



## Salhumin<sup>®</sup> Rheuma-Bad

*natürlich die Heilkraft  
des Moores  
transdermal die Wirkung  
der Salicylsäure*

*Die chronischen Formen des  
Rheumas erfordern eine  
chronische Therapie. Nutzen  
und Risiko bestimmen die Wahl  
der Arzneimittel im Therapie-  
Plan.*

*Salhumin Rheuma-Bad wirkt  
systemisch und transdermal.  
Deshalb sind auch die Risiken  
minimiert.*

*Die natürliche Heilkraft des  
Moores und die antirheuma-  
tische Potenz der Salicylsäure:  
Salhumin Rheuma-Bad ist  
natürlich transdermal wirksam.*

Zusammensetzung: 1 Beutel mit 37 g = 1 Vollbad, 100 g enthalten: 67 g Salicylsäure, 2,5 g salicylierte Huminsäuren. Anwendungsgebiete: Rheumatismus, Ischias, Gicht, Adnexitiden. Gegenanzeigen: Fieberhafte Erkrankungen, Tuberkulose, schwere Herz- und Kreislaufinsuffizienz, Hypertonie, vorgeschädigte Niere und Schwangerschaft. Dosierung und Anwendung: Alle 2 Tage ein Vollbad. Handelsformen und Preise: OP 3 Vollbäder DM 14,84, DP 6 Vollbäder DM 28,20, DP 12 Vollbäder DM 51,00, AP 100 Vollbäder. Stand 9/90

**BASTIAN** 8000 München 60

Wem soll diese gekünstelte Differenzierung dienen? Wem hilft sie?

Der Autor übersieht in seiner Arbeit geflissentlich, daß „die Kur“ ein historisch gewachsener Begriff ist, dem aufgrund seiner langen Lebenszeit viele Vorurteile anhaften, die sich immer publikumswirksam verkaufen lassen. Dennoch hat sich aus ihm der Rehabilitationsbegriff entwickelt. Dies geschah aber nicht von ungefähr. So ist der Kurgast des 19. Jahrhunderts nicht zu vergleichen mit dem Patienten im Heilverfahren, der mit vielen chronischen Erkrankungen und multimorbide in unsere Kliniken kommt. Desgleichen ist der Badearzt von einst mit dem Kurmediziner von heute ebenfalls nicht identisch. Es klingt daher etwas simpel, wenn der Autor feststellt, daß diese Ärzte in Kurkliniken oft Badeärzte sind oder eine Ausbildung in physikalischer Medizin oder Naturheilverfahren haben. Ich kenne viele Kollegen in Kurkliniken, die Fachärzte mit Teilgebetsbezeichnung sind und außerdem noch die Zusatzbezeichnung Badearzt haben. Die Feststellung des Autors klingt daher wie eine Diskriminierung der Kollegen.

Um der ganzen Problematik gerecht werden zu können und solche Profilierungsversuche zu vermeiden, sollten die Begriffe Kur und Rehabilitation unter dem Blickwinkel des Heilverfahrens neu definiert werden. Welcher Rentenversicherungsträger oder welche Krankenkasse bezahlt noch „die alte Kur“? Die alte Kur ist tot. Ihr Nachwuchs, „die Rehabilitation“, sollte nicht so tun, als sei sie eine besondere Form der Krankenhausmedizin. Ein wesentlicher Unterschied zu ihr besteht doch darin, daß im Heilverfahren die Therapie an erster Stelle steht (immer aktiv und passiv!).

Die Intensität dieser Therapie im Heilverfahren richtet sich dann nach dem Beschwerdebild des Patienten. Hier wären sicherlich unter-

schiedliche Abstufungen des Heilverfahrens je nach vorliegendem Krankheitsbild näher zu definieren.

Ob eine Klinik nun Kur- oder Rehabilitationsklinik ist, hängt nicht nur vom medizinischen Leistungsangebot ab. In beiden Einrichtungen wird heute weitgehend Rehabilitationsmedizin durchgeführt, wenn auch mit unterschiedlicher Intensität, je nach dem Schweregrad der Behinderung des Patienten . . .

Dr. med. R. Goldammer,  
Klinik Jülich, Jülichstraße 5,  
W-5483 Bad Neuenahr

### **Ursache ist die Krankenhausatmosphäre**

Es wird über einen nicht zu rechtfertigenden Rückgang bei den stationären Reha-Maßnahmen in Spezialkliniken aus „erster Hand“ berichtet. Er ist in der Tat unangebracht, da die Erfolge sehr gut und wichtig sind. Erst am 31. Juli 1990 berichtete die Fernsehsendung Report über erstaunliche Ergebnisse. Was ist also die Ursache?

Es kann nur die Krankenhausatmosphäre sein. Viele ausgezeichnete Reha-Einrichtungen sind Stationen innerhalb eines Krankenhauses. Nun waren die Behinderten monatelang Klinikpatienten und ersehnten den Tag der Entlassung.

Hier kann ich mich auf die Tele-Illustrierte berufen, die einen positiven Bericht über den Neubau eines Krankenhauses mit der Feststellung eingeleitet hat, daß niemand gerne stationärer Patient wird. Man könnte doch eine Unterbringung in einem behindertengerechten Heim in der Nähe der Therapieeinrichtung möglich machen, da die meisten Patienten eine ständige Betreuung durch Krankenschwestern und Pfleger nicht mehr nötig haben. Das knappe Krankenhauspersonal könnte dann andere Aufgaben übernehmen und die Bettennot dadurch gelindert werden. Vielleicht könnten dann mehr Therapeuten

eingestellt und so die täglichen Behandlungszeiten verlängert werden. Die Patienten und die Kostenträger würden es begrüßen, wenn dadurch die Rehabilitationsdauer verkürzt werden könnte.

Diese Maßnahmen würden auch die Motivation der Patienten verstärken, die Herr Prof. Dr. Wirth für die Voraussetzung einer erfolgreichen Behandlung hält.

Dr. med. Karl Wana, Vorderer Kirchberg 13/1, W-7080 Aalen-Unterkochen

## Seelische und soziale Aspekte berücksichtigen

Prof. Wirth befürwortet eine Trennung von Rehabilitation und Kur und weist darauf hin, daß in Reha-Kliniken Sportlehrer, Gymnastiklehrerinnen und Krankengymnasten dominieren sollten. Ich möchte davor warnen, in der alleinigen Bewegungs- und Sporttherapie ein Allheilmittel für die Erkrankungen des Bewegungsapparates zu sehen.

Auch bei diesen Erkrankungen sind einige Elemente der alten Kurmedizin, wie Massage, Fango und Bäderbehandlung sinnvoll. Diese Maßnahmen beinhalten unter anderem eine intensive personelle Zuwendung, die großen psychologischen Wert hat. Gefragt sind in Zukunft in der konservativen Orthopädie ganzheitliche Therapie- und Klinikkonzepte, die sowohl die körperlichen als auch seelischen und sozialen Aspekte der Krankheit berücksichtigen. Es sollte eine enge Zusammenarbeit zwischen Arzt, Psychologen und Physiotherapeut angestrebt werden, um das Rätsel der Langzeiterkrankungen besser zu lösen.

Auch bei optimalen Verhältnissen wird sicherlich so mancher Patient leider vergeblich auf eine Heilung warten müssen.

Dr. med. Ph. Traut, Weserklinik, Am Brinkkamp 15, W-4970 Bad Oeynhausen 1

## Ungereimtheiten

Am Beispiel der Diabetes-Kliniken – insbesondere der in freier Trägerschaft – lassen sich leider noch ein paar zusätzliche Ungereimtheiten aufzählen, die vor allem seit Inkrafttreten des GRG häufig Kummer machen. Auch bei diesen Kliniken wissen meistens weder die einweisenden Hausärzte, noch die Kostenträger, noch die Betroffenen (Diabetiker), und schon gar nicht die zuständigen gesundheitspolitischen Entscheidungsträger, um was es eigentlich geht.

Wirth zitiert die Vorstellungen der WHO. Danach ist die Rehabilitation eine Maßnahme, die das Ziel hat, Schädigungen, Beeinträchtigungen und Behinderungen zu verhindern, zu bessern beziehungsweise zu beseitigen und eine soziale Integration zu erreichen . . .

Die Rehabilitation von Diabetikern bedeutet zunächst, ihnen Hilfe zur Selbsthilfe zu geben; durch eine möglichst umfassende Schulung über alle relevanten Themen muß versucht werden, den Diabetiker zur Akzeptanz seiner chronischen Krankheit im Rahmen seines Lebens zu motivieren, so daß er mit der neuen Situation möglichst in allen Lebenslagen zurechtkommt.

Eines der wesentlichen Ziele dieser Rehabilitation ist der Versuch der *Primär-Prävention* von diabetischen Folgeerkrankungen, das heißt das Verhindern beziehungsweise Hinausschieben dieser chronischen Komplikationen.

Leider gehört in großem Umfang auch die *Rehabilitation* von Diabetikern mit diabetischen Folgeerkrankungen zum Alltag der Diabetes-Kliniken, also die Schulung von sehbehinderten, blinden und/oder bein-amputierten und/oder dialyse-pflichtigen und/oder . . . Diabetikern über das Zurechtkommen im Leben mit diesen zusätzlichen Behinderungen. Bei diesen Patienten wird auch eine Sekundär-Prävention bezüglich der

diabetischen Folgeerkrankungen notwendig sein: also der Versuch, eine weitere Verschlechterung beziehungsweise Progredienz beziehungsweise Rezidiv zu verhindern oder wenigstens möglichst weit hinauszuschieben. Die kontinuierliche Wiederholung der Schulung und Motivation – stationär, ambulant, schriftlich (durch Rundschreiben), mündlich (im Rahmen eines Telefonservices) und zum Beispiel nachsorgend (durch ein „home-visiting-nurse-System“) – ist einer der wichtigsten Bestandteile einer lebenslangen Betreuung chronisch Kranker. Zu denken wäre in diesem Zusammenhang auch an die Übernahme des – eventuell abgeänderten verbesserten – ambulanten Diabetiker-Betreuungssystems der DDR.

Besonders gesundheits- und kostenbewußt zeigen sich Kliniken, die sich an einer Primär-Prävention eines noch nicht manifesten Typ-II-Diabetes bei Blutsverwandten ihrer Typ-II-Diabetes-Patienten versuchen . . .

Heute noch werden Zehntausende Diabetiker (sicherlich die Mehrheit) in „normalen“ Krankenhäusern zur Diabetes-Einstellung aufgenommen. In der Regel findet dort nur der Versuch einer Einstellung statt, *ohne* die selbstverständlich zur Diabetiker-Betreuung gehörende Schulung. Meist dauert ein solcher Aufenthalt zehn bis zwanzig Tage, das heißt er kostet bei den heutigen Tagessätzen zwischen 3500 und 7000 DM.

Wenn Diabetiker in einer Diabetes-Klinik rund 20 Tage lang eingestellt und geschult werden, kostet dies bei einem durchschnittlichen Tagessatz von 180 DM etwa 3600 DM. In Diabetes-Kliniken wird eine „krankenhausähnliche Behandlung“ mit Schulung (über deren Notwendigkeit sich alle Kollegen einig sind) zu einem wesentlich günstigeren Preis erbracht als in den „normalen“ Krankenhäusern. Häufig wird aber diese unsere Tätigkeit von den sozialmedizinischen Diensten nicht als

„krankenhausähnliche“ angesehen, sondern als „nur“ Reha-Maßnahme oder gar als Kur. Gleiches gilt im übrigen bei der Behandlung sogenannter diabetischer Füße, insbesondere Gangrän- oder Mal-perforans-Füße.

Auch hier, muß ich im Sinne des Artikels von Wirth sagen, werden unnötig Gelder verschwendet und gleichzeitig Fachkliniken nervlich erheblich strapaziert beziehungsweise zum Teil in ihrer Existenz bedroht, und dieses letztlich zu Lasten der betroffenen chronisch Kranken.

Sicherlich muß das Umdenken pro Prävention, pro „Schulungs-Medizin“, pro Berücksichtigung der psychosomatischen und psychosozialen Aspekte und Probleme bei chronisch Kranken möglichst rasch und massiv weiterentwickelt werden. Es gilt, quantitativ und vor allem qualitativ das Leben der Millionen von chronisch Kranken zu verbessern und unnötiges Leid der Betroffenen und die für uns alle sehr teure Frühinvalidität chronisch Kranker zu verhindern.

Dies wird nicht zu erreichen sein, indem die wirtschaftlichen und kostenträgerischen Bedingungen für die zuständigen Kliniken immer mehr verschlechtert werden beziehungsweise die Kostenübernahme-Pflicht für die so wichtigen präventiven und Rehabilitations-Maßnahmen zwischen den in Frage kommenden Kostenträgern wie bei einem Gesellschaftsspiel hin- und hergeschoben werden, zum Schaden letztendlich aller Beteiligten.

Dr. med. Bernt Kampmann, Diabetes-Klinik Bad Nauheim, Terrassenstraße 81, W-6350 Bad Nauheim

## Schlußwort

Mehrfach klang an, daß die Kurmedizin sich historisch entwickelt und eine große Tradition habe. Diese Tatsache wurde nicht bestritten – sondern explizit erwähnt. Tatsache ist jedoch auch, daß sich die Reha-Medizin in den