanatismus, versuchte Elite-Ausbildung, Drohgebärden oder Zeigefingermethoden, Furchtappelle, Schockversuche. Hier sei nur an die Nutzlosigkeit der Schockplakate erinnert. Erzieherisch autoritäre Informationsvermittlung mit Druck und Angstmacherei erzeugt erfahrungsgemäß Abwehr, Aversion bis hin zur Aggression und stellt immer eine negative Motivation nach dem Motto „jetzt erst recht nicht“ dar. Man sollte

auch stets an die Verletzbarkeit des Adressaten denken. Hier sei an den Unterschied zwischen angemäßer und anerkannter Autorität erinnert.

Positive Motivation

Eine vorwiegend positive Motivation ist immer einer negativen Motivationsmethode überlegen. Wünsche werden nur durch positive Modelle mit einfachen Mitteln unter Aufzeigung praktikabler Wege erweckt. Wir Ärzte sollten gelegentlich bei Werbefachleuten aus der Industrie zur Schule gehen. Zur Erzielung einer positiven Einstellung zum Lernen sollten weitere Punkte beachtet werden.

Die Inhalte, ebenfalls die Themen, müssen durch ihre Aktualität und individuelle Problembезogenheit Nutzen und Vorteile erkennen lassen. Dennoch empfiehlt es sich – und es ist kein Widerspruch zum Grundsatz der positiven Motivation –, hier auf die vorliegenden Wissensdefizite bezüglich Gesundheitsverhalten hinzuweisen. Auch soll auf den gesellschaftlichen Grundkonflikt in der

Gesundheitserziehung

Wertschätzung von Konsumgütern im Vergleich zu ethischen Lebensqualitäten aufmerksam gemacht werden. Es kann nicht oft genug darauf hingewiesen werden, daß gesundes Leben Vorteile bringt und nicht zu verwechseln ist mit ständigem Verzicht oder Askese.

Die Inhalte und Zusammenhänge müssen genau, aber sehr einfach erklärt werden. Eine entscheidende Rolle für eine erfolgreiche Lernatmosphäre in der Gesundheitserziehung spielt vor allem der Patienten-

Dialekt. Erfahrungsgemäß ist es für einen Arzt kaum realisierbar, in der Sprache des Laien medizinische Inhalte zu vermitteln und zu besprechen.

Die Lerninhalte werden in Form der leichtverständlichen Sprache im Rahmen einer anregenden, unterhaltsamen Unterrichts Atmosphäre vermittelt, visuell bzw. visuell-akustisch mit Hilfe von Anschauungsmaterial, Dias, Ton-Dia-Serien oder Tonfilmen angeboten, in den Gruppengesprächen über Verbalisation

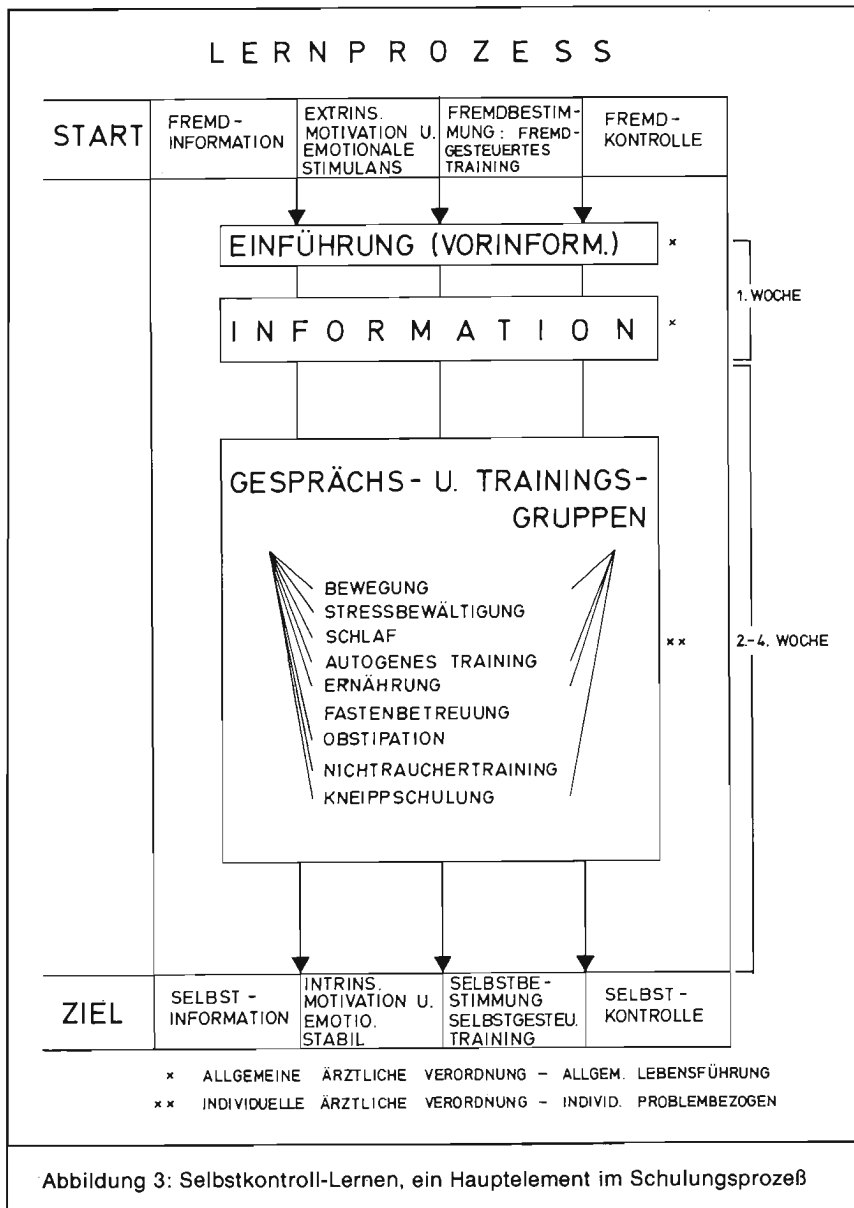
und kritische Auseinandersetzung vertieft, während der Übungs- und Trainingsgruppen erlebt und mit Hilfe des Lesens geeigneter Broschüren ergänzt und verstärkt.

Eine weitere Voraussetzung ist das Wegnehmen der Angst vor dem Lernen selber, besonders vor dem aktiven Lernen in der Gruppe, denn Lernen wird im Rollenverständnis von heute als Privileg der Jugendlichen angesehen. Der Erfolg der Lernbemühungen muß jedem positiv erscheinen. Es ist immer zu vermeiden – vor allem in der Gruppe –, daß ein Intelligenzgefälle aufkommt. Jeder muß gleichwertig als Partner angenommen werden. Im Unterricht, besonders in der Gruppe, ist ein wichtiger sozialer Verstärker die Anerkennung jeder Aktivität, auch einer falschen Antwort. Auch eine falsche Antwort kann mit etwas Geschick positiv dargestellt werden. Das Kurzzeitgedächtnis des Erwachsenen ist wesentlich schlechter als das Langzeitgedächtnis. Die Lernforschung weist darauf hin, daß es für eine Verankerung im Langzeitgedächtnis wichtig ist, die Informationen sowohl häufiger anzubieten, d. h. zu wiederholen, als auch an Bekanntes anzuknüpfen, um so Assoziationen in Gang zu bringen.

Selbstkontroll-Lernen

Gesundheitserziehung im Sinne der Erwachsenenbildung hat einige wesentliche Grundelemente der Verhaltensschulung zu beachten. So kommt dem Instrument des Selbstkontroll-Lernens im Bereich aller Inhalte der Verhaltensschulung eine bedeutende Rolle zu. Der Weg von der Fremd-Information, der extrinsischen Motivation, der Fremdsteuerung und Fremdkontrolle zur Selbstinformation, intrinsischen Motivation und Selbstbestimmung und Selbstkontrolle während des Heilverfahrens zur Mündigkeit in Fragen gesunder Lebensführung.

So werden etwa beim Lauftraining anfangs im Sinne der Fremdbestimmung und Fremdkontrolle vom Therapeuten die Belastungsintensität,



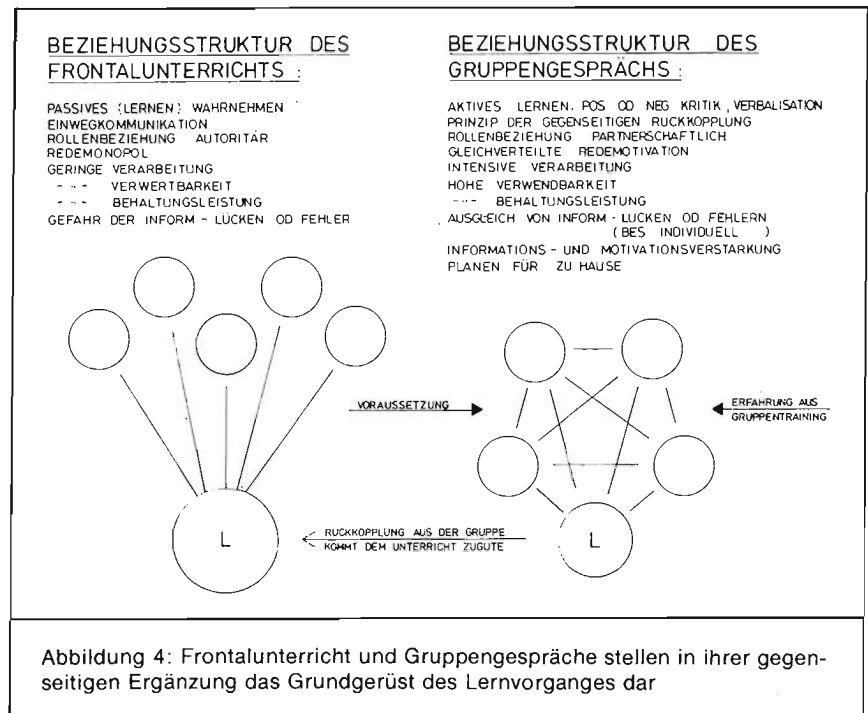
die Trainingsdauer, die Häufigkeit und Dauer der Intervalle sowie die Pulskontrolle vorgegeben. In der zweiten Kurhälfte beginnt der Patient mit der Selbstbestimmung und der Selbstkontrolle. Er läuft jetzt allein, also nicht mehr in der Gruppe, und entscheidet nun selbst über die Länge der Laufstrecke, über die Intensität, über die Intervallhäufigkeit und Dauer. Er muß selbst bestimmen, wann er Pulskontrollen vornimmt. Während dieser Phase des Bewegungstrainings hat der anwesende Therapeut nur noch eine beobachtende Funktion.

Bei der Ernährung versuchen wir die Selbstkontrolle dadurch zu verbessern, daß der Patient ab dem 16. Tag nicht mehr die vorgesehene kalorienreduzierte Portion vorgegeben bekommt, sondern er muß jetzt die Speisemenge selbst bestimmen. Der Lernprozeß bezüglich des Eß- und Ernährungsverhaltens muß bis dahin soweit fortgeschritten sein, daß der Patient in der zweiten Kurhälfte Selbstkontrolle über die Nahrungsaufnahme üben kann. Patienten, die während des Heilverfahrens nicht nur mit Kneippschen Anwendungen behandelt werden, sondern in theoretischer und praktischer Schulung lernen, wie sie wirken und wie sie mit einfachen Mitteln durchzuführen sind, werden in der Lage sein, diese wertvolle Form der Hydrotherapie auch zu Hause weiter in Anspruch zu nehmen.

Modell-Lernen

Neben Selbstkontroll-Lernen werden von der Lern-Psychologie weitere Grundsätze der Verhaltensschulung empfohlen. Menschliches Verhalten wird ganz entscheidend durch die Nachahmung von Vorbildern und Modellen geprägt. Wir haben in diesem Sinne recht gute Erfahrungen gemacht, zunächst beispielhaft lebende bekannte Persönlichkeiten wie den sporttreibenden Minister, den nichtrauchenden Fußballstar oder die schlanke Schauspielerinnen anzuführen.

Eine hervorragende Motivationswirkung geht von Mitpatienten der letz-



ten Kurwochen aus, die erfahrungsgemäß mit überzeugender Begeisterung ihre Erfolgserlebnisse den „Neuen“ sowohl in den Unterrichtsstunden wie auch in den Gruppengesprächen oder in der persönlichen Unterhaltung demonstrieren. In einem weiteren Schritt wird der Patient im Sinne der Fremdmotivation vom Gruppenleiter auf die ersten Erfolge des Gesundheitstrainings aufmerksam gemacht.

Im Sinne des Modell-Lernens spielt der Unterrichtende bzw. der Gruppenleiter eine nicht zu unterschätzende Rolle. Überzeugend und glaubwürdig ist der Unterrichtende, der nicht nur die Inhalte als anstrebenswerte Modelle vorgibt, sondern selber vorbildlich, das heißt selber modellhaft in Erscheinung tritt. Wenn alle didaktischen Voraussetzungen erfüllt sind, der Vortragende aber offensichtlich raucht, Übergewichtig ist oder nervös, gestreßt, aggressiv oder unsportlich wirkt, muß jeglicher Lernerfolg in Frage gestellt werden. Dieses Prinzip des Modell-Lernens gilt aber nicht nur für den Unterrichtenden oder Gruppenleiter, sondern für das gesamte medizinische und nichtmedizinische Per-

sonal einer Klinik. Auch Pseudo-Alibis wie beispielsweise die Wegweiser-Ausrede sind völlig ungeeignet. Man bedenke nur, daß der Unterrichtende den Patienten über vier Wochen in der Kur und über eine wesentlich längere Zeit in dessen Erinnerung nach der Kur begleitet.

Hyposensibilisierung

Klassische Konditionierung ist ein weiterer Grundsatz der Verhaltensschulung. Die wirkungsvollste Methode der klassischen Konditionierung stellt die systematisierte Hyposensibilisierung dar. Abneigungen und Ängste gegenüber einer neuen Verhaltensweise werden dadurch abgebaut, daß in kleineren Schritten und langsam steigender Dosierung vorgegangen wird. So wird eine Aversion und Abneigung graduell reduziert. Diese Methode ist praktisch und vor allem in Gesprächs- und Trainingsgruppen anzuwenden. So kann die Angst vor einem vielleicht seit vielen Jahren nicht mehr durchgeführten Lauftraining, die Furcht des Übergewichtigen vor dem Leben ohne seine so gewohnten Trostpflasterchen in Form von Nascherei oder bei vielen die Aversion

Gesundheitserziehung

sion gegen ein Leben ohne Zigarette abgebaut werden.

Positive Verstärkung

Ein weiteres zu beachtendes Element in der Verhaltensschulung ist die positive Verstärkung. Das Grundverfahren besteht darin, daß die erwünschten Verhaltensweisen mit Belobigungen und Unterstreichen des Erfolgserlebnisses verbunden werden. Diese positive Verstärkung wiederum ist ein dankbares Element der Gruppengespräche, vor allem aber der Trainingsgruppen. Im Sinne der Belobigungen und Verstärkungen verabreichen wir unseren Patienten bei erfolgreicher Teilnahme am Schlankheitstraining, am Nichtrauchertraining, am Konditionstraining, insbesondere am Nichtschwimmerlehrgang eine entsprechende Urkunde. Die Teilnehmer des Schlankheitstrainings nehmen am Tag vor der Abreise an einem sogenannten „Schlemmer-Minü“ teil. Dieses Schlemmer-Minü ist einerseits Belohnung, andererseits aber auch eine Demonstration, daß mit wenig Kalorien, aber dem entsprechenden Geschick Essen ein Genuß bleiben kann.

Kognitive Umstrukturierung

Bei der Erwachsenenbildung muß beachtet werden, daß ein wesentlicher Teil des Lerngeschehens als kognitive Umstrukturierung zu verstehen ist. Lebensgewohnheiten sind eingebunden in individuelle und kollektive Einstellungen und Überzeugungen und beziehen von daher für den einzelnen ihre Rechtfertigung. Wird die liebgegewonnene Gewohnheit des Zigarettenrauchens plötzlich verurteilt und der Verzicht auf die Zigarette als eine schmerzliche Einschränkung des Wohlbefindens empfunden, dann ist die Wahrscheinlichkeit groß, daß die Information über Gesundheitsschäden und die versuchte Verhaltensmodifikation abgewehrt wird, indem neue Kognitionen gebildet werden:

► manche Raucher werden sehr alt,

► die Behauptung ist wissenschaftlich nicht abgesichert,

► ich rauche nur leichte Zigaretten,

► Ärzte rauchen auch,

► nicht jeder wird von der schädigenden Wirkung betroffen.

Einige Patienten, die im allgemeinen wenig Verständnis für die Wechselwirkung von Verhalten und Gesundheit haben, wehren den Anspruch, das Rauchen aufzugeben, relativ oberflächlich ab, oft mit Argumenten wie

► man brauche oder wolle nicht so alt werden,

► es sei schließlich egal, welchen Todes man sterbe.

Diese Abwehrmechanismen müssen unbedingt im Rahmen der Gesundheitserziehung Beachtung finden. Auf diese Abwehrmechanismen kann vor allem in den Gruppengesprächen aufmerksam gemacht werden, um ihre Wirksamkeit zu entkräften.

Wie geht's zu Hause weiter?

Die Patienten müssen vor der Abreise auf die Gefahr der Gegenmotivation zu Hause aufmerksam gemacht werden. Eine der Hauptgefahren besteht nach der Rückkehr in der automatischen Wiedereingliederung in die alteingefahrenen und vertrauten Lebensgewohnheiten. Um dieser Gegenkonditionierung auszuweichen, bedarf es bereits umfangreicher Strategien und Planungen für die Weiterführung der während des Heilverfahrens erlernten Verhaltensweisen. Gegenmotivation ist auch zu erwarten von Familienmitgliedern, Arbeitskollegen und – auch daran sollten wir denken – gelegentlich von seiten des Hausarztes. In jedem Falle sollte vor der Entlassung dem Patienten zu verstehen gegeben werden, daß der Hausarzt durch den Abschlußbericht umfangreich über die Verhaltensmodifikationen informiert und um die weitere Überwa-

chung und Stabilisierung gebeten wurde.

Ein weiteres wertvolles verhaltenstherapeutisches Instrument, speziell für die Stabilisierung der neu erlernten Verhaltensweisen beim Übergang aus der Klinik in die Alltagspraxis, ist das sogenannte Kontrakt-Management. In den Gruppengesprächen und dem gemeinsamen Abschlußgespräch „Wie geht's zu Hause weiter?“ beraten wir unsere Patienten über entsprechende vertragliche Vereinbarungen mit Familienmitgliedern, Freunden, Bekannten oder Arbeitskollegen.

Bei der Gesundheitserziehung während eines Heilverfahrens handelt es sich um einen durchschnittlich vierwöchigen, sehr komplizierten und mehrdimensionalen Lernprozeß im Sinne der Erwachsenenbildung, der eine dauerhafte Verhaltensänderung zum Ziel hat. Nun wird menschliches Lernen als lebenslanges Procedere aufzufassen sein. Die an das Heilverfahren anschließenden individuellen und kollektiven Vorgänge des Verstehens, Bewertens, Interpretierens und des handelnden Ausprobierens werden entscheidend den Langzeiterfolg mit beeinflussen. Bei der Deutung von Ergebnissen eventueller Effektivitätskontrollen darf der Gesundheitserziehung während des Heilverfahrens trotz aller Bemühungen des Selbstmotivations- und Selbstkontroll-Lernens nicht angelastet werden, was derzeit in der Gesundheitserziehung vor und nach dem Heilverfahren versäumt wird.

Neben einer Verhaltensänderung ergeben sich weitere Vorteile im Sinne

► eines besseren Gesundheits- und Krankheitsverständnisses,

► einer erhöhten Aufmerksamkeit für die Wechselbeziehung von Verhaltensweisen einerseits und Gesundheit und Krankheit andererseits,

► eines besseren Partners des Arztes, nicht nur in der Klinik, sondern auch zu Hause, ▷

► von mehr Interesse und Verständnis gegenüber medizinischen Beiträgen der Medien,

► einer erhöhten Bereitschaft der Teilnahme an angebotenen Gesundheits-Trainings-Programmen, z. B. der Volkshochschulen, der Sport- oder Kneipp-Vereine.

Um ihrer präventiven und rehabilitativen Aufgabe gerecht zu werden, bedarf die Kurmedizin einer zeitgerechten Dimension der Gesundheitserziehung im Sinne der Erwachsenenbildung. Das darf aber nicht heißen, daß das Prinzip der Behandlung, das heißt des vertrauten Handanlegens verdrängt wird. Gesundheitserziehung sollte nicht als Konkurrenz der traditionellen Kurmedizin zu verstehen sein. Aber ein additives Nebeneinander eines breitangelegten Gesundheitserziehungs- und Anwendungs-Programms birgt die Gefahr einer Überforderung des Patienten. Es muß ein ausgewogenes Verhältnis, das heißt ein sich ergänzendes Miteinander von Gesundheitserziehung und physiotherapeutischen Maßnahmen gefunden werden.

Im Sinne der Weiterentwicklung und Ausbreitung bedürfte die Gesundheitserziehung der Institutionalisierung auf einer übergeordneten Ebene mit einem inhaltlich und methodisch einheitlich durchstrukturiertem System. Eine solche „Zentralstelle für Gesundheitserziehung“ sollte erstens das Basisprogramm bezüglich Inhalten und Methoden vorgeben, zweitens Gesundheitserzieher ausbilden und drittens die Effektivitätskontrollen koordinieren.

Anschrift des Verfassers:
Dr. med. Bert Saubier
Ärztlicher Direktor der
Kurklinik Bad Oeynhausen
Am Brinkkamp 16
4970 Bad Oeynhausen

Eine Brücke zu allen Ärzten . . .

30 Jahre Deutscher Kongreß für ärztliche Fortbildung in Berlin

Wilhelm Heim

Zum 30. Geburtstag sprechen wir der Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung in Berlin einen herzlichen Glückwunsch aus. Für uns Berliner bedeutet dieses Jubiläum eine besondere Veranlassung zur Rückschau und zur Abstattung eines Dankes an die Initiatoren, die seit 1949 bemüht waren, in Berlin medizinisches Wissen und ärztliche Kollegialität, auch nach außen, wieder richtig zu vertreten. Zumal unseren jüngeren Kollegen seien diese Zeilen gewidmet, die beweisen, welche bedeutsamen politischen Geschehnisse und auch Persönlichkeiten den Aufbau Berlins (West) mitgeprägt und -gestaltet haben und welche wissenschaftlichen Ereignisse, gerade auf dem Sektor der Gesundheitsverwaltung und des ärztlichen Einsatzes, von der jungen Generation anerkannt und gewertet werden sollten.

WH

1945 war nach Beendigung des Krieges die Lage in Berlin genauso katastrophal wie in vielen Orten unseres deutschen Vaterlandes, durch die Spaltung in vier Sektoren aber politisch besonders brisant. Das wissenschaftliche, medizinische und ärztliche Leben Berlins lag darnieder. Die Professoren Sauerbrüch und E. Gohrbandt waren von der Militärregierung und dem Magistrat Berlins beauftragt, die sanitäre Versorgung, insbesondere das Einhalten der Hygienevorschriften, zu überwachen. Der universitäre Betrieb war unterbrochen. Mühselig wurden in der Charité neue Dozenten eingesetzt. Der Kontakt unter den Ärzten war gering, zumal die Begrenzung in vier Sektoren und die Ausgangssperre abendliche Besuche nahezu unmöglich machten. Es dauerte fast zwei Jahre, ehe überhaupt wieder ein kollegialer Zusammenschluß erfolgen konnte.

Einige Übersichtsdaten sollen kurz die ersten Aktivitäten aufzeichnen:

1948 wurde auf Vorschlag von Hadrich und Schmittmann die Vereinigung der Sozialversicherungsärzte gegründet. Schellenberg organisierte in den Räumen der alten Ortskrankenkasse in der Rungestraße eine Verwaltung zum Wiederbeginn der ehemaligen Krankenkassen. Er wollte damit eine Einheitskranken-, Unfall- und Rentenversicherung für alle Berliner schaffen. Immerhin wurde eine erste finanzielle Absicherung der ärztlichen Tätigkeit gewährleistet. Die Honorare wurden noch in Ost-Mark und danach zwei Jahre in der sogenannten Bärenmark ausgezahlt.

Hadrich gründete mit Borgmann 1949 die Berliner Medizinische Zeitschrift, die 1951 vom Deutschen Medizinischen Journal abgelöst wurde. In der ersten Publikation hieß es: „Sie soll eine Brücke zu all denjenigen bilden, die durch höhere Gewalt einer vereinten deutschen Ärzteschaft ferngehalten wurden.“ Interessant ist übrigens, daß diese Zeitschrift