

# NATURHEILVERFAHREN

## ***und das Individuelle Gesundheitsmanagement (IGM) – von der passiven zur aktiven Bürgerrolle in Gesundheit und Krankheit***

### *Gliederung*

#### **1. Trends und Hintergrund**

#### **2. Grundlagen der Naturheilverfahren**

2.1. *Definition nach Wirkfaktoren und Wirkprinzipien*

2.2. *Wie stellt sich das Gebiet NATURHEILVERFAHREN international dar?*

2.3. *Naturheilverfahren in der medizinischen Versorgung*

2.3.1. „Hiatus“ zwischen ambulanter und stationärer Naturheilkunde

2.3.2. Vielfalt von Anbietern naturheilkundlicher Verfahren und kurze Darstellung  
der Anwendungsgebiete

2.3.3. Wie ordnen sich naturheilkundliche Verfahren in die Gesamtmedizin ein?

2.4. *Interesse an Naturheilverfahren*

#### **3. Stand der Forschung**

#### **4. Salutogenese**

4.1. *Gesundheit und das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum*

4.2. *Gesundheitspädagogik – Theorien der Verhaltensänderung*

#### **5. Das Konzept des individuellen Gesundheitsmanagements (IGM)**

5.1. *Das Risiko- und Schutzfaktoren-Management und die Vorsorgeuntersuchung*

5.2. *Das strukturierte Gesundheitstraining als integratives Gruppentraining (IGTr)  
oder integrative Gruppentherapie (IGTh)*

5.2.1. Grundprinzipien

5.2.2. Inhalte des individuellen Gesundheitsmanagements

5.2.3. Erleben und Üben in der Gruppe – ein(e) integrative(s)  
Gruppentraining / -therapie

5.2.4. Der Trainingsplan

5.3. *Das elektronische Gesundheitsportal als Lebensbegleiter*

#### **6. Literatur**

## 1. Trends und Hintergrund

Die westlichen Gesellschaften mit ihren überwiegend konservativen und sozialliberalen politischen Strukturen zeigen einen verstärkten Trend zu mehr Emanzipation und Selbstbestimmung in Gesundheits- und Krankheitsfragen. Die Rolle des passiven Konsumenten<sup>1</sup> oder uninformatierten Patienten wird in den hoch industrialisierten Bürgergesellschaften seltener und wandelt sich um zu einem aktiven und mitbestimmenden Partner in Gesundheit und Krankheit. Die informationelle Selbstbestimmung, das Einholen von Zweitmeinungen bei wichtigen medizinischen Entscheidungen und die Miteinbeziehung von Wünschen und Vorlieben für bestimmte Interventionen (z.B. Naturheilverfahren) sind steigende Bürgerforderungen in westlichen Gesundheitssystemen. Diese Stärkung von Patientenintegration und Partizipation führt gesundheitspolitisch dazu, dass das Solidaritätsprinzip zukünftig durch ein Prinzip der Selbstverantwortung ergänzt wird.

Die knapper werdenden finanziellen Ressourcen und die allmählich wachsende Einsicht, dass es wenig Sinn macht, einen wesentlichen Teil der Finanzmittel eines Gesundheitssystems in die Versorgung von Folgeschäden und Endzuständen chronischer Erkrankungen zu investieren, werden die Gesellschaften dazu zwingen, eine Umverteilung der finanziellen Mittel hin zu mehr Prävention und Gesundheitsförderung zu veranlassen.

Folglich schieben sich auch Themen wie Prophylaxe, Selbstbehandlung und Förderung von Selbstkompetenz in den Vordergrund der Reformdiskussionen.

Auch die immer geringer werdende Zahl von Erwerbstätigen, die für immer mehr Rentnerinnen und Rentner die Altersruhegelder erwirtschaften müssen, haben sich für diese Aufgabe am Arbeitsplatz gesund zu erhalten.

Dennoch ist das aktuelle Gesundheitssystem – trotz aller Reformen – nach wie vor als ein wirtschaftliches Krankheitsverwertungssystem zu betrachten. Das Gesundheitssystem erhält nicht primär Gesundheit, sondern verdient fast ausschließlich an der Krankenbehandlung. Darüber hinaus klappt die Schere zwischen den Möglichkeiten einer medizinischen Diagnostik und Behandlung immer weiter. Zivilisationskrankheiten wie Infarkte und Krebs

sowie Krankheiten wie Aids lassen sich einerseits immer perfekter diagnostizieren – andererseits ist Heilung deswegen aber noch lange nicht erreichbar.

Es fehlt eine konsequente Korrektur in Richtung Vorsorge und frühzeitiger Vermeidung von Folgeerkrankungen, die häufig aufgrund ungesunden Lebensstils entstehen. Auch wenn der Aufbau von sogenannten Disease-Management-Programmen (DMP) hinsichtlich der weiteren Vermeidung oder Verzögerung von Folgeschäden ein gesundheitspolitisch richtiges Signal darstellen, bleibt dennoch Fakt, dass eine Erfassung von Patienten in der Chronifizierung einer Erkrankung im Sinne so genannter „Chronikerprogramme“ medizinisch zu spät und zu fraktioniert ansetzt.

Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) von 2003 fordert deshalb mit Recht einen Paradigmenwechsel, durch den der Prävention und Gesundheitsförderung ein zumindest gleichrangiger Stellenwert neben der Kuration und der Rehabilitation zugebilligt wird. Neue Bonusverfahren einzelner Krankenkassen unterstützen diese Forderung. Der Überlastung des Gesundheitswesens durch sogenannte Volkskrankheiten sollte deshalb insbesondere mit Strategien und Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung begegnet werden (Abb.1).

Abbildung 1: Trends und Hintergrund

- *Gesundheitsorientierung*
- *Lebensqualität*
- *Informationsorientierung mit E-Health-Technologie*
- *Patientenorientierung*
- *Wachsende Akzeptanzkrise der bio-medizinisch isolierten Krankheitsbehandlung*
- *Qualitäts- und Ergebnisorientierung*
- *Wissenschaftspluralismus*

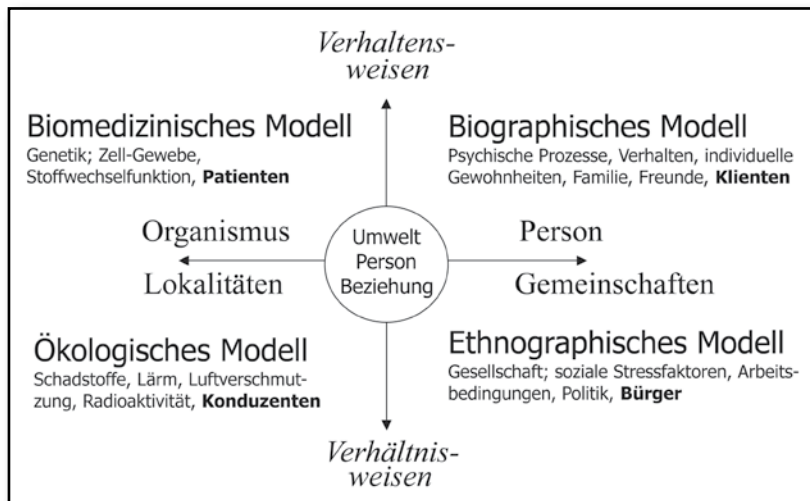
Neben den gesellschaftlichen Veränderungen sind es aber auch wissenschaftliche und technologische Entwicklungen, die eine in Richtung Gesundheit und Selbstregulation (Autonomie) orientierte (salutogene) Medizin stärker fördern werden. Hierzu zählt die Erkenntnis, dass die Wirklichkeit von Leben (und damit von Gesundheit und Krankheit) aus verschiedenen

<sup>1</sup> Konsument steht auch für Konsumentin

wissenschaftlichen Paradigmen zu betrachten und zu analysieren ist. Ein umfassender und kontextbezogener Ansatz von wissenschaftlicher Betrachtung, der den Mensch als Person mit seinem Verhalten und seinen Verhältnissen im Spannungsfeld von Umwelt und persönlichen Beziehungen berücksichtigt, bezieht – neben dem biomedizinischen körperlichen Modell – psychische Prozesse, individuelles Verhalten und Gewohnheiten, Familie sowie Freunde als biographisches Modell mit ein. Da Personen in Gemeinschaften leben, ist auch ihre Rolle als Bürger in der Gesellschaft, am Arbeitsplatz und im Gemeinwesen ein weiterer wichtiger Aspekt, der – nach Göpel – als ethnographisches Modell die Verhältnisse der Menschen beschreibt. Schließlich unterscheidet Göpel noch ein viertes wissenschaftliches Modell – nämlich das ökologische Modell, das den Lebensraum, die Lokalitäten des Menschen, analysiert (Abb.2).

Abbildung 2: Wissenschaftspluralismus nach Göpel E (2001)

### Ganzheitliches Modell grundlegender Lebensprozesse



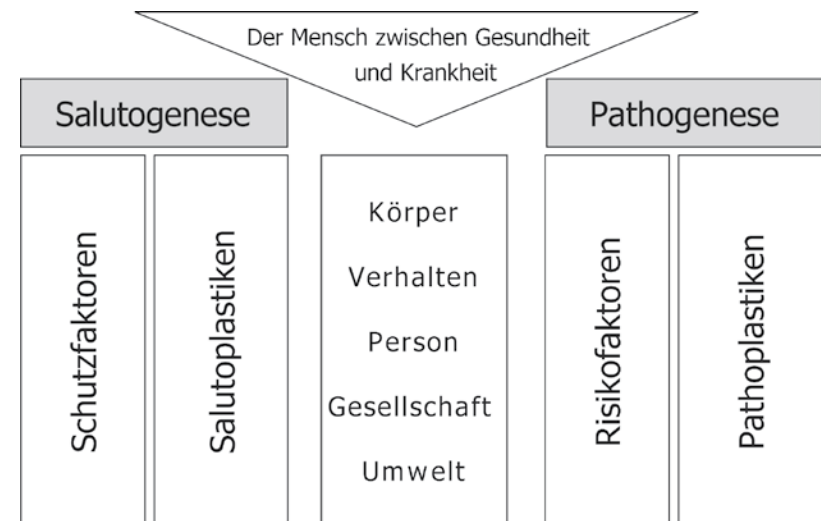
Dieser Pluralismus an wissenschaftlicher Betrachtungsweise wird auch den verschiedenen Bedingungen und Determinanten einer Gesundheitsentwicklung (**Salutogenese**) des menschlichen Lebens gerecht, die auf Bereiche des physiologischen Verhaltens, der individuellen Reifevorgänge, der

genetischen Ausstattung und des biosozialen Raumangebotes verdichtet werden können.

Die Betrachtung von Krankheit mit ihren Risiken und verschiedenen Formen (Pathoplastiken) muss also auch die Perspektive von Gesundheit und ihren Schutzfaktoren und Formen von Gesundheit (Salutoplastiken) mit einbeziehen. Körper, Verhalten, Person, Gesellschaft und Umwelt sind Determinanten einer Gesundheits- und Krankheitsentwicklung, die umfangreiche Kontextfaktoren beinhalten (Abb.3).

Autoregulation, Selbstheilung und natürliche Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Regulation, Regeneration, Anpassung, Abwehr und Normalisierung sind wesentliche Wirkprinzipien einer Salutogenese mit einem autonomen (von innen, selbst wirkenden) Selbstverständnis, die den Wirkprinzipien der Ausschaltung, Substitution und Lenkung einer pathogenetisch-orientierten Medizin mit vorwiegend heteronomen Selbstverständnis (von außen einwirkend) gegenüber zu stellen sind. Beide Perspektiven ergänzen sich und sind komplementär („sowohl als auch“) zueinander.

Abbildung 3: Der Mensch zwischen Salutogenese und Pathogenese, Melchart



Einen weiteren zunehmenden Einfluss auf das wachsende Selbstverständnis für Autonomie und Selbstbestimmung der Bürger zeigt die moderne

„E-Health“-Technologie in unserer Gesellschaft. Ein weltweites technologisches Phänomen, das auch niederschwellige Zugänge zu Gesundheits- und Präventionsthemen für breite Schichten und große Zahlen von Menschen ermöglicht.

**Welche Konsequenzen können aus den bisher geschilderten gesellschaftlichen und wissenschaftlich-technischen Veränderungen für die Medizin und das Gesundheitssystem im Gesamten gezogen werden?**

Die medizinischen Wissenschaften mit ihrer Fokussierung auf Krankheitsforschung und -lehre müssen durch eine selbstständige Gesundheitsforschung und Gesundheitslehre ergänzt werden. Eine stärkere Betonung von Prävention und Gesundheitsförderung muss auch neue Komplettangebote für Gesundheit schaffen, die nicht nur vom Gesundheitssystem selbst, sondern von der gesamten Gesellschaft zu leisten sein werden. Schließlich wird sich das derzeitige „**Prinzip der Solidarität**“ durch ein „**Prinzip der Selbstverantwortung**“ erweitern müssen. Hierbei ist jedoch darauf zu achten, dass die Pflicht des Bürgers zur Selbstverantwortung auch mit dem Recht zum Erlernen eines gesundheitsfördernden Verhaltens im Alltag und mit der Wahrung oder Schaffung einer sozialen Chancengleichheit verbunden ist. Dieses Recht auf ein Individuelles GesundheitsManagement (IGM) als gesundheitsfördernden Lebensstil sollte politisch in verschiedenen Bereichen der Gesellschaft gefördert und für den Bürger praktikierbar umgesetzt werden (Abb.4).

Abbildung 4: Konsequenzen für die Gesellschaft

#### **Allgemeine Folgen – Konsequenzen**

- Das „Prinzip der Solidarität“ muss durch das „Prinzip der Selbstverantwortung“ ergänzt werden.
- Es müssen Komplettangebote für Gesundheit entwickelt und die Gesundheitsförderung eine Aufgabe der Gesellschaft werden.
- Die Krankheitsforschung und -lehre muss durch eine selbstständige Gesundheitsforschung und -lehre ergänzt werden.

Das Konzept eines modernen Gesundheitsmanagements lehnt sich an das aus der Naturheilkunde kommende Prinzip der Ordnungstherapie an. Die Ordnungstherapie ist Teil des Methodenspektrums der so genannten klassischen Naturheilverfahren.

## **2. Grundlagen der Naturheilverfahren**

### **2.1. Definition nach Wirkfaktoren und Wirkprinzipien**

Naturheilverfahren werden zunehmend neu bewertet. Patienten, Krankenkassen, Politiker, öffentliche Medien und ärztliche Standesorganisationen bemühen sich darum. Wesentliche Gründe für diese Neubewertung sind mit folgenden Schlagworten bruchstückhaft angedeutet:

- „Evidence-based Medicine“ und Verteilungskampf um Krankenkassengelder,
- medizinische und gesundheitspolitische Hinterfragung traditioneller Kuren,
- Methodenvielfalt und Methoden-Dissens in der ambulanten und stationären Versorgung mit Naturheilverfahren,
- fehlende Hochschultradition und fehlende akademische Meinungsführerschaft.

Alle Akteure im Gesundheitswesen glauben derzeit, sich unter Naturheilverfahren etwas vorstellen zu können, ohne dass tatsächlich Einigkeit über den Begriff und die darunter zu subsumierenden Verfahren besteht.

Historisch geht der Begriff auf den Münchener Arzt Lorenz Gleich (1798–1865) zurück, der Naturheilverfahren wie folgt definiert:

**„Heilen ohne Arzneistoffe und Blutentziehung, mit Kälte und Wärme, Trinken von kaltem Wasser, Umschlägen, Diät, frischer Luft usw.“**

Naturheilkundliche Autoren wie Roths Schuh (1965,1983), Hentschel (1987, 1991) und Bühring (1990) forderten deshalb für die Definition auch die

Verwendung „echter“ oder naturbelassene Wirkfaktoren wie Licht, Luft, Wasser, Erde, Pflanzen, Mineralien, speziell naturbelassene Ernährungsformen, natürliche Reize wie Bewegung und Schonung, klimatische Faktoren und die Einhaltung natürlicher Rhythmen und Zeitordnungen. Diese naturistischen Wirkfaktoren sind primär unmittelbar der Natur entnommen oder dieser „nachempfunden“ (Bühning, 1990).

Da die Ursprünge dieser Naturheilverfahren bereits in der hippokratischen Medizin des Altertums liegen, werden sie als „**klassische Naturheilverfahren**“ oder Naturheilverfahren im engeren Sinne bezeichnet, wozu folgende Verfahren gerechnet werden:

- **Bewegungstherapie, Atemtherapie**
- **Ernährungstherapie**, hierzu zählen:
  - Vollwertkost und ihre Varianten
  - Rohkost einschließlich Teilfasten
  - Totales Fasten nach Buchinger
  - F.X. Mayr-Fasten
  - Schrothkur
  - Sonderdiäten
- **Hydro-Thermotherapie**, hierzu zählen:
  - Waschungen
  - Güsse
  - Wickel und Packungen
  - Kräuterbäder
  - Luftbäder
  - Überwärmungsbäder
  - Sauna
  - Dampfbäder
- **Massageverfahren**, hierzu zählen:
  - klassische Massage
  - manuelle Lymphdrainage
  - Reflexzonenmassage (Bindegewebsmassage, Segmentmassage, Periostbehandlung, Kolonbehandlung)
  - Unterwasser-Druckstrahlmassage
- **Phytotherapie**, einschließlich der Wirkungsweisen und Heilanzeigen der wichtigsten Heilpflanzen und der Behandlung mit Wirkstoffkomplexen
- **Ordnungstherapie (Gesundheitstraining)**, einschließlich Entspannungsverfahren

Diese geschichtlich bewährten Naturheilverfahren, die hier nach der Systematik von Pfarrer Kneipp zusammengefasst auch als die „5 Säulen der Naturheilkunde“ bezeichnet werden, haben zwischenzeitlich überwiegende Anerkennung durch ihre Plausibilität und Traditionsstellung innerhalb der Kurortmedizin auch in der deutschen Hochschulmedizin gefunden.

Die Verfahren können einzeln oder als komplexe Physiotherapie nach Kneipp durchgeführt werden.

Unter dem Oberbegriff „Physikalische Medizin und Balneologie“ werden einige dieser klassischen NHV zusammengefasst, die bereits in die konventionelle Medizin integriert sind. Die naturistische Sichtweise wurde von der Physikalischen Medizin – als mittlerweile eigenständiges medizinisches Fachgebiet – in den letzten Jahrzehnten verlassen und im Sinne einer naturwissenschaftlichen Interpretation des Wirkfaktors durch funktionell-physiologische, thermische und biomechanische Prinzipien ersetzt.

Es steht der therapeutische Einsatz physikalisch wirksamer Größen wie Strahlung, Licht, Wärme, Kälte, Druck, Zug oder Torsion im Vordergrund der Betrachtung (**physikalischer Wirkfaktor**). Diese Phänomene lassen sich den Hauptgebieten der Physik zuordnen und können als elektrisch, mechanisch, optisch oder thermisch bezeichnet werden. Erweitert durch die Balneologie und Klimatologie liegt das Behandlungsspektrum der Physikalischen Medizin somit in den Bereichen der Elektrotherapie, Hydro- und Thermotherapie, Krankengymnastik und Massagen sowie Klimatherapie.

Klinische Wirksamkeitsnachweise stehen jedoch auch diesen Verfahren nicht im nötigen Umfange zur Verfügung.

Klassische Naturheilverfahren müssen aber auch noch eine zweite Bedingung erfüllen: Die zum Einsatz kommenden Wirkfaktoren sollen die natürlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten eines Menschen zur Selbstheilung und Selbstbewältigung von Krankheiten und zum Erhalt von Gesundheit anregen und unterstützen können.

Durch das Wirkprinzip der Selbstheilung finden die klassischen Naturheilverfahren Anschluss an die traditionellen Medizinsysteme, wie sie aus der antiken Medizin oder aus fernöstlichen Kulturkreisen bekannt sind (Antike: „Physis“ des Menschen; Mittelalter: „inwendiger Arzt“; chinesische Medizin: „Chi“, die Lebenskraft). Die „Selbstheilungskräfte“ des Menschen beschreiben all das, was unser Körper von „selbst“ richtig macht, um uns gesund zu er-

halten und mit den Anforderungen und Gefährdungen des Lebens fertig zu werden.

Diese organismischen Eigenleistungen, die eine aktive Beteiligung des Gesamtorganismus am Gesundheitsprozess voraussetzen, ist die Summe der physiologischen Vorgänge der Abwehr, Anpassung, Normalisierung und Regeneration, die normalerweise Bestand und Gesundheit des Menschen erst ermöglichen. Hierzu zählen aber auch das Selbstmanagement, die eigenverantwortliche Gesundheitsmündigkeit. Es handelt sich um das Wirkprinzip der „Hygiogenese“ (Hildebrandt, 1985) bzw. der „autonomieorientierten“ bzw. „autoregulativen“ (Matthiessen, 1994; Melchart, 1993) Selbstheilungsvorgänge. Diese Fähigkeiten werden erst indirekt, d.h. sekundär durch die geeignete Auswahl von therapeutischen Reizbelastungen ausgelöst oder verstärkt und durch selbstverantwortliches Handeln aktiviert.

Beispiele für hygiogenetische Vorgänge sind physiologische Erholungs-, Kompensations- und Abwehrfunktionen, die mit ihren unterschiedlichen reaktiven Zeit-Perioden adäquate Anpassungsreaktionen des Organismus an neue Leistungs-Anforderungen erst ermöglichen. So kann ein aktives Bewegungstraining oder die wiederholte Durchführung von Kaltwasseranwendung mit Kneipp'schen Güssen zu einer Ökonomisierung der Kreislaufregulation, zur erhöhten Aktivität unspezifischer immunologischer Reaktionen und zu einer allgemeinen Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit führen.

Der Erfolg einer reiztherapeutischen Anwendung ist jedoch u.a. von der individuellen Reaktions-Ausgangslage, der Reizdosis und Reizdauer sowie dem Zeitpunkt der Applikation abhängig.

Die vorwiegend krankheitsorientierte (pathogenetische) Sichtweise der konventionellen Medizin erfährt somit eine sinnvolle Ergänzung durch eine auf Gesunderhaltung gerichtete (salutogenetische) Praxis und Theorie der Naturheilkunde, die Krankheit häufig als Folge eines gesundheitsschädigenden Verhaltens im Alltag wie auch als eine Chance zur Reifung und Neuorientierung und als Teil eines Gesundungsprozesses betrachtet. So können z.B. Fieber oder Durchfall unterstützungswerte Zeichen der körpereigenen Abwehr, Schmerzen und Leiden eine Botschaft oder ein Signal, „etwas im Leben zu ändern“, darstellen. Diese Sichtweise kann als „teleologischer“ Aspekt der Naturheilkunde bezeichnet werden.

Folgende Wirkprinzipien werden unterschieden: „Schonung“, „Normalisierung“ und „Kräftigung“.

Die Bezeichnung **„Normalisierung“** beschreibt die Annäherung oder Rückkehr einer Funktion (eines Organs oder des ganzen Organismus als Gesamtsystem) zu ihrem Normalzustand.

Normale Leistungen werden durch Regulation, Korrelation und Koordination im Organismus eingestellt, aufrechterhalten oder wiederhergestellt.

Permanente Abweichungen, Verluste oder Schwächen dieser Leistungen von der Norm führen zu Krankheit mit anormalen Funktionsgrößen.

Die Regulation wird vorwiegend vom zentralen Nervensystem und ihren komplexen Funktionen gesteuert und unterliegen einer rhythmischen Zeitordnung.

Die Anregung von Selbstheilungsvorgängen, die Steigerung der allgemeinen Leistungsfähigkeit, die Auslösung von vegetativen Gesamtschaltvorgängen sind physiologische Beispiele für Prozesse der Normalisierung oder Regularisierung, die auch als „funktionelle Adaptation“ bezeichnet werden können (Hildebrandt, 1985).

Therapeutische Verfahren, die diese regulatorischen Selbstordnungsleistungen des Organismus zur therapeutischen Nutzung anregen oder steigern wollen, werden Reaktions-, Regulations- oder Adaptationstherapien genannt.

Das Wirkprinzip der **„Schonung“** wird therapeutisch durch z.B. bewusste Entlastung des Stoffwechsels durch Fasten, vermehrten Schlaf oder durch Anregung einer erhöhten körpereigenen Ausscheidung von Substanzen mittels Diuresesteigerung, Schwitzen etc. zu erzielen versucht.

Physiologisch handelt es sich hierbei um Prozesse der lokalen Erholung wie der Durchblutungssteigerung, der Resorption von Entzündungsprodukten oder allgemein der Entlastung, Entstörung, Abstinenz und Vermeidung.

Als **„Kräftigung“** kann die Steigerung der Leistungskapazität durch Wachstumsreaktionen und Überhöhung der Energiereserven bezeichnet werden. Praktische Beispiele für derartige spezifische oder auch „trophisch-plastische“ Adaptationen sind der Muskelaufbau an den Extremitäten durch Muskel-Trainingsmaßnahmen oder die Zunahme der roten Blutkörperchen durch Höhenanpassung im Sinne der Klimatherapie.

Auch die spezifische Antikörperbildung des Immunsystems zählt zu dieser Kategorie.

Eine Zusammenfassung der Wirkprinzipien zeigt folgende Abbildung 5.

Abbildung 5: Wirkprinzipien der Erholung, Normalisierung, Kräftigung nach G.Hildebrandt, 1985

Prinzip der Hygiogenese nach Grote	
<b>Lokale Erholungsförderung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>↗ lokale Durchblutungssteigerung</li> <li>↗ Steigerung der Gewebeerholung und Gewebstrophik, Gewebsabwehr</li> <li>↗ Resorption von Entzündungsprodukten</li> <li>↗ Senkung des glattemuskulären Tonus</li> </ul> <b>Allgemeine Schonung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>↗ Entlastung, Entstörung, Abstinenz</li> <li>↗ Förderung der Selbstordnungs- und Selbstheilungsleistungen</li> <li>↗ passive Aquilibrierung des vegetativen Systems</li> <li>↗ Deadaption von Fehlanpassungen</li> </ul>	Entlastung, Erholung
<b>Funktionelle Adaption (allgemeine Regularisierung):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>↗ übende Belastung der Regelsysteme zur Steigerung der Funktionsökonomie und Normalisierung</li> <li>↗ Steigerung der allgemeinen Leistungsfähigkeit</li> <li>↗ Anregung der Selbstheilungsleistungen</li> <li>↗ Langzeiterholung</li> <li>↗ reaktive Aquilibrierung des vegetativen Systems</li> <li>↗ Auslösung periodischer vegetativer Gesamtumschaltungen zur Steigerung autonomer Leistungen</li> </ul>	Normalisierung, Regularisierung
<b>Spezifische (trophisch-plastische) Adaption :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>↗ Steigerung der Leistungskapazität durch Wachstumsreaktionen und Überhöhung der Energiereserven</li> <li>↗ z. B.: Muskeltraining</li> <li>↗ Überschreiten der Normen durch systematisch gesteigerte Anforderung</li> <li>↗ Spezialisierung</li> <li>↗ (Chronifizierung)</li> </ul>	Kräftigung

Die hygiogenetischen, d.h. die Gesundheit normalerweise erhaltenden Wirkfunktionen, werden den primär pathogenetisch orientierten, direkten Wirkungen der Ausschaltung, Lenkung und der Substitution als „künstliche“

oder „heteronomieorientierte (= von außen kommende)“ Therapieverfahren gegenübergestellt.

Beide Prinzipien ergänzen sich gegenseitig und sind oft gleichzeitige Komponenten eines medizinischen Gesamtverfahrens im Praxisfall. Die Unterscheidung hat aber nicht nur didaktischen Wert, sondern hat einen deutlichen Einfluss auf die ärztliche Denk- und Handlungspraxis, wie dies bereits oben unter dem „teleologischen Aspekt“ der Naturheilverfahren ausgeführt wurde.

Darüber hinaus hat eine am „Reiz-Reaktions-Modell“ orientierte Naturheilkunde konstitutionelle bzw. reaktionstypologische Bedingungen sowie eine weitere Anzahl individueller Aspekte wie z.B. Kälte- und Wärmeempfindlichkeit (Modalitäten) oder die allgemeine Leistungsfähigkeit des Patienten zu berücksichtigen.

In der Regel führen diese therapeutischen Reize nicht zu einer unmittelbaren und schnellen Genesung. Es müssen meist längerfristige und über mehrere Wochen hinweg regelmäßige Behandlungen durchgeführt werden (serielle Reize). Die therapeutischen Einzelreize sind überwiegend von milder Stärke bzw. niedriger Dosierung.

Jedoch ist es durchaus möglich, dass auch kurzfristige „Erstverschlimmerungen“ als Trainingskrisen auftreten. Oft gelingt es erst nach einer bewussten „Auslenkung“ einer Funktion über das normale Maß hinaus, Zielwerte einer individuellen Norm erneut einzustellen.

Als allgemeine Therapieziele können die Verbesserung der vegetativen Basisfunktionen (Schlaf, Herz-Kreislauf, Ausscheidungsvorgänge etc.), die Steigerung der körperlichen, seelischen und geistigen Leistungsfähigkeit, der Aufbau von Selbstvertrauen, Selbstbewältigung und die Verbesserung einer gesundheitsorientierten Lebensqualität bezeichnet werden.

Die therapeutische Orientierung an reaktiven und adaptiven Leistungen des Organismus und die häufig an der Körperoberfläche applizierten Einzelverfahren (Massagen, Hydrotherapien etc.) als therapeutische Reizsetzung beruhen jedoch auf einer Reihe von neurophysiologischen Modellen reflexiver Zusammenhänge, Somatotopien etc., deren wissenschaftliche Erklärungen häufig noch sehr bruchstückhaft sind.

Schließlich existieren Arbeitshypothesen zu Wirkmechanismen von Naturheilverfahren, die sich auf den Interzellularraum konzentrieren und als „System der Grundregulation“ bekannt wurden (Heine, 1991). Diese „Grund-

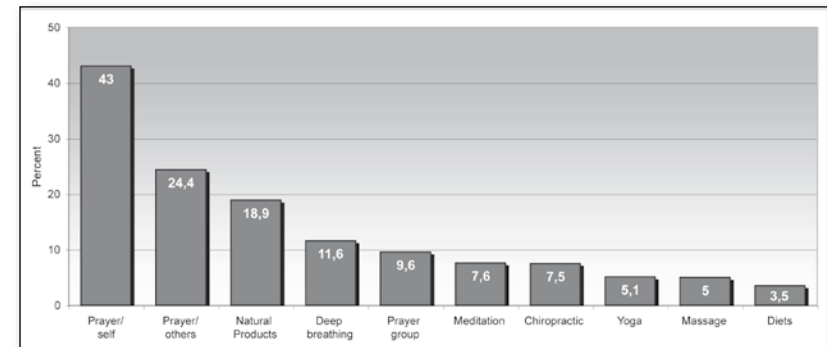
substanz“ oder „extrazelluläre Matrix“, bestehend aus einem Netzwerk von Proteoglykanen und Glukosaminoglykanen, durchzieht den gesamten Extrazellularraum und soll funktionell ein den Parenchym-Zellen vorgeschaltetes „Molekularsieb“ und eine Transitstrecke zwischen Kapillare und Zelle bilden (Heine, 1991).

Ein weiterer Aspekt wird in jüngster Zeit von Karl Pirlet, 1996 aufgeworfen, der die Selbstordnungskraft aus evolutionsbiologischer und molekular-physiologischer Sicht einem Ausleseprozess auf protein-molekularer Ebene zuschreibt. Seiner Meinung nach sind die natürlichen Reize (Nahrung, Wetter, Wärme, Kälte, Bewegung, Licht, Druck etc.) und ein naturgemäßer Lebensstil des Menschen elementare Voraussetzungen für den Abbau von vorgeschädigten, gealterten und denaturierten Proteinen, die durch selektive Auslese durch stabile struktur-intakte und damit funktionstüchtige Proteine ausgetauscht werden sollen und damit ein gesundes Leben erst garantieren. In diesem Sinne spricht Pirlet – wie auch Hildebrandt – von Naturheilverfahren als eine physiologische Therapie.

## 2.2. Wie stellt sich das Gebiet NATURHEILVERFAHREN international dar?

Hier wird man zunächst überrascht sein, dass eine englische Übersetzung des Begriffes in „Natural Healing Procedures“ nicht existiert. Eine überwiegend vergleichbare Bedeutung und Wortähnlichkeit findet sich im Begriff „Naturopathy“ wieder, der im angloamerikanischen Sprachraum bekannt ist und zumindest ursprünglich und zum Teil auch heute noch große Anlehnung an die Kneipp'sche Lehre zeigt. Im Gegensatz zu Deutschland handelt es sich hier aber um eine deutlich geringere Popularität. Es stehen hier – mit Ausnahme der USA – Verfahren wie die Akupunktur (die allerdings auch in Deutschland die am meisten angewandte Einzelmethode in diesem Bereich darstellt), die Traditionelle Chinesische Medizin, die Homöopathie, die Chirotherapie und Osteopathie und viele andere Methoden im Vordergrund.

Abbildung 6: Die 10 häufigsten CAM-Methoden in den USA (2004)



In den USA gewinnen jedoch inhaltlich die Bereiche der Priestermedizin eine immer größere Rolle und zählen zu den häufigsten CAM-Modalitäten (Barnes et.al.2004; Abb. 6). CAM bedeutet „Complementary and Alternative Medicine“ und ist derzeit die offizielle Bezeichnung in den USA. Daneben existieren die Begriffe „integrative medicine“ und seit jüngster Zeit auch „comprehensive medicine“ – was soviel wie eine „umfassende Medizin“ bedeutet. Der in Europa derzeit gebräuchlichste Begriff stellt „Complementary Medicine“ dar, der sich mit „Komplementärmedizin“ auch in den deutschsprachigen Ländern mehr und mehr durchgesetzt hat. Der Begriff „Komplementärmedizin“ wird im Wörterbuch Naturheilkunde Pschyrembel, 1999, wie folgt definiert:

*„Bezeichnung für eine medizinische Richtung, die bestimmte diagnostische und therapeutische Verfahren, die zum Teil außerhalb der klassischen Schulmedizin stehen, ergänzend zur Schulmedizin (und nicht anstatt dieser) einsetzt. Dabei wird versucht, eine vorwiegend pathogenetisch orientierte Sichtweise zu ergänzen oder zu ersetzen durch eine gesundheitsorientierte („salutogenetische“) Sichtweise, die Autoregulation und Selbstheilungskräfte sowie das aktive Rollenverständnis des Patienten betont.“*

Gegenwärtig dürften circa 130 Einzelverfahren existieren, deren Vertreter im weitesten Sinne dem Gebiet der Komplementärmedizin und den Naturheilverfahren zugerechnet werden möchten. Viele dieser Verfahren sind spekulativ und/oder können per se hinterfragt werden, ob sie wirklich die Autoregulation und Selbstheilung anregen und verbessern helfen. Da jedoch derartige Wirkmodelle nur in wenigen Bereichen (z.B. Chronobiologie)



entwickelt wurden, fehlt der Nachweis bei fast allen Verfahren – einschließlich der klassischen Naturheilverfahren. Deshalb sind diese Verfahren vorwiegend durch klinische Wirksamkeitsnachweise und Belege für Behandlungsqualitäten aufzuarbeiten und zu differenzieren.

Eine mögliche Einteilung dieser komplementärmedizinischen Verfahren könnte erneut über die zum Einsatz kommenden Wirkfaktoren gelingen, wie wir dies bereits bei den NATURHEILVERFAHREN versucht haben.

Hier könnte folgende Aufteilung von Nutzen sein:

1. Biochemische Wirkfaktoren (Nahrungsergänzungstoffe, alle Formen der speziellen medikamentösen Verfahren)
2. Biomechanische Wirkfaktoren (Verschiedenste Formen der Massage, Körperübungen etc.)
3. Bioenergetische Wirkfaktoren (Homöopathie, Kinesiologie, Bioresonanzverfahren etc.)
4. Lebensstil-bezogene Wirkfaktoren (Life-Style-Training etc.)

Große traditionelle Heilsysteme wie die Traditionelle Chinesische Medizin oder der Ayurveda haben natürlich verschiedenste Wirkfaktoren und finden sich in allen oben genannten Kategorien wieder.

## 2.3. Naturheilverfahren in der medizinischen Versorgung

### 2.3.1. „Hiatus“ zwischen ambulanter und stationärer Naturheilkunde

Die im Vordergrund der Weiterbildung stehenden klassischen Naturheilverfahren umfassen die Hydro- und Thermo-therapie, Bewegungstherapie, Ernährungstherapie, Pflanzenheilkunde und die Ordnungstherapie. Trotzdem diese Einzelverfahren eine dominante Stellung in der Weiterbildungsordnung haben und von rationaler Einsicht und theoretischer Überzeugung begleitet sind, ist die Anwendungshäufigkeit in der ambulanten Praxis von meist nicht-klassischen Naturheilverfahren und anderen komplementären Verfahren beherrscht. So konnte durch eine eigene Erhebungen bei circa 800 Ärzten mit der Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren in Bayern und bei einem Rücklauf von 152 Antworten festgestellt werden, dass die Anwendungshäufigkeit von Einzelverfahren wie Neuraltherapie und Akupunktur

über derjenigen von Ordnungstherapie, Bewegungstherapie und Hydro-Thermotherapie liegt.

Der auffällige Unterschied im Anwendungs- und Verordnungsverhalten zwischen der stationären und ambulanten naturheilkundlichen Versorgung liegt größtenteils an der völlig unterschiedlichen Strukturqualität und Erstattungspraxis der einzelnen Leistungsformen.

Während in der klinischen Naturheilkunde die gesamte Palette der klassischen Naturheilverfahren „unter einem Dach“ verfügbar ist und der Patient zur täglichen Anwendung ebenfalls, können in der ambulanten Praxis klassische Naturheilverfahren wie z. B. Bewegungstherapie, Hydro- und Thermo-therapie sowie Massagen nur außerhalb der Praxis verordnet – oder eben häufig nicht mehr auf der Basis der gesetzlichen Krankenkassenerstattung – verordnet werden.

Dies prägt ein unterschiedliches Selbstverständnis von klinisch und ambulant tätigen Kollegen hinsichtlich ihrer Versorgungs-Philosophie und führt gelegentlich zu einem zum Teil ideologisch geführten Methodenstreit zwischen einzelnen Vertretern dieser Versorgungsstufen. So fordern klinische Kollegen der Naturheilverfahren in der Aus- und Weiterbildung sowie in der medizinischen Versorgung traditionell den überwiegenden Einsatz von klassischen Naturheilverfahren und bezeichnen oft nur diese Verfahren als „seriös“.

Die überwiegende Zahl der ambulant tätigen Kollegen bevorzugt hingegen meist ein breites Spektrum von Einzelverfahren, das mehr oder weniger von der individuellen Weiterbildungsbiographie des Einzelnen und von der aktuellen Kostenerstattung geprägt zu sein scheint.

In diesem Sinne wenden ambulante Ärzte in ihren Praxen häufig eigene, d.h. selbst zu erbringende Behandlungsformen an, die ihnen eine Anbindungsstrategie des Patienten an ihr „Unternehmen Praxis“ ermöglicht. Darüber hinaus liegen diese Leistungsformen in der Regel außerhalb der gesetzlichen Krankenkassenerstattung und können somit als individuelle Gesundheitsleistungen (Stichwort: IGeL- Liste) liquidiert werden.

### 2.3.2. Vielfalt von Anbietern naturheilkundlicher Verfahren und kurze Darstellung der Anwendungsgebiete

Neben der Vielfalt der Methoden muss auch die Vielfalt der Anbieter in diesem Versorgungssegment betrachtet werden. So handelt es sich bei einem großen Teil der Anbieter um nicht-ärztliche „Heilkundige“ wie Laien und Heilpraktiker. Die Zulassung für Anbieter von Naturheilverfahren und Komplementärmedizin ist vor allem bei den nicht-ärztlichen Heilkundigen gesundheitsrechtlich problematisch geregelt oder es bestehen überhaupt keine gesetzlichen Bestimmungen.

Es existieren zwischen Ärzten und Heilpraktikern mannigfaltige Berührungspunkte und Konfliktfelder. Diese betreffen vorwiegend die Freizügigkeit von Leistungserbringung und deren Abrechnungsmöglichkeiten durch eigene Gebührenordnungen sowie die bestehende gesundheitsrechtliche Exklusivität dieses Berufsbildes. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes aus dem Mikrozensus 1996 praktizierten in der Bundesrepublik Deutschland 12000 Heilpraktiker. Diese Zahl liegt damit nur geringfügig unter der Zahl von Ärzten mit den Zusatzbezeichnungen Naturheilverfahren, Homöopathie, physikalische Medizin aus demselben Jahre. Die folgende Abb. 7 zeigt die Anzahl der Ärzte mit Zusatzbezeichnungen aus dem Bereich Naturheilverfahren und Komplementärmedizin aus dem Jahre 2001. Die Ärzte mit Akupunktur sind mit Abstand die stärkste Gruppe.

Viele Ärzte betreiben die Naturheilverfahren primär im Sinne einer Ergänzungstherapie zu ihrer schulmedizinischen Grundausrichtung. Hierbei ist die Gefahr für den Patienten, von einer indizierten konventionellen Therapie abgehalten zu werden, gering. Im Gegensatz zu dem Berufsfeld des „Heilpraktikers“. Die Heilpraktikerausbildung ist in ihrer Qualität als sehr unterschiedlich einzustufen. Manche Heilpraktiker haben ihre Berufsbezeichnung lediglich in Abendkursen erworben. Leistungen in Naturheilverfahren und Komplementärmedizin werden aber auch zunehmend von anderen ärztlichen Medizinalberufen wie Zahnärzten und Tierärzten erbracht und damit eröffnen sich neue Konfliktfelder (Melchart, 2002).

Abbildung 7: Zusatzbezeichnungen; \* meist ohne offizielle Zusatzbezeichnung

<b>Ärzte mit Zusatzbezeichnung im Umfeld NHV / KM</b>	
<i>Balneologische und medizinsische Klimatologie</i>	2.550
<i>Chirotherapie</i>	12.626
<i>Physikalische Therapie</i>	4.897
<i>Homöopathie</i>	4.490
<i>Naturheilverfahren</i>	110.746
<i>Akupunktur (neu)*</i>	30–50.000
<i>Anthroposophie</i>	circa 6.000

Mögliche Anwendungsgebiete für Naturheilverfahren finden sich z.B. im Bereich funktioneller Störungen, chronischer Erkrankungen sowie bei Schwangeren, Kindern bis hin zu alten Menschen. In den Fachgebieten Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Pädiatrie, Geriatrie und Gynäkologie werden häufig Indikationen wie z.B. Infekte der oberen und unteren Luftwege, Magen- und Darminfekte, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Durchblutungsstörungen, Regelanomalien oder klimakterische Syndrome behandelt. Diverse Schmerzzustände, Schlafstörungen, reaktive Depressionen und ernährungsabhängige Beschwerden sind weitere wichtige Einsatzgebiete für Naturheilverfahren.

Relative Indikationen finden sich bei solchen Erkrankungen, bei denen eine adjuvante Anwendung, d.h. eine Kombinationsanwendung mit bewährten klassischen schulmedizinischen Verfahren angestrebt wird, so z.B. die Behandlung von Pneumonien, rheumatischen Erkrankungen und im Rahmen der Krebstherapie.

Klassische konventionelle Indikationsbereiche – wie die intensivmedizinische und chirurgische Betreuung von Patienten – sind primär keine Einsatzbereiche für Naturheilverfahren. Dennoch lassen sich auch hier viele adjuvante Fragestellungen bezüglich einer sinnvollen Begleittherapie finden.

Eine wesentliche Domäne der naturheilkundlichen Verfahren ist jedoch zweifellos in der Prävention und Gesundheitsförderung zu sehen.

### 2.3.3. Wie ordnen sich naturheilkundliche Verfahren in die Gesamtmedizin ein?

Das Gebiet der Naturheilverfahren ist seit 1991 fester Bestandteil der medizinischen Ausbildung. Auch die jüngste Reform der Mediziner Ausbildung berücksichtigt im so genannten Querschnittsfach 12 die Naturheilverfahren. Die gegenwärtige Architektur unseres Gesundheitssystems zeigt eine Vielfalt von medizinischen Fachgebieten. Die Naturheilverfahren lassen sich in der bestehenden Fächerstruktur nicht einem bestimmten Einzelfach bzw. Fachgebiet zuordnen. Aufgrund der primär verfahrenszentrierten Orientierung und breiten Indikationsstellung sind Naturheilverfahren „genuin“ interdisziplinär und berühren damit eine Vielfalt von bestehenden Fachdisziplinen. Die naturheilkundliche Prävention, Rehabilitation und Kuration zeigt deshalb per se sowohl eine fächer- als auch berufsgruppenübergreifende Konzeption.

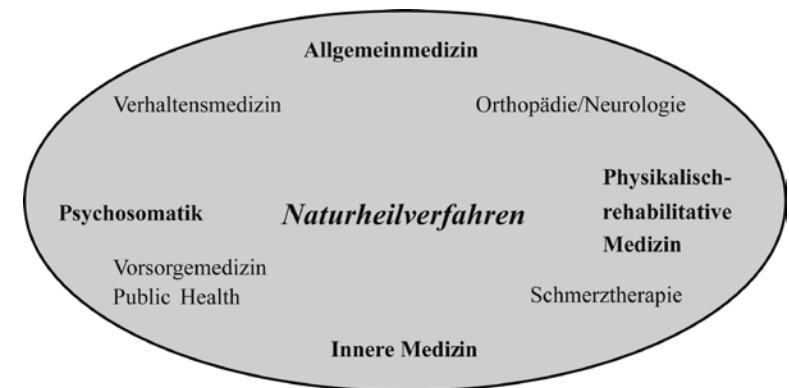
Letztere begründet sich bevorzugt aus der Komplexität der Aufgabenstellung einer auf Verhaltens- und Verhältnisänderung zielenden Prävention und der diagnostischen und therapeutischen Schwerpunktbildung im Bereich chronischer Befindlichkeits- und Beschwerdebilder.

Das bio-psycho-soziale Selbstverständnis und die deutliche Betonung des Indikationsgebietes „chronische Schmerzerkrankungen“ verbindet die NHV bevorzugt mit der Psychosomatik, Verhaltensmedizin, Neurologie, Orthopädie und physikalisch-rehabilitative Medizin. Ihr breiter Indikationsanspruch bei Herz-Kreislaufkrankungen, Stoffwechselstörungen, Entzündungen, Allergien und Bagatellerkrankungen stellt sie gleichfalls in die Fachgebiete der Allgemeinmedizin und Inneren Medizin.

Schließlich ist die Nähe zu den Lebensstil-beeinflussenden Fachgebieten und Wissenschaften („Lifestyle-Sciences“) wie Ökotrophologie, Sportpädagogik und Sportmedizin, Psychologie und Sozialpädagogik und Sozialmedizin durch ihre gesundheitsorientierte Praxis und Heiltheorie erklärbar.

Eine verstärkte Fächerallianz von Lebensstil-verändernden Fachgebieten untereinander und gemeinsam mit Naturheilverfahren zu Kompetenzzentren würde die Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation und Kuration nachhaltig in Theorie und Praxis verbessern helfen.

Abbildung 8: Integration von Naturheilverfahren in die Gesamtmedizin, Melchart 1995



### 2.4. Das Interesse von Patienten

Aktuelle Zahlen einer repräsentativen Befragung in Deutschland (Härtel & Volger, 2004) weisen eine Ein-Jahres-Inanspruchnahme von Phytotherapie von 26 Prozent aus, wovon etwa ein Drittel vom Arzt oder Heilpraktiker empfohlen wurde. Homöopathie nahmen 15 Prozent der Befragten in Anspruch, wovon 60 Prozent von Therapeuten empfohlen wurde. Für Neuraltherapie zeigte sich eine Häufigkeit von 0,5 Prozent, für TCM von 1,6 Prozent und für Anthroposophische Medizin von 0,9 Prozent.

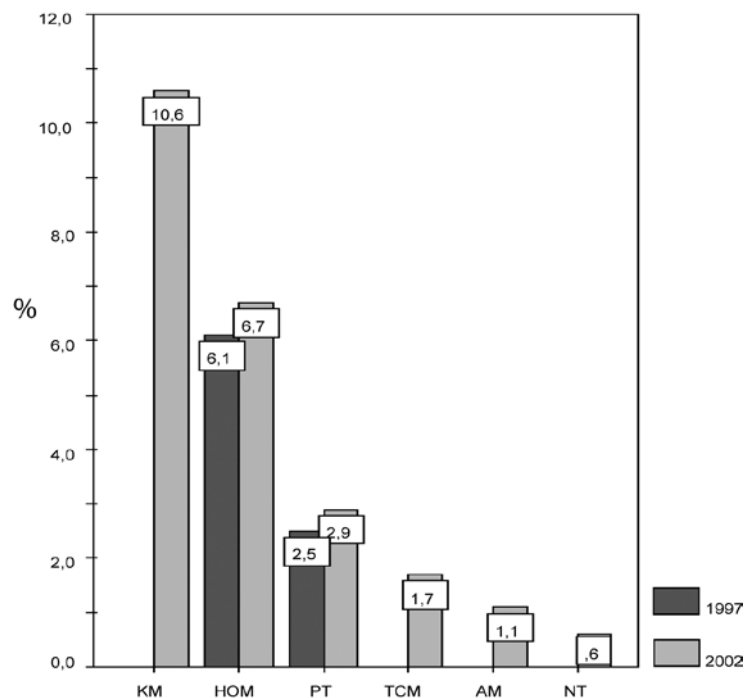
Aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung der Jahre 1997 und 2002 sind folgende Daten zu entnehmen (Abb.9):

Im Jahr 2002 haben 10,6 Prozent der befragten Personen in den vergangenen zwölf Monaten Behandlungen mit mindestens einer der fünf KM-Methoden in Anspruch genommen (Abb. 9). Unter Berücksichtigung der Gesamtstruktur der Bevölkerung lässt sich der Anteil der Nutzer der KM-Methoden in der Gesamtbevölkerung auf umgerechnet 9,8 Prozent (95 Prozent-Konfidenzintervall zwischen 9,2 Prozent und 10,3 Prozent) hochrechnen. Man kann daher festhalten, dass zwischen etwa 550.000 und 620.000 der schweizerischen Einwohner älter als 15 Jahre eine der fünf untersuchten KM-Verfahren beansprucht haben.

Die am häufigsten genannte Einzelmethode ist die Homöopathie (1997: 6,1 Prozent; 2002: 6,7 Prozent), gefolgt von der Phytotherapie (1997: 2,5 Prozent;

2002: 2,9 Prozent). Im Jahr 2002 nannten 1,7 Prozent der Befragten Verfahren der TCM, Leistungen der Anthroposophischen Medizin 1,1 Prozent und Neuraltherapie 0,6 Prozent. Vier von fünf Befragten, die Behandlungen mindestens einer der hier untersuchten komplementärmedizinischen Methoden beanspruchten, haben sich auf eine einzige beschränkt. Bei zwei oder mehr Behandlungsweisen kann nicht mit endgültiger Sicherheit geschlossen werden, dass diese gleichzeitig von demselben Leistungserbringer beim gleichen Behandlungsanlass vorgenommen wurden oder ob es sich um Therapien gehandelt hat, die von verschiedenen Leistungserbringern zu unterschiedlichen Zeiten und in verschiedenen Praxen erfolgten.

Abbildung 9: Prozentuale Verteilung der Inanspruchnahme der KM-Methoden im gesamten wie für jede der 5 komplementärmedizinischen Methoden in der Schweizerischen Bevölkerung 1997 und 2002



Wenn man nur die Personen berücksichtigt, die wenigstens ein Mal in den letzten zwölf Monaten mindestens eine der KM-Methoden angewandt haben (N = 1.715), beträgt 2002 die durchschnittliche Anzahl der Konsultationen

in diesem Therapiebereich 5,4. Bei einem diplomierten Arzt (N = 736) ist die durchschnittliche Anzahl der Konsultationen etwas niedriger (5,2). Es zeigte sich bei den Frauen mit 5,7 eine statistisch signifikant höhere mittlere Anzahl der Konsultationen als bei den Männern mit durchschnittlich 4,7.

Unter den Indikatoren, die statistisch für die Nachfrage nach KM-Behandlungen von Bedeutung sind (multivariate Analyse) finden sich:

jünger als 55 Jahre, weiblich, Schweizer Staatsbürger, gesunde und gesundheitsfördernde Lebensweise (Beachtung der Ernährung, Verzicht auf Alkohol- und Tabakkonsum), Einnahme von Vitaminpräparaten und Aufbau- oder Stärkungsmitteln in den letzten sieben Tagen, laufende Behandlung wegen Rheuma, wegen Krebs oder Tumorerkrankung, wegen Heuschnupfen oder anderen Allergien, bzw. wegen Nervenzusammenbruch oder Depression im letzten Jahr, Vorliegen unterschiedlicher physischer Beschwerden (Schmerzen oder Druckgefühl im Bauch, Durchfall und/oder Verstopfung, allgemeine Schwäche oder Müdigkeit, Einschlafschwierigkeiten oder Schlaflosigkeit, psychische Beschwerden wie Depression oder depressive Verstimmung, bzw. nervliche Anspannung, Gereiztheit oder Nervosität in den letzten vier Wochen). Insgesamt scheint der durchschnittliche Anwender dieser Therapien an einigen Beschwerden oder Krankheiten zu leiden und erweist sich aufmerksamer als Nicht-Anwender gegenüber seiner eigenen Gesundheit und der Primärprävention.

Im Profil der Nutzer aller fünf Einzelmethode tauchen übereinstimmend die Merkmale „Alter < 55 Jahre“, „Geschlecht weiblich“, „Beachtung der Ernährung“, chronisches gesundheitliches Problem (seit > 1 Jahr) und „Vorliegen von depressiver Verstimmung oder Gereiztheit und Nervosität“ auf.

Welche Naturheilverfahren von den Patienten bevorzugt nachgefragt werden, hängt wohl auch von den jeweiligen Vorerfahrungen der Patienten, der regionalen Verfügbarkeit der Methoden und von der aktuellen Kosten-erstattung und Finanzierungsmöglichkeit des Einzelnen ab. Darüber hinaus wird die im konkreten Fall zugrunde liegende Erfolgsaussicht und Erfolgseinschätzung zur Heilung einer definierten Erkrankung bzw. einer bestimmten Vorsorgesituation einen weiteren wichtigen Inanspruchnahme-grund darstellen.

In nicht wenigen Fällen dürfte auch das „Exotische“ und „Magische“ einer Akupunkturbehandlung z.B. ein Faktor für die steigende Inanspruchnahme fernöstlicher Verfahren sein.

Im Gegensatz hierzu bevorzugen andere Patienten vielleicht gerade die klassische Naturheilkunde, da diese ihnen kulturell vertraut ist, durch volksnahe Plausibilität und Verständlichkeit leichter zugänglich ist und damit einen größeren Vertrauensvorsprung vermitteln kann als Verfahren aus fremden Heilsystemen.

### 3. Stand der Forschung

Klinische Forschung dient der Überprüfung der Erfahrung und Konzepte sowie deren Weiterentwicklung. Die ärztliche Erfahrung ist fundamental für eine gute Versorgung. Erfahrung kann jedoch – wie selbstverständlich auch klinische Forschung – irren. Für jede Therapie, auch für die, über die viele Vertreter „etablierter“ naturheilkundlicher und komplementärmedizinischer Verfahren die Nase rümpfen, gibt es überzeugte Anwender (nicht nur Scharlatane), die mit ihrer Methode gute Erfahrungen gemacht haben. Therapien, mit denen niemand gute Erfahrungen macht, verschwinden von selbst. Bedeutet dies also, dass alle Therapien wirksam und nützlich sind? Dies mag eine interessante Hypothese sein, sie ist jedoch ziemlich unwahrscheinlich und die Medizingeschichte ist voll von Therapien, bei denen entweder die Erfahrungen eben auf Dauer doch nicht so gut waren oder bei denen eine sorgfältige Überprüfung ergeben hat, dass sie unsinnig waren.

In der Regel erbringt klinische Forschung (mit Ausnahme von Einzelfallstudien) keine Aussagen, die unmittelbar auf den einzelnen Patienten bezogen werden können, sondern Aussagen für Gruppen von ähnlichen Patienten, bei denen sorgfältig geprüft werden muss, ob sie im jeweiligen Fall zutreffend und nutzbringend sind. Die Erfahrung des Arztes ist somit eine fundamentale Voraussetzung, Studienergebnisse, die er verstanden hat und kritisch zu bewerten vermag, umzusetzen.

Angesichts der weiten Verbreitung naturheilkundlicher und komplementärmedizinischer Verfahren und der häufigen Fragen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Erstattung besteht ein enormer Forschungsbedarf.

Der Status quo in dieser Hinsicht ist eher betrüblich. Klinische Forschung im Bereich Naturheilverfahren und Komplementärmedizin steht im Ruf, ent-

weder gar nicht erst vorhanden oder von minderer Qualität und irrelevant für die tägliche Praxis zu sein. Gleichzeitig fehlen der Mehrheit der in diesem Bereich Tätigen die methodischen Grundkenntnisse, um klinische Studien kritisch zu beurteilen und deren Ergebnisse in einen sinnvollen Kontext zu stellen. Diese unglückliche Mischung ungünstiger Voraussetzungen vertieft die Vorbehalte bzw. das oft tiefe Misstrauen der naturheilkundlichen Ärzte gegenüber „statistischen Studien.“ Ohne Beteiligung – oder besser: kompetente Führung durch erfahrene Anwender – lässt sich aber eine praxisrelevante klinische Forschung nicht realisieren.

Eine weitere wichtige Voraussetzung für Forschung ist das Vorhandensein von Geld. Staatliche Fördermaßnahmen sind derzeit in Deutschland jedoch nicht existent. Mithilfe von so genannte Modellvorhaben der gesetzlichen Krankenkassen konnten für einige wenige Bereiche zumindest klinische Studien gefördert werden, die den Stand der Forschung in diesem Bereich wenigstens nicht vollständig zum Erliegen gebracht hat. So wurden in den letzten Jahren große Anstrengungen unternommen, die Akupunktur im Rahmen derartiger Modellvorhaben zu untersuchen. Die Ergebnisse zeigten, dass die Akupunktur nicht nur bei Patienten wirksam war, die eine echte Akupunktur erhielten, sondern auch bei jenen Patienten, die eine sogenannte Scheinakupunktur bekamen. Diese Ergebnisse einer „paradoxen Wirksamkeit“ stellen derzeit Forscher und Entscheidungsträger vor schwierige Fragen. So zum Beispiel: Sollen trotz fehlender Überlegenheit der Akupunktur zu einer Placebokontrolle die Kosten der Behandlung übernommen werden? Im Falle der Rückenschmerzen und Kniegelenksarthrose ist dies ab 1.1.2007 der Fall.

Um sich über den Stand der Forschung im Bereich Naturheilverfahren/ Komplementärmedizin einen Überblick zu verschaffen, sind verschiedene Zeitschriften zu nennen. In den letzten Jahren wurden mehrere Zeitschriften ins Leben gerufen, die sich verstärkt dem Thema Forschung widmen und ein rigoroses Begutachtungssystem umzusetzen versuchen. Zu nennen sind hier insbesondere das „Journal of Alternative & Complementary Medicine“ (USA), „Complementary Therapies in Medicine“ (Großbritannien) und „Forschende Komplementärmedizin“ (Deutschland/Schweiz). Für den Praktiker sind die häufig aus völlig unterschiedlichen Bereichen stammenden und spezialisierten Forschungsarbeiten aber leider oft nur von begrenztem Interesse. Interessant sind diese Zeitschriften vor allem für diejenigen, die selbst Forschung betreiben. Zunehmend richten auch einzelnen Therapien gewidmete Zeitschriften strengere peer-review-Verfahren ein. Wenn aller-

dings nur wenige Originalarbeiten eingereicht werden, nutzt auch die beste Begutachtung nur wenig. Da es für den Einzelnen sowohl aus Zeit- wie auch aus finanziellen Gründen nicht möglich ist, alle relevanten Zeitschriften zu abonnieren und zu lesen, sind in der konventionellen Medizin in den letzten Jahren zahlreiche „Journal Clubs“ entstanden. In diesen meist vier bis sechs Mal pro Jahr erscheinenden Zeitschriften werden die Zusammenfassungen der wichtigsten neuen Studien in einem Bereich abgedruckt. Begleitend erscheint der Kommentar eines Experten, der die Studie kritisiert oder ihre Relevanz für die klinische Praxis diskutiert. Eine derartige Zeitschrift gibt es seit 1996 auch für die Komplementärmedizin: FACT (Focus on Alternative and Complementary Therapies; Herausgeber E. Ernst, Exeter; Verlag: Pharmaceutical Press). Vierteljährlich werden rund 20 aktuelle Studien aus der internationalen Literatur vorgestellt und diskutiert. Auch wenn die Kommentare bisher meist eine starke methodische Orientierung haben, ist FACT für den über eine einzige Methode hinaus interessierten Naturheilkundler und Komplementärmediziner derzeit sicher die effektivste Möglichkeit, sich mit einem Minimum an Aufwand auf dem Laufenden zu halten. Die Lektüre einer nach einem einheitlichen Schema strukturierten Zusammenfassung und dem zugehörigen Kommentar kostet nicht mehr als fünf Minuten. Die Autorenadressen sind angegeben, sodass diese mit der Bitte um Sonderdrucke angesprochen werden können. Darüber hinaus beinhaltet FACT Listen weiterer Publikationen sowie einen Serviceteil ähnlich dem anderer Zeitschriften. Allerdings – alles auf Englisch und leider zu einem relativ hohen Preis.

Der Stand an kontrollierten klinischen Studien zeigt Abbildung 10. Es werden insgesamt bis zu 11.000 klinische Studien im Bereich NHV/KM eingeschätzt. Die Bereiche Akupunktur, Phytotherapie, Ernährungsmedizin und Bewegungstherapie können als die bislang am besten untersuchten Methoden mit gleichzeitig auch der besten Evidenz gelten.

Abbildung 10: Aktueller Stand an randomisierten klinischen Studien

<b>Aktueller Stand randomisierter Studien in der Komplementärmedizin (KM)</b>	
Phytotherapie	> 1.000
Akupunktur	> 700
Entspannung, Meditation	> 650
Homöopathie	> 200
Biofeedback	> 300
Hypnose	> 250
Ernährungstherapie	> 400

Eine gute Übersicht zu den einzelnen Studien bieten untenstehende Übersichtsartikel, die unter folgenden Webadressen aufzufinden sind:

Akupunktur (39 Reviews)

<http://www.biomedcentral.com/1472-6882/1/3>

Phytotherapie (58 Reviews)

<http://www.biomedcentral.com/1472-6882/1/5>

Homöopathie (18 Reviews)

<http://www.biomedcentral.com/1472-6882/1/4>

### Wie klinisch relevant ist die Evidenz zur Komplementärmedizin?

Betrachtet man die EBM-Literatur im gesamten Bereich der Komplementärmedizin, ist leider immer noch festzustellen, dass

- die in Studien untersuchten Fragestellungen oft nicht den in der Praxis wirklich relevanten entsprechen;
- die existierende Evidenz eher relevant für die „wissenschaftliche“ Beurteilung als für die tägliche Praxis ist;
- die in der Naturheilkunde/Komplementärmedizin häufigen komplexen Behandlungsschemata praktisch nie untersucht werden.

Da aufgrund der fehlenden Hochschulinfrastrukturen (zu wenige Lehrstühle) und einer zu geringen Forschungsförderung nicht damit gerechnet werden kann, dass die Evidenz auf dem Niveau kontrollierter randomisierter Studien

in absehbarer Zeit in ausreichenden Umfang vorliegen wird, sind auch andere Formen von Erkenntnismaterial zu gewinnen. Aufgrund der Tatsache, dass Naturheilverfahren bereits in der medizinischen Versorgung einen festen Bestandteil darstellen, stellt hier die so genannte Versorgungsforschung eine wichtige Datenquelle dar, die versorgungsrelevante Fragen beantworten kann. Die Versorgungsforschung zielt primär auf Transparenz der Qualität der medizinischen Versorgung und um die Darstellung so genannte Qualitätsprofile auf den Ebenen von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Diese Qualität soll auch im Sinne einer „vergleichenden Qualitätssicherung“ gegen Referenzwerte anderer Anbieter verglichen werden. Hier sind – ebenso wie im Bereich der klassischen klinischen Studie – noch starke Anstrengungen der Anbieter von Naturheilverfahren zu unternehmen, diese Datenbasis zur Verbesserung von Inanspruchnahme-Entscheidungen und Verbesserungsprojekten zu generieren. Abb. 11 zeigt den ergänzenden Aspekt zweier Perspektiven, wovon die eine auf die medizinische Intervention (Verfahren) und seine generalisierbare Wirksamkeit (Evidenz-basierten Medizin (EBM)) und die andere auf den medizinischen Anbieter und die vergleichende Darstellung seiner (nicht übertragbaren) Versorgungsqualität (Vertrauen durch Qualität) abzielt (Confidence-based-Medicine).

Abbildung 11: Zwei sich ergänzende Perspektiven EBM und CBM

Evidence-based-Medicine und Confidence-based-Medicine		
Funktion/Methode	Programmstufen	Ziele
„Data Collection“ Verbesserungsprojekte	Beschreibung der Qualität	Transparenz und <b>Konfidenz</b> und Verbesserung (Versorger)
„Surveys“ Kohortenstudien		
„Audits“ Kohortenstudien	Interner Qualitätsvergleich	<b>Evidenz</b> und generalisierbares Wissen (Verfahren/Gruppe)
Vergleichende Kohortenstudien	Externer Qualitätsvergleich	
Zeitreihenanalysen etc. Randomisierte Studien	Wirkung, Wirkmechanismus, Wirksamkeitsnachweis	

## 4. Salutogenese

### 4.1. Gesundheit und das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum

Naturheilverfahren stellen eine in Richtung Gesundheit orientierte Heiltheorie und Heilpraxis dar. Gesundheitserhaltung und die bewusste Beeinflussung von Ressourcen sind die Grundlagen der zentralen Rahmentheorie einer Wirkprinzipbetrachtung. Deshalb wird sich der Artikel zunächst mit dem Begriff Gesundheit auseinandersetzen.

Gesundheit ist ein abstrakter Begriff, der erst durch das subjektive Erleben der eigenen Leistungsfähigkeit und **Genussfähigkeit in verschiedenen Aspekten der für das Individuum wichtigen Lebensbereiche** für das Individuum bestimmbar, zu bewerten und gegebenenfalls mit Sinn belegt wird. Gesundheit existiert im Alltag nicht, sondern zeichnet sich gerade durch eine relative Selbstvergessenheit aus (Bengel, Belz-Merk, 1997).

Damit ist Gesundheit kein eigenständiges Thema, sondern **meist im Kontext bedeutsamer Lebensthemen**, in erster Linie Familie und Arbeit, abgehandelt. Weitere wichtige Lebensthemen oder Lebensbereiche, in denen der Mensch „präsent“ ist oder sein sollte, sind u.a. seine Leiblichkeit mit ernähren, bewegen, atmen, entspannen, Sexualität und Körpersensibilität, Freizeit, Beziehungen, Zukunft und Lebenszielplanung. Ein ganzheitliches Konstrukt umfasst somit wichtige Dimensionen von Körper, Sozialem, Seele und Kognition.

Auch erhoffte oder befürchtete Lebensperspektiven können hier als Themen dienen.

Häufig wird heute Gesundheit als Ausgeglichenheit, als Lebensfreude („Spaßgesellschaft“), als aktives Tun und Wohlfühl-Konzept interpretiert:

- Gesundheit als sich beschwerdefrei fühlen (Beschwerdewahrnehmung)
- Gesundheit als sich fit fühlen (Fitnesswahrnehmung)
- Gesundheit als sich wohl fühlen (Körperkonzept)

Ergänzende Laienkonzepte sind – nach Faltermaier, 1994 – Gesundheit als Energiereserve, Reservoir für Widerstandskraft und Gesundheit als funktionale Leistungsfähigkeit (Arbeitsfähigkeit).

Aus den gesundheitswissenschaftlichen Bereichen sind vorwiegend Gesundheitskonzepte und Gesundheitstheorien wie die „Bedürfnis-Ressourcen-Theorien“, Konzepte der Stressbewältigung, Entwicklungstheorien für personale Ressourcen und Gesundheitsverhaltenstheorien zu benennen (Trojan und Legewie, 2000).

Die „Bedürfnis-Ressourcen-Theorien“ beschreiben das Ausmaß der wahrgenommenen Bedürfnisbefriedigung aufgrund verfügbarer Ressourcen. Diese ist für die individuelle Lebensqualität, die der Einzelne im Lebensalltag empfindet, maßgeblich. Aus diesem Grunde nimmt die Lebensqualitätsforschung einen wichtigen Platz im Zusammenhang mit Gesundheitstheorien ein.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität ist ein multidimensionales Konstrukt, das körperliche, emotionale, mentale, soziale und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit aus Sicht des Individuums beinhaltet.

Wohlbefinden ist eine subjektive Wahrnehmung und Bewertung von körperlichen (z.B. Freisein von Beschwerden), emotionalen (z.B. situationsbedingte Freude, Lust) und kognitiven Aspekten (z.B. Lebenszufriedenheit mit der Einschätzung des eigenen Lebens, des Erreichten und des Beziehungsglücks) der individuellen Lebenssituation. Die Wohlbefindensforschung versucht hier, das Maß der subjektiv erlebten und wahrgenommenen Bedürfnisbefriedigung mit bestimmten Aspekten des Lebens durch Fragebögen zu erfassen und emotional und kognitiv bewerten zu lassen.

Eine hohe wissenschaftliche Popularität hat im Zusammenhang mit Gesundheitstheorien das Konzept der Salutogenese von A. Antonovsky (1979) erlangt. Der Sozialmediziner untersuchte an ehemaligen jüdischen KZ-Frauen, warum manche Frauen dieses erlebte Martyrium deutlich besser überstanden haben als andere. Was erhielt diese Frauen gesund?

Er beschrieb ein sogenanntes Kohärenzgefühl, das aus drei wesentlichen Komponenten besteht:

- a) Überschaubarkeit,
- b) Handhabbarkeit,
- c) Sinnhaftigkeit.

„Überschaubarkeit“ bedeutet, dass die Welt als geordnet und vorhersehbar erlebt wird und eine Orientierung besteht. „Handhabbarkeit“ bedeu-

tet für Antonovsky das, was für Rotter J.B. (1966) internele oder externele Kontrollüberzeugung bedeutet. Es ist die Überzeugung und das Selbstvertrauen des Einzelnen, selbst Einfluss auf Ereignisse zu haben, oder dass andere diese Macht besitzen, es für ihn schon zu richten. „Sinnhaftigkeit“ bedeutet, Sinn im Leben zu sehen sowie den Energieaufwand für die Bewältigung und Anpassung als lohnend zu betrachten.

Das Konstrukt „Widerstandskraft“ nach Suzanne Kobasa (1982) besteht aus ähnlichen Komponenten: a) Überzeugung, Ereignisse kontrollieren zu können, b) Ereignisse als Herausforderung zu begreifen und c) Fähigkeit, sich als Teil des Lebens zu begreifen. A. Banduras (1982) Konstrukt der „Selbstwirksamkeit“ zeigt eine vergleichbare Konzeption, die auf eine Stärkung und Erweiterung autonomer Kräfte des Menschen zu gesundheitsförderlichem und sinnerfühltem Handeln im Alltag zielt. Dies entspricht auch dem Konzept des „Empowerment“ (Rappaport, 1985; Herriger, 1991), das die „Selbstverfügungskräfte“ und die Selbstbestimmung der Menschen stärken möchte.

Verschiedene wissenschaftliche Konzepte dieser Art konnten im Rahmen der Stressforschung erarbeitet werden.

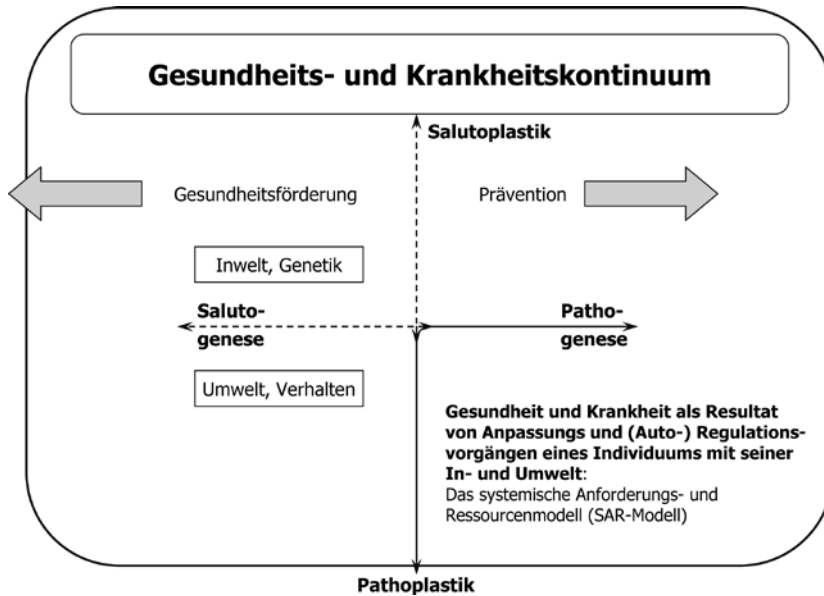
Entscheidender Ansatz für eine Gesundheitsförderung sind somit Anstöße zur selbstständigen Erkenntnisarbeit zu Themen der persönlichen Lebenszielentwürfe und Sinnfragen des Lebens. Ebenso gleichwertiges Ziel ist es, dem Menschen in kleinen Schritten wieder Selbstvertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Beeinflussung seines psycho-physiologischen Verhaltens, seines Schmerzes oder Konflikts zu vermitteln.

Die Stressforschung befasst sich traditionell ebenfalls mit dem Phänomen der „Widerstandsfähigkeit“ bzw. der Stressresistenz. Hier sind geschichtliche Namen wie F. Hoff (1957) und H. Selye (1953) genannt. Wichtige aktuelle Grundlagen können den Arbeiten von HMS Benson (1999) und – in Bezug auf Meditation und Mind-Body-Therapie – von J. Kabat-Zinn (1982) entnommen werden.

Ein weiteres wichtiges Gesundheitsmodell beschreibt U. Boessmann und N. Peseschkian (1995) mit ihrem Balance- und Konfliktmodell, das die Bereiche Arbeit und Leistung, Körper und Sinne, Zukunft und Fantasie sowie Kontakte und Beziehungen umfasst.



Abb. 12: Das systemische Anforderungs- und Ressourcenmodell (SAR-Modell nach P.Becker) mod. nach D.Melchart



Als allgemein anerkannt kann das von P. Becker, 1995 stammende systemische Anforderungs- und Ressourcenmodell (SAR-Modell) bezeichnet werden, das Gesundheit und Krankheit als Kontinuum und als Resultat von Anpassungs- und (Auto-) Regulationsvorgängen eines Individuums mit seiner In- und Umwelt interpretiert (Abb.12). Will man die Bedingungen und Determinanten von Gesundheitsentwicklung und Gesundheitserhalt beschreiben, so ist hier insbesondere die Naturheilkunde bzw. die Physiologie ein wichtiger Wissenschaftszweig. Unterstellt man, dass dieselben Ebenen von Bedingungen für die Gesundheitsentwicklung (**Salutogenese**) existieren, wie man sie für die Krankheitsentwicklung (Pathogenese) kennt, so können ebenso körperliche, personale, verhaltensgebundene, soziostrukturelle und umweltbezogene Determinanten zur Beschreibung herangezogen werden. Die Arbeitsphysiologen LR Grote (1954) resp. anschließend G. Hildebrandt (1985) haben sich sehr ausführlich mit dieser Thematik befasst und bilden noch heute eine gewisse Grundlage für das Verständnis physiologischer Prozesse der Gesunderhaltung, die als Erholung, Schonung, Normalisierung, Regularisierung und als Kräftigung bezeichnet werden

können. Es sind die verschiedenen Formen von Adaptationen, die den Organismus anpassungs- und widerstandsfähig halten und als autonome Prozesse der Normalisierung, Regeneration und Abwehr die vielfältigen physiologischen Eigenleistungen und eine psychosoziale Eigenkompetenz des Individuums ermöglichen.

#### 4.2. Gesundheitspädagogik – Theorien der Verhaltensänderung

Pädagogisch ist wichtig zu zeigen, welchen Gewinn ein gesundheitsförderndes Verhalten auf messbare Größen wie Lebensqualität, Leistungsfähigkeit und funktionale Parameter (z.B. RR, KG, Labor) hat. Ob wir uns im Verhalten verändern, hängt von der subjektiven Bedeutsamkeit für die eigene Person ab. Hierbei ist wichtig, dass der Einzelne die Vor- und Nachteile seiner Verhaltensänderung bzw. die des Nicht-Veränderns durchdenkt und eine Art Aufwand-Nutzen-Abschätzung durchführt. Somit sind die Konsequenz- (**outcome expectancy**) und die Kompetenzerwartung (**Selbstwirksamkeitserwartung**) an die eigenen körperlichen Anforderungen und an das psychische Durchhaltevermögen im Sinne der Wahrnehmung der eigenen Leistungsfähigkeit wichtige Voraussetzungen zur Umsetzung von Gesundheitsverhalten im Alltag. Techniken zur Selbstreflexion im Alltag mit Tagebüchern, „Biodots“ und Reflexionen zum emotionalen und kognitiven Verarbeiten von Alltagserleben haben sich hier besonders bewährt (Bandura, 1998; Schwarzer, 1997).

Kognitionen, d.h. z.B. das Wissen um den Zusammenhang zwischen Fehlernährung, Übergewicht und Herzinfarktrisiko, sind für die Intentionsbildung zur Verhaltensänderung wichtig (Health Literacy), aber oft nicht hinreichend erfolgreich. Hingegen sind emotionale Aspekte wie das erlebte Schamgefühl eines unattraktiven Körpers oft stärkere Auslöser für Wünsche nach Veränderung als das bloße Wissen. So ist die emotionale Einschätzung z.B. nach Wohlbefinden, Missempfinden, Zufriedenheit, Widerwillen ein wichtiger erlebnispädagogischer Aspekt. Gesundheitseinstellungen und Werthaltungen zum Thema Gesundheit werden auch von „außen“ durch relevante Bezugsgruppen wie Familie, Freunde und andere „peer groups“ beeinflusst. Die subjektiven Einschätzungen bezüglich der geplanten Verhaltensänderungen richten sich somit auch an wichtige „andere“ und deren Meinungen.

Schließlich sind verschiedene Stadien (Phasen) der Erstbetrachtung, Erwägung, Bereitschaft zur Veränderung, Durchführung der Veränderung und Beibehaltung einer Verhaltensänderung zu durchlaufen, die nicht in einer systematischen Reihenfolge durchlaufen werden müssen, sondern zu unterschiedlichen Zeitpunkten und mit unterschiedlicher Häufigkeit von Rückschlägen charakterisiert sein können (Prochaska & Velicer, 1997). Psychologen haben eine Reihe von weiteren Theorien entwickelt, um das gesundheitsbezogene Verhalten zu erklären. In den Fünfzigerjahren des letzten Jahrhunderts wurde das „Health Belief Model“ als Modell der gesundheitlichen Überzeugungen aufgestellt (MH Becker, 1974). Dies wird heute von den sozialkognitiven Lerntheorien des geplanten Verhaltens und des transtheoretischen Stufenmodells zur Verhaltensänderung weitgehend abgelöst (Ajzen & Fishbein, 1980), die die Wichtigkeit der oben beschriebenen Selbstwirksamkeitserwartung und Wahrnehmung von Vor- und Nachteilen sowie den selbstempfundenen „sozialen Druck“ durch die Meinung anderer bestätigen.

Für eine nachhaltige und langfristige Übernahme von gesundheitsförderndem Verhalten in den Alltag (Adhärenz) ist darauf zu achten, dass

- die phasenabhängige Verhaltensänderung,
- eine ausreichende Übungsdichte mit mittelfristigen Präsenzphasen,
- der Einbezug der sozialen Partner,
- die Wohnortnähe mit dem gewohnten Sozialraum
- und das Geschlecht

bei der Durchführung und Gestaltung eines Gesundheitsmanagements berücksichtigt werden. Ebenso ist die regelmäßige Übung und gedankliche Auseinandersetzung mit hindernden Situationen durchzuspielen und Lösungsstrategien (so genannte „Back-Up-Pläne zur Überwindung des inneren Schweinehundes“) zu entwickeln.

## 5. Das Konzept des individuellen Gesundheitsmanagements (IGM)

Nach der Erläuterung der Grundlagen soll nun das aus Sicht des Autors wichtigste Verfahren der modernen Naturheilkunde – nämlich die klassische Ordnungstherapie – dargestellt werden.

Ein neues Konzept der Ordnungstherapie stellt das vom Autor entwickelte „Individuelle GesundheitsManagement (IGM)“ dar. Es umschreibt die persönliche und eigenverantwortliche Umsetzung folgender Teilbereiche im individuellen Alltagsleben:

- Regelmäßige Selbstbeobachtung individueller Risiko- und Schutzfaktoren mithilfe von Fragebogen-Screenings
- Durchführung der nötigen Gesundheits-Check-Ups und Nutzung der Früherkennungs-Maßnahmen mithilfe von Terminplanung und elektronischen Buchungsverfahren
- Erwerb von Fähigkeiten und Fertigkeiten eines alltagsnahen gesundheitsfördernden Lebensstils durch ein strukturiertes Gesundheitstraining in Form eines integrativen Gruppenprogramms und lebenslangen Selbstmanagements
- Nutzen eines Gesundheitsportals als elektronischen Begleiter in Fragen von Gesundheit und Krankheit. Führen eines individuellen Gesundheitsdossiers zur informationellen Selbstbestimmung, Dokumentation und Monitoring von Befunden, Symptomen und Verhaltensweisen im Gesundheits- und Krankheitsfall im Alltag.

Ziel des IGM ist ein gesundheitsfördernder Lebensstil des Menschen, der zeitlich relativ stabile, typische Muster von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, Orientierungen und Ressourcen im Alltag aufweist. Erheblichen Einfluss auf den Lebensstil zeigen einerseits die Verhaltensweisen und persönlichen Einstellungen, Alter und Geschlecht des Menschen, die sich an der individuellen Lebensführung erkennen lassen, andererseits die soziostrukturellen Bedingungen wie Bildungsstand, Schichtzugehörigkeit und ökonomische Ressourcen.

Der Zusammenhang zwischen Lebensstil und Gesundheit ist komplex. Einerseits hängt der Gesundheitszustand von einem gesundheitsfördernden Lebensstil ab, andererseits fördert oder erschwert der Gesundheitszustand einen bestimmten Lebensstil des Individuums. So zählen auch Krankheits-

bedingungen und unterschiedliche Beschwerdezustände zu den Einflussgrößen auf den Lebensstil und somit auf das Gesundheitsmanagement, die vom Individuum oft schwer beeinflussbar sind. Der gesundheitsrelevante Lebensstil ist also keine rein individuelle Angelegenheit, sondern er ist geprägt von kulturellen, sozialen und biographischen Bedingungen. Dennoch sind persönliche Anstrengungen möglich und nötig, um frühzeitig Krankheiten und Risikofaktoren zu erkennen und abzubauen bzw. eigene Schutz- und Ressourcenmöglichkeiten zu erkennen, fördern und auszubauen. Das Individuelle GesundheitsManagement (IGM) kann hierfür eine gewisse Hilfestellung bieten.

Zusammengefasst enthält das Konzept des Individuellen Gesundheits-Managements (IGM) eine Motivationsförderung zur Verhaltens- und Wissensänderung, ein biophysisches Ressourcen- und psychosoziales Kompetenztraining sowie die Förderung der Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen. Dieses Lebensstilkonzept soll durch Lernen informationeller Selbstbestimmung und durch ein im Alltag praktiziertes individuelles Gesundheits- und Symptommonitoring (unter primärer Zuhilfenahme moderner E-Health-Technologien) verwirklicht werden.

### *5.1. Das Risiko- und Schutzfaktoren-Management und die Vorsorgeuntersuchung*

Eine erfolgreiche Umsetzung einer Lebensstiländerung zur Prävention und Therapie von chronischen Volkskrankheiten – allen voraus den arteriosklerotischen Krankheiten wie Herzinfarkt, Schlaganfall und periphere arterielle Verschlusskrankheit – schließt eine Früherkennung von Risikofaktoren und deren Folgekrankheiten mit ein.

Es gibt viele Gründe, warum Menschen nicht oder ungern zur Vorsorgeuntersuchung gehen. Angst hält viele Männer davon ab, regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen wahrzunehmen. Zu diesem Ergebnis gelangte eine Umfrage, die das Institut für Demoskopie Allensbach im Auftrag des Unternehmens Pfizer durchführte (Men`s-Health-Pfizer-Gesundheitsmonitoring, 2002). Wie wichtig es gerade für Männer ist, Vorsorgetermine wahrzunehmen, zeigt, dass bei jedem Dritten im Rahmen solcher Untersuchungen ein Gesundheitsrisiko oder eine Erkrankung festgestellt wurde – vor allem Bluthochdruck (17 Prozent) und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (16 Prozent), aber

auch Diabetes (neun Prozent), Krebs (sieben Prozent) und Prostata-Probleme (fünf Prozent).

*Es handelt sich um die zentrale Frage: Wie gefährdet bin ich eigentlich?*

Kardiovaskuläre Risikofaktoren haben seit dem 2. Weltkrieg weltweit erschreckend zugenommen (Yusuf S et al., 2004). Sie gehen mit einer hohen Morbidität, Leid sowie deutlicher Minderung der Lebensqualität einher und verursachen erhebliche und steigende Kosten. Grundsätzlich basieren Risikofaktoren auf einer genetischen Prädisposition; ein ungesunder Lebensstil begünstigt jedoch die Ausprägung beziehungsweise die frühere Manifestation. Risikofaktoren lassen sich weitgehend durch eine Lebensstiländerung verhindern oder abbauen. Wer jedoch auf solche Maßnahmen in welchem Umfang anspricht, ist noch unklar. Trotz der enormen Fortschritte in Diagnostik und Therapie – die vorwiegend bei akuten Krankheiten erzielt wurden – sind die chronischen Erkrankungen weiter im Ansteigen begriffen und verursachen mehr Kosten als Akutkrankheiten. Besonders alarmierend ist die Zunahme von Diabetes mellitus, Hypertonie, Dyslipidämien, Adipositas, Osteoporose, Depression, chronischen Rücken- und Muskelschmerzen sowie bösartigen Neubildungen. So zeigen sich in der Bundesrepublik Deutschland eine circa zehnfache Zunahme von Diabetes, eine Verdreifachung der Zahl von Übergewichtigen und eine Verfünffachung von Adipösen in den letzten 50 Jahren (Jakobi, Schmieder, 2004). Die Hypertonie-Prävalenz hat sich in den letzten 15 Jahren – trotz einer um 42 Prozent gesteigerten Einnahme von Antihypertensiva – von circa 24 auf 46 Prozent in etwa verdoppelt. Im internationalen Vergleich haben wir in Deutschland die höchste Hypertoniehäufigkeit innerhalb der europäischen Länder (EUROASPIRE, 2001). Ebenso häufig stiegen die Störungen des Fettstoffwechsels trotz gleichzeitiger Steigerung der Einnahme von Lipidsenkern um das 2,5-fache (Jakobi, Schmieder, 2004). Lediglich der Herzinfarkt zeigt seit den 1990er-Jahren eine leichte Abnahmetendenz auf, wobei die Einjahressterblichkeit immer noch circa 50 Prozent beträgt, wie dies bereits in den 1970er-Jahren der Fall war (Jakobi, Schmieder 2004). Auch die Depression zeigt eine zunehmende epidemiologische Bedeutung (Henkel et al., 2003). In Deutschland erkrankten circa 18 Prozent (d.h. über zehn Millionen Menschen) der Bevölkerung bis zum 65. Lebensjahr zumindest einmal an einer klinisch relevanten Depression. Frauen zeigen mit circa 24 Prozent ein doppelt so hohes Erkrankungsrisiko wie Männer. Jeder neunte bis zehnte Patient in der hausärztlichen Praxis soll die Kriterien für

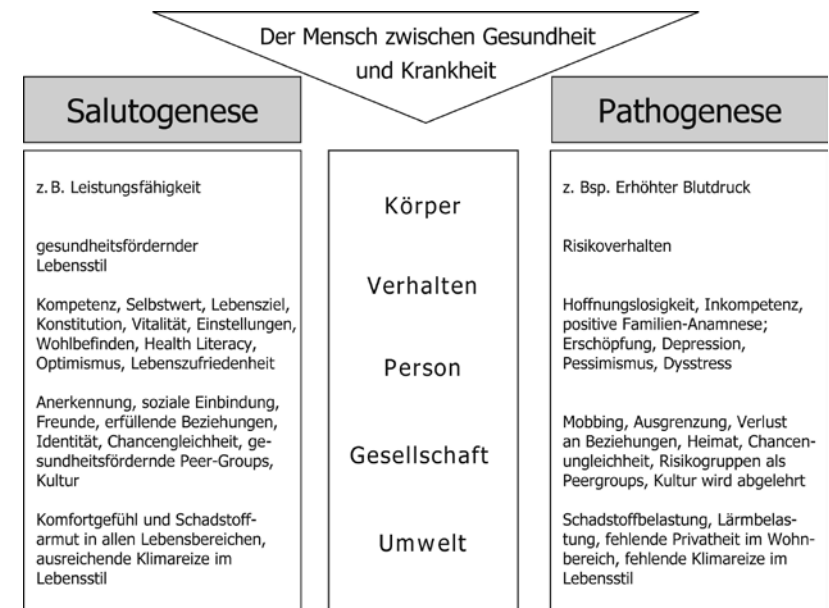
eine depressive Störung erfüllen. Aus diesem Grunde ist es ratsam und sinnvoll, sich hinsichtlich der wichtigsten Volkskrankheiten regelmäßig untersuchen zu lassen, ob Verdachtsmomente für derartige Risiken oder Erkrankungen vorliegen. Hier können so genannte Fragebogen – Screener gute Dienste leisten, die frühzeitige Hinweise auf mögliche Gefährdungen geben. Für den Bereich Herz-Kreislauf bietet sich die Berechnung des so genannte Procam-Scores (Prospective-cardiovasculare Münster Study) an, der die Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines kardialen Ereignisses wie Herzinfarkt, Schlaganfall oder plötzlichen Herztod innerhalb der nächsten zehn Jahre anhand von acht Parametern darstellt (Assmann et al., 2002). Patienten, die bereits einen Herzinfarkt oder Schlaganfall hatten, besitzen automatisch eine mehr als 30 Prozentige Wahrscheinlichkeit eines erneuten Ereignisses. Ebenso lässt sich das Risiko des Auftretens einer Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) mit einem von dieser Studie abgeleiteten Fragebogen für den Nutzer berechnen (v. Eckardstein, Schulte H, Assmann G, 2000). Das Alltags-Monitoring von verschiedenen Risikofaktoren wie Blutdruck, Körpergewicht, Bauchumfang und eigenen Verhaltenskomponenten sollte durch Führung eines Tagebuchs für alle Interessierten prinzipiell möglich sein. Diese Selbstkontrolle ist durch jährliche Blutbildkontrollen zwecks Überprüfung auf Lipidmuster und Zuckerkrankheit durch Experten zu ergänzen. Ebenso können psychosoziale Belastungsfaktoren selbst monitorisiert werden, deren vergleichbare klinische Bedeutung gut belegt ist (Rosengreen et al., 2004).

Eine moderne Prävention und Gesundheitsförderung darf jedoch nicht bei den klassischen Risikofaktoren und der Förderung der Risikowahrnehmung stehen bleiben, sondern muss versuchen, auch individuelle Schutzfaktoren für Gesundheit zu identifizieren. Schon aus pädagogischen Gründen sollte nicht nur auf die individuelle Gefahrenseite hingewiesen werden, sondern auch welche Stärken und Erhaltungskompetenzen von Gesundheit in einem selbst vorhanden sind. Ressourcen bzw. Schutzfaktoren sind – ähnlich wie bei den Risikofaktoren – körperlichen (bio-physiologischen), personalen, verhaltensgebundenen, sozio-strukturellen und ökologischen Dimensionen zuzuordnen (Abb.13).

*Eine ebenso zentrale Frage ist nun: Welche Schutzfaktoren habe ich, die meine Gesundheit erhalten?*

Hier ist die Gesundheitsforschung jedoch erst am Beginn ihrer Erkenntnisse. Körperliche Leistungsfähigkeit (MET), Funktionalität und Stabilität der vegetativen bzw. physiologischen Basisfunktionen (Beschwerdeliste n. Zerssen), Gesundheitskonstrukte wie das Kohärenzgefühl (Antonovsky, 1993), die Lebenszufriedenheit und Lebensqualität (FLZ n. Henrich und Herschbach) sowie Selbstwirksamkeit und Optimismus (Scholler G, Fliege H, Klapp B.F., 1999) sind Beispiele für Protektivfaktoren.

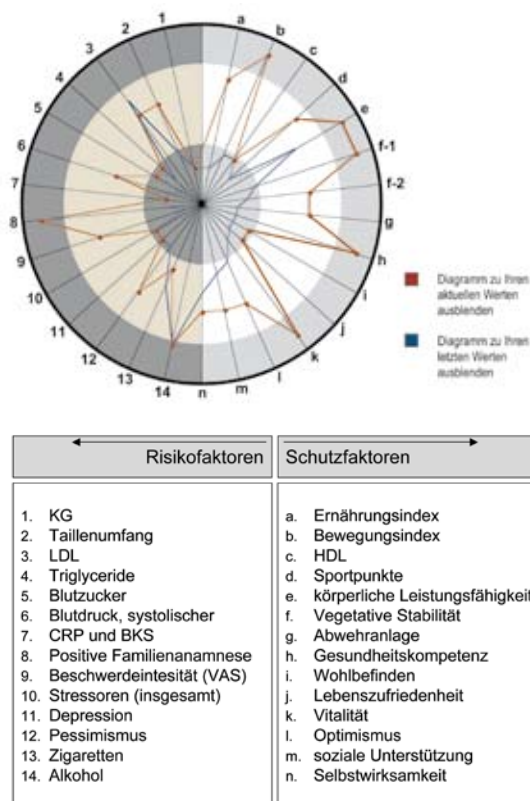
Abbildung 13: Verschiedene Risiko- und Schutzfaktoren in der Gesundheits- und Krankheitsentwicklung nach Melchart



Autonomie und Selbstkontrolle sind entscheidende Voraussetzungen für ein individuelles Gesundheitsbewusstsein und die Übernahme von Verantwortung für die eigene Gesundheit. So ist neben einer regelmäßigen Risikoinformation und Risikokommunikation (durch entsprechende Reporting-Systeme) auch eine Ressourcenkommunikation für ein funktionsfähiges IGM von besonderer Bedeutung. Das Verhältnis von Risiko- und Schutzfaktoren ist bislang jedoch wenig untersucht. Es ist aber plausibel anzunehmen, dass gewisse Kompensationen von Risikofaktoren durch bestimmte Schutzfaktoren möglich sein müssten. Eine gemeinsame Beobachtung von Risiken und

Stärken ist – analog einer Bilanz – im Rahmen eines IGM wünschenswert und kann individuell zu Steuerung und Übersichtlichkeit des Verhaltens sowie zu interessanten Interpretationen führen. Eine didaktische Gegenüberstellung von individuellen Risiko- und Schutzfaktoren in Form einer „Risk-Protektion-Ratio“ (RPR) nach Melchart soll im Rahmen des IGM erprobt werden. Die RPR soll im Einzelfall eine Begründung, Kontrolle und Optimierung der Gesundheitsförderung im Alltag ermöglichen und eine theoretische wie praktische Grundlage für eine Gesundheits-Diagnostik und daraus abzuleitende Maßnahmen zur individuellen Gesundheitsförderung darstellen. Mit der RPR soll das vorhandene Konstrukt- und Bedingungswissen von Gesundheit theoretisch in den Prozess der Verhaltensmodifikation integriert und Veränderungswissen erschlossen werden (Abb.14).

Abbildung 14: Risiko-Schutzverhältnis (Risk-Protektion-Ratio) nach Melchart (Beispiel)



Ebenso wichtig ist die Inanspruchnahme von regelmäßigen Vorsorge- und Früherkennungs-Untersuchungen. Ein umfassender Gesundheits-Check-Up soll eine allgemeine internistische Basisuntersuchung und stufenweise augenärztliche, zahnärztliche, gynäkologisch-urologische Untersuchungen sowie eine Krebsvorsorgeuntersuchung im Bereich Mamma/Prostata, Darm und Haut umfassen. Dieses umfassende Komplettangebot präventivdiagnostischer Abklärung mit multidisziplinärer Verfügbarkeit von Fachdisziplinen wird derzeit praktisch kaum realisiert, da hierfür entsprechende integrierte Infrastrukturen wie z. B. Prophylaxe-Center an Kliniken in Verbindung mit gesundheitsfördernden Praxisnetzen fehlen.

## 5.2. Das strukturierte Gesundheitstraining als integratives Gruppentraining (IGTr) oder integrative Gruppentherapie (IGTh)

### 5.2.1. Grundprinzipien

#### Prinzip der Selbstbestimmung

Das strukturierte Gesundheitstraining stellt die eigentliche Kernmethode des IGM dar. Es bedeutet Kompetenzförderung und Verhaltenstraining, mit dem Ziel, durch planmäßiges und systematisches Erlernen, Einüben und Stabilisieren von Ressourcen und Potenzialen eine dauerhafte gesundheitsfördernde Einstellungs- und Verhaltensänderung im Alltag als Lebensstilkonzept herbeizuführen und aufrechtzuerhalten. Dies setzt bei fast allen Menschen in unserer Gesellschaft einen neuen Lernprozess voraus, der zu einem lebenslangen gesundheitsfördernden Verhalten in Gesundheit und Krankheit und zu einer ebenso neuen Form oder Dimension informationeller Selbstbestimmung führen sollte. Hierbei ist ein pragmatischer Konsens darüber zu finden, welche Mittel als angemessen und notwendig für die Wiederherstellung, für den Erhalt und die Förderung von Gesundheit von der Gesellschaft, der Wissenschaft und dem Einzelnen selbst angesehen werden und welches Ausmaß an Mit- und Selbstverantwortung dem Bürger bei der Krankheitsentstehung, Heilung und Gesunderhaltung zugeschrieben werden kann.

Gesundheit zu erhalten oder ständig wiederherzustellen, setzt voraus, dass die natürlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten des Menschen angeregt und verbessert werden, die normalerweise Gesundheit garantieren. Es sind die Schutzfaktoren und Grundfunktionen des Lebens, die als komplizierte

Multiparameter-Systeme mit vielfältigen sich selbst steuernden Regelkreisen Gesundheit erhalten. Dies geschieht einerseits autonom, andererseits bedarf es einer ständigen aktiven Mitgestaltung des Individuums als „Lebenskunst“. Wesentlich hierbei ist das Verhältnis zu sich selbst und zu seiner äußeren Natur. Diese Autoregulation zu stärken und eine Neubewertung der eigenen Rolle als Akteur in der Mitgestaltung der eigenen Gesundheit gezielt zu fördern, bedeutet praktiziertes individuelles Gesundheitsmanagement.

Dieser Ansatz ist geschichtlich nicht neu; er entspricht bereits der Hippokratischen Lehre von der „diaita“, einer Lebensordnung, einer Gesundheitslehre, die nach Bedingungen und Determinanten fragt, unter denen Gesundheit am besten zu erhalten ist (Klotter, 1997).

Das strukturierte Gesundheitstraining bietet dem Menschen Beratung und Methoden, die er zur Aufrechterhaltung seiner individuellen „Ordnung“ in allen Lebensbereichen, die seine Gesundheit erhalten oder wiederherstellen, benötigt. Diese Ganzheitlichkeit von Gesundheit führt zur Struktur eines Mehrkomponenten-Modells, das somatische, emotionale, sozio-interaktive und kognitive Bereiche umfasst.

In diesen Teilbereichen der Existenz nimmt der Mensch mehr oder weniger am realen Leben teil bzw. zeigt Lebenspräsenz. Eine persönlich gewichtete Verteilung und Balance der individuellen Lebensenergie in diesen Lebensdimensionen determiniert phänomenologisch das „Gesundheitsprofil“ des Einzelnen und bestimmt auch nach innen den Gleichgewichts-Zustand. Die Fähigkeit, in den verschiedenen Dimensionen und Bereichen des Lebens präsent und mit sich und anderen achtsam umzugehen sowie glücklich zu sein, kann als gelingendes Leben – als individuelle Lebenskunst – bezeichnet werden. Es gibt keinen Gesundheitsstandard, der uns eine ideale Gesundheit, eine Art Goldstandard definiert – sondern das personale Selbst jedes Einzelnen entscheidet und wählt den für sich passenden Lebensstil. Dies kann auch eine bewusste Abwahl bestimmter empfohlener Praktiken und Einstellungen des hier empfohlenen Gesundheitstrainings betreffen. Das personale Selbst bestimmt, wohin die innere Energie fließt.

Die Prinzipien des Gesundheitstrainings richten sich nach wissenschaftlichen Erkenntnissen aus der Physiologie, Präventivmedizin, Psychosomatik, Gesundheitspsychologie, Einzel- und Gruppenpädagogik sowie kurativen Medizin, Rehabilitation und Verhaltensmedizin.

### *Prinzip der Selbstordnung*

Die vier Bereiche der Lebensordnung „Soma“, „Interaktion“, „Kognition“ und „Emotion“ (Vierersystem) sind auch in Weltphilosophien direkte oder indirekte Determinanten von Ordnungssystemen für Leben und Gesundheit.

Wichtig ist, dass jedes Individuum seine eigenen Maßstäbe für Verarbeitung setzt. Das Selbst ist der Raum – ihn zu erkunden und wahrzunehmen, ist Gewinn von Autonomie und Selbstaneignung. Die genetische Ausstattung des Individuums moduliert diese Lebensaktivitäten. Nicht einer, sondern alle Parameter zusammen bestimmen die äußeren Grenzen des Lebensraumes und damit die individuelle Lage des Menschen im Gesundheits- und Krankheitsraum.

### **5.2.2. Inhalte des individuellen Gesundheitsmanagements**

In der praktischen Durchführung des strukturierten Gesundheitstrainings (SGT) ist das Training für die Gesunderhaltung beim Gesunden und für den Kranken zu unterscheiden (Health- oder Disease-Management). Im letzteren Fall spielen wahrgenommene funktionale Einschränkungen im Sinne von Schmerzen oder Behinderungen mit dem Ziel der Überwindung und Verhinderung durch Selbsthilfemaßnahmen eine führende Motivation und Gestaltungsrolle für die Mitwirkung der Patienten. In der primären Gesunderhaltung sind es die Risikowahrnehmung, -vermeidung und der Risikoabbau sowie ein neues Ressourcen- und Kompetenzbewusstsein, das dem Teilnehmer im Rahmen des Trainings zu vermitteln versucht wird.

Zentrale Kernelemente eines jeden strukturierten Trainings sind in Stichworten:

Ernährung, Bewegung, Atmung, Entspannung, Körperhygiene, Selbsthilfestrategien, Kompetenzförderung und Lebensziel-Orientierung. Bezieht man die verschiedenen Ebenen von Gesundheits-Determinanten (s. o.) wie Körper, Verhalten, Person, Beziehung/Kultur und Umwelt mit ein, so ergeben sich folgende Bausteine für das **physiologische Ressourcen-training** (Abb.15):

Abbildung 15: Physiologisches Ressourcentraining (Melchart)

## Strukturiertes Gesundheitstraining

Körper	Verhalten	<b>Physiologisches Ressourcentraining:</b> <del>☞</del> ernähren/ausscheiden <del>☞</del> ein- u. ausatmen <del>☞</del> bewegen, anspannen <del>☞</del> entspannen, ruhen, schlafen, entlasten <b>(Spannungsregulation)</b> <del>☞</del> Aktiv sein, leisten, abwehren <del>☞</del> empfinden, sinnlich erleben (Kälte, Wärme, Druck, Sexualität etc.) als <b>Sensibilitäts- und Selbstwahrnehmungstraining</b> <del>☞</del> <b>Stress (Anforderungen) gelassen entgegennehmen</b> (Hardiness)
Person	Arbeit Kultur Leistung	
Umwelt Ökologie		

Der Schwerpunkt im Bereich Ernährung bildet die mediterrane Kostform mit Obst, Olivenöl, Omega-3-Fettsäuren (Fisch) und reichlich Gemüse (de Lorgeril et al., 1999; Singh et al., 2002). Es sollen praktische Erfahrungen im Einkauf, in der küchentechnischen Zubereitung und in der Esskultur (kauen, ausschmecken, Haupt- und Zwischenmahlzeiten etc.) der verschiedenen Lebensmittel und Grundkenntnisse über deren Zusammensetzung, Sinn und Unsinn so genannte Nahrungsergänzungsstoffe und deren Wirkungen erworben werden. Ebenso wichtig ist eine Selbsterfahrung in der regelmäßigen Durchführung von Entlastungstagen und Kenntnisse auf dem Gebiet des Heilfastens. Einen wesentlichen Aspekt bei der individuell richtigen Ernährung nimmt die eigene Verdauung ein. Nicht nur die theoretische Gesundheit des Lebensmittels, sondern auch die individuelle Verträglichkeit und somit Beschaffenheit von Bauch (z.B. Blähbauch) und Stuhlgang sind selbst zu beobachtende Aspekte im Zusammenhang mit der Ernährung. Körpergewicht, Body-Maßindex, Bauchumfang, Stuhlgewohnheiten und Gewebeszustand sind Beobachtungseinheiten einer Körperhygiene und gleichzeitig Indikatoren für die Richtigkeit der eigenen Ernährung.

Einen ebenso bedeutsamen Bereich stellen die Atmung und die Entspannung dar. Die Ent- und Versorgung des Organismus mit Sauerstoff ist für alle Stoffwechselprozesse von elementarer Bedeutung. Tiefes und richtiges Atmen – insbesondere mit dem Zwerchfell – ist eine Eigenschaft die

häufig verlernt wird. So können z.B. Atemtechniken aus dem Yoga hilfreiche Dienste beim Wiedererlernen des richtigen Atmens leisten. Enge Verbindungen zeigen die Funktionen Atmen und Entspannen. Konzentrierte Atem- und Bewegungstechniken wie QiGong, meditative Atemtechniken und Entspannungsverfahren wie Autogenes Training oder Muskelrelaxation nach Jakobson sind Beispiele für gesundheitsfördernde Alltagstechniken, die für eine optimale Stressbewältigung, Spannungsregulation und für ausreichende Ventilation sorgen können.

Ausreichende und richtige Bewegung stellt ein weiteres Element physiologischen Verhaltens dar, das bewusst und mit Freude täglich erlebt werden soll. Die körperliche Leistungsfähigkeit und die Funktionalität von Herzkreislauf und Stoffwechsel hängen eng mit diesem Verhaltenselement zusammen. So sollte der Einzelne bereits seinen Morgen mit Bewegung beginnen, Treppen anstatt Aufzüge oder Rolltreppen bevorzugen lernen und Gehtechiken wie das Walking sowie ein rückengerechtes Verhalten (Heben von Gegenständen etc.) erlernen. Ebenso lässt sich das eigene Koordinations- und Ausdauervermögen durch regelmäßige Bewegung verbessern und die eigene Körperwahrnehmung (Gefühl für Zeit und Umfang von körperlicher Aktivität und Ruhepause) optimieren. Diese Maßnahmen sollen gemeinsam die Inzidenz bösartiger Tumoren und arteriosklerotischer Herzkreislauferkrankungen senken oder deren Auftreten hinauszögern.

Zusammengefasst sind folgende Schlüsselfunktionen für ein physiologisches Ressourcentraining relevant:

- reichhaltige Zufuhr von Vitaminen, Mineralien, Ballaststoffen und bioaktiven Pflanzenstoffen (Carotinoide, Polyphenole, Phytosterine, Saponine, Glucosinolate) durch Gemüse- und Obstkonsum („5-am-Tag“) und Betonung von Vollkorngetreiden und Kohlenhydraten mit niedrigem glykämischen Index sowie Verzehr von Bohnen, Linsen, Soja und Kohl;
- Reduktion der Gesamtkalorienzufuhr durch Meidung fettreicher Nahrung (normokalorische Kost mit circa 2000 kcal/die; Fett/Protein/KH 30/15/55 Prozent);
- Optimierung des Fettsäuremusters
  - Steigerung: einfach ungesättigte FS aus Olivenöl, Rapsöl, Mandeln; mehrfach ungesättigte Omega-3-Fettsäuren (im Sinne von circa zwei Gramm Alpha-Linolensäure; (Leinöl) und circa je ein Gramm Fischöl aus zwei Fischmahlzeiten/Woche);
  - Vermeidung: Omega-6-FS aus Sonnenblumenöl, Maisöl, Distelöl und Butter

- Einhaltung des BodyMassIndex bis 25kg / m<sup>2</sup> ;
- täglich moderate Bewegung (3–6 MET) für mindestens 30 Minuten täglich,
  - Gesamtsumme der sportlichen Bewegung cal. 1500–2000 kcal pro Woche; ideal wäre 70–80 Prozent aerobe Bewegung und 20–30 Prozent Widerstands- und Dehnungsübungen; allgemein sollte die Alltagsbewegung forciert werden; Bewegungseinheiten sind fragmentierbar
- Rauchverbot;
- mäßige Alkoholfuhr (20–30g Alkohol / die);
- beobachten der persönlichen Stressreaktionen; lernen von Bewältigungsstrategien und Präsenz bzw. Achtsamkeit in den Alltag bringen;
- für ausreichende und rechtzeitige Pausen im Tagesablauf und damit für regelmäßige Entspannung und Erholung sorgen; 20 Min. täglich eine Entspannungstechnik durchführen; Kurz-Entspannungstechniken in den Alltag einbauen (Minis)

Für die tägliche Körperhygiene sind einfache Maßnahmen zu erlernen, so z.B. Kneipp-Methoden wie trockenes Hautbürsten, Wechseldusche und einfache tägliche Dehnübungen. Von grundlegender Bedeutung ist die Erfahrung des Rhythmus der im Wechsel von Aktivität und Ruhe, von Anspannung und Entspannung von Schlaf und Wachsein und in der Regelmäßigkeit von z.B. Stuhlgang und Essenszeiten liegt. Ebenso bedeutsam ist die Fähigkeit und das Bewusstsein, im Jetzt und in der Gegenwart zu handeln und zu leben. Es ist nicht einfach, präsent zu sein, sich auf das zu konzentrieren, was man gerade tut. Wenn man isst, sollte man auch nur essen, nicht fernsehen, nicht Zeitung lesen, sondern sich auf die Nahrungsmittel, auf die Verdauung, auf das Kauen konzentrieren. Lernen, sich selbst zu beobachten. Dies kann mit einem Beobachtungskalender geschehen, der die wichtigsten Dinge und Gefühle des Tages, der Woche etc. regelmäßig festhält.

Esskalender, Schmerzkalender und die Dokumentation anderer Befunde und Verhaltensweisen sind weitere Beispiele für Selbsthilfetechniken, die sich im Rahmen von so genannte Disease-Management-Programmen bereits bewährt haben.

Bei chronischen Schmerzzuständen, Entzündungen, Schlafstörungen, Venen- und arteriellen Gefäßleiden, Durchfall, Verstopfung oder Übermüdungssyndromen können Selbsthilfestrategien für den Alltag und zur Symptom-

bekämpfung im Rahmen des Gesundheitstrainings erlernt werden. Beispiele für konkrete Selbsthilfetechniken sind Teezubereitungen, Wickeltechniken, Bäder, einfache Akupressur- und Massagetechniken, Phantasiereisen, Fasten- und Entlastungstage. Das tägliche physiologische Ressourcentraining soll verschiedene Organfunktionen wie Herz-Kreislauf, Stoffwechsel, Haut, Lunge, Darm, Wirbelsäule und Immunsystem in ihrer Regulationsgüte optimieren. Wissenschaftliche Erkenntnisse, dass für den optimalen Funktionserhalt vorwiegend moderate Trainingsimpulse regelmäßig nötig sind, liegen z.B. für das Bewegungs- und Immunorgan vor (Jolliffe, 2001). Ein Zuviel oder Zuwenig schadet. Übertreibungen in Sport, Sonnenbaden, Essen oder Arbeiten führen zu Dysstress, der vermieden werden sollte.

Das Wahrnehmen und Spüren eigener Bedürfnisse und Grenzen sowie das Verbalisieren von Emotionen ist eine gesundheitsfördernde Kompetenz, die früh geübt und in Gesundheit wie Krankheit einen wichtigen Teil des täglichen Gesundheitstrainings darstellt.

Der Umgang mit Trauer und Verlust, die Vorstellung vom eigenen Tod, dem eigenen Ende soll zur selbstständigen Erkenntnisgewinnung über das Wichtige und Unwichtige im Leben anregen. Emotionale, soziale und kommunikative Kompetenzen sind wichtige Ressourcen die im Umgang mit den eigenen Gefühlen sowie im Umgang mit anderen bedeutsam und trainierbar sind.

Abbildung 16: Kompetenzförderung personaler Ressourcen (Kompetenztraining)

### Strukturiertes Gesundheitstraining

Körper	Verhalten	<ul style="list-style-type: none"> <li>✍ Positives Lebens-, Wohlgefühl</li> <li>✍ Bearbeitung v. Identität, Ängste</li> <li>✍ Grundeinstellungen</li> <li>✍ Gefühle - Beziehung, Konflikt</li> <li>✍ Kontakt und Familie</li> <li>✍ Emotionale und soziale Kompetenz (<b>Kommunikation</b>)</li> <li>✍ <b>Lebenszielplanung</b></li> <li>✍ <b>Selbstwert</b>, Selbstvertrauen, Selbstverwirklichung</li> <li>✍ <b>Zukunft; Lebenssinn</b></li> <li>✍ Spiritualität (Erkennen, Religion)</li> <li>✍ Sachkompetenz und Motivation in Gesundheitsfragen (<b>Health Literacy</b>)</li> <li>✍ Genetische Disposition, Konstitution</li> </ul>
Person Beziehung Emotion Konflikte Zukunft Spiritualität	Arbeit Kultur Leistung	
Umwelt Ökologie		



Das personale Ressourcentraining (Kompetenztraining) – als zweiter Schwerpunkt des strukturierten Gesundheitstrainings – hat die Förderung sehr persönlicher seelisch-kognitiver Eigenschaften und Zustände zum Ziel (Abb.16). Es betrifft eine breite Themenpalette von Emotionen, Beziehungen und deren Konflikte bis hin zu Fragen der Motivation, Spiritualität, Sinnfragen, Lebenszielplanung und Zukunftsfragen, Sachkompetenz und das Lernen der Berücksichtigung eigener genetischer Disposition und Konstitution. Diese Aufzählung macht bereits klar, dass dies nicht von außen durch Dritte umfänglich thematisiert und beantwortet werden kann, sondern vielmehr das Gesundheitstraining Anstoß zur inneren Erkundungsreise und Inspektion der eigenen Personalität geben kann. Durch die Sozialisation in Familie und Gesellschaft haben wir Menschen so genannte Aktualfähigkeiten (Peseschkian, 1977) erworben, die in primäre und sekundäre Fähigkeiten unterteilt werden können. Primäre Fähigkeiten werden in den ersten Lebensjahren entscheidend geprägt und betreffen Liebe, Geduld, Sexualität, Vertrauen, Glaube, Zeit und Zuversicht. Die Anforderungen und Erfahrungen im weiteren Leben und deren Modifikation durch die Gesellschaft prägen die sekundären Fähigkeiten des Menschen, die mit Pünktlichkeit, Gehorsamkeit, Treue, Ehrlichkeit, Fleiß, Sparsamkeit etc. bezeichnet werden können. Sich dieser Eigenschaften mittels Fragebögen und Gruppe bewusst zu werden, sind wichtige Schritte auf dem Weg zur Selbsterkenntnis und zu einer möglichen Veränderung oder Pflege dieser Fähigkeiten.

Das personale Ressourcentraining umfasst Grundübungen zur Aufmerksamkeitslenkung auf die Gegenwart (Präsenztraining), Erholung und Pausen ohne schlechtes Gewissen einzurichten (Erholungskompetenz), Zeitmanagement, Konflikt- und Bewältigungskompetenz in Stresssituationen sowie Complianceförderung durch Remindersysteme für wichtige Früherkennungsmassnahmen, Impfungen und regelmäßige Gesundheits-Checks. Dies soll zu einem situations- und mitweltgerechten Selbstmanagement in Familie und Beruf sowie zu einer Sinn-erfüllten und Lebensziel-orientierten Selbstorganisation im Leben führen.

Eine weitere Grundübung zielt auf die Förderung des eigenen Selbstvertrauens; eine Hinführung zur Achtung und Akzeptanz der eigenen Person mit all ihren innewohnenden Begabungen und Grenzen, Bedürfnissen und Möglichkeiten und damit Stärkung des Selbstwerterlebens – eine Voraussetzung jeder autoregulativen Kompetenzförderung.

Der berufliche Status und das damit verbundene Prestige, die Anerkennung für das Geleistete und die gesamte soziale Anerkennung durch wichtige Meinungsbildner des eigenen sozialen Umfelds stellen für viele in unserer Gesellschaft eine wichtige Motivationsquelle für Leistungsbereitschaft und Arbeitsaufwand dar: Für nicht wenige von uns aber auch eine Quelle von Überforderung. Wenn die Arbeit die gesamte Lebensenergie auf Dauer bindet und keine Zeit mehr für sich selbst oder andere verbleibt oder zu psychosozialen Belastungen führt, ist Reflexion und Überdenken der eigenen Lebenssituation angezeigt. Pubertät, Berentung, Arbeitslosigkeit, Hausbau, Tod naher Verwandter, Schulden etc. sind Lebensereignisse oder Lebensphasen, in denen eine besondere Verunsicherung und Bindung von Lebensenergie auftreten kann. In dieser Zeit sind soziale Unterstützungen durch Familie, Freunde und Verwandte besonders wichtig.

Abbildung 17: Soziales Ressourcentraining (Partizipationstraining)

## Strukturiertes Gesundheitstraining

Körper	Verhalten	<b>Soziales Ressourcentraining:</b>
Person	Arbeit Kultur Leistung Partizipation	
Umwelt Ökologie		

- ✍ Lebensweisen- und Lebenslagenkonzept kennen und evt. korrigieren (sozialisierter Hintergrund)
- ✍ Finanzielle Situation mit sozioökonomischen Status einbeziehen lernen
- ✍ Biographische Lebens- u. Altersphase (z.Bsp. Pension) berücksichtigen
- ✍ Soziale Unterstützung und Integration finden
- ✍ Psychosozialer Belastungsausgleich in Arbeit, Familie, Wohnung
- ✍ Entscheidungsmacht finden

Auch wenn Krankheit auftritt, ist dies der Fall. Soziale Unterstützung stellt deshalb eine eigenständige Ressource in der Gesundheitserhaltung dar, die durch bewusstes Engagement des Einzelnen gefördert werden kann. Viele westliche sozial-liberale Gesellschaften wandeln sich in Bürgergesellschaften, in denen der Einzelne, der Bürger als emanzipiertes Mitglied der Gesellschaft immer stärker Selbstverantwortung für seine eigene Gesunderhaltung übernimmt. Diese verstärkte Individuation sollte jedoch im Idealfall gleich-

sam von einer verstärkten gesellschaftlichen Partizipation des Einzelnen in Form ehrenamtlicher Aktivitäten zur Förderung der Solidarität der Bürger untereinander begleitet sein (Abb.17).

Schließlich ist die unmittelbare Umwelt, der die Menschen in ihrer Arbeits- und Wohnumgebung ausgesetzt sind, ein global spürbar bedeutsamer Aspekt für die Gesundheitsförderung des Einzelnen und ganzer Bevölkerungsgruppen. Hier spielen nicht nur chemische oder biologische Schadstoffe aus der natürlichen, baulichen und technischen Umwelt eine Rolle, sondern auch die Beeinträchtigung des individuellen Komfortgefühls durch Feuchtigkeit, Zugluft, fehlende Besonnung oder Lärm. Auch die fehlende Privatheit und ein Mangel an Rückzugsmöglichkeiten in ein ungestörtes Intimleben bzw. an sozialen Kontakten im umgekehrten Sinne können dem Bereich Umwelt zugeordnet werden.

Das Gesundheitstraining soll im Sinne einer Art Nachhaltigkeitstraining Einstellungen, Bewusstsein und Wissen bezüglich dieser Zusammenhänge sensibilisieren und vermitteln (Abb.18).

Abbildung 18: Nachhaltigkeitstraining (Schulung des Umweltbewusstseins)

## Strukturiertes Gesundheitstraining

Körper	Verhalten	<p>Wissen über Einfluss von natürlicher, baulicher und technischer Umwelt auf das eigene Befinden und Gefährdungspotenziale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✗ Toxikologische Einflüsse, Arbeitsplatzökonomie</li> <li>✗ Komfortgefühl, Lüftung, Besonnung, Lärm</li> <li>✗ Privatheit, soziale Kontaktmöglichkeit</li> </ul>
Person	Arbeit Kultur Leistung	
Umwelt Ökologie		

## 5.2.3. Erleben und Üben in der Gruppe – ein(e) integrative(s) Gruppentraining / -therapie

Eine zeitgemäße Gesundheitspädagogik entwickelt mit dem Klienten/ Patienten einen Weg der kleinen Schritte hin zu einer langfristigen Lebensstiländerung. Durch Information, Erleben und gezieltes Training in den gesundheitsrelevanten Bereichen soll eine Sensibilisierung für Zusammenhänge zwischen psychosozialen Spannungssituationen und Körperreaktionen erreicht, Funktionen und Verhaltensweisen gestärkt und optimiert werden.

Das Ziel einer Verhaltensmodifikation und Bewusstseinsveränderung ist jedoch nur erreichbar, wenn einerseits der Klient/Patient sein passives Rollenverständnis und seine Konsumentenhaltung aufgeben und andererseits der Arzt die bisherige Praxis einer bloßen Verordnungsschule verlassen wird. Die Begegnung eines „Wissenden“ (Arzt), welcher Anordnungen gibt, die befolgt werden können oder auch nicht, mit dem „Unwissenden“ (Laien) führt selten zu einer Erkenntnis, die dazu motiviert, das eigene Verhalten anhaltend zu verändern. Daraus resultiert die Forderung nach einer individuellen Pädagogik zur Persönlichkeitsentwicklung und Lebensberatung über eine medizinische Verordnung hinaus.

Der Begriff Gesundheitstraining steht im Zusammenhang mit Ordnungstherapie für das naturheilkundliche Übungsprinzip. Da eine Ordnungstherapie vorwiegend auf eine Verhaltensänderung zielt, soll durch aktives Einüben von neuem Verhalten und Bewusstsein von Zusammenhängen altes Verhalten modifiziert werden.

In diesem Sinne verfolgt das strukturierte Gesundheitstraining ein Kompetenz- und Ressourcenmodell, das entsprechende Fähigkeiten und Fertigkeiten zur physiologischen Abwehr und Normalisierung, Regeneration und Adaptation fördert und psychosoziale sowie emotionale Kompetenzen und Krisenbewältigung zur Erreichung von Lebenszielen als Selbstmanagement vermittelt.

Wie soll die Umsetzung erreicht werden?

Das folgende chinesische Sprichwort soll dies teilweise verdeutlichen:

**Was ich gehört habe, das vergesse ich!**

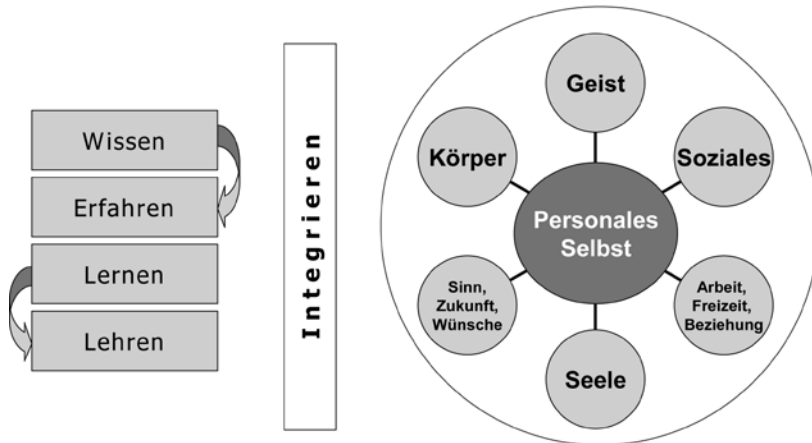
**Was ich gehört und gesehen habe, das kommt mir bekannt vor!**

**Was ich gehört, gesehen und getan habe, das weiß ich!**

Ein entscheidender Prozess des Gesundheitstrainings besteht also darin, Wissen, Erfahren, Lernen und Lehren zu integrieren (Abb.19).

Abbildung 19: Mehrebenen-Modell:  
Training als Wissen- Erfahren- Lernen- Lehren und Integrieren.

## Strukturiertes Gesundheitstraining



Wird die Arbeitsatmosphäre als angenehm erlebt und erfolgen so genannte Aha-Erlebnisse, wirkt sich dies positiv auf die Leistungsbereitschaft und Motivation der Teilnehmer eines Gesundheitstrainings aus und der Einzelne kann sich auf den Lern- und Veränderungsprozess erfolgreicher einlassen.

Eine wichtige Hilfestellung im Prozess der Verhaltensänderung kann die therapeutische Gemeinschaft einer Gruppe darstellen. Das Gruppenmitglied fungiert in diesem Sinne häufig als Co-Therapeut und kann einen positiven Einfluss auf die individuelle Einstellung, Verhaltensweise, Konflikt- und Problemlösung eines anderen in der Gruppe bewirken. Für viele Patienten schafft die Gemeinschaft einer Gruppe oft erst den individuellen Zugang zum eigenen Erleben und Ressourcen, die nötige Rückspiegelung des Verhaltens sowie die psychologische Stütze des „Gleichgesinnten“.

Die Möglichkeit der aktiven Mitarbeit jedes Einzelnen in seinem individuellen Heilungs- und Gesundheitsprozess ist jedoch in einem entscheidenden Maße abhängig von der erreichten Motivation, Kompetenz und persönlichen Lebenssituation des Betroffenen sowie von der gesundheitspäda-

gogischen Grundqualifikation des Therapeuten. Hier findet der präventive Anspruch häufig seine Grenzen.

Prinzipiell muss der Arzt entscheiden, ob das Gesundheitstraining für den Einzelnen in der Gruppe oder als eine individuelle 1:1-Betreuung bzw. auch in beiden „Settings“ gleichzeitig sinnvoll und angemessen ist. Ebenso ist zu entscheiden, ob die Gruppenarbeit mit Risikopersonen oder Kranken (mit einer bestimmten Diagnosegruppe oder mit verschiedenen Erkrankungen), mit Selbsthilfegruppen oder mit Zielgruppen „Noch-Gesunder“ (alte Menschen, Kinder, ganze Bevölkerungsgruppen einer Region) durchgeführt werden soll.

## 5.3. Das elektronische Gesundheitsportal als Lebensbegleiter

Elektronische Dokumentationen und interaktive Internetmedien sind neue, wichtige und für viele Menschen der Gesellschaft niederschwellige Kommunikationsmittel. Das Thema Datensicherheit erfährt im Zusammenhang mit diesen neuen Medien bei allen Akteuren einen besonderen Stellenwert. Aus diesem Grunde ist das für die Betreuung von Interessenten am IGM konzipierte Gesundheitsportal [www.prophylaxe-center.org](http://www.prophylaxe-center.org) mit einer Sicherheitsarchitektur ausgestattet, die eine personenbezogene Anonymität gewährleisten kann. Diese kann auf Wunsch der „User“ für persönliche Dienstleistungen (z.B. Reminderfunktionen via E-mail oder Telefon) oder im Zuge von Studienteilnahmen teilweise gegenüber der Technischen Universität München als Trustcenter gelockert werden. Das Portal dient nicht nur als Serviceplattform für die Teilnehmer des IGM und als Organisationsplattform von Setting-Angeboten im Bereich Gesundheit, sondern auch für wissenschaftliche Interventionsstudien, Langzeitergebnisforschung und Qualitätssicherung. Das Zentrum für naturheilkundliche Forschung (ZnF) der TU München erprobt das Gesundheitsportal derzeit in mehreren Pilotprojekten.

Der große Vorteil von elektronischen Programmen zur Unterstützung einer Verhaltensänderung liegt darin, dass diese – im Gegensatz zu herkömmlichen Angeboten – die Nachversorgung der Teilnehmer und somit die Compliance im Sinne des Feedbacks im Alltag deutlich zu verbessern versprechen. Auch wenn dieser Vorteil durch die Selektion der Teilnehmer, die die persönliche Akzeptanz und notwendigen technischen Voraussetzungen zur Nutzung dieses Angebotes haben müssen, wieder teilweise eingeschränkt wird.

Bestimmte Algorithmen legen die Regeln fest, nach denen der Computer das Feedback-Material wie Info@zepte, Risikoberichte und weitere Beratungsinhalte aus der internen Bibliothek des Servers auswählt. In Diskussionsforen sollen sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer über ihre Erfahrungen austauschen und soziale Unterstützung geben. In Studien konnte bislang gezeigt werden, dass die mit einem Computer individuell abgestimmten Programme die Rauchstopp-Rate (Lancaster, Stead, 1999) und die Teilnahme an Mammographie-Screenings erhöhen (Skinner et al., 1994), sowie das Körpergewicht und den Konsum von fetthaltigen Lebensmitteln bei den Usern senken konnten (Brug et al., 1996; Tate et al., 2001). Die standardisierten Online-Dokumentationsmodule für Patienten und Ärzte – insbesondere Tagebücher, Fragebögen und Befundprotokolle – lassen eine verbesserte Dokumentation und Datenqualität zu und ermöglichen durch Feedback und Information ein modernes Patientenselbstmanagement.

### *Priv. Doz. Dr. Dieter Melchart*

---

Leiter des Zentrums für naturheilkundliche Forschung (ZnF) der II. Med. Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München sowie der Ambulanz für Naturheilverfahren

Lehrbeauftragter für Naturheilkunde der Technischen Universität München und der Universität Zürich, Institut für Naturheilkunde

Wissenschaftlicher Vorsitzender der Akademie für Naturheilverfahren der Erich Rothenfuß Stiftung München

Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirates der TCM-Klinik in Kötzing

