

- ▶ Entwöhnung vom Rauchen,
- ▶ Verhütung und Bekämpfung der Fettsucht,
- ▶ häufige Blutdruckmessung; Behandlung und Überwachung von Hypertonikern.

2. Sporttreibende Gesundheitsapostel mögen bedenken, daß den aus unserer Sicht unhaltbaren „60 Milliarden pro Jahr“ als Folgen des Bewegungsmangels recht gut abgesicherte 2,9 Milliarden Folgekosten durch Sportunfälle (Tabelle 2) gegenüberstehen.

Unter diesem Aspekt ist es zumindest nachlässig oder gar irreführend, wenn Professor Dr. Gotthard Schettler (1983 a; Seite 19) ausführt: „Gemeint ist damit sicher eine weitgehende Ausschaltung so bekannter Risikofaktoren wie Rauchen, Überernährung, körperliche Inaktivität u. a.“ Zwar kann der Leser im gleichen Artikel eine Seite weiter und in einem späteren Aufsatz desselben Autors (Schettler, 1983 b; Seite 36) Darlegungen über den Risikofaktor „Hochdruck“ beziehungsweise „Hypertonie“ finden, doch ist die Einreihung des Hochdrucks in die Rubrik „u. a.“ und eine in bezug auf die körperliche Inaktivität nachrangige Einordnung nicht vertretbar.

Dies ist jedoch nicht der einzige Widerspruch in Heft 1/2 (1983) des DEUTSCHEN ÄRZTEBLATTES, in dem die Aktion „Trimming 130“ vorgestellt wird: Dort wird dem Leser auf Seite 13 angekündigt, daß Inhalt und Ziel der neuen Aktion von Experten aller betroffenen medizinischen Gebiete wissenschaftlich abgesichert worden seien. „Im Leitartikel des medizinisch-wissenschaftlichen Fortbildungsteils“ des betreffenden Hefts können sich Hollmann und Mitarbeiter (1983) jedoch nur zu der Feststellung durchringen, daß die „Hoffnung“ bestehe, durch eine Steigerung der kardiopulmonalen metabolischen Leistungsfähigkeit einen Faktor der kardiovasku-

lären Protektion positiv beeinflussen zu können.

Unter der Schlagzeile „Folgen des Bewegungsmangels“ kommen die Autoren letztlich nur zu der lapidaren Feststellung, daß durch Bewegungsmangel die „funktionelle Kapazität bzw. die maximale Sauerstoffaufnahme“ abnehme. Dem soll nicht widersprochen werden: Zweifelsfrei mindert Bewegungsmangel die körperliche Leistungsfähigkeit, Training steigert sie. Damit läßt sich aber die epidemiologische Bedeutung des Bewegungsmangels nicht beweisen.

Literatur beim Sonderdruck

Anschrift der Verfasser:
Dietrich Jung,
Prof. Dr. med.
Hans-Volkhart Ulmer
Sportphysiologische Abteilung
Fachbereich Sport
Johannes Gutenberg-Universität
Saarstraße 21
6500 Mainz

ZITAT

Ins Krankenhaus? Lieber nicht!

„Ich habe noch keinen traumatisierten Politiker kennengelernt, der nur deswegen absichtlich einen Verkehrsunfall verursacht, um als Verletzter in den Genuß des gesamten Leistungsspektrums des Krankenhauses, seiner Intensivstation und des Pflegepersonals zu kommen, oder nur, um unsere netten Krankenschwestern kennenzulernen.“

Dr. Karsten Vilmar, Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Bremen, anläßlich einer Podiumsdiskussion während des 12. Deutschen Krankenhaustages 1983 in Düsseldorf

„Manche Ärzte sollte man zum Studienrat ehrenhalber machen“

Über eine
Tagung „Gesundheitsbildung und Volkshochschulen“ in
Kaiserslautern

„Schön akademisch ging es her“ auf der Informationstagung der Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung in Kaiserslautern nach Ansicht eines Tagungsteilnehmers. Die Themenstellung lud dazu ein: „Gesundheitsbildung und Volkshochschulen“. Ist Gesundheit bildungsabhängig? Mit dem Zähneputzen jedenfalls halten es alle Schulkinder von der Volksschule bis zum Gymnasium gleich schlecht. Das ist die Erfahrung von Dr. Bodo Steinle, städtischer Medizinaldirektor aus Oberhausen. Färbetabletten brachten es bei seinen „überfallartigen“ Schuluntersuchungen ans Licht. Beim Rauchen liegt dagegen nach Ansicht von Hans Schnocks, stellvertretender Direktor der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, eher eine Schichtabhängigkeit vor: Männer der Oberschicht rauchen weniger als Männer der Unterschicht. Andererseits rauchen Frauen der Oberschicht mehr als Frauen der Unterschicht, wiederum was für eine gewisse Modeabhängigkeit spricht.

Wird Gesundheitserziehung von der Bevölkerung also überhaupt angenommen? Beim Rauchen beispielsweise hat sich anscheinend lediglich das Bewußtsein geändert: Die Zahl der Raucher blieb konstant, nur die Zahl der bewußten Nichtraucher hat zugenommen laut Schnocks (die unsiche-

Gesundheitsbildung

ren Gelegenheitsraucher sollen zurückgehen). Klarere Fronten also, vielleicht aber auch eingefahrenere, wie das freimütige Statement eines Podiumsteilnehmers, Kinderarzt Dr. Anatol Kurme aus Hamburg, zeigte: „Bei uns hat die Zusammenarbeit mit der Volkshochschule nicht geklappt. Mein Kursangebot wurde kaum wahrgenommen“. Vielleicht, mutmaßte ein Zuhörer, lag es daran, daß im Kurs nur Wissen vermittelt wurde. Zum Gesundheits-„Erziehen“ gehöre aber schon mehr, damit das heute beim Besucher der Volkshochschule auch ankomme. Die emotionale Verarbeitung beispielsweise im „Er-spielen“, meinte der Vizepräsident der Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung und Leiter der Tagung, Dr. W. Freiherr von Freytag-Loringhoven, dürfe nicht fehlen. Im übrigen gebe es viele Ärzte, „die man zum Studienrat ehrenhalber machen sollte“.

Kooperationswille, aber auch Skepsis

Der Eindruck trügt: Ein Feldzug gegen die Ärzte war diese Tagung nicht. Der Wille zur Zusammenarbeit wurde grundsätzlich bejaht, praktische Erfahrungen gibt es aber erst vereinzelt. Dr. Mark Schmid-Neuhaus stellte den von ihm geleiteten Münchner „Gesundheitspark“ vor. Er ist eine Einrichtung der Volkshochschule und wird zu 60 Prozent durch Eigenbeiträge der Kursteilnehmer und 40 Prozent von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert. Dem entspricht das Kursprogramm: Eine Mischung von Freizeitangeboten (60 Prozent) und therapiebegleitenden Maßnahmen (40 Prozent).

Der Gesundheitspark, der 1973 im Anschluß an die Münchner Olympiade gegründet worden war, gehört nach Meinung von Dr. Rüdiger Koch, einem pädagogischen Fachbereichsleiter bei der VHS Niedersachsen, „zu den attraktivsten und bekanntesten Angeboten

andragogischer Gesundheitsbildung an deutschen Volkshochschulen... Da waren erstens die Erkenntnis, daß Gesundheitserziehung, wie sie bisher praktiziert wurde, eine wenig effektive Angelegenheit ist, und die Hypothese, daß Verhaltensänderungen nachhaltiger stattfinden, wenn der Lernende nicht nur mit Informationen konfrontiert wird: Er muß auch aktiv mit seinem affektiven und kreativen Potential in einen auf konkrete Erfahrungen abzielenden Lernprozeß einbezogen werden. Zweitens wird in der Medizin immer deutlicher, daß die für unsere Zivilisation typischen Erkrankungen in einem großen Ausmaß verhaltensbedingt sind.“ Versöhnender Beifall auch von ärztlicher Seite. „Ich wünsche mir, aus dem medizinischen Ghetto herauszukommen“, bekannte ein Doktor nach heißem Gefecht in einer Arbeitsgruppe.

Kooperationswille beschworen die einen, skeptisch blieben die anderen: „Wenn der Arzt seinen Patienten zur Volkshochschule schickt, wollen wir, daß wir ein Teil seiner Medikation werden?“ „Warum macht der Arzt das nicht selber? Den Arzt entlasten, ist das unser Auftrag?“ Schmid-Neuhaus hatte mit seiner Schilderung des Münchner Modells diese Frage provoziert: „Wir vermitteln viele Leute in Einzeltherapien weiter“, und freimütig fügte er hinzu, eine bessere Möglichkeit, um potentielle Kunden zu finden, gebe es für Psychologen gar nicht. Unter seinen Kursangeboten finden sich Themen wie „Mehr sexuelle Lebensfreude“, „Analytische Gruppenarbeit“ oder „Partnerschaftskurse für Paare“.

Die Antwort kam prompt. Die Gesundheit laufe Gefahr, so die Vertreter der Volkshochschulen, „zur Ware, zum auf dem Gesundheitsmarkt konsumierbaren Gut zu werden“. 30 Stunden des Kurses „Körperorientierte Selbsterfahrung“ im Münchner Gesundheitspark kosten zum Beispiel 360 Mark. „Anmeldung nur nach Be-

such der ärztlichen oder psychologischen Kursberatung.“ Die Befürchtung wurde geäußert, die Volkshochschulen könnten immer mehr in Zugzwang geraten; eine „Clearingstelle“ im Vorfeld ärztlicher Betreuung. Die Volkshochschule als Handlanger in der Gesundheitsbildung der Ärzte, das wollten die „VHSler“ nicht sein.

Der VHS-Kurs kann als Therapie wirken

Auf der anderen Seite sahen auch sie die Unmöglichkeit, therapeutische Wirkungen ihrer Kurse ganz zu unterbinden. Ein Studienleiter berichtete: Ein Stahlarbeiter hatte mit 50 „abgewrackt“. Er wurde auf einen „Schonplatz“ versetzt. Das schmälerte sein Einkommen. Aus der materiellen Belastung wurde zusehends eine psychische Belastung. Schließlich ging er zur Volkshochschule, um sich durch autogenes Training Linderung zu verschaffen. Resümee: Die Volkshochschule müsse sich – ob sie will oder nicht – mit der therapeutischen Wirkung ihrer Angebote auseinandersetzen.

Sie muß aber auch, wie das Beispiel Münchner Gesundheitspark zeigt, kooperationsbereit sein. Das Leitungsteam besteht in München aus einem Arzt, einem Psychologen, einem Pädagogen und einer Kunsttherapeutin.

Weitere Beispiele, die in Kaiserslautern diskutiert wurden: Die „Gesundheitswoche“ in Unna, das Fernsehkolleg „Schulschwierigkeiten und Gesundheitserziehung“, die Ausbildung zum „Suchtkrankenhelfer“ an der Volkshochschule Niedersachsen und das Pilotprojekt der Volkshochschule Unna, Fröndenberg und Holzwickede über Gesundheitsvorsorge.

Charakteristikum all dieser Modelle ist die Zusammenarbeit der Volkshochschulen mit Ärzten, Pädagogen, Eltern und kommunalen Institutionen. ck