

Aus dem Institut für
Psychotherapie und Medizinische Psychologie
der Universität Würzburg
Vorstand: Prof. Dr. med. Dr. phil. H. Lang

**Unterschiede zwischen Kur und Rehabilitation in der Wahrnehmung
von Medizinstudenten – Eine empirische Studie**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der
Medizinischen Fakultät
der
Bayerischen Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg

vorgelegt von

Dunja Reitz

aus

Obersfeld

Würzburg, Januar 2004

Referent: Prof. Dr. med. Dr. phil. H. Faller

Korreferent: Prof. Dr. med. P. Deeg

Dekan: Prof. Dr. med. S. Silbernagl

Tag der mündlichen Prüfung: 18. Mai 2004

Die Promovendin ist Ärztin

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	1
2	HINTERGRUND	4
2.1	Kur- und rehabilitationsgeschichtliche Entwicklung	4
2.1.2	Die griechische Medizin	5
2.1.3	Die griechische Medizin in Alexandria und Rom	6
2.1.4	Die byzantinische Medizin	7
2.1.5	Die Medizin des Mittelalters	7
2.1.6	Die Medizin der Renaissance.....	9
2.1.7	Die Medizin des 17. und 18. Jahrhunderts	10
2.1.8	Das 19. und 20. Jahrhundert.....	12
2.2	Die Ausgangssituation in Sozialmedizin und Sozialgesetzgebung.....	12
2.3	Rechtsgrundlagen der Heilbehandlung und Kritikpunkte	15
2.4	Rehabilitation und Kur in der belletristischen Literatur	21
2.5	Kur- und Rehabilitationsgeschichte an Beispielen	22
2.5.1	Beispiel: Bad Kissingen.....	22
2.5.2	Beispiel: Geriatriische Rehabilitation in Würzburg (Modelleinrichtung der Arbeiterwohlfahrt: AWO)	24
2.6	Der Weg zur Heilbehandlung: Der Arzt als Vermittler.....	26
3	FRAGESTELLUNG	32

4	METHODE	35
4.1	Rahmen	35
4.2	Auswahl der Probanden und Studiendurchführung	35
4.3	Instrumente und Variablen	36
4.3.1	Soziodemographische Merkmale	38
4.3.2	Behandlungserwartungen und Behandlungsziele	38
4.4	Datenauswertung	42
4.4.1	Angewandte Methoden	42
5	ERGEBNISSE	44
5.1	Soziodemographische Daten	44
5.1.1	Anzahl der Medizinstudenten	44
5.1.2	Altersstrukturierung	44
5.1.3	Geschlechtsverteilung	46
5.1.4	Herkunft der Medizinstudenten	47
5.1.5	Erfahrungen mit einer Heilbehandlung	48
5.2	Unterschiede der Behandlungserwartungen und -ziele zwischen Kur und Rehabilitation bei den einzelnen Subgruppen	49
5.2.1	Unterschiede der Behandlungserwartungen und -ziele in Abhängigkeit vom Semester	49
5.2.2	Geschlechtsspezifische Unterschiede in den Behandlungserwartungen und -zielen	53
5.2.3	Unterschiede der Behandlungserwartungen und -ziele in Abhängigkeit von der Herkunft	57
5.2.4	Unterschiede der Behandlungserwartungen und -ziele in Abhängigkeit von Erfahrungen mit einer Heilbehandlung.....	60

5.3	Missing-Data-Analyse der Fragebogenitems im ersten und siebten Semester	63
5.4	Nennung zusätzlicher freitextlicher Behandlungserwartungen.....	65
5.4.1	Nennung zusätzlicher Behandlungserwartungen im ersten Semester.....	65
5.4.2	Nennung zusätzlicher Behandlungserwartungen im siebten Semester.....	66
5.5	Nennung zusätzlicher freitextlicher Behandlungsziele	67
5.5.1	Nennung zusätzlicher Behandlungsziele im ersten Semester.....	67
5.5.2	Nennung zusätzlicher Behandlungsziele im siebten Semester...	68
6	DISKUSSION.....	70
6.1	Diskussion von Studiendesign und Methodik.....	72
6.2	Unterschiede in den Behandlungserwartungen und -zielen zwischen Kur und Rehabilitation bei den einzelnen Subgruppen	76
6.2.1	Unterschiede in den Behandlungserwartungen und -zielen im ersten und im siebten Semester.....	76
6.2.2	Unterschiede in den Behandlungserwartungen und -zielen in Abhängigkeit vom Geschlecht.....	77
6.2.3	Unterschiede in den Behandlungserwartungen und -zielen in Abhängigkeit von der Herkunft.....	78
6.2.4	Unterschiede in den Behandlungserwartungen und -zielen in Abhängigkeit von der Erfahrung mit einer Heilbehandlung	79
7	ZUSAMMENFASSUNG	81
8	LITERATURVERZEICHNIS.....	83
9	ANHANG: FRAGEBÖGEN	95

1 Einleitung

Obwohl Ende der siebziger Jahre die Trennung zwischen Kur und Rehabilitation gesetzlich vollzogen wurde, ist im allgemeinen Sprachgebrauch diese Separation bis heute noch nicht eingetreten. Die beiden Begriffe werden oftmals synonym benutzt, und deshalb rückt die medizinische Rehabilitation nach Ansicht vieler in ein falsches Licht. Um dem vorzubeugen, ist der Begriff Kur seit 1999 aus dem V. Sozialgesetzbuch eliminiert und je nach Kontext durch „Vorsorgemaßnahmen“ oder „Rehabilitation“ ersetzt worden. Diese Änderung sollte zur Vermeidung inadäquater Kurerwartungen in der Rehabilitation führen, denn durch falsche Erwartungen kann der Therapieverlauf und -erfolg in der Rehabilitation beeinträchtigt werden (Faller & Vogel, 1997). Patienten sollten vor der Genehmigung einer Heilbehandlung (sei es eine Vorsorge- oder eine Rehabilitationsmaßnahme) eine Bereitschaft zur aktiven Teilnahme zeigen. Der VDR schlug deshalb bereits 1993 eine gezielte Vorbereitung des Patienten auf Rehabilitationsbehandlungen vor.

1995 definierte Alfred Wirth den Unterschied zwischen Kur und Rehabilitation folgendermaßen: Unter Kur versteht man eine Therapiemaßnahme mit ausschließlich ortsgebundenen Heilmitteln und physikalischen Behandlungsformen. Demgegenüber steht das moderne Rehabilitationskonzept mit Krankengymnastik, Diätetik, Psycho- und Verhaltenstherapie, ggf. Suchtentwöhnung und Gesundheitsbildung. Die physikalischen und ortsgebundenen Maßnahmen spielen hier nur eine untergeordnete Rolle. Vom Patienten verlangt man in der Rehabilitation Engagement und Eigenverantwortung. Zahlreiche Studien lassen darauf schließen, dass Patienten Kur mit Passivität und Erholung gleichsetzen (Faller, 1988; Krischke, 1996).

Gerade Ärzte sollten als zentrales Bindeglied im Prozess des Rehabilitationszugangs in der Lage sein, Rehabilitation von Kur zu unterscheiden und ihren Patienten genau zu erklären, was im Falle einer Rehabilitation auf sie zukommt. Leider zeigten sich schon in früheren Studien bei Krankenhausärzten und auch

bei niedergelassenen Ärzten verschiedener Fachrichtungen (Mäurer, 1984; Vogel et al., 1994, 1997; Zimmermann, 1999), dass deren Einstellungen und Ansichten sowie der Wissensstand über Rehabilitation sehr differieren. Aus dieser Problematik heraus entstand die Fragestellung dieser empirischen Studie. Es sollte untersucht werden, ob und in welcher Form Medizinstudenten zwischen Kur und Rehabilitation unterscheiden. Dazu wurde ein Fragebogen benutzt, der schon in der medizinischen Rehabilitation (Faller, Vogel & Bosch, 2000; Placzek, 2001) zum Einsatz kam und sich in seiner ursprünglichen Fassung an Rehabilitationspatienten richtete. Die Instruktionen und die Items wurden entsprechend modifiziert.

Zunächst werden im Kapitel 2 die wichtigsten kurgeschichtlichen Epochen, die Ausgangssituation der Sozialmedizin und die Entwicklung zum modernen Rehabilitationskonzept dargestellt. Der Rückblick in die vergangene Kurgeschichte trägt dabei insbesondere zum besseren Verständnis des traditionellen Kurwesens bei und begründet die passiven Kurerwartungen der Gesellschaft. Beispiele aus der Literatur und aus der aktuellen Reha-Versorgung sind zur Veranschaulichung aufgeführt. Am Ende des Kapitels wird die besondere Bedeutung des Arztes als Vermittlerfigur im Rehabilitationszugang dargestellt. Anschließend erfolgt ein Überblick zu Studien, die sich mit ärztlichen Einstellungen bezüglich der Rehabilitation beschäftigten.

Im Kapitel 3 wird die Fragestellung der vorliegenden empirischen Untersuchung näher dargestellt. Zudem erfolgt eine Ableitung der Hypothesen.

Im Kapitel 4 wird die Methodik der Studie erläutert. Es findet eine Beschreibung über die Herkunft der Probanden statt. Weiterhin sind eine Darstellung der Stichprobenrekrutierung, der Studieninstrumente, der Moderatorvariablen und der Art des Vorgehens der Datenauswertung zu finden.

Die Ergebnisse der durchgeführten Untersuchung werden im Hauptteil, Kapitel 5, dargestellt. Die Skalenbildung erfolgte nach den Vorschlägen von Faller et.

al. (2000) zu Erwartungs- und Zieleskalen, mit deren Hilfe untersucht wurde, ob zwischen den verschiedenen Studentengruppen, abhängig von den Moderatorvariablen, Unterschiede bestanden.

Kapitel 6 beinhaltet eine Analyse der Ergebnisse vor dem Hintergrund der angewandten Methoden und des Designs. Abschließend folgen Überlegungen über die Bedeutung der Untersuchung für die Rehabilitation.

Das Kapitel 7 ist ein kurzes und prägnantes Resümee.

2 Hintergrund

2.1 Kur- und rehabilitationsgeschichtliche Entwicklung

Die Rehabilitation, wenn auch unter einem anderen Begriff, hat sicherlich eine lange Tradition über das Mittelalter bis in die Antike reichend (v. Engelhardt, 1990). Ein Rückblick über die kur- und rehabilitationsgeschichtlichen Epochen und die Darstellung von deren wichtigsten Begründern verdeutlicht das in der Gesellschaft verinnerlichte passive Bild der Kur, das immer wieder Anlass zahlreicher Diskussionen wurde (vgl. Brodde, 1992: „Morgens Fango, abends Tango“).

Zu den historischen Voraussetzungen aller modernen Kurtherapien zählen die Heilmethoden berühmter Ärzte der Antike und des Mittelalters wie Hippokrates, Galen und Paracelsus. Besonders die Griechen und die Römer entwickelten eine Naturheilkunde für Körper und Seele (Merian Sonderheft: Kuren in Deutschland, 1986). In der Kur werden hauptsächlich physikalische und ortsgebundene Naturheilmittel angewandt. Während ein großer Teil der Schulmedizin sich ausschließlich mit dem linearen Ursachen-Wirkungs-Denken im Sinne Descartes, Newtons und Virchows verpflichtet sah, gehen die Naturheilverfahren, die sich auf Jahrhunderte alte Erfahrungen berufen, von komplex vernetzten Systemen aus. Mit in der Natur vorkommender Mittel und Erscheinungen wird behauptet den Menschen diagnostisch und therapeutisch in seiner Ganzheit zu erfassen (zit. n. Abdolvahab-Emminger, 1998).

2.1 Die archaischen Kulturen

Die ersten naturheilkundlichen Ansätze, auf die sich die heutige Kurmedizin oft beruft, fanden sich bereits in der Medizin der archaischen Hochkulturen (altes Ägypten, Mesopotamien, Altindien, China, Altpersien und Altperu). Dabei konzentrierte sich die Medizin auf die Religion und die Mystik. Heilpersonen waren

Ärzte, Zauberer und Priester. Oft wird das Badewesen in den alten Schriften hervorgehoben. Sehr eindrucksvolle Erkenntnisse und das Interesse an Naturgeschichte stammen auch aus dem alten Mexiko. Dort setzte man Bäder, Ausräucherungen, Aderlässe, Diäten und physikalische Methoden ein. Der totalitäre Inkastaat leistete auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheitspflege schon damals bemerkenswerte Beiträge. Zum Beispiel bekämpfte er schon den Alkoholismus (Ackerknecht, 1975).

2.1.2 Die griechische Medizin

Die griechische Medizin bezog sich auf die Viersäftelehre (Schleim, Blut, gelbe und schwarze Galle). Den vier Säften ordneten die Griechen vier entsprechende Elemente (Wasser, Luft, Feuer, Erde) und Eigenschaften zu. Gesundheit verstand man als Zustand der Eukrasie (harmonische Mischung der Säfte). Krankheiten wurden als Zeichen (Symptom) für ein gestörtes Gleichgewicht zwischen den Eigenschaften der Säfte (Dyskrasie) verstanden. Heilungsversuche konzentrierten sich dementsprechend auf den Ausgleich dieses Ungleichgewichtes, z. B. durch die Anwendung von Heilmitteln, die die entgegengesetzten Eigenschaften besaßen (Ackerknecht, 1975). Hier wurde die Erkrankung erstmals nicht mehr als rein übernatürliche Erscheinung angesehen. Hippokrates (460 bis 370 v. Chr.) galt in der Antike als Begründer der wissenschaftlichen Heilkunde. Er wurde auf der Insel Kos geboren und entstammte einer Arztfamilie. Seine Behandlung gliederte sich in verschiedene Teile. Eine seiner Abhandlungen befasst sich mit der Diätetik. Der Wirkungsbereich der Diätetik beinhaltete die Einflüsse von Luft und Wasser, die Rhythmen von Arbeit und Pause, von Wachen und Schlaf, Bewegung und Kosmetik, die Sexualhygiene und die „Beherrschung der Leidenschaften“. Die zu dieser Zeit aufkommende Demokratie und die Diskussionskultur in der „Polis“, die die traditionelle Stammeskultur ablöste, erlaubte es, dass sich diese Ideen rasch ausbreiteten.

2.1.3 Die griechische Medizin in Alexandria und Rom

Die Römer sind verantwortlich für die Bauten von Wasserleitungen, Kanalisationssysteme und gigantischen Badeanstalten. Bad und Sport waren bei den Griechen und Römern Kult. Das Bad diente der Reinigung und der Heilung. Ärztliche Indikationen wurden zum Beispiel für Kalt-Warmwasser- und Salzbäder gestellt. Schon lange vor der Zeit der Römer und Griechen, im fünften Jahrhundert v. Chr., waren die Asklepieien, welche an warmen Mineral- und Schwefelquellen und in den geeigneten klimatischen Breiten lagen, Wallfahrtsziele für Kranke. Priesterärzte nahmen dort die Behandlung psychisch und physisch Kranker auf. Berühmte Stätten lagen in Kos, Knidos, Epidauros und Pergamon (Heimat von Hippokrates, Asklepiades und Galen). Sie dienten als Vorbild für die später entstandenen Kaiserthermen. Zu den Bädern muss bemerkt werden, dass sie in der stürmischen Zeit der Völkerwanderung verfielen und bis zum Mittelalter in Vergessenheit gerieten.

146 v. Chr. wurde Griechenland von Rom erobert. Zu dieser Zeit ist Asklepiades, ein griechischer Arzt aus Kleinasien, besonders erwähnenswert. Er führte die griechische Medizin in Rom ein. Auf ihn werden die wissenschaftliche Begründung und der methodische Ausbau der physikalischen und diätetischen Therapie zurückgeführt. Er betrachtete Diät, Massage und Bewegung als zuverlässigste Heilmittel. Spiele, Musik und kaltes Wasser waren weitere Elemente seiner Heilmethoden. Asklepiades glaubte, dass eine mechanische Störung der Bewegung der Atome durch die Körperporen Krankheiten verursache. Außerdem schenkte er den bislang vernachlässigten chronischen Krankheiten große Aufmerksamkeit und therapierte diese mit aktiven und passiven Übungen, Mineralwasser und Hitzeanwendungen. Am Ende der schöpferischen Periode der griechischen Medizin stand Galen aus Pergamon (130-201 n. Chr.). Er wurde in Kleinasien geboren, studierte in Smyrna, Korinth und Alexandria Medizin und Philosophie und kehrte dann als Gladiatorenarzt nach Hause zurück. Später ging er nach Rom und erlangte Ruhm als Praktiker, Lektor und Experimentator (vgl. Ackerknecht, 1975, S. 69). Er arbeitete auch als Leibarzt von

Marc Aurel. Durch Tiersektionen gewann er Einsicht in die Physiologie und Anatomie. Mit Galen verwandelte sich die Medizin vollends zur Wissenschaft. Er revolutionierte das hippokratische Denken und entwickelte als Polypragmatiker komplizierte Rezeptpläne. Weiterhin veranlasste er Aderlässe und Abführmaßnahmen. Bei Tuberkulose setzte er die Klimatherapie ein. Galen erkannte, dass Prävention besser ist als Heilung und Nachsorge. Neugeborene ließ er zur Abhärtung in kaltem Wasser baden.

2.1.4 Die byzantinische Medizin

Zur Zeit der byzantinischen Medizin entwickelte sich das Krankenhauswesen. Zwischen dem achten und zwölften Jahrhundert konzentrierte man sich hier neben den diagnostischen und chirurgischen Bereichen auf die Diätetik, Körperpflege und die Hygiene. In der Blütephase dieser Zeit entstanden öffentliche, christliche Einrichtungen (Xenodochien, Nosokomien) zur Aufnahme und Pflege von Armen, Kranken, Waisen und Pilgern.

Am byzantinischen Hof lebte während der Besetzung Konstantinopels durch die Franzosen (1270) Nikolaus Myrepsos. Er verordnete Diät, Nahrungshygiene, Bäderbehandlung sowie gemischte und mineralische Medikamente. An seiner Therapie sind wiederum Klimatherapie und Heilgymnastik vergleichbar mit der Grundidee der heutigen Kur. Demetrios Pepagomenos als Arzt von Kaiser Michael dem VIII. schrieb Abhandlungen über Gicht und führte diese Erkrankung auf den Genuss üppiger Speisen bei den Reichen zurück (vgl. Deichfelder, 1985, S. 58ff.).

2.1.5 Die Medizin des Mittelalters

Die Medizin in dieser Zeit kann in drei Phasen unterteilt werden.

Die monastische Medizin vom 5. bis 12. Jahrhundert: In Klöstern verarbeitete man Kräuter. Die Mönche bezogen sich auf die antiken medizinischen Manuskripte von Hippokrates und Galen.

Die arabisch-islamische Medizin vom 7. bis 13. Jahrhundert: Sie befasste sich mit der theoretischen Medizin, mit der Arzneimittellkunde, der speziellen Pathologie und Therapie von Krankheiten, der Chirurgie und auch mit der Diätetik.

Die scholastische Medizin: Diese Zeitspanne war geprägt von Autoritätsbefangenheit, Dogmatismus und syllogistischen Spitzfindigkeiten. Man zog Schlüsse vom Allgemeinen auf das Besondere. Fortschrittliche Ansätze der frühen Medizinerschulen und Universitäten (Paris, Bologna, Padua) kamen zum Erliegen. Das ideologisch-philosophische Konzept des Studiums bildete nun absolute Autoritätshörigkeit. Der Hochschullehrer las und interpretierte die Schriften der antiken Autoritäten (z. B. von Galen). Die Studenten mussten die starren Lehrmeinungen vertreten. Kritik an den Klassikern wurde nicht gestattet (vgl. Eckart, 1998, Kap. 7).

Zwischen dem 8. und dem 16. Jahrhundert wurden Schwitz- und Kufenbäder (Wannenbäder) und Badestuben in den Städten populär. Um das 15. Jahrhundert besann man sich auf den gesundheitlichen Wert warmer Quellen. Viele Wild- und Heilbäder, die schon in der Römerzeit beliebt waren, blühten erneut auf. Man baute in Klöstern und Burgen Badesäle ein. Das Bad galt als Reinigung des Körpers und der Seele; als Beispiele seien genannt: das rituelle Ordensbad, das Hochzeitsbad, das Bad beim Erntedank und bei anderen kirchlichen Zeremonien. In der Übergangszeit vom Mittelalter zur Neuzeit häuften sich Badetraktate. Paracelsus (1493-1541) (weitere Erläuterungen siehe weiter unten) schrieb ein Buch über das Bad. Durch den langen Aufenthalt im Wasser erhoffte man sich heilende Effekte. Man badete stundenlang, plauderte, speiste und hörte Musik dabei. Mit der Zeit entwickelten sich die Kurorte zu Luxus- und Genussorten. Im ausgehenden Mittelalter gerieten aber viele Badestuben auch in Ungnade. Kritiker bezeichneten sie als unnütze Lust- und Vergnügungsstät-

ten. Kriege, Hungersnöte und Krankheiten wie Syphilis verringerten die Popularität und deshalb verfielen nach dem 17. und 18. Jahrhundert die Badestuben.

Mit deren Verfall lebten die Trinkkuren auf. Die Menschen trafen sich am Brunnen um ihr Wasser zu schöpfen. Es kam zu Konversationen, Platzkonzerten und Rendezvous. Der Brunnen wurde zum neuen Mittelpunkt (Merian-Sonderheft: Kuren in Deutschland, 1986).

2.1.6 Die Medizin der Renaissance

In dieser Epoche hatte Paracelsus (1493-1541), eigentlich Philippus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim, sich intensiver mit den Grundlagen und dem Therapiesystem von Kuren beschäftigt. Seine Kindheit verlebte er in den Alpen und ab dem zehnten Lebensjahr in Kärnten. Sein Vater betreute die Arbeiter der Bergwerke der Fugger. Deshalb sammelte Paracelsus viele Erfahrungen in der Alchemie. Als junger Mann ging er auf die Wanderschaft und lernte so unterschiedlichste Krankheiten und Heilmittel kennen. Er untersuchte Heilquellen und machte physikalische und chemische Experimente. Außerdem setzte er sich mit den mineralischen Bestandteilen der Heilquellen auseinander und beschrieb deren Indikationen. Aufgrund der chemischen Analyse der Bestandteile schloss er auf die therapeutischen Effekte. Ständig auf der Suche nach Neuem, schuf Paracelsus die Grundlage für die Entwicklung bislang unerkannter Arzneimittelbehandlungen. Er widmete sich auch den berufsbedingten Stoffwechselkrankheiten der Bergleute. Paracelsus lehrte, dass das entscheidende Prinzip jeglicher Genesung der „innere Arzt“ sei, und er förderte die unterstützende Heilkraft der Natur durch eine naturgemäße Lebensweise. Aufgrund seiner teilweise provozierenden Lehren verschmähten ihn die Hochschulen und Ärzte seiner Zeit. Jahrhunderte später erkannte man seine Arbeit an (vgl. Deichfelder, 1985, S. 74-92).

2.1.7 Die Medizin des 17. und 18. Jahrhunderts

Zu Beginn der Moderne löste sich die medizinische Lehre immer mehr von antiken und arabischen mittelalterlichen Autoritäten ab. Die Neuentdeckungen der Anatomie (Sektionen des Andreas Versal) und der Physiologie (William Harvey entschlüsselt den Blutkreislauf) sowie das Bedürfnis nach technischen Weiterentwicklungen und einem besseren Verständnis der Zusammenhänge bestärkten diesen Wandel im Verhältnis zu den Autoritäten und zu Naturheilkräften (vgl. Eckart, 1998, S. 35).

Am Ende des 18. Jahrhunderts entwickelte sich das psychodynamische Konzept. Krankheitssymptome bedeuteten für den Animisten (Begründer: Ernst Stahl, 1659-1734) Abwehräußerungen der Seele. Nach deren Meinung entstanden Krankheiten entweder durch Organstörungen, Säfteverderbnis oder Kompensationsstörungen der Seele. Als Mittel der Wahl wendete man evakuierende Maßnahmen wie Aderlass und Schröpfen an. Die Exkretions- und Sekretionsförderung wurde als Heilmaßnahme angesehen (Eckart, 1998). Hier lassen sich Parallelen zur Therapie der heutigen Kurortmedizin sehen. Das grundlegende Verständnis des Individuums als ein offenes psycho-soziales System wurzelt wohl teilweise in den animistischen und vitalistischen Prinzipien. Im ausgehenden 18. Jahrhundert seien noch zwei angesehene Vertreter der Wasserheilkunde erwähnt: Der Landwirt Vinzenz Prießnitz (1799-1851) stammte aus Gräfenhof. Obwohl er weder in Anatomie noch in Physiologie ausgebildet war, behandelte er Kranke durch Diät, körperlicher Bewegung (Gymnastik, Spaziergänge) und Schwitzprozeduren und konnte dabei auf viele Erfolge verweisen. Später ergänzte er sein Konzept durch kalte Bäder und Trinkkuren, speziell Kaltwassertrünke. Bei chronischen Erkrankungen wie Rheuma, Ischias oder bei Hautkrankheiten setzte Prießnitz Duschen, Abreibungen oder Einwicklungen in feuchte Kompressen ein. Außerdem bemerkte er die heilsame Wirkung von kaltem Wasser bei medizinisch als untherapierbar deklarierten Frakturen. Auch akute Erkrankungen, wie Lungenentzündung (Pneumonie), Malaria und selbst die 1831 auftretende Cholera in Gräfenberg bekämpfte

Prießnitz mit seiner Hydrotherapie. Gräfenberg verwandelte sich durch Prießnitz zum Kurort. Als erste europäische Heilanstalt mit kaltem Wasser erlangte es Ansehen und Popularität (v. Herold-Ritt, 1988).

Sebastian Kneipp, ein katholischer Pfarrer aus Wörishofen (1821-1897), wurde durch die Schriften von Johann Samuel Hahn und aus eigenem Erleben ein Anhänger der Kaltwasserheilkunde. Er erweiterte das Gießverfahren unter anderem durch eine Reihe individueller Abstufungen. Seine Therapie bestand aus einer „Ganzheitsbehandlung“, die alle Funktionen des menschlichen Körpers mitberücksichtigte. Wie bei Prießnitz stellten die Elemente Diät, Licht, Wasser, Luft, Bewegung und Kräuter essentielle Prinzipien seines Handelns dar. In Kneipp-Heilbädern werden die von ihm beschriebenen Kuranwendungen bis heute gepflegt.

Bereits um das Jahr 1830 entstanden viele Wasserheilanstalten.

Im April 1845 begann der Geologe Karl von Oeynhausen mit der Erbohrung einer Thermalquelle. Bad Oeynhausen (Solebad, 1847) wurde gegründet. In Bad Nauheim versuchte man zu dieser Zeit, organische Herzleiden auf balneologischer Basis zu behandeln. Nur wenige Jahre später erlangte der Ort dadurch weltweites Ansehen und Ruhm (Merian-Sonderheft: Kuren in Deutschland, 1986).

Heute hat die Bundesrepublik Deutschland ungefähr 350 Heilbäder und Kurorte. Viele Thermal- und Mineralwasservorkommen bildeten sich aufgrund der passenden geologischen Verhältnisse in den Mittelgebirgen. Nach der letzten Eiszeit entstanden am Alpenrand auch ausgedehnte Moore (Dörr & Gasser, 1997). Heute findet man dort Kurbetriebe, die Moorheilbäder für Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane und für rheumatische und degenerative Erkrankungen der Gelenke und der Wirbelsäule anbieten. Einige Beispiele sind Bad Bayersoien, Bad Tölz, Bad Kohlgrub (Deutscher Bäderkalender, 1998).

2.1.8 Das 19. und 20. Jahrhundert

Mit der Symbiose aus Bade- und Trinkkur begannen im 19. Jahrhundert der Aufstieg und die Ära der Kurbäder. Die Begeisterung weiter Bevölkerungskreise für diese Bäder hat sich über lange Zeit gehalten. Gegen Ende des 19. Jahrhunderts geht man nicht mehr aus religiösem und kultischem Interesse zum Baden, sondern als Ausgleich zur Arbeit, als körperliche Ertüchtigung und Regeneration. Doch bald kritisierten immer mehr Gegner die Kur als teuren und nutzlosen "Freizeit- und Urlaubersatz" auf Kosten der Sozialversicherungen. Deshalb versuchten die Befürworter, die Bäderwissenschaftliche Vereinigung (1878-1933), durch Forschung die Effektivität der natürlichen Heilmittel nachzuweisen. Ende des Ersten Weltkrieges kam es zur fruchtbaren Zusammenarbeit mit Pharmakologen, Physiologen und medizinischen Kliniken. Die schon seit der Antike praktizierten Behandlungen mit Thermalwasser, Mineralwasser, Peloiden und dem Klima konnten sich nun in den naturwissenschaftlichen Grundlagenfächern verankern. Nicht unerheblich trugen zur weiteren Verbreitung der Kuren die Sozialgesetzgebung und die veränderte politische Lage bei. So erfuhren die Bäder am Ende des Zweiten Weltkrieges einen erneuten Aufschwung. Kuren waren in bestimmten Fällen nun als Leistungen der Sozialversicherungen und Maßnahmen für Kriegsversehrte anerkannt (Hüfner, 1994).

2.2 Die Ausgangssituation in Sozialmedizin und Sozialgesetzgebung

In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts bedingten die technische industrielle Revolution und der industrielle Frühkapitalismus in England sowie auch in Deutschland die gesundheitliche und soziale Misere des Arbeitertums.

Mit der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung 1883, der gesetzlichen Unfallversicherung 1884 und der gesetzlichen Alters- und Invaliditätsrentenversicherung 1893 im Rahmen der Reichsversicherungsordnung versuchte die Regierung, die Not der Arbeiter zu lindern. Diese Gesetzgebung, im we-

sentlichen vorangetrieben von Bismarck, ist ein typisch deutsches Konstrukt und galt als Vorreiter eines Sozialnetzes, welches die anderen Staaten später übernahmen. Bemerkenswert sei, dass der medizinische Begriff Rehabilitation in der ersten Hälfte des neunzehnten Jahrhunderts entstand, als von Buss ihn 1844 mit dem Ziel, die „Lebenstüchtigkeit gesundheitsgeschädigter Menschen wieder herzustellen“, in Sozialpolitik und Staatsrecht einführt (Jung, 1982).

Durch die Alters- und Invaliditätsrentenversicherung schuf man die Möglichkeit, auch Bürgern der unteren sozialen Schichten, bei entsprechender medizinischer Indikation, eine Kur zu genehmigen. Vor Schaffung der Sozialgesetzgebung waren Aufenthalte in Heilbädern und Kurorten finanziell nur für Großbürgertum und Adel erschwinglich. Zu Goethes Zeitepoche gestaltete sich die Kur als eine „andere Art“ von Urlaub. Die edlen Kurhäuser stellten für die Reichen gesellschaftliche Treffpunkte dar, in denen sie lustwandeln und die harmonische Stimmung genießen. Im 19. Jahrhundert war zum Beispiel Bad Kissingen Weltbad und Treffpunkt des europäischen Hochadels.

Rehabilitationskliniken hatten in unterschiedlichen Zeitepochen unterschiedlichste Zielsetzungen. Am Anfang des 20. Jahrhunderts existierten zahlreiche Sanatorien, die mit Hilfe von Naturheilverfahren Lungenkranken, hauptsächlich Tuberkulosepatienten, helfen wollten. Die therapeutischen Bemühungen dieser Heilstätten waren darauf ausgerichtet, die körpereigenen Abwehrkräfte zu stärken. Doch mit der Erfindung des Antibiotikums war man 1944 endgültig in der Lage, die Tuberkulose und andere Infektionskrankheiten kausal zu bekämpfen. Die ursprünglichen Tuberkulose-Sanatorien wurden nun einer anderen Bestimmung zugeführt. Seitdem behandeln Rehabilitationskliniken und Sanatorien zunehmend chronisch kardiologisch, neurologisch, orthopädisch und psychosomatisch Erkrankte. Auch wird die leiblich-seelische Wiedergenesung (zum Beispiel nach einem schweren Unfall) nach einem Akutkrankenhausaufenthalt in der Reha-Klinik weitergeführt (Eckart, 1998).

Zielsetzung der medizinischen Rehabilitation aus der Sicht der Rentenversicherungen ist „die wesentliche Besserung oder Wiederherstellung der erheblich gefährdeten oder geminderten Erwerbsfähigkeit“ (§ 1236 RVO). Diese Vorgabe

ging auch in das SGB VI (§ 9) ein und ist in ihrer jetzigen Fassung auf das Aktionsprogramm der Bundesregierung aus dem Jahre 1975 zurückzuführen. Demnach versteht man unter Rehabilitation „alle Vorgänge, Leistungen, Hilfen und Gestaltungen, die auf die Eingliederung in das Arbeitsleben und in die Gesellschaft insgesamt gerichtet sind“ (Deutscher Bundestag, 1984).

Die Kur muss von der Rehabilitation differenziert werden. Die Kur basierte auf jahrhundertlange Tradition. Wesentliche Impulse erhielt sie von der physikalischen Medizin. Die Rehabilitationsmedizin in der heutigen Form hat sich nach dem Zweiten Weltkrieg entwickelt. Heilbehandlungen als gesetzliche Regelleistung gibt es erst seit 1957, die Anschlussheilbehandlung seit 1976. Die Reha-Medizin entstand an Kurorten, da die entsprechende Infrastruktur vorhanden war. In der Folgezeit expandierte die Reha-Medizin in diesen Orten, wenngleich inhaltlich für diese Entwicklung keine Notwendigkeit bestand. Zwischen der Rehabilitation und der Kur existieren zahlreiche Unterscheidungsmerkmale, was die Therapiemittel, die Pharmakotherapie, die physikalische Therapie, die Psychotherapie, die Gesundheitsbildung, die Ernährung, die Therapiedauer, den Tagesablauf und die Ärzte betrifft (Wirth, 1990). Die Kur wurde eher als Erholungs- und Genesungsangebot für Wohlhabende, für Kriegsveteranen, für strapazierte und gesundheitlich beeinträchtigte Mütter oder auch Ältere angeboten; passive Maßnahmen bilden den Schwerpunkt. Die Rehabilitation bietet medizinische Hilfe nach schweren akuten oder bei bedrohlichen chronischen Krankheiten wie Problemen mit Herz, Gefäßen, Rheuma, Leber und Stoffwechsel, Sucht, bösartigen Tumoren und psychosomatischen Beschwerden (Zillessen, 1994). Aktivität und die Eigeninitiative des Patienten sind in der Rehabilitation sehr wichtige Komponenten.

Ackerknecht (1992) glaubt, dass die Entwicklung der medizinischen und psychosomatischen Rehabilitation und Nachsorge nach schweren Erkrankungen sowie der Umstimmungstherapie bei chronischen und onkologischen Krankheitsprozessen noch nicht abgeschlossen sei. Der Mensch wird seit Freud als ein offenes bio-psycho-soziales System angesehen. Die Psychoso-

matik mit ihrer globalen Betrachtungsweise des Menschen wird heute in Rehabilitationsbehandlungen immer stärker mit aufgenommen.

Gerdes hat in den 90-er Jahren des 20. Jahrhunderts verschiedene Kritikpunkte und Verbesserungsvorschläge für die Rehabilitation angebracht. Unter anderem meinte er, dass die Diagnostik des Risikoverhaltens und die Verhaltenswissenschaft generell weiterentwickelt werden müssen, wenn man chronische Erkrankungen behandeln will (Gerdes, 1989).

2.3 Rechtsgrundlagen der Heilbehandlung und Kritikpunkte

Die Ursprünge der Rechtsgrundlagen für Heilbehandlungen gehen auf die von Bismarck entworfene Alters- und Invaliditätsrentenversicherung (1889) zurück. Danach konnten die Rentenversicherungsträger die Kosten einer Heilbehandlung übernehmen, wenn die Gefahr bestand, nach einer Krankheit erwerbsunfähig zu werden. Das Heilverfahren sollte den Rentenfall verhindern.

Es gab in der Vergangenheit zahlreiche Rentenreformgesetze. Von 1957 bis 2003 wurden die Indikationsstellungen zur Rehabilitation bzw. Kur unter dem Druck der Wirtschaftlichkeit und der zielgenauen Ressourcen-Verwendung oftmals geändert. Zudem zwangen auch der Wandel der Bevölkerungsstruktur und die hohen Arbeitslosenzahlen zu mehr oder weniger großen Kosteneinsparungen (Clade, 2003). Zum Beispiel wurden in das Rentenreformgesetz 1957 präventive oder sekundär präventive Leistungen mit aufgenommen. Im 20. Renten Anpassungsgesetz 1977 und im zweiten Haushaltsstrukturgesetz 1981 wurde die Möglichkeit von vorbeugenden Handlungsmaßnahmen wieder aus dem Leistungskatalog der Rentenversicherung gestrichen. Die Folge war, dass Rehabilitation erst gewährt wurde, wenn gesundheitliche Schäden sich bereits eingestellt hatten (Koch & Barth, 1990; Tomasi, 1989).

Während die Rentenversicherung 1959 noch 760 Millionen DM in die medizinische Rehabilitation investierte, stiegen ihre Aufwendungen bis 1988 auf 4,89 Mrd. DM. Im Jahr 1995 wurden von den Rentenversicherungsträgern insgesamt 10,1 Mrd. DM für Rehabilitationsleistungen aufgewendet. Das Rehabilitationsbudget der BfA als dem größten Rentenversicherungsträger betrug im Jahr 2002 zwei Mrd. Euro. Für 2003 beträgt das Budget bei der BfA 2,02 Mrd. Euro. Heute wollen die Rentenversicherungen die Effektivität der Leistungen verbessern mit Qualitätssicherung, systematischer Reha-Forschung und Kosten-Nutzen-Analysen und regelmäßigen Nach-Befragungen der Patienten. Die durchschnittlichen Leistungsausgaben für die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme liegen bei 3600 Euro pro Rehabilitand. Rische, Präsident der BfA, betonte 2003, dass die Rehabilitation als eine lohnende Investition angesehen werde, da mehr als 66% aller Rehabilitanden in einem Zeitraum von fünf Jahren nach Beendigung der durchgeführten Reha-Maßnahmen im Erwerbsleben bleiben und damit bereits nach wenigen Monaten Erwerbstätigkeit die eingesetzten Sozialleistungen sich rentieren würden (Clade, 2003).

Die Rehabilitation umfasst vier Bereiche: den medizinischen, schulischen, beruflichen und psychosozialen Sektor. Die medizinische Rehabilitation kann nochmals unterteilt werden in eine stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlung. Der Großteil der Leistungen wird stationär durchgeführt. Es kommt bei der Entscheidung, ob stationär oder ambulant rehabilitiert wird, aber auch auf die Krankheit, die Behandlung und den Leistungsträger an. Die medizinische Rehabilitation betrifft funktionelle Gesundheitseinschränkungen mit dem Ziel der Heilung von Krankheiten oder der Linderung chronischer Beschwerden, weiterhin umfasst sie die Prophylaxe von Folgeschäden.

Bei der beruflichen Rehabilitation geht es um die Bemühungen der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung Behinderter oder chronisch Kranker. Es existieren Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke. Hier werden durch geschulte Kräfte Neigungen und Kenntnisse (durch bisherige Tätigkeiten) der Betroffenen berücksichtigt. Die schulische Rehabilitation bietet insbesondere Hilfe

für behinderte Kinder und Jugendliche. Sie ist vom übrigen Schulsystem getrennt. Es gibt zahlreiche Sondereinrichtungen. Die psychosoziale Rehabilitation kümmert sich um Patienten mit rein psychologischen oder psychosomatischen Problemen. Abbildung 1 gibt einen Überblick über die Träger der Rehabilitation (Beske & Brecht, 1993).

Wer eine Rehabilitation wünscht, muss zuvor den Arzt aufsuchen. Wenn nach der Einschätzung des behandelnden Arztes die gesundheitliche Situation des Patienten voraussichtlich Rehabilitationsleistungen erforderlich macht, sollte er deshalb den Patienten über die vorhandenen Rehabilitationsleistungen beraten und ihn veranlassen, einen Antrag beim zuständigen Rehabilitationsträger zu stellen (vgl. Schliehe & Röckelein, 1998, S. 70). Wenn ein Antrag beim zuständigen Träger angekommen ist, erfolgt eine Prüfung, ob die versicherungsrechtlichen und medizinischen Voraussetzungen gewährleistet sind. Dabei muss der Versicherte im Falle, dass die Rentenversicherung zuständig ist, in den letzten 24 Monaten mindestens sechs Pflichtbeiträge entrichtet haben oder mindestens 60 Monate Versichertenzeit aufweisen. Was die medizinische Rehabilitation betrifft, werden Leistungen nur dann gewährt, wenn die Erwerbsfähigkeit stark gefährdet oder gemindert ist und wenn sie durch Reha-Maßnahmen gebessert oder wiederhergestellt werden kann. Im Regelfall ist eine Wiederholung der Rehabilitation nur alle vier Jahre möglich. Bei besonderer medizinischer Indikation gibt es Ausnahmen. Weiterentwicklungsbedürftig wäre die Tatsache, dass der Arzt, ebenso wie der Patient, nicht automatisch auf die Auswahl der Behandlungseinrichtung hinwirken kann. Er erfährt nicht ohne weiteres, ob für den Patienten, nach entsprechend gestelltem Antrag, eine Reha-Behandlung nun bewilligt ist. Leider ist auch kein Kontakt zwischen den am Heimatort behandelnden Ärzten und der Reha-Klinik vorgesehen (Vogel et al., 1997).

Träger der Rehabilitation					
Träger der gesetzlichen Krankenversicherung	Träger der gesetzlichen Rentenversicherung	Bundesanstalt für Arbeit	Träger der gesetzlichen Unfallversicherung	Träger der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden	Träger der Sozialhilfe
Ortskrankenkassen	Landesversicherungsanstalten	Landesarbeitsämter	Gewerbliche Berufsgenossenschaften	Landesversorgungsämter	Überörtliche Träger der Sozialhilfe
Betriebskrankenkassen	Bundesbahnversicherungsanstalt	Arbeitsämter	See-Berufsgenossenschaft	Versorgungsämter	Örtliche Träger der Sozialhilfe
Innungskrankenkassen	Seekasse		Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften	Hauptfürsorgestellen	
See-Krankenkasse (Seekasse)	BfA		Gemeindeunfallversicherungsverbände	Fürsorgestellen	
Ersatzkassen	Bundesknappschaft		Ausführungsbehörden für Unfallversicherung des Bundes, der Länder und Gemeinden		
Landwirtschaftliche Krankenkassen	Landwirtschaftliche Alterskassen		Feuerwehr-Unfallversicherungskassen		

Abbildung 1: Träger der Rehabilitation (Beske & Brecht, 1993, S. 157)

Das Zugangsprozedere und die Rehabilitation wurden von der Fachöffentlichkeit und von der Gesundheitspolitik besonders in den 80-er und 90-er Jahren immer mehr angezweifelt. Selbst viele Fachleute im Gesundheitssystem brachten nur geringes Verständnis für die Ziele und Inhalte der Rehabilitation auf. Man verstand die Rehabilitation als eine Art Verwöhnungsurlaub, verwechselte sie mit der Kur. Fliedner und Gerdes (1988) führten diese Entwicklung dar-

auf zurück, dass es der Rehabilitation an der wissenschaftlichen und konzeptueller Ausarbeitung fehle. Schuntermann (1988) forderte eine kritische Bestandsaufnahme der Rehabilitationsforschung. Die zunehmend fachlich-inhaltliche Kritisierung der medizinischen Rehabilitation führte zu einer Serie von Studien. 1989 wurde vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger die Reha-Kommission berufen (eine Fachkommission von Experten aus Wissenschaft, Reha-Einrichtungen und Verwaltung), mit der Aufgabe, das jetzige Rehabilitationssystem genau zu analysieren und auch Vorschläge zur Weiterentwicklung zu erarbeiten. Weil der steigende Bedarf, aufgrund der wachsenden Zahl chronisch Kranker, und die Sparmaßnahmen in so deutlichem Widerspruch standen, entwickelte man im Rahmen des 1994 eingeführten Qualitätssicherungsprogramms der Rentenversicherung eine Reihe von Maßnahmen mit dem Ziel, der Rehabilitation zu mehr Effektivität zu verhelfen. Unter anderem strebte man mit der Qualitätssicherung an, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Donabedian, 1966) einzelner Reha-Einrichtungen untereinander vergleichbar zu machen. In verschiedenen Studien an Patienten und auch Ärztegruppen untersuchte man die Behandlungserwartungen und -ziele in der Rehabilitation (Faller et al. 2000; Deck et al., 1998; Petermann et al., 1997). Außerdem bemüht sich die BfA, die Rehabilitation in der ärztlichen Ausbildung zu verankern. Pilotprojekt ist dabei 2003 die Förderung eines Modells „Rehabilitation im Medizinstudium“ an der Humboldt-Universität zu Berlin. Die Rehabilitationsforschung soll in den Universitäten und Hochschulen etabliert werden, da die medizinische Rehabilitation und die Anschlussheilbehandlung nach der Behandlung im Akutkrankenhaus eine weitere wichtige Säule im Gesundheitssystem bilden.

1999 wurde im V. Sozialgesetzbuch das Wort „Kur“ endgültig eliminiert und je nach Kontext durch die Worte „Rehabilitation“ oder „Vorsorge-Maßnahmen“ ersetzt, um bei Antragstellern und Beteiligten (den Ärzten sowie auch den Patienten) inadäquate Assoziationen, die sie mit dem Wort „Kur“ verknüpfen, zu verhindern. Es zeigte sich, dass viele Patienten einen Reha-Antrag in der Erwartung gestellt haben, eine passive Kurmaßnahme antreten zu können. Sie

gingen dementsprechend mit unklaren oder gar keinen Veränderungsmotivationen in die Heilbehandlung (Faller et al., 2000). Die Diskrepanzen zwischen den passiven Patientenerwartungen und -zielsetzungen und den tatsächlichen angestrebten Therapiezielen der Rehabilitationsbehandlung führten zu einer Beeinträchtigung der Effektivität der Rehabilitationsmaßnahme.

Auf drei Innovationen und Konzepte hat die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte in den letzten Jahren besonders hingearbeitet: auf ein systematisches, Manual- gesteuertes Gesundheitstraining, auf die Rehabilitations-Nachsorge und ein qualitätsgesichertes Leitlinienprogramm. Beim Gesundheitstraining sollen kognitive, praktische und emotionale Verhaltens- und Einstellungsänderungen des Rehabilitanden erzielt werden. Das Programm soll methodisch und didaktisch aufgearbeitet werden mit Hilfe eines manualisierten, lernziel-orientierten Curriculums. Durchgeführt wird es in kleinen Patientengruppen. So kann man Unterschiede bei den Voraussetzungen der Patienten berücksichtigen und nach den entsprechenden individuellen Voraussetzungen ein geeignetes Schulungsangebot modulartig zusammenstellen. Konkret wird also ein zu jedem Patienten passender Behandlungsplan vor dem Hintergrund einer sorgfältigen Analyse seiner Voraussetzungen, Ziele und Erwartungen erstellt (vgl. Herschbach & Vogel, 1992).

Weiterhin förderte man zur Kosteneinsparung den ambulanten und teilstationären Reha-Sektor. Neue Konzepte sehen vor, den stationären Aufenthalt zu verkürzen und eine Intensivierung der Nachbehandlung und Nachbetreuung durch anschließende ambulante Langzeitbetreuung anzubieten. Die qualifizierte ambulante Betreuung chronisch Kranker nach stationären Rehabilitationsaufenthalten muss noch weiter ausgebaut werden, um langfristige Effekte der Rehabilitation zu gewährleisten. Der Patient fällt nach stationären Heilbehandlungen bisher oft in ein „therapeutisches Loch“ (Studien bei Diabetes Erkrankten von Standl et al., 1999). Durch die ambulante Betreuung wäre dem Abhilfe geschafft.

2.4 Rehabilitation und Kur in der belletristischen Literatur

1920 schrieb Thomas Mann den Roman „Der Zauberberg“. Die Novelle entstand im Zeitraum von 1913 bis 1924. Angeregt zum Schreiben wurde der Autor anlässlich eines Besuches im Lungensanatorium von Davos. 1912 verbrachte dort seine Frau Katia sechs Monate. Der Autor schrieb über seine Eindrücke, die er in Davos sammelte. Im Roman geht es um den früh verwaisten Hamburger Patriziersohn Hans Castorp, dessen Leben (bezüglich der Lebensgeschichte und des Aussehens) einige Parallelen zu Mann selbst zeigt.

Nach dem bestandenen Ingenieurexamen wollte Castorp seinen lungenkranken Vetter im Sanatorium besuchen. Dafür hatte der damals 23-Jährige drei Wochen vorgesehen; doch letztendlich gibt die Hauptperson ihr „normales Leben“ für sieben Jahre Kur auf. In diesem Roman verweist Mann indirekt auf die wichtigsten Argumente gegen die Inanspruchnahme einer stationären Heilbehandlung. Er zeigt, dass durch die Kur eine finanzielle Belastung, eine Belastung für die Familie und die Ehe resultieren kann. Weiterhin wird die Vernachlässigung von den Alltagspflichten und vom Beruf angesprochen. Im Laufe des Romans verfällt die Hauptfigur in ein immer stärkeres Desinteresse für ihr ursprüngliches Leben, und der Zustand des „Krankseins“ und des sekundären Krankheitsgewinns wird bedeutend für Castorp.

Mann stellte die weitgehend passiven Maßnahmen der Kurortmedizin in Davos dar, die sich eher hemmend auf den Therapieerfolg auswirkten. Insbesondere die täglichen stundenlangen Ruhe- und Liegezeiten suggerieren dem Patienten und auch dem Leser, dass eine Kur etwas mit „Ausruhen“, „Nichtstun“ und mit Urlaub zu tun habe.

Ein anderes literarisches Werk zum Thema Kur stammt von Thomas Manns Freund Hermann Hesse. Der 1923 schon 46-jährige Hesse begab sich aufgrund zunehmender Gicht und Ischiasbeschwerden in den schweizerischen Kurort Baden. Anfang des Jahres 1924 erschien das autobiographische Werk

mit dem Titel „Der Kurgast“. Hesse schilderte zum Beispiel seine Gefühle am Tag der Ankunft in Baden. Schon am Bahnsteig bemerkte er überall Kurgäste. Hesse erkannte sie an ihrem hinkenden Gang und er projizierte sein eigenes Leid in diese Menschen. Plötzlich kam in ihm das Gefühl auf, es gebe noch Beklagenswertere und Kränkere als ihn selbst. Sein chronisches Leiden wurde allein durch dieses Bewusstsein gelindert, und er beurteilte seine Verschleißerscheinungen anders als sonst. Hesse lernte mit seiner chronischen, nicht mehr vollständig beseitigbaren Behinderung ohne Resignation umzugehen und sie zu akzeptieren.

Die Möglichkeit, Kontakte mit anderen Patienten zu schließen, sich mit einem Arzt über die eigene Situation zu unterhalten und sich von alltäglichen Aufgaben zu entlasten, sind Argumente, die Hesse in seinem Roman für die Inanspruchnahme einer Kur herausarbeitet. Doch er zeigt genau wie Mann auch Kritikpunkte auf. Kuren werden in beiden Texten grundsätzlich passiv und konsumierend sowie kaum getragen von Eigenaktivität dargestellt. Aktivierende und trainierende Therapien sind hier vergeblich zu suchen.

Doch dies ist nicht verwunderlich, denn der Wandel im Rehabilitationskonzept vollzog sich erst richtig in den 60-er Jahren. Seitdem revolutionierte sich die Rehabilitation erheblich. Motivation und Eigenverantwortung des Patienten wurden fortan immer stärker betont. Trainierende Therapien wie Krankengymnastik und Sport, Unterricht über richtige Verhaltensweisen lösten die traditionelle Kurmedizin ab (Wille, 1989).

2.5 Kur- und Rehabilitationsgeschichte an Beispielen

2.5.1 Beispiel: Bad Kissingen

Bad Kissingen erlangte im späten Mittelalter aufgrund seiner salzhaltigen Quellen Ansehen. Der römische Geschichtsschreiber Tacitus berichtete, dass 58 n. Chr. zwei Germanenstämme - die Chatten und die Hermunduren - um die

Salzquellen kämpften. Bis Ende des 15. Jahrhunderts standen besonders die Quellen im nördlichen Stadtteil, der „Runde Brunnen“ und der „Schönbornsprudel“ zur Salzgewinnung im Vordergrund. Die Heilquellen von Bad Kissingen als Badeort fanden in der Mitte des 16. Jahrhunderts Eingang in die balneologische Literatur (Kissinger Chronik, 1977).

Der bekannte Gegner von Paracelsus, Dr. Thomas Erastus, berichtete als erster Arzt ausgiebig über die verschiedenen Trinkmethoden. Er analysierte das Quellwasser aufgrund von Eigenbeobachtungen. Von 1618 bis 1648 lähmte der 30-jährige Krieg vorerst den Kissinger Kurbetrieb. Mit Beginn des 18. Jahrhunderts und dem Einzug des ersten berühmten Apothekers Georg Anton Boxberger nach Bad Kissingen verbesserte sich zunehmend die Situation.

Im Herbst 1737 ordnete der Fürstbischof Schönborn die Verlegung des Flussbettes an, da jährliche Überschwemmungen den „Maxbrunnen“ schädigten. Weiterhin befahl Schönborn Balthasar Neumann (1687-1753), einen Kurgarten und ein Kurhaus zu errichten. Während der Flussbettverlegung entdeckte der Apotheker Boxberger zwei „scharfe“ Brunnen, den Rakoczy- und den Pandurbrunnen. Diese beiden Quellen hatten einen höheren Mineralgehalt als der Maxbrunnen (deshalb „scharfe“ Brunnen genannt). Fortan war der Rakoczy der bedeutendste und am meisten genutzte Trink- und Badebrunnen. 1803 gehörte Bad Kissingen zum Königreich Bayern. Der Kurbetrieb blühte auf und erlangte internationale Bedeutung. 1837 verzeichnete der Kurort bereits 2.356 Kurgäste. Unter Ludwig dem Ersten kam es in der Zeit von 1830 bis 1850 zum Ausbau des Heil- und Staatsbades. Sein Baumeister Friedrich von Gärtner errichtete zu dieser Zeit den populären Arkadenbau. Das alte Kurhaus erhielt einen Tanzsaal. Um 1850 entwickelte sich ein Badeleben voller Luxus und Prunk. Fürsten, Diplomaten und Ausländer fanden sich alljährlich ein. 1852 tagte König Max von Bayern mit seinem Hofstaat in Bad Kissingen. 1862 und 1898 war Kaiserin Elisabeth von Österreich mehrmals zur Kur. 1864 besuchte Zar Alexander von Russland, 1879 der deutsche Reichskanzler Otto von Bismarck Bad Kissingen.

1913 entstanden um den Kurgarten die Wandelhalle, der Regentenbau mit Lese- und Spielzimmern und Festsälen, Theateranlagen und der Rosengarten. Die Jahre zwischen den beiden Weltkriegen bereiteten Bad Kissingen große wirtschaftliche Probleme. Die politische Entwicklung, die Inflation und die Weltwirtschaftskrise ließen das Kurleben in den Hintergrund geraten. Doch nach 1945 stellte die einschneidende sozialpolitische und technische Entwicklung das Staatsbad vor neue Aufgaben und Entwicklungschancen. Sport und Erholungsstätten wurden errichtet. Der kohlenensäurehaltige Luitpoldsprudel wurde durch Erdbohrungen gefunden, damit waren Herz- und Kreislauferkrankungen mit in das Kissinger Indikationsgebiet aufgenommen.

In der Zeit seit 1950 wurde die Heilkraft der Quellen und die Zweckmäßigkeit der Kuren immer häufiger bezweifelt. Kritiker verlangten wissenschaftliche Belege (siehe Kapitel 2.1.8).

Die Vertreter der Bäder verwiesen wiederum darauf, dass die Leiden der Kurpatienten auch psychosoziale Anteile haben und dass die klassischen Kuren hier auch wirksame Hilfe bieten können (Kissinger Chronik, 1977).

2.5.2 Beispiel: Geriatrische Rehabilitation in Würzburg (Modelleinrichtung der Arbeiterwohlfahrt, AWO)

Die demographische Entwicklung der letzten Jahre verweist auf einen rapiden Anstieg des Anteils älterer Menschen. Die starke Zunahme der sogenannten Zivilisationskrankheiten, speziell des Herz-Kreislaufs-Systems, der Atmungsorgane und des Bewegungsapparates stellt die kurative Medizin, die diese Krankheiten zwar erkennen, aber nicht heilen kann, vor große Probleme.

Medizinische Rehabilitationseinrichtungen sind insbesondere auf die Behandlung chronischer Erkrankungen spezialisiert und bieten hier spezifische Be-

handlungsbausteine, die auf die Verbesserung von Funktionsfähigkeiten und die Förderung der Lebensqualität der Patienten gerichtet sind.

Gerade um die Betreuung von multimorbiden Langzeiterkrankten geht es bei der geriatrischen Rehabilitation. Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung formulierte bereits 1978: "Ziel der Rehabilitation alter Menschen ist die Wiedergewinnung einer größtmöglichen Unabhängigkeit innerhalb der physisch und der psychisch gesetzten Grenzen mit dem Endziel einer Rückkehr in die gewohnte Umgebung" (zit. nach Franz & Hoffmann, 1996).

Eine drohende Pflegebedürftigkeit soll bei alten Menschen durch rehabilitative Maßnahmen solange wie möglich hinausgezögert oder so gut wie möglich gemindert werden. Diesen Anspruch versucht die Geriatrische Rehabilitation zu verwirklichen. Seit 1996 existiert eine geriatrische Rehabilitationsklinik in Würzburg. Ähnliche Modelleinrichtungen schuf man zum Beispiel auch in Augsburg und Neuburg an der Donau. Man versucht dabei, die Rehabilitation im Alter nach drei Bereichen zu unterscheiden und in dieser Hinsicht nach folgendem Behandlungskonzept vorzugehen:

1. Die präventive Rehabilitation:

Der relativ gesunde, alte Mensch erhält Vorbeugemaßnahmen, das heißt Bekämpfung von Risikofaktoren, Vorsorgeuntersuchungen, Beratung, Vermittlung von Hilfe bei Problemen. Das Leistungsniveau soll erhalten werden.

2. Die allgemeine Rehabilitation:

Bei chronisch Kranken wird durch aktivierende Maßnahmen eine zunehmende Behinderung vermieden. Zusätzlich kommen medikamentöse Therapie und Ernährungsberatung/Ernährungstherapie zum Einsatz.

3. Die spezielle Rehabilitation:

Die schon eingetretene Inaktivität soll mittels Krankengymnastik, Ergotherapie, Bäder, Massagemedizin und Logopädie verringert werden. Beispielsweise werden Patienten mit Zustand nach Apoplex hier fachlich weiterbetreut.

Das Krankheitsspektrum der Geriatrischen Rehabilitation umfasst Patienten mit Schlaganfall, Herzinsuffizienz, AVK (arterielle Verschlusskrankheiten), entzündlichen Erkrankungen (zum Beispiel Pneumonie), konsumierenden Erkrankungen (Krebs), Stoffwechselkrankheiten, Dekubitalgeschwüren und Operationsnachbehandlungsfälle. Die geriatrische Rehabilitation sieht sich dabei häufig als Verbindungsstück zwischen Akutkrankenhaus und häuslichen Bereich.

Übliche Rehakliniken oder „normale“ AHB-Kliniken sind mit der adäquaten Betreuung solcher multimorbider Patienten oft überfordert. In der geriatrischen Rehabilitationsklinik in Würzburg sind Ärzte, Pflegepersonal, Krankengymnasten, medizinische Masseur, Bademeister, Ergotherapeuten, Logopäden, Sozialarbeiter, Geistliche, Psychologen, Sport- und Freizeitpädagogen speziell für die zumeist multimorbiden Patienten tätig. Individuell wird für den jeweiligen Patienten (auch in Abhängigkeit von seinem Leidensdruck und seiner Krankheitssituation) ein Therapieplan erstellt (Franz & Hoffmann, 1996).

2.6 Der Weg zur Heilbehandlung: Der Arzt als Vermittler

Die stationäre und ambulante Heilbehandlung vermittelt dem Patienten neue Wege der Lebensführung. Präventivmaßnahmen bei zum Beispiel erblichen oder genetischen Vorbelastungen können ebenso getroffen werden, wie die rehabilitative Heilbehandlung nach Akutbehandlungen bei chronifizierten Erkrankungen. Es werden sowohl traditionelle als auch moderne Behandlungsmethoden eingesetzt.

Den Begriff „Kur“ gibt es als sozialrechtlichen Terminus seit der Gesundheitsreform von 1999 nicht mehr, denn zahlreiche Studien stellten heraus, dass Pa-

tienten und Beteiligte mit dem Wort „Kur“ inadäquate Erwartungen verknüpften (Deck et al., 1998 a; Faller, 1988; Hamacher, 1989; Krischke et al., 1996). Diese Erwartungen der Patienten standen im Gegensatz zur modernen Rehabilitationsbehandlung. Seit 1999 benutzt man im Sozialgesetzbuch somit nur noch den Begriff der Rehabilitation.

Es gibt viele unterschiedliche Angebote von Heilbehandlungsmaßnahmen. In der Regel kennt sich der Patient nicht mit dem Procedere aus, welches für die Gewährleistung und der Kostenübernahme einer Rehabilitationsaufenthaltes erforderlich ist. Der erste Weg des Patienten wird ihn deshalb zum Hausarzt führen, der mit seiner Vermittlerfunktion im Rehabilitationszugangsprozess eine beachtliche Schlüsselfunktion einnimmt. Er sollte erstens dem Patienten richtig erklären können, was die Rehabilitation bedeutet, zweitens den Rentenversicherungsträgern für die Entscheidung zur Bewilligung des Antrags die notwendigen Informationen geben. Die quasi gutachterliche Stellungnahme des Arztes über die Rehabedürftigkeit seines Patienten trägt auch von Seiten der Rentenversicherungsträger zur Auswahl einer geeigneten Einrichtung bei (s. Abb. 2). Gerade die Steuerung des Rehazugangs ist immer wieder Gegenstand kritischer Diskussionen geworden. Experten gehen davon aus, dass viele nicht Rehabilitationsbedürftige in die Rehabilitation gelangen, währenddessen viele Rehabilitationsbedürftige (sogenannte „Under User“; Barth, 1990) keine Rehabilitationsleistung in Anspruch nehmen (zit. nach Vogel et al., 1997).

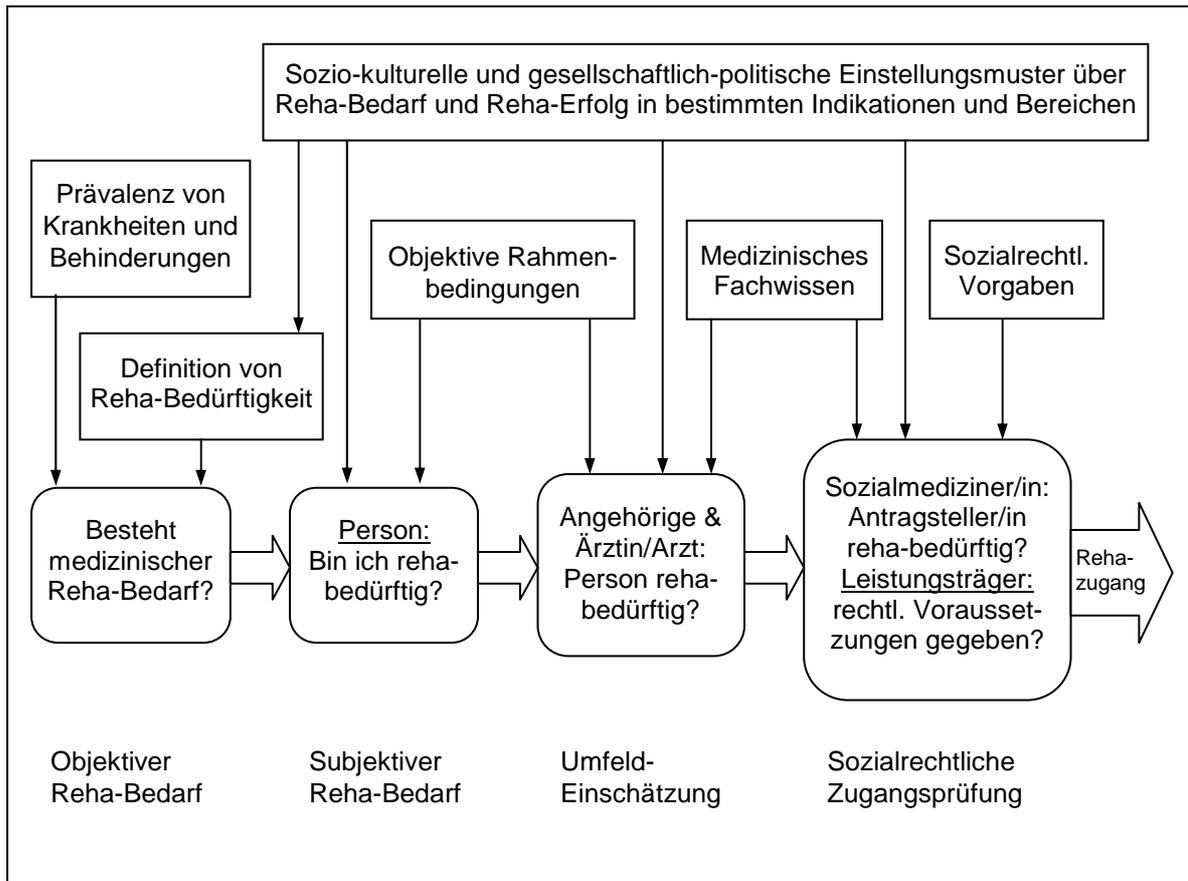


Abbildung 2: Reha-Zugangsprozess – ein vereinfachtes Schema

Wasilewski (1986) fand heraus, dass bei der Bewertung von Kur- bzw. Reha-maßnahmen der Rat des behandelnden Arztes und eigene Erfahrungen mit Reha-maßnahmen bedeutend sind. Er befragte 1.150 Ärzte und analysierte ihre Wertschätzung gegenüber unterschiedlichen Formen von Kur- und Reha-maßnahmen. Interessant ist, dass die Ärzte ihre Verantwortung im Reha-zugangsprozess ablehnten. Vielmehr zeigte sich, dass Ärzte auch bereit sind, die Rehabilitation eines Patienten zu unterstützen, obwohl sie nicht von dessen Bedürftigkeit überzeugt sind, denn die Ärzte wollen das Arzt-Patienten-Verhältnis nicht belasten.

Auch Brandt (1989) befasste sich mit den ärztlichen Einstellungen zu Heil-maßnahmen. Verschiedene Ärztegruppen (Allgemeinärzte, Orthopäden) bewerteten in seiner Studie die Rehabilitation auch unterschiedlich.

Besonders positiv wurde die Rehabilitation nach der Studie von Brandt von praktischen Ärzten und Allgemeinmedizinern eingeschätzt. Orthopäden hielten zwar relativ wenig von Rehabilitationsleistungen, hatten aber dennoch viele Patienten, die in die Rehabilitation gelangten. Was die Art und Intensität der Zusammenarbeit zwischen Rehabilitationsträger und niedergelassenen Ärzten anbelangt, so wurde hier sehr viel Kritik von den befragten Ärzten geäußert. Brandt regte zu intensiveren Kooperationsbemühungen zwischen Ärzten und Rehabilitationskliniken an.

Barth (1990) analysierte das Entscheidungsverhalten unterschiedlicher am Rehazugang beteiligter Ärztegruppen. Es ging dabei um die Inanspruchnahme medizinischer Maßnahmen zur Rehabilitation in Abhängigkeit von der ärztlich bestätigten Rehabilitationsbedürftigkeit. Die befragten Ärzte gaben auf die Frage nach der Erfolgseinschätzung der Rehabilitation eine gute Bewertung bei Herz-Kreislaufkrankungen, Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes. Bei psychischen Erkrankungen glaubten sie weniger an den Erfolg der Rehabilitation. Die befragten Ärzte waren weiterhin überzeugt, dass ihrer Meinung nach 24 bis 36 % der Rehabilitanden nicht rehabilitationsbedürftig seien. Niedergelassene Ärzte hatten besonders die „Entlastung vom Alltag“ als häufige Anregung zur Rehabilitation erwähnt, wohingegen bei Vertrauensärzten die „Linderung chronischer Beschwerden“ im Mittelpunkt der Anregung zur Rehabilitation stand. Es wurde festgestellt, dass, die behandelnden Ärzte weder ihre Patienten von unnötigen Anträgen abhielten, noch dass sie rehabilitationsbedürftige Nichtantragsteller zur Rehabilitation drängten.

Der Verband Hessischer Heilbäder befragte 1994 niedergelassene Ärzte nach der Verordnung von Rehabilitationskuren. Ärzte sahen bei chronischen Krankheiten, speziell bei rheumatischen, atemwegsbedingten, degenerativen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, eine besondere Notwendigkeit zur Verordnung von Heilbehandlungen.

Der Rehabilitationszugang wurde auch von der Reha-Kommission (1992) als problematisch betrachtet und wurde in ihren Beratungen verschiedentlich thematisiert. Die Kommission forderte als einen von vielen Punkten eine Verbesserung der Einbindung der niedergelassenen Ärzte in den Reha-Ablauf.

Eine große Interviewstudie an niedergelassenen Ärzten zur Verbesserung des Zugangs zur medizinischen Rehabilitation wurde Anfang der 90-er Jahre zusammen mit der LVA-Oldenburg-Bremen durchgeführt (Vogel et al., 1994). Ein Drittel bis ein Viertel der befragten Ärzte hielten hierbei die Rehabilitation für nützlich. Besonders bei entzündlich-rheumatischen und psychosomatischen Erkrankungen wurde sie als wichtig angesehen. Spezielles Ziel war es, Einflussfaktoren auf Art und Umfang der Anregung zu Rehamaßnahmen durch niedergelassene Ärzte zu identifizieren. Deutlich in den Ergebnissen wurde auch hier, dass die Einstellung zur Rehabilitation bei den befragten Ärzten höchst unterschiedlich ausgeprägt war. Dieses Ergebnis muss, so wurde geschlossen, notgedrungen auch Einfluss darauf haben, wie sie ihre Patienten zur Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen motivieren bzw. wie stark sie überhaupt Rehabilitationsbedürftigkeit bei ihren Patienten sehen. Ein Teil der Ärzte unterstützt zu „offensiv“ Rehaanträge und erreicht so einen Großteil Rehabedürftiger, aber auch zusätzlich einen erhöhten Anteil nicht Rehabedürftiger. Die Ärzte, die sehr zurückhaltend Rehaanträge befürworten, helfen zwar keinen „Over- Usern“, aber halten auch die „Under-User“-Gruppe von der Rehabilitation ab. Wie in anderen Studien (Barth et al. 1989, Brandt 1989) wurde auch in dieser Untersuchung deutlich, dass aus der Sicht der niedergelassenen Ärzte gerade im Rehabereich eine starke Überinanspruchnahme besteht. Ärzte sollten, weil sie verhältnismäßig wenig über Rehabilitationsleistungen wissen, entsprechend Informationen über die Aufgaben und Ziele von Rehaleistungen erhalten, damit Vorurteile und Missverständnisse gegenüber der Rehabilitation abgebaut werden. Dabei spielt die Einstellungsforschung (vgl. Barth et al. 1989) eine bedeutende Rolle. Einstellungsänderungen kann man durch direkte Kontakte erreichen. Nach Sakidalski (1994) sollte deshalb Entscheidung über den Rehazugang nicht vom Arzt getroffen werden. Es sei aber wichtig für die Leis-

tungsträger, vom Arzt hinreichend differenzierte sachliche Information über den medizinischen und psychischen Zustand des Patienten zu erhalten (zit. nach Vogel et al., 1997).

Zimmermann (1999) untersuchte ärztliche Einstellungen zu Anschlussheilbehandlungen bei Herzinfarktpatienten. Zimmermanns Untersuchung zeigte deutlich, wie unterschiedlich die Einstellungen und Ansichten der Krankenhausärzte zur AHB sind und wie verschieden der Wissensstand über Mittel und Ziele der AHB ist. Krankenhausärzte wurden gebeten, das Verfahren der AHB-Zuweisung im Einzelfall zu erklären. Dabei stellte sich heraus, dass die Ärzte teilweise wichtige Verfahrensregeln nicht kennen. 45% der Befragten konnten nicht spontan die Notwendigkeit angeben, den zuständigen Kostenträger zu ermitteln, was unumgänglich für die richtige Klinikzuweisung ist. Nur ca. zwei Drittel konnten die Zugehörigkeit zu einem Rentenversicherungsträger als wichtiges Kriterium für die richtige AHB-Einleitung nennen. Offensichtlich gingen Ärzte, die im Verlauf ihres Berufslebens schon einmal in einer Reha-Klinik gearbeitet hatten, differenzierter und kritischer mit dem Thema Anschlussheilbehandlung um.

3 Fragestellung

Im Kapitel 2 wurden die Geschichte der Kur und die Entwicklung der Rehabilitation chronologisch aufgearbeitet. Es sollte einen Rückblick über die Herausbildung kurtherapeutischer Ansätze darstellen. Daraus lassen sich die in der Gesellschaft verinnerlichten passiven Assoziationen mit der Kur erklären. Gleichzeitig wurde dargestellt, dass Rehabilitation einem im Kern aktivierenden Anspruch folgt, der sich vom klassischen Kurkonzept deutlich absetzt. Schließlich zeigen zahlreiche Studien die Schwierigkeiten aller Beteiligten, zwischen beiden Ansätzen zu unterscheiden. Möglicherweise können diese Schwierigkeiten auch durch die uneinheitliche Begriffsverwendung erklärt werden. Um die Verwechslung von Kur und Rehabilitation zu erschweren, eliminierte man das Wort „Kur“ 1999 aus dem V. Sozialgesetzbuch und ersetzte es durch „Rehabilitation“ oder „Vorsorgemaßnahmen“. Diese Eliminierung ist den meisten Medizinern noch unklar. Ärzte in Praxen und Krankenhäusern stellen für ihre Patienten immer wieder Anträge und Gutachten für Rehabilitationsmaßnahmen und sprechen in Anwesenheit des Patienten von (der nicht mehr existierenden) Kur. Durch dieses Wort signalisiert der Arzt oft eine passive Einstellung gegenüber der geplanten Heilbehandlung. Dementsprechend groß wird die Enttäuschung des auf Urlaub, Entspannung und Verwöhnung eingestellten Patienten über die „mühselige“ Rehabilitation sein. Demotivation und mangelnde Mitarbeit von Seiten des Patienten senken die Effektivität der Rehabilitation. Das Resultat bestärkt im Nachhinein die Kritiker des Rehabilitationskonzepts.

Leider war die Rehabilitationsmedizin bis Oktober 2003 weder im Ausbildungskatalog der Approbation noch in den Weiterbildungskatalogen für Assistenzärzte enthalten (Wirth, 1995). Aus diesem Grund forderte Wirth, dass die an der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen beteiligten Mediziner Kenntnisse über Voraussetzungen und Möglichkeiten der stationären Rehabilitation haben sollten. Nur dann könne ein Arzt, der ein wichtiges Bindeglied im Rehabilitationszugangsprozess darstellt, die richtige Selektion und die angemessene Vor-

bereitung der Patienten vornehmen. Motivation und Engagement sind nämlich für den Erfolg der Rehabilitation maßgebliche Faktoren.

Zahlreiche Studien bezüglich der Einstellungen zur Rehabilitation bei Ärzten und bei Patienten liegen vor (siehe Kapitel 2.1.8). Studien über die Unterschiede zwischen Zielerwartungen und Behandlungserwartungen an die Rehabilitation und an die Kur liegen allerdings bislang noch nicht vor, auch wenn sie in der fachlichen Diskussion (s.o.) häufig unterstellt werden. In der hier vorgestellten Untersuchung werden diese Unterschiede am Beispiel von Medizinstudenten als zukünftigen Ärzten analysiert.

Für die Studie wurden folgende Hypothesen formuliert:

1. Die Studenten des ersten Semesters differenzieren kaum zwischen den Begriffen Kur und Rehabilitation.
2. Die Studenten des siebten Semesters differenzieren deutlich zwischen den Begriffen Rehabilitation und Kur. Die Rehabilitationsmedizin war zwar bis 2003 nicht im Ausbildungskatalog der Ärzte vertreten, doch durch Pflegepraktika und Famulatur haben Medizinstudenten in den fortgeschritteneren Semestern erfahren, dass multimorbide und chronisch erkrankte Menschen in Rehabilitationskliniken behandelt werden sollten.
3. Weibliche Studentinnen unterscheiden sich in der Differenzierung zwischen Rehabilitation und Kur nicht von ihren männlichen Studienkollegen.
4. Medizinstudenten mit persönlicher Erfahrungen mit einer Heilbehandlung differenzieren stärker zwischen Rehabilitation und Kur als Medizinstudenten ohne Erfahrung mit einer Heilbehandlung.

5. Medizinstudenten aus einer Arztfamilie differenzieren stärker zwischen Rehabilitation und Kur als Medizinstudenten, die nicht aus einer Arztfamilie stammen. Möglicherweise bekommen die Arztkinder Wissen über die Rehabilitation von ihren Eltern vermittelt.

4 Methode

4.1 Rahmen

Die vorliegende empirische Untersuchung fand in Zusammenarbeit mit dem Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg statt. Die Erhebung wurde im Rahmen der Pflichtvorlesungen bei 117 Medizinstudenten des ersten und 96 Studenten des siebten Semesters in Würzburg im Oktober 2001 (Wintersemester) als Querschnittsuntersuchung durchgeführt.

4.2 Auswahl der Probanden und Studiendurchführung

Zwei Studiengruppen, Medizinstudenten des ersten und siebten Semesters werden hinsichtlich ihrer Behandlungserwartungen und Zielerwartungen an die Rehabilitation und an die Kur miteinander verglichen. Es werden die Erwartungen hinsichtlich der subjektiv angemessenen Behandlungsmethoden (Prozesserwartung) und der angestrebten Behandlungsziele (Ergebniserwartung) jeweils in einem Kur- und im Rehabilitationsfragebogen bei Medizinstudenten des ersten und siebten Semesters untersucht. Die Medizinstudenten wurden im Rahmen einer ihrer regulären Vorlesung eingeladen, an der schriftlichen Befragung über Heilbehandlungen teilzunehmen. Sie wurden an unterschiedlichen Tagen aufgefordert, den Fragebogen über Erwartungen und Ziele an stationäre Heilbehandlungen möglichst vollständig auszufüllen. Nähergehende Informationen über Sinn und Zweck der Studie unterblieben. Dadurch hätte es zu einer Ergebnisverfälschung infolge einer Meinungsbildung kommen können. Zuvor waren die beiden unten näher beschriebenen Versionen des Fragebogens in gleicher Anzahl vorbereitet und zufällig gemischt worden. Sie wurden sodann an die teilnahmeinteressierten Studenten ausgehändigt. Pro Semester erhielten 50% der Studenten eine Version des Fragebogens, der die Aspekte der Heilbehandlung entweder unter der Überschrift einer Kur oder aber einer Rehabilitation bewerten ließ. Indem nach der „Kur“ oder der „Rehabilitation“ nicht in ein

und demselben Fragebogen, sondern in zwei unterschiedlichen Versionen gefragt wurde, vermied man, dass der/die Student/in allein aufgrund des Aufbaus des Fragebogens automatisch auf den Gedanken gebracht wurde, dass es einen Unterschied zwischen Kur und Rehabilitation geben muss. Dadurch, dass kein anderer Unterschied zwischen den Fragebögen bestand (außer der Bezeichnung für die entsprechende Heilbehandlung in der Überschrift), können Unterschiede in den Ergebnissen nur auf die unterschiedliche Bezeichnung in der Studie zurückgeführt werden.

Anwesend während der Zeit des Ausfüllens waren die Doktorandin und der Dozent, der an diesem Tag die Psychologie-Vorlesung gehalten hat. Die Studenten erhielten keine Antworten auf Fragen, die sie während des Ausfüllens stellten. Im ersten Semester gab es teilweise Verständnisschwierigkeiten bei den Begriffen Fango und Körperwahrnehmung. Im siebten Semester äußerte sich keiner der Studenten während des Ausfüllens des Fragebogens. Die Bearbeitungszeit des Fragebogens betrug zwanzig Minuten. Danach wurden die anonym ausgefüllten Fragebögen wieder eingesammelt. Nach dem Einsammeln stand die Doktorandin für Fragen zu Verfügung.

4.3 Instrumente und Variablen

Der Fragebogen basiert auf einem von Faller, Vogel und Bosch (2000) entwickelten Fragebogen zu Behandlungserwartungen und Behandlungszielen von Rehabilitationspatienten, der erstmals in einer Studie in einer Klinik der medizinischen Rehabilitation in Bad Mergentheim mit onkologischen und orthopädischen Patienten (Bosch, 1998) eingesetzt wurde. Dieser Fragebogen wurde in all seinen inhaltlichen Aspekten übernommen, allerdings, entsprechend den Ergebnissen von Bosch, auf 40 Behandlungserwartungen (ursprünglich 56) und 35 Behandlungsziele (ursprünglich 45) verkürzt (s. Faller et al., 2000). Der Fragebogen richtete sich in dieser Studie an Medizinstudenten, wohingegen er sich bei der Untersuchung von Bosch (1998) an Rehabilitationspatienten wandte. Bosch benutzte den Fragebogen auch nur mit dem Begriff Rehabilitation. Die Instruktionen wurden in dieser Studie entsprechend abgewandelt. Es werden

die Erwartungen hinsichtlich der subjektiv angemessenen Behandlungsmethoden (Prozesserwartung) und der angestrebten Behandlungsziele (Ergebniserwartung) jeweils im Kur- und im Rehabilitationsfragebogen bei Medizinstudenten des ersten und siebten Semesters untersucht. Zum Beispiel wird beim ersten Aspekt der Behandlungserwartungen danach gefragt, wie sehr die Beratung über eine gesündere Lebensführung im Rahmen der entsprechenden Heilbehandlung (entweder Rehabilitation oder Kur) wirksam ist. Bei den Behandlungszielen wird zum Beispiel als erstes gefragt inwieweit das Verringern körperlicher Beschwerden im Vordergrund steht. Für die vorliegende Studie wurden (wie schon in Kap. 4.2 erwähnt) zwei Versionen des Fragebogens erstellt. In der einen wurden die Heilbehandlung als „Kur“, in der anderen als „Rehabilitation“ bezeichnet, um Unterschiede in den spezifischen Erwartungen, die sich mit den beiden Bezeichnungen verbinden, feststellen zu können. Zur Beantwortung der einzelnen Items wurden geschlossene Fragen verwendet, mit einer für jede Frage fünfstufige Likertskalierte Antwortmöglichkeit (überhaupt nicht, ein wenig, ziemlich, stark, sehr stark). Zusätzlich bestand für die Studenten die Möglichkeit, noch weitere nicht vorgegebene Aspekte bezüglich der Behandlungserwartungen und den Behandlungszielen in einer offenen Frage jeweils nach den Behandlungserwartungen und nach den Behandlungszielen anzugeben. Am Ende des Fragebogens wurden noch vier soziodemographische Daten im geschlossenen Fragebogenstil abgefragt (s. Kapitel 4.3.1).

Die neuen Fragebögen, einerseits mit der Heilbehandlung „Kur“, andererseits mit der Heilbehandlung „Rehabilitation“ in der Überschrift wurde erstmals an Medizinstudenten getestet. Sie sind im Anhang beigefügt.

Bosch (1998) bildete auf der Grundlage von Faktorenanalyse aus den Behandlungserwartungen zehn Erwartungsskalen und aus den Behandlungszielen neun Zieleskalen (s. Kap. 4.3.2). Diese Skalen wurden in dieser Arbeit den weiteren Auswertungen zugrunde gelegt.

4.3.1 Soziodemographische Merkmale

Folgende vier soziodemographische Variablen wurden am Ende des Fragebogens erhoben, weil von ihnen Moderatoreffekte erwartet wurden.

- Alter (Angabe in Jahren)
- Geschlecht (männlich/weiblich)
- Einer Arztfamilie entstammend (ja / nein)
- Rehabilitations- / Kurerfahrung (ja / nein)

4.3.2 Behandlungserwartungen und Behandlungsziele

Im Fragebogen, den die Studenten ausfüllten, war bei den 40 Items zu den Behandlungserwartungen und den 35 Items zu den Behandlungszielen eine fünf-stufige Likertskalierte Antwortmöglichkeit aufgeführt. Die Erwartungen werden hinsichtlich der subjektiv angemessenen Behandlungsmethode (Prozesserwartung) und der angestrebten Behandlungsziele (Ergebniserwartung) bei der jeweiligen Heilbehandlung (entweder Kur oder Rehabilitation) abgefragt. Es gab bei jeder Frage die Differenzierungsmöglichkeit zwischen: „überhaupt nicht, ein wenig, ziemlich, stark, sehr stark“.

- Behandlungserwartungen Item 1- 40
- Behandlungsziele Item 1- 35

ESK6 (Stressbewältigung) entspricht den Items: Information über Zusammenhang von Stress und Beschwerden, Stressbewältigungstraining, Körperwahrnehmungstraining, Entspannungstherapien erlernen, Erlernen von Ablenkungsmöglichkeiten.

ESK7 (Gruppengespräche) entspricht den Items: Patientengruppen zur Besprechung seelischer Probleme, Patientengesprächsgruppen bei Suchtproblemen, Patientengruppen zur Besprechung medizinischer Probleme.

ESK8 (Entlastung von zuhause) entspricht den Items: Zeit zum Ausruhen, körperliche Schonung und Erholung, Abstand von der häuslichen Umgebung, mich Dingen widmen für die ich sonst keine Zeit habe, von alltäglichen Verpflichtungen entlastet sein.

ESK9 (alternative Medizin) entspricht den Items: homöopathische Medizin, Vorstellung von alternativen Behandlungsmethoden, Behandlung zur Stärkung des Immunsystems, Behandlung mit Naturheilmitteln.

ESK10 (angenehme Umgebung) entspricht den Items: die schöne Landschaft genießen, eine angenehme Umgebung in der Klinik, Angebote in der Klinik zur Freizeitgestaltung, eine gute Küche, Wanderung an der frischen Luft.

Die einzelnen Zeileskalen bestehen aus folgenden Items:

Die Items erfassen, welches Resultat mit der entsprechenden Heilbehandlung (Rehabilitation oder Kur) erzielt werden soll.

ZSK1 (berufliche Leistungsfähigkeit) entspricht den Items: berufliche Leistungsfähigkeit steigern, Wiederherstellung meiner Arbeitskraft, Einleitung einer beschwerdegerechten Arbeitsplatzumsetzung, persönliche Probleme am Arbeitsplatz bewältigen.

ZSK2 (körperliche Fitness) entspricht den Items: wieder zu Kraft kommen, körperlich fit für den Alltag, mehr Aktivität im Alltag entwickeln.

ZSK3 (Beschwerdereduktion) entspricht den Items: Reduktion meiner Schmerzen, meine Schmerzen besser bewältigen können, Verminderung meiner körperlichen Einschränkungen, meine körperlichen Beschwerden verringern.

ZSK4 (Verhaltensänderung) entspricht den Items: alte, mir schadende Gewohnheiten ablegen, meine eigenen Probleme schneller erkennen und mich anders verhalten können, Ansätze für Änderungen in Teilbereichen meines Lebens finden, Ansätze finden meine Situation positiv beeinflussen zu können.

ZSK5 (Gewichtsreduktion) entspricht den Items: langfristig persönliches Trainingsprogramm entwickeln, eine gesunde Ernährung, Gewichtsabnahme.

ZSK6 (positives Körpergefühl) entspricht den Items: mich in meinem Körper wohlfühlen, mich entspannen können, ein gutes Körpergefühl entwickeln, Freude an körperlicher Bewegung finden.

ZSK7 (positives Lebensgefühl) entspricht den Items: neuen Lebensmut finden, neuen Sinn im Leben finden, ein neuer Mensch werden, ein aktiveres Leben führen.

ZSK8 (Leben genießen trotz Krankheit) entspricht den Items: meine Sexualität genießen, die Angst vor meiner Krankheit bewältigen, lernen meine Krankheit nicht verstecken zu müssen, mein Leben genießen können.

ZSK9 (soziale Kontakte) entspricht den Items: neue Bekanntschaften finden, neue Kontakte knüpfen, neue Menschen kennen lernen, kontaktfähiger werden, Sensibilität für meine Mitmenschen entwickeln.

4.4 Datenauswertung

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mit dem Programm SPSS (Statistical Package for Social Sciences) für Windows, Versionen 10 und 11.

Zur Überprüfung und Sicherung der Qualität der Dateneingabe wurden bei ca. 15% zufällig ausgewählter Fälle die Daten auf Eingabefehler überprüft (nochmaliger Vergleich mit den Originalbögen).

4.4.1 Angewandte Methoden

- Deskriptive Statistik: Prüfung auf Normalverteilung mit Angaben von Minimum, Maximum, Mittelwert, Standardabweichung; Häufigkeiten; Kreuztabellen.
- Berechnung von Skalen: Die zuvor in der Studie von Bosch (1998) faktoranalytisch gebildeten Skalen wurden auf die Daten dieser Studie übertragen. Mit ihrer Hilfe war es möglich, die 40 Erwartungsitems und die 35 Zieleitems inhaltlich auf die beschriebenen zehn bzw. neun Skalenwerte zu reduzieren (additive Skalen).
- Kategorisierung und Auflistung aller Antworten bezüglich der offenen Fragen (freitextliche Gestaltung).

- Unterschiedsprüfungen: Chi-Quadrat-Test bei Nominalskalenniveau, t-Test für unabhängige Stichproben unter Annahme von Intervallskalenniveau. Der t-Test für unabhängige Stichproben wurde benutzt, weil unterschiedliche Subgruppen die „Kur“ oder die „Rehabilitation“ beurteilten. Als Signifikanzniveau wurde bei allen Tests $p=0,05$ festgelegt.

5 Ergebnisse

5.1 Soziodemographische Daten

5.1.1 Anzahl der Medizinstudenten

Insgesamt erhielten 214 Studenten (erstes und siebtes Semester zusammen) den Fragebogen. Die verwertbare Gesamtstichprobe umfasste dann im Rücklauf $n=212$, zwei Studenten füllten den Fragebogen überhaupt nicht aus. 55,7% ($n=118$) der Studenten stammten aus dem ersten Semester, 43,3% der Studenten ($n=94$) stammten aus dem siebten Semester.

Es sollten zur Hälfte die Rehabilitations- und zur Hälfte die Kurfragebögen ausgefüllt werden. Tatsächlich füllten 48,6% ($n=103$) der Studenten den Rehabilitationsfragebogen und 51,4% ($n=109$) der Studenten den Kurfragebogen aus.

5.1.2 Altersstrukturierung

Erstes Semester (s. Abb. 3): 2,5% der Studenten beantworteten die Frage auf das Alter nicht. Das erste Semester umfasste die Altersgruppen 18-Jähriger bis 46-Jähriger (Mittelwert: 20,1 Jahre, Standardabweichung: 3,8). 33,9% der Befragten waren 20 Jahre und 30,5% 19 Jahre alt.

Siebtes Semester (s. Abb. 3): 2,1% der Studenten beantworteten die Frage auf das Alter nicht. Das siebte Semester umfasste die Altersgruppen 21- bis 33-Jähriger (Mittelwert: 24,1 Jahre, Standardabweichung: 2,4). 22,3% der Befragten waren 22 Jahre alt, 25,5% der Befragten 23-jährig und 24,5% 24-jährig.

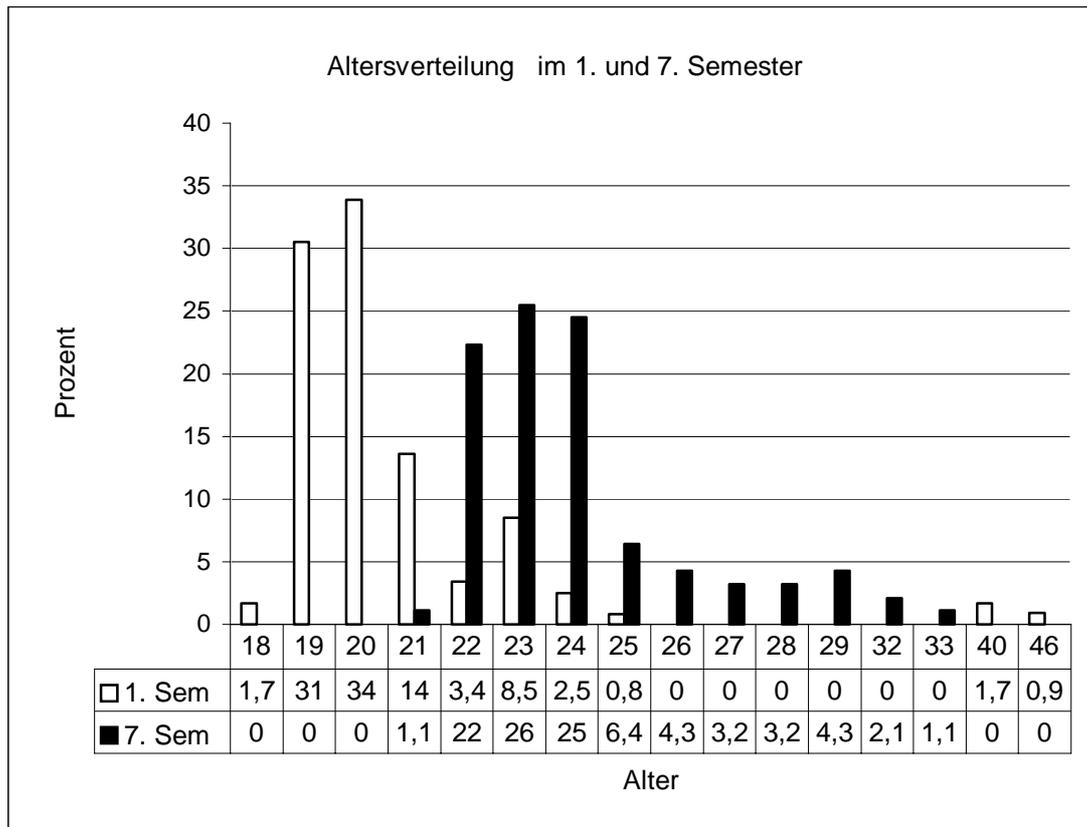


Abb. 3: Altersverteilung

5.1.3 Geschlechtsverteilung

Fehlende Angaben zum Geschlecht waren in 1,9% der Bögen zu verzeichnen. Insgesamt waren 38,1% der Studienteilnehmer männlich. 35,3% der Befragten des ersten Semesters waren männlich. 41,5% der Befragten des siebten Semesters waren männlich (s. Abb. 4).

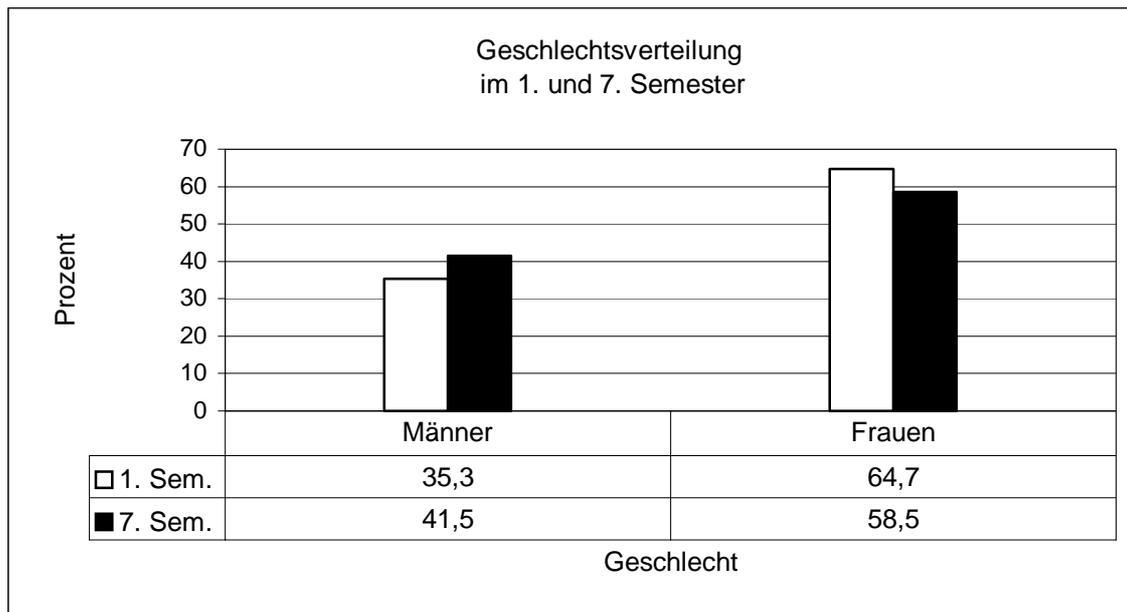


Abb. 4: Geschlechtsverteilung

5.1.4 Herkunft der Medizinstudenten

Fehlende Angaben waren in 2,3% der Bögen zu verzeichnen. 22,4% der Medizinstudenten stammten aus Arztfamilien. Im ersten Semester stammten 27,8% aus einer Arztfamilie. Im siebten Semester stammten 17,0% aus einer Arztfamilie (s. Abb. 5). Die Unterschiede sind allerdings nicht signifikant (Chi-Quadrat-Test $p=0,065$). Zudem stammten die Männer nicht signifikanter häufiger aus einer Arztfamilie als die Frauen.

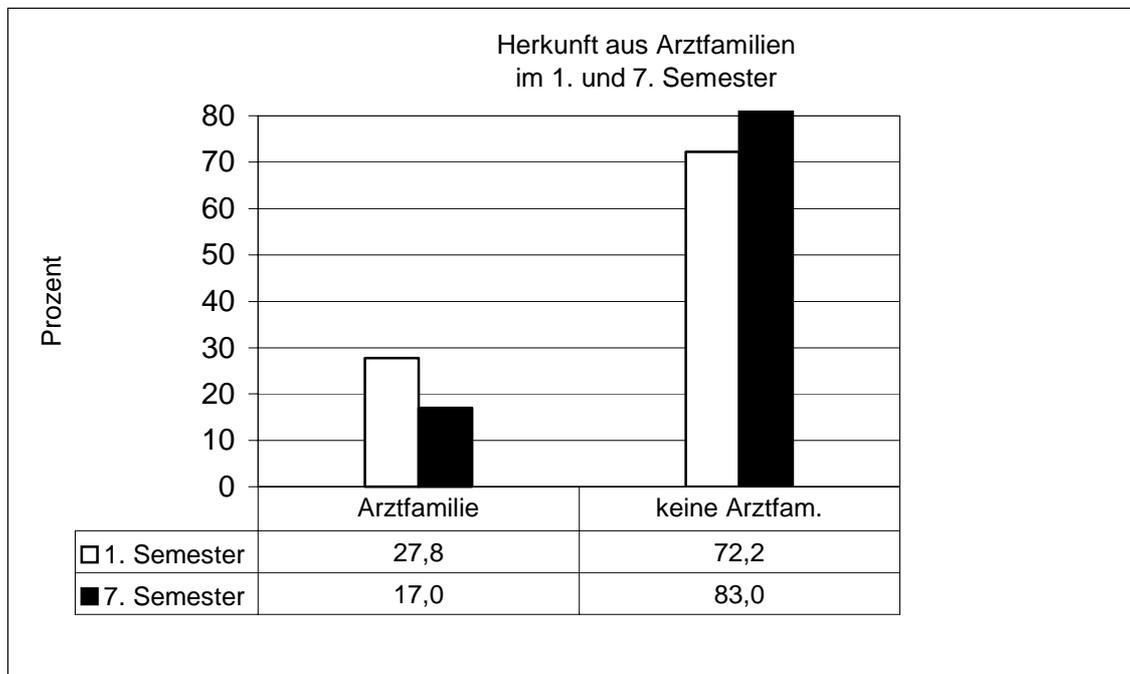


Abb. 5: Herkunft der Medizinstudenten

5.1.5 Erfahrungen mit einer Heilbehandlung

Fehlende Angaben waren in 1,9% der Bögen zu verzeichnen. Bei der Studie gaben insgesamt 14,5% der Studenten an, dass sie mit einer Heilbehandlung bereits Erfahrung gesammelt hätten. Im ersten Semester gaben 21,6% der Studenten an, schon Erfahrungen mit einer Heilbehandlung gesammelt zu haben. Diese Prozentzahl ist im Vergleich zum siebten Semester überraschend hoch. Im siebten Semester gaben nur 6,4% der Studenten an, Erfahrungen mit einer Heilbehandlung gesammelt zu haben (s. Abb. 6). Die Unterschiede sind signifikant (Chi-Quadrat-Test, $p < 0,001$). Männer gaben nicht signifikant häufiger als Frauen an, mit Kur oder Rehabilitation schon einmal Erfahrung gemacht zu haben.

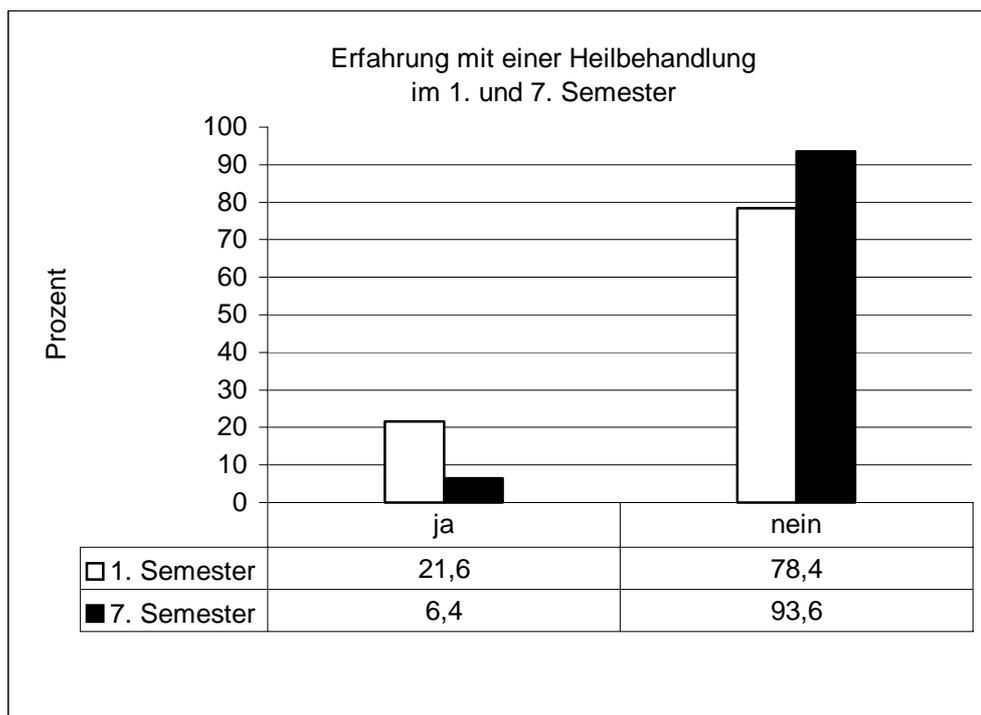


Abb. 6: Erfahrung mit einer Heilbehandlung

5.2 Unterschiede der Behandlungserwartungen und -ziele zwischen Kur und Rehabilitation bei den einzelnen Subgruppen

5.2.1 Unterschiede der Behandlungserwartungen und -ziele in Abhängigkeit vom Semester

Mit dem t-Test für unabhängige Stichproben wurde untersucht, ob sich signifikante Unterschiede in den Erwartungen an Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen finden lassen, und zwar einerseits bei den Studenten des ersten und andererseits bei denen des siebten Semesters.

Erstes Semester (Tabelle 1):

Bei den Studenten des ersten Semester fanden sich lediglich in den Subskalen für die Behandlungserwartungen signifikante Unterschiede zwischen Rehabilitation und Kur. Dies betraf die Skalen körperliches Training (ESK2) und Entlastung von zuhause (ESK8). Für die Studenten des ersten Semesters war das körperliche Training in der Rehabilitation wichtiger als in der Kur, während die Entlastung von zuhause in der Kur bedeutender war.

Siebtes Semester (Tabelle 2):

Beim siebten Semester fiel auf, dass hier deutlich öfter zwischen dem Rehabilitations- und Kurfragebogen Unterschiede auftraten. Es fanden sich sowohl in den Subskalen der Behandlungserwartungen als auch bei den Behandlungszielen Unterschiede.

ESK-Subskalen: Die Studenten des siebtes Semesters äußerten höhere Erwartungen an die ärztliche Betreuung (ESK1) und berufliche Beratung (ESK3) im Rehabilitationsfragebogen als im Kurfragebogen. Demgegenüber waren die Behandlungserwartungen balneophysikalische Behandlung (ESK4) und die

Entlastung von zuhause (ESK8) im Kurfragebogen höher als im Rehabilitationsfragebogen.

ZSK-Subskalen: Das siebte Semester vergab im Rehabilitationsfragebogen den Aspekten berufliche Leistungsfähigkeit (ZSK1), Beschwerdereduktion (ZSK3) und Leben genießen trotz Krankheit (ZSK8) höhere Ränge als im Kurfragebogen.

**Tabelle 1: Behandlungs- und Zielerwartungen im Kur- vs. Reha-
Fragebogen bei der Teilstichprobe erstes Semester**

		n	M	SD	n	M	SD	t-Test
		Reha			Kur			p-Wert
ESK 1	ärztliche Betreuung	56	14,92	3,25	60	14,53	2,97	n.s.
ESK 2	körperliches Training	53	15,90	3,36	59	14,52	3,53	0,03
ESK 3	berufliche Beratung	55	5,47	2,15	59	4,86	1,84	n.s.
ESK 4	balneophys. Behandlung	53	8,22	2,48	55	8,80	2,38	n.s.
ESK 5	Gesund- heitsbildung	56	11,78	2,51	60	11,61	2,49	n.s.
ESK 6	Stressbe- wältigung	53	16,33	4,00	56	16,64	3,66	n.s.
ESK 7	Gruppenge- spräch	57	9,92	2,29	60	9,55	2,36	n.s.
ESK 8	Entlastung v. zu Hause	53	15,56	3,08	59	18,44	3,10	<0.001
ESK 9	alternative Medizin	53	12,05	3,38	59	12,08	3,25	n.s.
ESK 10	angenehme Umgebung	56	16,23	4,11	57	16,07	3,35	n.s.
ZSK 1	berufliche Leistungsf.	54	11,70	3,60	59	11,38	2,63	n.s.
ZSK 2	körperliche Fitness	51	10,80	1,83	60	10,95	1,82	n.s.
ZSK 3	Beschwerde- reduktion	51	15,92	3,00	58	16,56	2,13	n.s.
ZSK 4	Verhaltens- änderung	54	14,12	3,00	58	14,22	2,74	n.s.
ZSK 5	Gewichtsre- duktion	51	9,62	2,15	59	10,25	2,36	n.s.
ZSK 6	positives Körpergefühl	53	13,60	3,02	60	14,26	2,48	n.s.
ZSK 7	positives Lebensgefühl	52	13,51	3,25	59	12,89	3,22	n.s.
ZSK 8	Leben gen. trotz Krankh.	54	14,59	3,20	59	14,37	3,13	n.s.
ZSK 9	soziale Kontakte	55	13,90	5,08	59	13,28	3,92	n.s.

**Tabelle 2: Behandlungs- und Zielerwartungen im Kur- vs. Reha-
Fragebogen bei der Teilstichprobe siebtes Semester**

		n	M	SD	n	M	SD	t-Test
		Reha			Kur			p-Wert
ESK 1	ärztliche Betreuung	46	15,39	3,43	48	13,29	3,28	0,003
ESK 2	körperliches Training	46	17,21	2,95	47	16,43	3,01	n.s.
ESK 3	berufliche Beratung	45	6,46	1,85	47	5,70	1,73	0,04
ESK 4	balneophys. Behandlung	46	8,34	2,29	47	9,31	2,49	0,05
ESK 5	Gesund- heitsbildung	45	11,68	3,06	47	11,89	2,67	n.s.
ESK 6	Stressbe- wältigung	43	17,20	3,41	46	16,00	3,11	n.s.
ESK 7	Gruppenge- spräch	45	10,17	2,43	47	9,36	2,15	n.s.
ESK 8	Entlastung v. zuhause	46	16,65	3,34	48	18,70	3,46	0,004
ESK 9	alternative Medizin	45	10,55	3,00	48	10,12	2,91	n.s.
ESK 10	angenehme Umgebung	46	16,36	3,13	47	16,40	3,48	n.s.
ZSK 1	berufliche Leistungsf.	44	13,25	2,95	48	12,04	2,64	0,04
ZSK 2	körperliche Fitness	45	11,48	2,01	47	10,76	2,08	n.s.
ZSK 3	Beschwerde- reduktion	45	16,57	2,57	48	15,56	2,49	0,05
ZSK 4	Verhaltens- änderung	46	14,13	3,41	46	13,26	2,87	n.s.
ZSK 5	Gewichtsre- duktion	46	10,82	2,10	47	10,76	1,75	n.s.
ZSK 6	positives Körpergefühl	46	13,95	2,82	48	13,66	2,57	n.s.
ZSK 7	positives Lebensgefühl	45	12,35	3,07	48	11,29	2,70	n.s.
ZSK 8	Leben gen. trotz Krankh.	46	13,82	3,34	48	12,16	2,89	0,01
ZSK 9	soziale Kontakte	46	11,73	3,59	48	10,95	3,16	n.s.

5.2.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede in den Behandlungserwartungen und -zielen

Im Weiteren wurde untersucht, ob sich geschlechtsspezifische Unterschiede fanden.

Männliche Studenten (Tabelle 3):

ESK-Subskalen: Die männlichen Studenten unterschieden lediglich bei einem Aspekt in den Subskalen der Behandlungserwartungen zwischen Kur und Rehabilitation. Dabei äußerten sie höhere Erwartungen an die Entlastung von zuhause (ESK8) im Kurfragebogen als im Rehabilitationsfragebogen.

ZSK-Subskalen: Männern wiesen bei den Behandlungszielen einen signifikanten Unterschied in der Skala ZSK7 (positives Lebensgefühl) zwischen Rehabilitations- und Kurfragebogen auf. Sie stufte das positive Lebensgefühl im Rehabilitationsfragebogen bedeutender ein als im Kurfragebogen.

Weibliche Studenten (Tabelle 4):

Die weiblichen Studenten des ersten und siebten Semesters differenzierten deutlich häufiger als die Männer zwischen Rehabilitation und Kur in den Subskalen der Behandlungserwartungen.

ESK-Subskalen: Die Frauen sahen in den Aspekten ärztliche Betreuung (ESK1), berufliche Beratung (ESK3) und Entlastung von zuhause (ESK8) signifikante Unterschiede zwischen Rehabilitation und Kur. Sie äußerten höhere Erwartungen an die ärztliche Betreuung und die berufliche Beratung im Rehabilitationsfragebogen. Demgegenüber stufte die Frauen die Entlastung von zuhause (ESK8) im Kurfragebogen als wichtiger ein. Beim Aspekt Entlastung von zuhause (ESK8) ist ersichtlich, dass sich die Meinungen beider Geschlechter

gleichen. Die Männer hatten ebenso wie die Frauen höhere Behandlungserwartungen an die Entlastung von zuhause im Kurfragebogen.

ZSK-Subskalen: Bei den Behandlungszielen differenzierten die Frauen im Item berufliche Leistungsfähigkeit (ZSK1) zwischen Rehabilitation und Kur. Die Frauen verbanden Rehabilitation stärker mit der beruflichen Leistungsfähigkeit als Kur.

Tabelle 3: Behandlungs- und Zielerwartungen im Kur- vs. Reha-Fragebogen bei der Teilstichprobe der Männer

		n	M	SD	n	M	SD	t-Test
		Reha			Kur			p-Wert
ESK 1	ärztliche Betreuung	36	15,11	3,63	43	14,30	2,77	n.s.
ESK 2	körperliches Training	36	16,50	3,40	42	15,02	3,71	n.s.
ESK 3	berufliche Beratung	35	5,51	2,11	42	5,52	2,01	n.s.
ESK 4	balneophys. Behandlung	36	8,58	2,42	43	9,18	2,18	n.s.
ESK 5	Gesundheitsbildung	36	10,83	2,70	43	11,44	2,55	n.s.
ESK 6	Stressbewältigung	33	16,51	2,86	41	15,68	3,11	n.s.
ESK 7	Gruppengespräch	36	9,69	2,41	43	9,13	2,30	n.s.
ESK 8	Entlastung v. zuhause	35	16,28	3,51	43	18,39	2,86	0,005
ESK 9	alternative Medizin	34	10,79	3,38	43	10,97	3,32	n.s.
ESK 10	angenehme Umgebung	36	16,41	3,88	43	16,67	3,57	n.s.
ZSK 1	berufliche Leistungsf.	35	11,85	3,41	43	12,04	2,91	n.s.
ZSK 2	körperliche Fitness	35	11,00	2,23	43	10,74	2,28	n.s.
ZSK 3	Beschwerdereduktion	35	15,42	3,44	42	15,50	2,58	n.s.
ZSK 4	Verhaltensänderung	36	13,55	2,73	42	13,78	3,09	n.s.
ZSK 5	Gewichtsreduktion	36	9,77	2,53	43	10,25	2,00	n.s.
ZSK 6	positives Körpergefühl	35	13,48	2,86	43	13,74	2,77	n.s.
ZSK 7	positives Lebensgefühl	36	13,16	3,02	43	11,60	3,05	0,026
ZSK 8	Leben gen. trotz Krankh.	36	14,47	3,11	43	13,41	3,08	n.s.
ZSK 9	soziale Kontakte	36	12,52	4,49	43	12,20	4,05	n.s.

**Tabelle 4: Behandlungs- und Zielerwartungen im Kur- vs. Reha-
Fragebogen bei der Teilstichprobe der Frauen**

		n	M	SD	n	M	SD	t-Test
		Reha			Kur			p-Wert
ESK 1	ärztliche Betreuung	65	15,18	3,19	64	13,75	3,41	0,01
ESK 2	körperliches Training	62	16,50	3,18	63	15,60	3,26	n.s.
ESK 3	berufliche Beratung	64	6,12	2,05	63	5,03	1,70	0,001
ESK 4	balneophys. Behandlung	62	8,09	2,48	58	8,84	2,55	n.s.
ESK 5	Gesund- heitsbildung	64	12,21	2,68	63	11,96	2,57	n.s.
ESK 6	Stressbe- wältigung	62	16,90	4,17	60	16,86	3,57	n.s.
ESK 7	Gruppenge- spräch	65	10,20	2,31	63	9,68	2,24	n.s.
ESK 8	Entlastung v. zuhause	63	15,87	3,05	63	18,58	3,47	<0,001
ESK 9	alternative Medizin	63	11,61	3,21	63	11,26	3,15	n.s.
ESK 10	angenehme Umgebung	65	16,18	3,61	60	15,83	3,24	n.s.
ZSK 1	berufliche Leistungsf.	63	12,69	3,37	63	11,44	2,46	0,019
ZSK 2	körperliche Fitness	61	11,19	1,76	63	10,98	1,67	n.s.
ZSK 3	Beschwerde- reduktion	61	16,68	2,28	63	16,57	2,06	n.s.
ZSK 4	Verhaltens- änderung	64	14,45	3,89	61	13,83	2,67	n.s.
ZSK 5	Gewichtsre- duktion	61	10,44	1,96	62	10,61	2,22	n.s.
ZSK 6	positives Körpergefühl	64	13,92	2,97	64	14,17	2,38	n.s.
ZSK 7	positives Lebensgefühl	61	12,86	3,33	63	12,53	3,10	n.s.
ZSK 8	Leben gen. trotz Krankh.	64	14,10	3,38	63	13,34	3,34	n.s.
ZSK 9	soziale Kontakte	65	13,13	4,64	63	12,23	3,61	n.s.

5.2.3 Unterschiede der Behandlungserwartungen und -ziele in Abhängigkeit von der Herkunft

Im Folgenden wurde geprüft, ob es unterschiedliche Erwartungen in Abhängigkeit von der Herkunft aus einer Arztfamilie gibt.

Medizinstudenten aus einer Arztfamilie (Tabelle 5):

ESK-Subskalen: Die Medizinstudenten aus einer Arztfamilie verbanden die Kur stärker mit Erwartungen an die balneophysikalische Behandlung (ESK4) und an die Entlastung von zuhause (ESK8) als die Rehabilitation.

ZSK-Subskalen: Bei den Behandlungszielen sahen die Studenten aus einer Arztfamilie das Ziel Leben genießen trotz Krankheit (ZSK8) stärker in der Rehabilitation als in der Kur verwirklicht.

Medizinstudenten aus keiner Arztfamilie (Tabelle 6):

Diese Medizinstudenten sahen nur in den Behandlungserwartungen signifikante Unterschiede zwischen Kur und Rehabilitationsmaßnahmen. Allerdings unterschieden sie öfter zwischen Kur und Rehabilitation in den ESK-Subskalen als Studenten, die aus einer Arztfamilie entstammen.

ESK-Subskalen: Die Aspekte ärztliche Betreuung (ESK1), körperliches Training (ESK2) und berufliche Beratung (ESK3) wurden von dieser Gruppe in der Rehabilitation als wichtiger angesehen als in der Kur. Die Entlastung von zuhause (ESK8) sahen sie in der Kur wichtiger als in der Rehabilitation.

**Tabelle 5: Behandlungs- und Zielerwartungen im Kur- vs. Reha-
Fragebogen bei der Teilstichprobe der Studenten mit
Arztfamilie**

		n	M	SD	n	M	SD	t-Test
		Reha			Kur			p-Wert
ESK 1	ärztliche Betreuung	23	15,78	2,74	24	14,20	2,84	n.s.
ESK 2	körperliches Training	22	15,68	3,31	24	16,08	3,76	n.s.
ESK 3	berufliche Beratung	23	5,47	2,08	24	5,50	1,91	n.s.
ESK 4	balneophys. Behandlung	22	7,22	2,34	23	8,91	2,60	0,02
ESK 5	Gesund- heitsbildung	23	11,52	2,35	24	11,37	1,97	n.s.
ESK 6	Stressbe- wältigung	23	16,95	3,25	22	15,86	2,23	n.s.
ESK 7	Gruppenge- spräch	23	9,91	1,72	24	9,41	2,24	n.s.
ESK 8	Entlastung v. zuhause	21	14,95	3,49	24	18,54	3,14	0,001
ESK 9	alternative Medizin	21	10,90	2,50	23	11,21	3,42	n.s.
ESK 10	angenehme Umgebung	23	14,34	3,68	24	16,45	4,23	n.s.
ZSK 1	berufliche Leistungsf.	23	12,17	3,24	24	12,25	2,45	n.s.
ZSK 2	körperliche Fitness	21	11,28	1,41	24	10,95	2,19	n.s.
ZSK 3	Beschwerde- reduktion	21	15,90	2,79	23	15,86	2,28	n.s.
ZSK 4	Verhaltens- änderung	23	14,30	2,49	24	14,20	2,46	n.s.
ZSK 5	Gewichtsre- duktion	22	9,90	1,82	24	10,33	1,99	n.s.
ZSK 6	positives Körpergefühl	23	13,52	2,62	24	13,95	2,44	n.s.
ZSK 7	positives Lebensgefühl	22	13,49	3,01	23	12,60	3,29	n.s.
ZSK 8	Leben gen. trotz Krankh.	23	14,82	3,06	24	12,91	2,96	0,03
ZSK 9	soz. Kontakte	23	13,56	4,45	24	13,16	4,15	n.s.

Tabelle 6: Behandlungs- und Zielerwartungen im Kur- vs. Reha-Fragebogen bei der Teilstichprobe der Studenten ohne Arztfamilie

		n	M	SD	n	M	SD	t-Test
		Reha			Kur			p-Wert
ESK 1	ärztliche Betreuung	77	14,97	3,51	83	13,90	3,27	0,048
ESK 2	körperliches Training	75	16,73	3,23	81	15,16	3,34	0,003
ESK 3	berufliche Beratung	75	6,02	2,09	81	5,14	1,82	0,006
ESK 4	balneophys. Behandlung	75	8,56	2,34	78	9,01	2,34	n.s.
ESK 5	Gesundheitsbildung	76	11,75	2,89	82	11,86	2,72	n.s.
ESK 6	Stressbewältigung	71	16,73	3,94	79	16,53	3,68	n.s.
ESK 7	Gruppengespräch	77	10,02	2,51	82	9,47	2,29	n.s.
ESK 8	Entlastung v. zuhause	76	16,32	3,10	82	18,50	3,27	<0,001
ESK 9	alternative Medizin	75	11,44	3,49	83	11,13	3,16	n.s.
ESK 10	angenehme Umgebung	77	16,77	3,51	79	16,10	3,12	n.s.
ZSK 1	berufliche Leistungsf.	74	12,41	3,46	82	11,52	2,71	n.s.
ZSK 2	körperliche Fitness	74	11,09	2,08	82	10,86	1,87	n.s.
ZSK 3	Beschwerdereduktion	74	16,33	2,84	82	16,21	2,36	n.s.
ZSK 4	Verhaltensänderung	76	14,11	3,37	79	13,69	2,94	n.s.
ZSK 5	Gewichtsreduktion	74	10,28	2,32	81	10,50	2,18	n.s.
ZSK 6	positives Körpergefühl	75	13,84	3,04	83	14,01	2,58	n.s.
ZSK 7	positives Lebensgefühl	74	12,82	3,28	83	12,03	3,05	n.s.
ZSK 8	Leben gen. trotz Krankh.	76	14,01	3,32	82	13,51	3,30	n.s.
ZSK 9	soz. Kontakte	77	12,63	4,58	82	11,95	3,64	n.s.

5.2.4 Unterschiede der Behandlungserwartungen und -ziele in Abhängigkeit von Erfahrungen mit einer Heilbehandlung

Im Folgenden wurde untersucht, ob Medizinstudenten unterschiedliche Erwartungen an Kur und Rehabilitation haben, je nachdem, ob sie über eigene Erfahrungen mit einer Heilbehandlung verfügen oder nicht.

Medizinstudenten mit Erfahrung einer Heilbehandlung (Tabelle 7):

Medizinstudenten mit Erfahrung einer Heilbehandlung sahen nur signifikante Unterschiede in den Items der Behandlungsziele zwischen Kur und Rehabilitation. Die Verhaltensänderung (ZSK4) und das positive Körpergefühl (ZSK6) sahen Medizinstudenten mit Erfahrung in einer Heilbehandlung in der Rehabilitation als weniger wichtig an als in der Kur. Allerdings sind in dieser Gruppe nur sehr kleine Fallzahlen.

Medizinstudenten ohne Erfahrung einer Heilbehandlung (Tabelle 8):

Diese Gruppe unterschied im Gegensatz zu den Medizinstudenten mit Erfahrung einer Heilbehandlung nur in den Items zu den Behandlungserwartungen zwischen Rehabilitation und Kur. Die Aspekte ärztliche Betreuung (ESK1) und berufliche Beratung (ESK3) sind von Studenten ohne Erfahrung einer Heilbehandlung im Rehabilitationsfragebogen als bedeutender bewertet worden. Die balneophysikalische Behandlung (ESK4) und die Entlastung von zuhause (ESK8) werden von ihnen dagegen in der Kur wichtiger angesehen.

Tabelle 7: Behandlungs- und Zielerwartungen im Kur- vs. Reha-Fragebogen bei der Teilstichprobe der Studenten mit Erfahrung einer Heilbehandlung

		n	M	SD	n	M	SD	t-Test
		Reha			Kur			p-Wert
ESK 1	ärztliche Betreuung	22	15,40	3,17	8	13,50	4,14	n.s.
ESK 2	körperliches Training	22	17,63	3,20	8	16,87	2,47	n.s.
ESK 3	berufliche Beratung	21	5,76	2,14	7	5,00	2,44	n.s.
ESK 4	balneophys. Behandlung	21	9,28	2,14	7	9,28	1,88	n.s.
ESK 5	Gesundheitsbildung	22	12,62	2,25	8	12,62	2,77	n.s.
ESK 6	Stressbewältigung	20	17,50	3,64	6	17,50	3,64	n.s.
ESK 7	Gruppengespräch	22	10,18	2,26	8	8,87	1,80	n.s.
ESK 8	Entlastung v. zuhause	21	14,76	3,33	7	16,42	3,95	n.s.
ESK 9	alternative Medizin	20	10,85	2,51	7	13,14	3,48	n.s.
ESK 10	angenehme Umgebung	22	16,40	3,92	7	16,85	3,53	n.s.
ZSK 1	berufliche Leistungsf.	22	12,45	4,04	7	12,28	3,30	n.s.
ZSK 2	körperliche Fitness	21	11,33	2,41	8	11,25	1,66	n.s.
ZSK 3	Beschwerdereduktion	20	16,20	2,78	7	15,57	2,07	n.s.
ZSK 4	Verhaltensänderung	22	14,72	2,62	8	16,87	1,55	0,039
ZSK 5	Gewichtsreduktion	21	10,19	2,97	8	10,37	2,06	n.s.
ZSK 6	positives Körpergefühl	22	14,18	3,20	8	16,25	1,03	0,012
ZSK 7	positives Lebensgefühl	22	13,40	3,00	8	14,25	2,49	n.s.
ZSK 8	Leben gen. trotz Krankh.	22	15,50	2,92	8	14,75	2,18	n.s.
ZSK 9	soziale Kontakte	22	14,86	5,41	7	14,85	3,23	n.s.

**Tabelle 8: Behandlungs- und Zielerwartungen im Kur- vs. Reha-
Fragebogen bei der Teilstichprobe der Studenten ohne
Erfahrung einer Heilbehandlung**

		n	M	SD	n	M	SD	t-Test
		Reha			Kur			p-Wert
ESK 1	ärztliche Betreuung	79	15,08	3,40	99	14,01	3,10	0,02
ESK 2	körperliches Training	76	16,17	3,20	97	15,24	3,49	n.s.
ESK 3	berufliche Beratung	78	5,94	2,08	98	5,24	1,80	0,017
ESK 4	balneophys. Behandlung	77	8,00	2,40	94	8,96	2,43	0,010
ESK 5	Gesund- heitsbildung	78	11,46	2,84	98	11,68	2,55	n.s.
ESK 6	Stressbe- wältigung	75	16,57	3,78	95	16,40	3,51	n.s.
ESK 7	Gruppenge- spräch	79	9,97	2,38	98	9,51	2,31	n.s.
ESK 8	Entlastung v. zu Hause	77	16,36	3,11	99	18,65	3,14	<0,001
ESK 9	alternative Medizin	77	11,45	3,45	99	11,01	3,16	n.s.
ESK 10	angenehme Umgebung	79	16,22	3,65	96	16,13	3,40	n.s.
ZSK 1	berufliche Leistungsf.	76	12,38	3,21	99	11,64	2,62	n.s.
ZSK 2	körperliche Fitness	75	11,06	1,80	98	10,85	1,96	n.s.
ZSK 3	Beschwerde- reduktion	76	16,23	2,84	98	16,18	2,84	n.s.
ZSK 4	Verhaltens- änderung	78	13,96	3,32	95	13,55	2,77	n.s.
ZSK 5	Gewichtsre- duktion	76	10,19	1,95	97	10,47	2,14	n.s.
ZSK 6	positives Körpergefühl	77	13,64	2,85	99	13,81	2,54	n.s.
ZSK 7	positives Lebensgefühl	75	12,85	3,27	98	11,98	3,09	n.s.
ZSK 8	Leben gen. trotz Krankh.	78	13,88	3,30	98	13,26	3,27	n.s.
ZSK 9	soziale Kontakte	79	12,37	4,19	99	12,04	3,76	n.s.

5.3. Missing-Data-Analyse der Fragebogenitems im ersten und siebten Semester

Die Fragebögen der Studenten des ersten Semesters und des siebten Semesters wurden auf Missings untersucht.

Drei Probanden aus dem ersten Semester beantworteten irgendwann im Fragebogen generell keine Items mehr. Bei einer Missinganzahl mit mehr als vier pro Item gilt das Item als schwer zu beantworten. Bei den Behandlungserwartungen waren weniger Fragen schwer zu beantworten als bei den Behandlungszielen.

Bei den Behandlungserwartungen erwiesen sich die folgenden Items als schwierig: Fango-Behandlungen (Item 15), Körperwahrnehmungstraining (Item 29), homöopathische Medizin (Item 40).

Bei den Behandlungszielen sind folgende Items schwierig gewesen: berufliche Leistungsfähigkeit steigern (Item 5), ein neuer Mensch werden (Item 12), entspannen können (Item 14), Ansätze für Änderungen in Teilbereichen des Lebens finden (Item 17), Verminderung körperlicher Beschwerden und Einschränkungen (Item 23), Gewichtsreduktion (Item 24), längerfristig persönliches Trainingsprogramm entwickeln (Item 25), mehr Aktivität im Alltag entwickeln (Item 27), Reduktion der Schmerzen (Item 28). Die folgende Tabelle 13 gibt zur Vereinfachung einen Überblick über die Missings in den Fragebögen der Medizinstudenten im ersten und siebten Semester.

Tabelle 13: Missinganalyse

Behandlungserwartungen	
Fragebogen-Nr.	Anzahl der „missings“
1	1
2	2
3	2
4	0
5	1
6	0
7	0
8	0
9	1
10	0
11	1
12	1
13	3
14	2
15	7
16	0
17	0
18	1
19	3
20	1
21	3
22	2
23	4
24	1
25	2
26	2
27	2
28	1
29	9
30	2
31	4
32	2
33	2
34	3
35	4
36	4
37	3
38	4
39	2
40	5

Behandlungsziele	
Fragebogen-Nr.	Anzahl der „missings“
1	3
2	4
3	4
4	4
5	5
6	3
7	3
8	4
9	3
10	3
11	4
12	5
13	3
14	5
15	4
16	4
17	5
18	3
19	3
20	3
21	4
22	3
23	7
24	5
25	7
26	3
27	8
28	6
29	3
30	3
31	4
32	4
33	4
34	4
35	3

5.4 Nennung zusätzlicher freitextlicher Behandlungserwartungen

Insgesamt nannten 9,8% der Studenten zusätzliche freitextliche Behandlungserwartungen.

5.4.1 Nennung zusätzlicher Behandlungserwartungen im ersten Semester

Vorschläge im Rehabilitationsfragebogen:

1. Änderung der Lebensbasis vor Ort, dies bedeutet Probleme im Beruf, in der Familie oder in der Partnerschaft lernen zu lösen, ohne den Patienten aus seiner gewohnten Umgebung zu nehmen.
2. Erlernen von Bewegungsmustern und Antreffen eines aufmerksamen und geduldigen Pflegepersonals.
3. Informationen erteilen zu Risiken, die nach einer Rehabilitationsbehandlung auftreten können.
4. Pflege durch attraktive Krankenschwestern.
5. Berücksichtigung religiöser Aspekte.

Vorschläge im Kurfragebogen:

1. Speziell individuell auf den Patienten abgestimmtes Behandlungskonzept entwickeln.
2. Erfahren, inwiefern gelernte Dinge sich im Alltag umsetzen lassen.
3. Angebot eines Kulturprogramms und sexuelle Befriedigung bieten.
4. Partnerschaftsberatung anbieten.

5. Umgang mit Tieren (zum Beispiel Reiten) fördern bei psychischen Problemen.
6. Fördern einer guten Atmosphäre.

5.4.2 Nennung zusätzlicher Behandlungserwartungen im siebten Semester

Vorschläge im Rehabilitationsfragebogen:

1. Einbindung von Familien und Angehörigen.
2. Verbesserung der Krankheitseinsicht und Complianceerhöhung.
3. Regelmäßiges Angebot zur Einzelkrankengymnastik (mindestens drei mal pro Woche).
4. Therapeutische Gespräche zur Selbstwertgefühlsteigerung anbieten.
5. Entwicklung von Gruppengefühl und Gruppendynamik.

Vorschläge im Kurfragebogen:

1. Ergotherapie und ADL anbieten.
2. Gezielte Diät zusätzlich zur Diätberatung.
3. Kausalzusammenhänge klären. Erkennen der auslösenden Bedingung und den verantwortlichen Auslöser daraufhin beseitigen.
4. Möglichkeit individuellen Ausdruck zu pflegen, zum Beispiel Malen, Schreiben, Musizieren.
5. Möglichkeit zur psychologischen Nachbetreuung nach Herzinfarkt, Apoplex und anderen Gefäßverschlusskrankheiten.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass generell die zusätzlich freitextlichen Behandlungserwartungen im siebten Semester eher dem Prinzip einer Heilbehandlung entsprechen, als im ersten Semester. Die Angaben des ersten Semesters im Kur- und Rehabilitationsfragebogen sind teilweise sehr undifferenziert und thematisieren die Kurschattenproblematik (z. B. Pflege durch attraktive Krankenschwestern, sexuelle Befriedigung). Die zusätzlich freitextlichen Behandlungserwartungen im siebten Semester sind oft sehr sinnvolle Einwände (z. B. „mindestens 3 mal pro Woche regelmäßiges Angebot zur Einzelgymnastik“ im Rehabilitationsfragebogen) und lassen wenigstens sogar in Ansätzen erkennen, dass die Studenten der Rehabilitation aktivierende Maßnahmen zusprechen.

5.5 Nennung zusätzlicher freitextlicher Behandlungsziele

Insgesamt nannten 8,9% der Studenten noch zusätzliche Behandlungsziele.

5.5.1 Nennung zusätzlicher Behandlungsziele im ersten Semester

Vorschläge im Rehabilitationsfragebogen:

1. Nicht unbedingt ein „neuer“ Mensch werden, sondern versuchen möglichst der „alte“ Mensch zu bleiben.
2. Individuation, Bewusstmachung von Seele als Wertesystem.
3. Die Krankheit verstehen und akzeptieren lernen.
4. Carpe diem.
5. Sport treiben.
6. Religiöse Aspekte berücksichtigen, Hoffnung auf Gott.

Vorschläge im Kurfragebogen:

1. Eine individuell angepasste Behandlung.
2. Umgang mit Geld lernen, Umgang mit Problemen anderer Patienten lernen.
3. Lernen, die Krankheit mit in das Leben einzubeziehen (bei chronischen Krankheiten) aber die Krankheit nicht dominieren lassen.
4. Keine zu große Distanz zwischen Kur und Alltag aufbauen.
5. Alltagstauglichkeit der erlernten Behandlungsansätze prüfen.
6. Einfach abschalten vom Alltagsstress.
7. Merken, dass man mit seinen Problemen nicht alleine ist (das heißt aber, den Patienten belügen, denn jeder Mensch lebt für sich alleine, wird alleine geboren und stirbt auch alleine).

5.5.2 Nennung zusätzlicher Behandlungsziele im siebten Semester.

Vorschläge im Rehabilitationsfragebogen:

1. Wiedereingliederung in die Gesellschaft.
2. Einsicht gewinnen, dass es sich wieder lohnt zu arbeiten.
3. Hilfe zur Selbsthilfe.
4. Vielleicht neue Bekanntschaften finden.

Vorschläge im Kurfragebogen:

1. Gesundheit fördern und Stressabbau.
2. Landschaft ohne Luftverschmutzung und saubere Umgebung genießen.
Beim Anblick dieser Landschaft Ausgeglichenheit finden.

Zusammenfassend kann bemerkt werden, dass die Studenten des ersten Semesters auch bei den zusätzlich freitextlichen Behandlungszielen eher unspezifische Antworten erwähnten (z. B. Carpe Diem, Religiöse Aspekte und Hoffnung auf Gott). Die Studenten des siebten Semesters nannten sinnvolle zusätzliche Behandlungsziele (z. B. Einsicht gewinnen, dass es sich wieder lohnt zu arbeiten). Auch ist bei den zusätzliche Einwänden des siebten Semesters (hier noch deutlicher als bei den Behandlungserwartungen) erkennbar, dass sie der Rehabilitation eher Ziele zuordnen, die mit Aktivität in Verbindung zu bringen sind, wohingegen sie im Kurfragebogen Vorschläge erwähnen, welche eher mit Passivität (z. B. Stressabbau, Landschaft genießen) vergesellschaftet sind.

6 Diskussion

Mit der vorliegenden empirischen Querschnittsuntersuchung sollte geklärt werden, in welcher Form sich die Erwartungen an Inhalte und Ziele von Kur- und medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen bei Medizinstudenten unterscheiden. Als Moderatorvariablen wurden einbezogen und untersucht: das Semester, das Geschlecht, die Herkunft aus einer Arztfamilie und die Vorerfahrungen mit einer Heilbehandlung. Man geht davon aus, dass Rehabilitation bei angemessenen Erwartungen erfolgreicher ist. Ebenso ist davon auszugehen, dass der Arzt in der Lage ist, Patientenerwartungen zu beeinflussen. Unterschiedliche Erwartungen sind mit „Kur“ und „Rehabilitation“ beim Patienten verknüpft. Deshalb wird überprüft, ob angehende Ärzte ebenso unterschiedliche Erwartungen mit „Kur“ und „Rehabilitation“ verbinden. Es ist wichtig, später als Arzt zwischen Rehabilitation und Kur differenzieren zu können. Mit dem Wort „Kur“ signalisiert der Arzt dem Patienten Passivität und „Urlaub“. Er sollte deshalb bei der Einleitung einer Heilbehandlung immer den Begriff Rehabilitation benutzen. Voraussetzung für dieses Verständnis ist deshalb zu prüfen, ob Medizinstudenten im Laufe ihrer Studienzeit wirklich den Unterschied zwischen Rehabilitation und Kur erfassen. Kritiker und Rehabilitationsforscher wie beispielsweise Alfred Wirth werfen der Arztausbildung vor, dass es weder im Studium selbst, noch in der AIP-Zeit oder der Assistenzarztzeit angemessene Fortbildungspflichtveranstaltungen gebe, was die Rehabilitation angehe. Weil die chronischen Erkrankungen aber bei unserer überalterten Gesellschaftsstruktur einen Großteil der Krankheiten ausmachen, wurde es als erforderlich angesehen, den zukünftigen Ärzten einige Kenntnisse über die Rehabilitation zu vermitteln und die Ausbildung entsprechend zu reformieren (Wirth, 1990), was in der neuen Approbationsordnung 2003 für Ärzte verwirklicht wurde.

Um die Erwartungen und Ziele an die Kur und die Rehabilitation differenziert bei Medizinstudenten zu erheben, wurde ein Fragebogen benutzt, der bereits in vorhergehenden Studien entwickelt und an orthopädischen, onkologischen und kardiologischen Patienten ausgetestet worden war. Weil dieser Fragebogen ur-

sprünglich erstellt wurde, um die Erwartungen der Patienten an ihren Rehabilitationsaufenthalt zu erheben, wurde er hier in etwas modifizierterer Form eingesetzt. Die Einleitung ist dementsprechend an Medizinstudenten gerichtet. Weil getestet wurde, ob die Medizinstudenten zwischen Kur und Rehabilitation unterscheiden, wurde ein Fragebogen verwendet, der entweder in der Instruktion das Wort „Rehabilitation“ oder das Wort „Kur“ beinhaltete. Vor der Studie stand zur Diskussion, in jedem Fragebogen parallel die Items zum Stichwort „Kur“ und zum Stichwort „Rehabilitation“ beantworten zu lassen. Durch diesen Fragebogen hätten die Studenten aber schon indirekt bemerkt, dass es wohl einen Unterschied zwischen den beiden Begriffen geben muss. Deshalb wurde die Erwähnung der beiden Verfahren von Heilbehandlungen nicht in ein und dem selben Fragebogen angesprochen. Die Bewertung der einzelnen Items, ein Schema mit Kästchen zum Ankreuzen bei Begriffen von „ein wenig“ bis „sehr stark“, ist unverändert übernommen worden vom Fragebogen von Faller et al. (2000) bzw. Bosch (1998). In der wissenschaftlichen Arbeit von Bosch (1998) sind die ursprünglich 56 Aspekte der Behandlungserwartungen auf 40 und die ursprünglich 45 Aspekte der Behandlungsziele auf 35 Ziele auf der Basis einer Itemanalyse verkürzt worden. Danach hatte Bosch noch mit einer Faktorenanalyse die Behandlungserwartungen auf zehn Skalen und die Behandlungsziele auf neun Skalen reduziert.

6.1 Diskussion von Studiendesign und Methodik

Vor Analyse und Diskussion der einzelnen Ergebnisse seien methodische Einschränkungen erläutert.

Die Gruppen, die durch die Moderatorvariablen definiert sind, differieren in der Größenanzahl. Im ersten Semester sind 55,1%, im siebten Semester 43,9% der Studenten vorhanden (fehlende Angaben zum Semester bei 0,9%). Es sind 60,7% weibliche und 37,4% männliche Teilnehmer in meiner Studie zu verzeichnen (fehlende Angaben zum Geschlecht bei 1,9%). 22,4% der Studenten sind Arztkinder, wohingegen 75,2% der Studenten nicht aus einer Arztfamilie stammen (fehlende Angaben zur Herkunft bei 2,3%). Mit einer Heilbehandlung schon Erfahrung gesammelt haben 14,5% der Studenten, 83,6% der Studenten geben an, diesbezüglich noch unerfahren zu sein (fehlende Angaben zur Erfahrung mit einer Heilbehandlung bei 1,9%). 51,4% der Studenten beantworteten den Kurfragebogen, 48,6% der Studenten den Rehabilitationsfragebogen.

Beim Gruppenvergleich zwischen dem ersten und dem siebten Semester ist zu berücksichtigen, dass die Einflussfaktoren „mit Kur/Rehabilitation schon Erfahrungen gesammelt“ und „aus einer/keiner Arztfamilie stammend“ unausgewogen verteilt sind. Das erste Semester gibt hoch signifikant ($p=0,002$) häufiger an, mit Heilbehandlungen schon einmal Erfahrungen gemacht zu haben. Diese Tatsache stimmt nachdenklich. Über die Glaubhaftigkeit der Studenten des ersten Semesters bezüglich ihrer Erfahrungen mit einer Heilbehandlung wird weiter unten im Text diskutiert. Weiterhin sind im ersten Semester tendenziell mehr Arztkinder als im siebten Semester ($p=0,065$). Hinsichtlich der Geschlechtsverteilung finden sich keine Unterschiede in Abhängigkeit von den Variablen „mit Kur/ Rehabilitation schon Erfahrung gesammelt“ und „aus einer Arztfamilie/ keiner Arztfamilie stammend“.

Unterschiede zwischen den beiden Semestergruppen lassen sich auch nicht darauf zurückführen, dass sie in verschiedenen Jahreszeiten ihr Studium begonnen haben, da beide Gruppen im Wintersemester ihr Studium starteten. Die Unterschiede zwischen den Studenten des ersten Semesters und den Studenten des siebten Semesters lassen sich berechtigt als Studiumseffekte interpretieren.

Was den Ablauf der Studie angeht, ist folgendes zu erwähnen: Um subjektive Einflüsse des Untersuchers bei den Studenten auszuschließen, hat es beim Ausfüllen des Fragebogens keine näheren Erklärungen zum Sinn der Studie gegeben. Den Studenten wurde lediglich mitgeteilt, dass die Beantwortung der Fragen einer wissenschaftlichen Untersuchung diene. Die Begriffe „Kur“ und „Rehabilitation“ wurden vor dem Austeilen des Fragebogens überhaupt nicht verwendet. Die Studenten wurden gebeten, den Fragebogen aufmerksam durchzulesen, alle Fragen nach ihren Kenntnissen zu beantworten, bei zusätzlichen Ideen noch auf die offenen Fragen einzugehen. Es wurde den Studenten freigestellt, ob sie an der Studie teilnehmen wollten oder nicht. Vor Austeilen der Fragebögen wurde eine gleichgroße Anzahl von Exemplaren der beiden Fragebogenversionen so gemischt, dass nach der Methode des Austeilens auf jedem Kurfragebogen ein Rehabilitationsfragebogen hätte folgen müssen. Die Items des Fragebogens könnten von den Probanden absichtlich verfälscht oder beschönigend beantwortet oder nicht ernst genommen worden sein. Nachdenklich, was die Ernsthaftigkeit der Bearbeitung insbesondere der Studenten im ersten Semester betrifft, stimmt die Tatsache, dass zum Beispiel von 116 Studenten des ersten Semesters 25 Probanden angeben, sie hätten mit einer Heilbehandlung schon Erfahrung gemacht, wohingegen von den 94 Studenten des siebten Semesters nur 6 Probanden dies bestätigen. In der Gesamtbewertung fällt aber erstens auf, dass die Probanden des siebten Semesters im Vergleich zu ihren Kollegen aus dem ersten Semester öfter die Items des Fragebogens beantworten (weniger Missings) und zweitens auch stärker zwischen Rehabilitation und Kur differenzieren. Eventuell hatten die Studenten des ersten Semesters Angst, sich als „unwissend“ zu präsentieren, und gaben deshalb häufi-

ger als ihre Kommilitonen aus dem siebten Semester an, sie hätten schon Erfahrungen mit einer Kur oder einer Rehabilitation gesammelt. Außerdem fiel auf, dass drei Probanden des ersten Semesters große Teile des Fragebogens überhaupt nicht mehr beantworteten. Dies könnte auf Unwissenheit oder Desinteresse schließen lassen. Im siebten Semester dagegen wurden die Fragebögen vollständiger ausgefüllt. Generell konnte beobachtet werden, dass bei den Behandlungszielen drei Mal mehr Items schwer zu beantworten waren, als dies bei den Behandlungserwartungen der Fall war. Man kann spekulieren, ob dieses Phänomen auf sinkende Konzentrationsfähigkeit (Behandlungsziele wurden nach den Behandlungserwartungen abgefragt) oder auf Unverständnis der Formulierungen im Fragebogen zurückzuführen ist.

Die Studenten wussten nichts von den unterschiedlichen Fragebögen und dass der Nachbar häufiger einen Fragebogen hat, der nicht der Heilbehandlung ihres eigenen Fragebogens entspricht. Ein mögliches „Abschreiben“ vom Nachbarn würde also eher dazu führen, Unterschiede, die möglicherweise vorhanden sind, zu verwischen.

Als methodisches Problem könnte sich der Umstand erweisen, dass nicht ein und dieselbe Person den Fragebogen nach Kur und Rehabilitation beantwortet hat. Auf diese Weise wird die durch die beiden Fragebögen erwartete Varianz noch um die Varianz zwischen den Studenten ergänzt, so dass Unterschiede möglicherweise teilweise maskiert wurden.

Die beiden Fragebogenversionen unterschieden sich allein durch ein Wort: Entweder werden die Heilbehandlungen durchgängig als „Rehabilitation“ bezeichnet oder als „Kur“. Daraus folgt, wenn Unterschiede signifikant wurden, ergeben sie sich tatsächlich aus den unterschiedlichen Bezeichnungen.

Einschränkend ist zu bedenken, dass entsprechend der Vorarbeit von Bosch (1998) Unterschiede bei 20 Skalen untersucht wurden. Bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von fünf Prozent ist bei zwanzig Skalen mindestens einmal die Möglichkeit nicht auszuschließen, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit die Nullhypothese zutrif, obwohl die Alternativhypothese angenommen wurde. Um die-

ses Problem zu beseitigen, wäre eine Bonferoni-Angleichung sinnvoll gewesen, die in dieser Studie nicht erfolgte und im Rahmen einer explorativen Studie vermutlich auch nicht erforderlich ist.

Vor dem Hintergrund der benannten methodischen Einschränkungen ist die Studie als explorativ anzusehen. Sie kann damit als Ausgangspunkt für weiterführende Studien dieses Gebietes benutzt werden. Man könnte zum Beispiel die Studenten der Humboldt Universität zu Berlin, die momentan die Rehabilitation in ihrem Studium als Fortbildungspflichtveranstaltung besuchen, mit dem gleichen von mir benutzten Fragebogen konfrontieren und prüfen, ob bei diesen Jungmedizinerinnen nach der Ergänzung des Studiums manifeste Fortschritte in der Differenzierung zwischen Kur und Rehabilitation erkennbar sind. So wäre ein kleiner Anhaltspunkt gegeben mit dessen Hilfe man klären könnte, ob sich die zusätzliche Investition in Wissenschaft und Lehre bezüglich der Rehabilitation für unser Gesundheitssystem lohnt.

6.2 Unterschiede in den Behandlungserwartungen und -zielen zwischen Kur und Rehabilitation bei den einzelnen Subgruppen

6.2.1 Unterschiede in den Behandlungserwartungen und -zielen im ersten und im siebten Semester

Signifikante Unterschiede stellten sich im ersten Semester in den Subskalen körperliches Training (ESK2) und Entlastung von zuhause (ESK8) heraus. Das körperliche Training sah das erste Semester mehr als Hauptkomponente einer Rehabilitationsmaßnahme an, währenddessen die Entlastung von zuhause im Kurfragebogen eine größere Rolle spielte. Bei den Behandlungszielen sah das erste Semester keine Unterschiede zwischen Rehabilitation und Kur.

Bei den Studenten des siebten Semesters zeigten sich signifikante Unterschiede bei den Behandlungserwartungen ärztliche Betreuung (ESK1), berufliche Beratung (ESK3), balneophysikalische Behandlung (ESK4) und Entlastung von zuhause (ESK8). Dabei ordneten sie die ärztliche Betreuung und die berufliche Beratung eher der Rehabilitation zu, währenddessen sie die balneophysikalische Behandlung und die Entlastung von zuhause als kurtypisch ansahen. Auch die Behandlungsziele wurden in der Rehabilitation und in der Kur unterschiedlich gesehen. Im siebten Semester waren für die Studenten die ärztliche Betreuung (ESK1) und die berufliche Beratung (ESK3) in der Rehabilitation wichtiger als in der Kur. Weiterhin glaubten sie, dass die berufliche Leistungsfähigkeit (ZSK1), die Beschwerdereduktion (ZSK3) und das Leben genießen trotz Krankheit (ZSK8) in der Rehabilitation wichtiger seien als in der Kur.

Festhalten kann man, dass Studenten im siebten Semester häufiger zwischen verschiedenen Arten der Heilbehandlung (Kur/Rehabilitation) unterschieden als die Studenten des ersten Semesters. Ursache könnte die längere Studienzeit sein (mit den Pflegepraktika und Famulaturen), die mehr Wissen zwischen verschiedenen Behandlungsformen vermittelt.

Dieser Befund lässt darauf schließen, dass Ärzte sehr wohl Unterschiede zwischen Kur und Rehabilitation sehen und somit auch im Gespräch mit Patienten Unterschiede vermittelt werden.

6.2.2 Unterschiede in den Behandlungserwartungen und -zielen in Abhängigkeit vom Geschlecht

Bei der Frage, ob sich unterschiedliche Behandlungserwartungen bei den Geschlechtern finden, zeigten sich folgende Auffälligkeiten:

Die männlichen wie auch die weiblichen Studenten stimmten im Punkt Entlassung von zuhause (ESK8) überein, indem sie diesen Aspekt als kurtypisch deklarieren. Die Männer unterschieden in den Behandlungserwartungen sonst nicht mehr. Die Frauen ordneten zusätzlich die ärztliche Betreuung (ESK1) und die berufliche Beratung (ESK3) der Rehabilitation zu. Bei den Behandlungszielen erbrachte das Ergebnis der Männer, dass sie das positive Lebensgefühl (ZSK7) der Rehabilitation zuordneten, wohingegen die Frauen die berufliche Leistungsfähigkeit (ZSK1) als rehabilitationstypisch ansahen.

Weibliche Studenten sahen demnach häufiger als ihre männlichen Kommilitonen Unterschiede zwischen Kur und Rehabilitation, und es sind zudem qualitativ andere als bei den Männern.

Dies kann auf verschiedenen Ursachen beruhen. In der Literatur fällt eine unterschiedliche Inanspruchnahme und auch Versorgung bei Frauen und bei Männern im Gesundheitswesen auf. Statistisch gesehen gehen Frauen häufiger zum Arzt als Männer. In einer Studie an kardiologischen Patienten bei einer Rehabilitation zeigte sich beispielsweise, dass Frauen im Vergleich zu Männer stärkeres Interesse an Gruppengesprächen und an alternativen Behandlungsformen hatten (Placzek, 2001). Deck et al. (1998 b) beschrieben bei Frauen in der Rehabilitation höhere Erwartungen in Bezug auf Erholung vom Alltag. Faller et al. (2000) zeigte in einer Studie mit onkologischen und orthopädischen Reha-

Patienten, dass Männer im Vergleich zu Frauen höhere Erwartungen hinsichtlich beruflicher Leistungsfähigkeit, körperlicher Fitness, Beschwerdereduktion und Lebensgenuss trotz Krankheit hatten.

6.2.3 Unterschiede in den Behandlungserwartungen und -zielen in Abhängigkeit von der Herkunft

Im Weiteren wurde untersucht, ob sich unterschiedliche Erwartungen zeigten, je nachdem, ob die Studenten aus einer Arztfamilie stammten oder nicht.

Beide Gruppen waren sich einig, die Entlastung von zuhause (ESK8) eher der Kur zuzuordnen. Die Studenten, die nicht aus einer Arztfamilie stammten, äußerten darüber hinaus, dass ihnen ärztliche Betreuung (ESK1), körperliches Training (ESK2) und berufliche Beratung (ESK3) in der Rehabilitation wichtiger als in der Kur sei. Die Studenten aus einer Arztfamilie ordneten die balneophysikalische Behandlung (ESK4) eher der Kur als der Rehabilitation zu. Bei den Behandlungszielen fiel auf, dass nur die Studenten aus einer Arztfamilie beim Item „Leben genießen trotz Krankheit“ (ZSK8) eine Differenzierung vorsahen. Sie glaubten, dass dieser Zielaspekt bei einer Rehabilitation wichtiger sei als bei einer Kur.

Auch hier zeigte sich, dass in beiden Gruppen in qualitativ anderen Aspekten Unterschiede gefunden wurden. Tendenziell waren es bei den Studenten, die nicht aus einer Arztfamilie stammten mehr Unterschiede.

Die These, dass Arztkinder eher oder besser zwischen Rehabilitation und Kur unterscheiden können, muss unter Vorbehalt zurückgewiesen werden. Das Ergebnis ist deshalb vorsichtig zu interpretieren, weil 72% der untersuchten Studenten keiner Arztfamilie entstammten. Das heißt, die Gruppe der aus einer Arztfamilie stammenden Studenten war relativ klein, so dass hier die Unterschiede ausgeprägter sein müssen, um signifikant zu werden.

Wenn aber nun die These nicht bestätigt wird, so könnte es mehrere Gründe dafür geben. So ist in Erwägung zu ziehen, dass Studierende, die nicht aus einer Arztfamilie stammen, für die Absolvierung des Medizinstudiums von Haus aus mehr Interesse an die Medizin einbringen müssen als ihre Kommilitonen, die möglicherweise weniger Bemühungen und Anstrengungen anzustellen brauchen. Deshalb wissen vielleicht auch Medizinstudenten aus keiner Arztfamilie genauer, dass tatsächlich noch Unterschiede zwischen Kur und Rehabilitation bestehen und dass die Änderung des Sozialgesetzbuches 1999 mit der konsequenten Vermeidung des Wortes Kur nur dem Zweck dienen soll, dem Patienten das mit „Passivität“ verknüpfte Urlaubsdenken bei Antritt einer teuren Heilbehandlung zu nehmen. Ein anderer Grund könnte sein, dass Arztkinder vielleicht davon ausgingen, dass in der bisherigen Vorgabe des V. Sozialgesetzbuches kein wesentlicher Unterschied mehr zwischen Kur und Rehabilitation erkennbar war. Genauso vorstellbar ist, dass das Ergebnis auf reinem Zufall beruht, denn zu hoher Wahrscheinlichkeit sind den Studierenden, unabhängig von der Herkunft, die Änderungen im Sozialgesetzbuch nicht bekannt.

6.2.4 Unterschiede in den Behandlungserwartungen und -zielen in Abhängigkeit von der Erfahrung mit einer Heilbehandlung

Zur Frage, ob die Erfahrung mit einer Heilbehandlung einen Einfluss auf die Differenzierung zwischen Kur und Rehabilitation hat, lässt sich Folgendes sagen.

In den Behandlungserwartungen unterschieden die Studenten mit Erfahrung einer Heilbehandlung nicht zwischen Rehabilitation und Kur. Die Studenten, die keine Erfahrung mit einer Heilbehandlung hatten, sahen die Behandlungsbau- steine ärztliche Betreuung (ESK1) und berufliche Beratung (ESK3) eher als Bestandteil einer Rehabilitation, wohingegen sie die balneophysikalische Behandlung (ESK4) und die Entlastung von zuhause (ESK8) eher der Kur zuordneten als der Rehabilitation.

Die Ergebnisse bei den Behandlungszielen zeigten, dass hier nur die Gruppe „schon Erfahrung mit einer Heilbehandlung“ zwischen Rehabilitation und Kur differenzierte. Diese Gruppe sah die Verhaltensänderung (ZSK4) stärker als Ziel der Rehabilitation denn als Ziel der Kur.

Insgesamt zeigte sich, dass die Studenten ohne Erfahrung einer Heilbehandlung in den Behandlungserwartungen differenzierten, während die Übrigen eher bei den Zielen differenzierten. Die Einschätzung von Studenten mit Erfahrung mit einer Heilbehandlung kann möglicherweise darauf zurückgeführt werden, dass sie wissen, dass in der Versorgungspraxis Kur und Rehabilitation zwar oft ähnliche Inhalte aufweisen, aber doch andere Behandlungsziele anstreben. Wegen der kleinen Fallzahlen kann dieses Ergebnis möglicherweise aber auch nur Zufall sein.

7 Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden empirischen Studie war die Untersuchung der Frage inwieweit die Fähigkeit zur Differenzierung zwischen Rehabilitation und Kur bei verschiedenen Gruppen von Medizinstudenten bestand.

Seit der Gesundheitsreform von 1999 wird im SGB V das Wort „Kur“ nicht mehr als Bezeichnung für medizinische Heilbehandlungen verwendet. Ursächlich für diese Veränderungen sind falsche Assoziationen mit dem Wort „Kur“. In der Literatur geht man verschiedentlich davon aus, dass Patienten mit inadäquaten Vorstellungen bezüglich einer Heilbehandlung, wie Erwartungen von passiven Behandlungen und Erholungsurlaub, weniger von diesen Maßnahmen profitieren, als wenn sie sich adäquat auf die modernen aktivierenden Heilbehandlungen eingestellt haben. Während bei den bisherigen Studien zu Reha-Erwartungen in der Regel Patienten gefragt wurden, richtete die vorliegende Studie das Augenmerk auf die angehenden Mediziner und fragte nach deren Fähigkeit, Unterschiede zwischen Rehabilitation und Kur zu erkennen. Diese Zielgruppe wurde ausgewählt, da sie später im Rehabilitationszugangsprozess eine wesentliche Rolle spielt. Als Ärzte werden die Medizinstudenten Einfluss auf ihre anvertrauten Patienten nehmen und so deren Einstellung prägen.

Im Rahmen einer empirischen Studie wurde den Studenten des 1. und 7. Semesters ein Fragebogen zu Erwartungen an Behandlungen und Behandlungszielen gegeben, der bei der einen Hälfte der Studenten (zufällig) mit „Erwartungen an Rehabilitation“ und bei der anderen Hälfte mit „Erwartungen an Kuren“ eingeleitet wurde. Die Ergebnisse der 212 Fragebögen wurden statistisch ausgewertet.

Dabei wurden verschiedene Teilstichproben näher untersucht: 1. Semester verglichen mit dem 7. Semester, weibliche Studenten verglichen mit männlichen Studenten, Studenten, die Ärztekinder sind, verglichen mit Studenten, die nicht aus einer Arztfamilie stammen, und Studenten mit Erfahrung einer Heilbehandlung verglichen mit Studenten ohne Erfahrung mit einer Heilbehandlung.

Dabei zeigten sich folgende Unterschiede in den Erwartungen:

Bei den Behandlungserwartungen wurden „ärztliche Betreuung“, „körperliches Training“ und „berufliche Beratung“ als reha-bilitationstypisch gewertet. Als vor-rangige Kurmaßnahmen wurden die „balneophysikalische Behandlung“ und ganz besonders die „Entlastung von zuhause“ angesehen.

Bei den Zielerwartungen fanden sich folgende Unterschiede:

Als wichtiges Ziel für die Rehabilitation tauchten die „berufliche Leistungsfähig-keit“, „Beschwerdereduktion“, „Verhaltensänderung“, „positives Lebensgefühl“ und „Leben genießen trotz Krankheit“ auf. Nach Ansicht der untersuchten Stu-denten gab es die typischen Kur-Zielerwartungen. Verhaltensänderung (ZSK. 4) und positives Körpergefühl (ZSK 6).

Keine Zuordnung zu einer der beiden genannten Heilbehandlungen wurde für folgende Aspekte vorgenommen: „Gesundheitsbildung“, „Stressbewältigung“, „Gruppengespräch“, „alternative Medizin“, „angenehme Umgebung“, „körperliche Fitness“, „Gewichtsreduktion“ und „soziale Kontakte“.

Insgesamt unterschieden Studenten des 7. Semesters, weibliche Studenten, nicht aus einer Arztfamilie stammende Studenten und Studenten ohne Erfah-rung mit einer Heilbehandlung häufiger zwischen Rehabilitation und Kur als ihre jeweilige Vergleichsgruppe. Die soziodemographischen Variablen Alter und Semester, Geschlecht, Herkunft und Vorerfahrung mit Heilbehandlungen spie-len somit beim Entscheidungsprozess eine Rolle. Da eine Reihe von Störvari-ablen das Ergebnis verzerren könnten, sollten die Ergebnisse vorsichtig inter-pretiert werden.

8 Literaturverzeichnis

Abdolvahab-Emminger, H. (1998). Das Kompendium der klinischen Medizin. 2. Auflage. München Jena: Urban und Fischer.

Ackerknecht, E. H. (1975). Kurze Geschichte der Medizin. 2. deutsche Auflage. Stuttgart: Enke.

Ackerknecht E. H. (1992). Geschichte der Medizin. 7. Auflage überarbeitet und ergänzt von Murken A. H. Stuttgart: Ferdinand Enke.

Barth M. (1990). Missbrauch sozialer Dienstleistungen. Professionalisierungs- und entscheidungstheoretische Korrekturen einer weit verbreiteten Ansicht. In Koch, U., Wittmann, W.: Evaluationsforschung. (S. 87-103). Springer.

Barth M, Koch U. (1990). Kritische Übersicht über das System der medizinischen Rehabilitation. Psychomed, 2, 217-221.

Barth, M., Koch, U., Hoffmann-Markwald, W., Potreck-Rose, F.(1989). Die Inanspruchnahme medizinischer Maßnahmen zur Rehabilitation – Die Sichtweise der Experten. Deutsche Rentenversicherung, 8-9, 514-529.

Benecke, A., Vogel, H., Worrigen, H. (1997). Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Rehabilitation. Einführung in den Themenschwerpunkt. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 10 (4), 3-6.

Beske, F., Brecht J. G., Reinkemeier A.-M. (1993). Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur – Leistungen – Weiterentwicklung. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Blüm, N. (1986). Rehabilitation ist besser als Rente. Ein Plädoyer für Kuren. In: Kuren in Deutschland, Merian Sonderheft. Hamburg: Hofmann und Campe.

Bortz, J. (1999). Statistik für Sozialwissenschaften. Berlin: Springer.

Bortz, J. & Döring, N. (1995). Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler. 2. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

Bosch, B. (1998). Patientenerwartungen und Patientenziele in der Rehabilitation – onkologische und orthopädische Patienten im Vergleich – Diss., Universität Würzburg, aus dem Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie.

Brandt, C. (1989). Die medizinische Rehabilitation aus der Sicht des niedergelassenen Arztes. Rehabilitation, 28, 67-73.

Brodde, K. (1992). Morgens Fango, abends Tango. Eher Mythos der Medizin, doch die Deutschen kuren wie die Weltmeister. Die Zeit, 31.1.1992.

Clade, H. (2003). Von der Versorgung zum „Empowerment“. Dtsch. Ärzteblatt, 13, 658-660.

Deck, R., Kohlmann, T. & Raspe, H. (1998 a). Erwartungen und Motivation bei Patienten in der medizinischen Rehabilitation. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 6 (3), 101-108.

Deck, R., Zimmermann, M., Kohlmann, T., Raspe, H. (1998 b). Rehabilitationsbezogene Erwartungen und Motivationen bei Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen. Rehabilitation, 37, 140-146.

Deichfelder, K. (1985). Geschichte der Medizin. Wiesbaden: F. Englisch.

Delbrück H., Haupt E. (1998). Rehabilitationsmedizin, ambulant, teilstationär, stationär. 2. Auflage. München: Urban und Schwarzenberg.

Deutscher Bäderkalender (1998). Die Kur. Gütersloh: Flottmann.

Deutscher Bundestag (Hrsg.). (1984). Bericht der Bundesregierung über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation vom 4.4.1989. Drucksache 10/1233.

Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quarterly, 44, 66-203.

Dörr G., Gassner A. (1997). Gesundheitsurlaub und Kur: Erholung für den Körper – Ferien für die Seele. München: dtv.

Eckart, W.U. (1998). Kurzlehrbuch: Geschichte der Medizin. 12. Auflage. Stuttgart-New York: Georg-Thieme.

Eckart, W.U. (1998). Geschichte der Medizin. 3. Auflage. Berlin, Heidelberg, New-York: Springer.

v. Engelhardt, D. (1990): 100 Jahre Rehabilitation. In: Deutsche Rentenversicherung, (9-10), 572-588.

Exner, H. & Renner, D. (1998). Medizinische Biometrie. 10. Auflage. Stuttgart, New York: Thieme.

Faller, H. (1988). Erwartungen an die Herzinfarkt-rehabilitation aus der Sicht der Patienten. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 1, 210-218.

Faller, H., Vogel, H. & Bosch, B (2000). Erwartungen von Rehabilitanden hinsichtlich der Methoden und Ergebnisse ihrer Rehabilitation. Eine kontrollierte Studie mit Rückenschmerzen und onkologischen Patienten. Rehabilitation, 39, 205-214.

Faller, H., Vogel, H. (1997). Patientenerwartungen und Krankheitsbewältigung in der Rehabilitation chronischer Erkrankungen. In: Brückstümmer, E., Hoener, A., Keller, U., Würthner, K., (Hrsg.). Rehabilitation quo vadis. Regensburg S. Roderer, 42-59.

Faller, H., Haaf, G., Kohlmann, T., Löschmann, Ch., Maurischat, F., Petermann, F., Schulz, H. & Zwingmann, Ch. (1999). Bericht der Arbeitsgruppe Generische

Methoden: Orientierungshilfen und Empfehlungen für die Anlage, Durchführung und Interpretation von Studien. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ Empfehlung der Arbeitsgruppen. DRV-Schriften, Band 16 (S.9-51), Frankfurt, VDR.

Fliedner, T. M. & Gerdes, N. (1988). Wissenschaftliche Grundlagen der Rehabilitation bei chronischen Krankheiten: Situationsanalyse und Zukunftsperspektiven. Deutsche Rentenversicherung, 43 (4-5), 227-237.

Franke, R. (1994). Evaluation und Entwicklung von Kurbegleitprogrammen. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 2, 45-46.

Franz, H. & Hoffmann, H. (1996). Geriatrische Rehabilitationsklinik. Broschüre der Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Unterfranken e.V. in 97074 Würzburg, Kantstrasse 45, 19-21.

Gerdes, N. (1989). Reha-Medizin in der Krise. Referat in Bad Mergentheim.

Herold, G. (Hrsg.). (2000). Innere Medizin. Anhang: Gutachterwesen. (S. 733). Köln: Eigenverlag.

v. Herold-Ritt, E. (1988). Prißnitz auf Gräfenberg oder treue Darstellung seines Heilverfahrens mit kaltem Wasser. Würzburg: Korn.

Herschbach, P., Vogel, H. (1992). Qualitätssicherung in der Rehabilitation – die Frage der Indikationsstellung. In: VDR (Hrsg.), Modelle der Rehabilitation – psy-

chologischer und gesellschaftlicher Kontext (= Klinische Psychologie in der Rehabilitationsklinik, Band 5) Frankfurt am Main: Selbstverlag, 65-78.

Hamacher, F. (1989). Was erwarten Patienten von einer Heilmaßnahme? Mitteilungen der LVA Württemberg, 6, 241-244.

Hesse, H. (1995). Der Kurgast. Aufzeichnung einer Badener Kur. Frankfurt: Insel-Taschenbuch.

Hoffmann, S. O., Hochapfel, G. (1999). Neurosenlehre, Psychotherapeutische psychosomatische Medizin. 6. Auflage. Stuttgart, New-York: Schattauer.

Hüfner, G. (1994). Die wissenschaftliche Vereinigung im deutschen Heilbäderwesen. Gütersloh: Flöttmann.

Jung, E. (1982). Das Recht auf Gesundheit. Versuch einer Grundlegung des Gesundheitsrechts in der Bundesrepublik Deutschland. München: Beck.

Kanzow, U. (1986). Nun kurt mal schön. Dt. Ärzteblatt, 83 (42), 2847.

Kissingen Chronik. (1977). Geschichte des Bades, seiner Heilquellen und des Hauses Boxberger, Bad Kissingen.

Krischke, N.R., Schmidt, F., Petermann, F. & Seger, W. (1997). Einfluss niedergelassener Ärzte auf den Zugang zur medizinischen Rehabilitation. Münch. Med. Wschr. 139, Nr. 27/28.

Krischke, N. R., Niebrügge, S. & Petermann, F., Schuler, O. (1996 a). Prädiktoren für den Erfolg stationärer medizinischer onkologischer Rehabilitation. *Präv-Rehab.*, 8, 109-117.

Krischke, N. R., Niebrügge, S., Petermann, F. (1996 b). Stationäre onkologische Rehabilitation: Veränderung der Lebensqualität, Programmerwartungen und -beurteilung von Krebspatienten. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 35, 186-193.

Laireiter A. R. & Vogel, H. (1998). *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und der psychosozialen Versorgung – Ein Werkstadtbook*. Tübingen: dgvt.

Lamberti, J. (2001). *Einstieg in die Methoden empirischer Forschung*. Tübingen: dgvt.

Liebeck, H. (1984). Erwartungen von Patienten an einen Kuraufenthalt. *Öffentliches Gesundheitswesen*, 46, 217-221.

Mann, T. (2000). *Der Zauberberg*. 13. Auflage. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch.

Mäurer, H.-Ch. (1984). Anschlussheilbehandlung, die optimale Form der stationären durchgeführten Rehabilitation. *Rehabilitation*, 23, 51-56.

Merian-Sonderheft (Hrsg.) (1986). *Kuren in Deutschland*. Hamburg: Hoffmann u. Campe.

Neuderth, S., Gerlich, Ch., Schieweck, R., Vogel, H. (2003). Vortrag zur Qualitätssicherung in der stationären medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. Rehabilitationswissenschaftliches Seminar im Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie Universität Würzburg, am 7.5.2003.

Petermann, F., Pöschke, A., Deuchert, H., Vogel, H., Seger, W. (1994). Verbesserung des Zugangs zur medizinischen Rehabilitation. Prävention und Rehab., 6 (2), 47-55.

Petermann, F., Schmidt, S. & Vogel, H. (1996). Unterstützung von Anträgen zur Rehabilitation durch niedergelassene Ärzte. Prävention und Rehabilitation, 8 (3), 93-103.

Piechowiak, K. (1987). Ein gesundheitspolitisches Reizthema: Nun kurt mal schön. Dt. Ärzteblatt, 84, 428-430.

Placzek, T. (2001). Patientenerwartungen und Patientenziele in der Rehabilitation - Inwieweit beeinflussen die Erwartungen und Ziele der Rehabilitanden den Erfolg der Behandlung. Med. Doktorarbeit der Universität Würzburg, aus dem Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie.

Pöschke, A., Petermann, F., Deuchert, M., Vogel, H. & Seger, W. (1994). Verbesserung des Zugangs zur medizinischen Rehabilitation. Eine Interviewstudie an niedergelassenen Ärzten. In VDR (Hrsg.) 4. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. „Befundung, Diagnostik, Intervention“. DRV- Schriften, Band 3. Frankfurt/ M. 169-171.

Pschyrembel (1994). Klinisches Wörterbuch. 257. Auflage. Berlin: Walter de Gruyter.

Rehbein, M. (2001). Eine Spurensuche. Deutsches Ärzteblatt, 98 (31-32), A2049.

Ruland, F. (1996). In Sorge um die Rehabilitation. Dtsch. Rentenversicherung, 51 (10-11), 625-632.

Sakidalski, B. (1994). Evaluation der ärztlichen Begutachtung im Antragsverfahren. In: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hrsg.): Rehabilitation 1993. Vorträge zum Rehabilitations-Forum der BfA vom 19. bis 20. Oktober 1993 in Jena. Berlin, S.75-85.

Schliehe, F. (1997). Auswirkungen des Sparzwanges in der Rehabilitation. Die Rehabilitation, 36, 1-5.

Schliehe, F. & Röckelein, E. (1998). Einleitung und Durchführung der Rehabilitation. In Delbück, H. & Haupt, E. (Hrsg.), Rehabilitationsmedizin. 2. Auflage. (S. 68-92). München: Urban & Schwarzenberg.

Schuntermann, M. F. (1988). Konzepte zur Beurteilung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen durch die Rentenversicherungsträger. Deutsche Rentenversicherung, (4-5), 238-265.

Schwarberg, G. (2001). Es war einmal ein Zauberberg. Thomas Mann in Davos – Eine Spurensuche. Göttingen: Steidl.

Standl, E., Usadel, K.H., Mehnert, H. (1999c). Grundlagen des Diabetesmanagements. In Mehnert, H., Stand E. & Usadel, K. H. (Hrsg.), Diabetologie in Klinik und Praxis. 4. Auflage. 103-119. Stuttgart: Thieme.

Tomasi, F. (1989). Rechtsgrundlagen und Zugangswege zur medizinischen Rehabilitation. 1. Bad Waldseer orthopädisches-internistisches Rheuma-Kolloquium. Nachrichtenblatt LVA Baden, 6/89, 205-210.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (1993). Anwendungsempfehlungen zu den gemeinsamen Richtlinien der Träger der Rentenversicherung nach § 31. AZ: 432-11.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (1992). Bericht der Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger. Empfehlung zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Frankfurt/M.

Verband hessischer Heilbäder (1994). Ärztebefragung zum Thema „ Kuren in Deutschland“. (Bearbeitung/Durchführung: KONSENS Agentur für Kommunikation, Marketing und Public Relations, Werne) Königstein i. T:

Vogel, H., Petermann, F. Schillegger, P., Schmidt, S., Seger, W.,(1997). Einstellungen niedergelassener Ärzte zur medizinischen Rehabilitation: eine empirische Untersuchung zur Problematik des Zugangs zur Rehabilitation. Rehabilitation, 36, 96-105.

Vogel, H. (2001). Rehabilitation und Behandlung chronischer Krankheiten am Beispiel des Diabetes mellitus. Eine empirische Untersuchung zur therapeuti-

schen Bedeutung psychosozialer Faktoren. Lengerich: Pabst Sciences Publishers.

Vogel, H., Tuschhoff, T., Zillessen, E. (1994). Die Definition von Rehabilitationszielen als Herausforderung für die Qualitätssicherung. Deutsche Rentenversicherung, 11, 751-764.

Vogel, H., Benecke, A., Herrmann, R., Haupt, E. (2001). Reha-Erwartungen und -ziele von Diabetes Patienten - Zur Entwicklung eines Erhebungsinstrumentes. DRV-Schriften Bd., 26: 199.

Wagner, R. (1998). Erforschung subjektiver Theorien von Patienten als Wirkfaktoren im Reha-Aufenthalt. Erkner bei Berlin. In: DLR-Projektträger des BMBF, VDR (Hrsg.), Rehabilitationswissenschaftliche Forschungsverbünde (S. 8).

Wasilewski, R., R. Steger, J. Passenberger (1986) : Zugang zu Kuren. Analyse von primären und sekundären Einflussfaktoren auf Verordnung und Inanspruchnahme von stationären Heilbehandlungen. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Forschungsbericht 146. Schriftreihe des Instituts für empirische Sozialforschung. Nürnberg.

Weber-Falkensamer, H. (1992). Psychologische Therapieansätze in der Rehabilitation. Stuttgart: G. Fischer.

Wille, G. (1989). Medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung. Öffentliches Gesundheitswesen, 51, 435-441.

Wirth, A. (1990). Im Blickpunkt der Kritik- die stationäre Rehabilitation. Öffentliches Gesundheitswesen, 52, 191-195.

Wirth, A. (1995). Kur oder Rehabilitation? Plädoyer für eine Neustrukturierung. Deutsches Ärzteblatt, 92 (9), A582-A587.

World Health Organization (ed.). (1980). International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. Geneva.

Zillessen, E. (1994). Die Definition von Rehabilitationszielen als Herausforderung für die Qualitätssicherung. Deutsche Rentenversicherung, 11, 751-765.

Zimmermann, R. (1999). Ärztliche Einstellungen zu Anschlussheilbehandlungen bei Herzinfarktpatienten. Medizinische Doktorarbeit, Universität Würzburg.

9 Anhang: Verwendete Fragebögen

Fragebogen für Medizinstudenten

Liebe Medizinstudentin, lieber Medizinstudent,

der folgende Fragebogen enthält Aussagen zu Behandlungserwartungen und -zielen bei einer Kur. Entscheiden Sie bitte, in welchem Ausmaß die Aussagen für eine Kur zutreffen. Sie haben für Ihre Bewertung eine fünfstufige Antwortmöglichkeit. Wir bitten Sie, jede Frage zu beantworten, und bedanken uns für Ihre Mitarbeit!

Wie sehr glauben Sie, sind folgende Aspekte im Rahmen einer Kur wirksam?

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
1) Beratung über eine gesündere Lebensführung	<input type="checkbox"/>				
2) von alltäglichen Verpflichtungen entlastet sein	<input type="checkbox"/>				
3) Entspannungstherapien erlernen (z.B. Autogenes Training)	<input type="checkbox"/>				
4) Ernährungsberatung/Diätberatung	<input type="checkbox"/>				
5) sportliche Freizeitangebote	<input type="checkbox"/>				
6) die schöne Landschaft genießen	<input type="checkbox"/>				
7) gründliche Untersuchungen	<input type="checkbox"/>				
8) Gespräche mit dem Arzt	<input type="checkbox"/>				
9) Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>				
10) Angebote in der Klinik zur Freizeitgestaltung	<input type="checkbox"/>				
11) Medizinische Vorträge	<input type="checkbox"/>				
12) körperliche Schonung und Erholung	<input type="checkbox"/>				
13) medizinische Bäder	<input type="checkbox"/>				
14) sportliches Bewegungstraining	<input type="checkbox"/>				
15) Fango-Behandlungen	<input type="checkbox"/>				
16) Zeit zum Ausruhen	<input type="checkbox"/>				
17) Gruppengymnastik	<input type="checkbox"/>				

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
18) Patientengesprächsgruppen bei Suchtproblemen (Alkohol, Nikotin, Medikamente, Essen etc.)	<input type="checkbox"/>				
19) Behandlung mit Naturheilmitteln	<input type="checkbox"/>				
20) Abstand von der häuslichen Umgebung	<input type="checkbox"/>				
21) Informationsveranstaltungen zur Gesundheitsbildung	<input type="checkbox"/>				
22) Patientengruppen zur Besprechung medizinischer Probleme	<input type="checkbox"/>				
23) sich Dingen widmen, für man sonst keine Zeit hat	<input type="checkbox"/>				
24) Massagen	<input type="checkbox"/>				
25) Patientengruppen zur Besprechung seelischer Probleme	<input type="checkbox"/>				
26) eine gute Küche	<input type="checkbox"/>				
27) Stressbewältigungstraining	<input type="checkbox"/>				
28) Gespräche mit dem Arzt über den möglichen Verlauf der Erkrankung	<input type="checkbox"/>				
29) Körperwahrnehmungstraining	<input type="checkbox"/>				
30) Erlernen von Ablenkungsmöglichkeiten (z.B. vom Schmerz oder vom ständigen Grübeln)	<input type="checkbox"/>				
31) Informationen durch den Arzt über Behandlungsmöglichkeiten der Krankheit	<input type="checkbox"/>				
32) Beratung in Rentenfragen und beruflicher Wiedereingliederung	<input type="checkbox"/>				
33) Vorstellung von alternativen Behandlungsmethoden (Akupunktur, Misteltherapie etc.)	<input type="checkbox"/>				
34) Einbindung in einen ausgefüllten Trainingsplan	<input type="checkbox"/>				
35) Besprechung von Arbeitsplatzproblemen	<input type="checkbox"/>				
36) Informationen über den Zusammenhang von Stress und Beschwerden	<input type="checkbox"/>				
37) eine angenehme Umgebung in der Klinik	<input type="checkbox"/>				
38) Wanderungen an frischer Luft	<input type="checkbox"/>				
39) Behandlung zur Stärkung des Immunsystems	<input type="checkbox"/>				
40) homöopathische Medizin	<input type="checkbox"/>				

Gibt es noch andere Behandlungsmaßnahmen bzw. -erwartungen, die in der Kur wichtig sind?

Welche Behandlungsziele stehen bei einer Kur im Vordergrund?

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
1) körperliche Beschwerden verringern	<input type="checkbox"/>				
2) wieder zu Kräften kommen	<input type="checkbox"/>				
3) neuen Lebensmut finden	<input type="checkbox"/>				
4) Sensibilität für Mitmenschen entwickeln	<input type="checkbox"/>				
5) berufliche Leistungsfähigkeit steigern	<input type="checkbox"/>				
6) kontaktfähiger werden	<input type="checkbox"/>				
7) eine gesunde Ernährung	<input type="checkbox"/>				
8) neuen Sinn im Leben finden	<input type="checkbox"/>				
9) neue Menschen kennen lernen	<input type="checkbox"/>				
10) Freude an körperlicher Bewegung finden	<input type="checkbox"/>				
11) alte, schädliche Gewohnheiten ablegen	<input type="checkbox"/>				
12) ein „neuer Mensch“ werden	<input type="checkbox"/>				
13) ein gutes Körpergefühl entwickeln	<input type="checkbox"/>				
14) entspannen können	<input type="checkbox"/>				
15) eigene Probleme schneller erkennen und sich anders verhalten können	<input type="checkbox"/>				
16) ein aktiveres Leben führen	<input type="checkbox"/>				
17) Ansätze für Änderungen in Teilbereichen des Lebens finden	<input type="checkbox"/>				
18) neue Kontakte knüpfen	<input type="checkbox"/>				
19) körperlich fit werden für den Alltag	<input type="checkbox"/>				

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
20) Schmerzen besser bewältigen können	<input type="checkbox"/>				
21) persönliche Probleme am Arbeitsplatz bewältigen	<input type="checkbox"/>				
22) Sexualität genießen können	<input type="checkbox"/>				
23) Verminderung körperlicher Beschwerden und Einschränkungen	<input type="checkbox"/>				
24) Gewichtsreduktion	<input type="checkbox"/>				
25) längerfristig persönliches Trainingsprogramm entwickeln	<input type="checkbox"/>				
26) Wiederherstellung / Erhalt der Arbeitsfähigkeit	<input type="checkbox"/>				
27) mehr Aktivität im Alltag entwickeln	<input type="checkbox"/>				
28) Reduktion der Schmerzen	<input type="checkbox"/>				
29) neue Bekanntschaften finden	<input type="checkbox"/>				
30) sich trotz krankheitsbedingter Einschränkungen in seinem Körper wohl fühlen	<input type="checkbox"/>				
31) die Angst vor der Krankheit bewältigen	<input type="checkbox"/>				
32) das Leben genießen können	<input type="checkbox"/>				
33) Einleitung einer beschwerdengerechten Arbeitsplatzumsetzung	<input type="checkbox"/>				
34) Ansätze finden, um die eigene Situation positiv beeinflussen zu können	<input type="checkbox"/>				
35) lernen, die Krankheit nicht verstecken zu müssen	<input type="checkbox"/>				

Gibt es noch andere Ziele, die in der Kur wichtig sind?

Am Ende des Fragebogens bitten wir Sie, vier Fragen zu Basisdaten zu beantworten:

1. Alter Jahre
2. Geschlecht m w
3. Einer Arztfamilie entstammend? ja nein
4. Mit Kur schon eigene Erfahrung gesammelt? ja nein

Fragebogen für Medizinstudenten

Liebe Medizinstudentin, lieber Medizinstudent,

der folgende Fragebogen enthält Aussagen zu Behandlungserwartungen und -zielen bei einer Rehabilitation. Entscheiden Sie bitte, in welchem Ausmaß die Aussagen für eine Rehabilitation zutreffen. Sie haben für Ihre Bewertung eine fünfstufige Antwortmöglichkeit. Wir bitten Sie, jede Frage zu beantworten, und bedanken uns für Ihre Mitarbeit!

Wie sehr glauben Sie, sind folgende Aspekte im Rahmen einer Rehabilitation wirksam?

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
1) Beratung über eine gesündere Lebensführung	<input type="checkbox"/>				
2) von alltäglichen Verpflichtungen entlastet sein	<input type="checkbox"/>				
3) Entspannungstherapien erlernen (z.B. Autogenes Training)	<input type="checkbox"/>				
4) Ernährungsberatung/Diätberatung	<input type="checkbox"/>				
5) sportliche Freizeitangebote	<input type="checkbox"/>				
6) die schöne Landschaft genießen	<input type="checkbox"/>				
7) gründliche Untersuchungen	<input type="checkbox"/>				
8) Gespräche mit dem Arzt	<input type="checkbox"/>				
9) Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>				
10) Angebote in der Klinik zur Freizeitgestaltung	<input type="checkbox"/>				
11) Medizinische Vorträge	<input type="checkbox"/>				
12) körperliche Schonung und Erholung	<input type="checkbox"/>				
13) medizinische Bäder	<input type="checkbox"/>				
14) sportliches Bewegungstraining	<input type="checkbox"/>				
15) Fango-Behandlungen	<input type="checkbox"/>				
16) Zeit zum Ausruhen	<input type="checkbox"/>				
17) Gruppengymnastik	<input type="checkbox"/>				

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
18) Patientengesprächsgruppen bei Suchtproblemen (Alkohol, Nikotin, Medikamente, Essen etc.)	<input type="checkbox"/>				
19) Behandlung mit Naturheilmitteln	<input type="checkbox"/>				
20) Abstand von der häuslichen Umgebung	<input type="checkbox"/>				
21) Informationsveranstaltungen zur Gesundheitsbildung	<input type="checkbox"/>				
22) Patientengruppen zur Besprechung medizinischer Probleme	<input type="checkbox"/>				
23) sich Dingen widmen, für man sonst keine Zeit hat	<input type="checkbox"/>				
24) Massagen	<input type="checkbox"/>				
25) Patientengruppen zur Besprechung seelischer Probleme	<input type="checkbox"/>				
26) eine gute Küche	<input type="checkbox"/>				
27) Stressbewältigungstraining	<input type="checkbox"/>				
28) Gespräche mit dem Arzt über den möglichen Verlauf der Erkrankung	<input type="checkbox"/>				
29) Körperwahrnehmungstraining	<input type="checkbox"/>				
30) Erlernen von Ablenkungsmöglichkeiten (z.B. vom Schmerz oder vom ständigen Grübeln)	<input type="checkbox"/>				
31) Informationen durch den Arzt über Behandlungsmöglichkeiten der Krankheit	<input type="checkbox"/>				
32) Beratung in Rentenfragen und beruflicher Wiedereingliederung	<input type="checkbox"/>				
33) Vorstellung von alternativen Behandlungsmethoden (Akupunktur, Misteltherapie etc.)	<input type="checkbox"/>				
34) Einbindung in einen ausgefüllten Trainingsplan	<input type="checkbox"/>				
35) Besprechung von Arbeitsplatzproblemen	<input type="checkbox"/>				
36) Informationen über den Zusammenhang von Stress und Beschwerden	<input type="checkbox"/>				
37) eine angenehme Umgebung in der Klinik	<input type="checkbox"/>				
38) Wanderungen an frischer Luft	<input type="checkbox"/>				
39) Behandlung zur Stärkung des Immunsystems	<input type="checkbox"/>				
40) homöopathische Medizin	<input type="checkbox"/>				

Gibt es noch andere Behandlungsmaßnahmen bzw. -erwartungen, die in der Rehabilitation wichtig sind?

Welche Behandlungsziele stehen bei einer Rehabilitation im Vordergrund?

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
1) körperliche Beschwerden verringern	<input type="checkbox"/>				
2) wieder zu Kräften kommen	<input type="checkbox"/>				
3) neuen Lebensmut finden	<input type="checkbox"/>				
4) Sensibilität für Mitmenschen entwickeln	<input type="checkbox"/>				
5) berufliche Leistungsfähigkeit steigern	<input type="checkbox"/>				
6) kontaktfähiger werden	<input type="checkbox"/>				
7) eine gesunde Ernährung	<input type="checkbox"/>				
8) neuen Sinn im Leben finden	<input type="checkbox"/>				
9) neue Menschen kennen lernen	<input type="checkbox"/>				
10) Freude an körperlicher Bewegung finden	<input type="checkbox"/>				
11) alte, schädliche Gewohnheiten ablegen	<input type="checkbox"/>				
12) ein „neuer Mensch“ werden	<input type="checkbox"/>				
13) ein gutes Körpergefühl entwickeln	<input type="checkbox"/>				
14) entspannen können	<input type="checkbox"/>				
15) eigene Probleme schneller erkennen und sich anders verhalten können	<input type="checkbox"/>				
16) ein aktiveres Leben führen	<input type="checkbox"/>				
17) Ansätze für Änderungen in Teilbereichen des Lebens finden	<input type="checkbox"/>				
18) neue Kontakte knüpfen	<input type="checkbox"/>				
19) körperlich fit werden für den Alltag	<input type="checkbox"/>				

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
20) Schmerzen besser bewältigen können	<input type="checkbox"/>				
21) persönliche Probleme am Arbeitsplatz bewältigen	<input type="checkbox"/>				
22) Sexualität genießen können	<input type="checkbox"/>				
23) Verminderung körperlicher Beschwerden und Einschränkungen	<input type="checkbox"/>				
24) Gewichtsreduktion	<input type="checkbox"/>				
25) längerfristig persönliches Trainingsprogramm entwickeln	<input type="checkbox"/>				
26) Wiederherstellung / Erhalt der Arbeitsfähigkeit	<input type="checkbox"/>				
27) mehr Aktivität im Alltag entwickeln	<input type="checkbox"/>				
28) Reduktion der Schmerzen	<input type="checkbox"/>				
29) neue Bekanntschaften finden	<input type="checkbox"/>				
30) sich trotz krankheitsbedingter Einschränkungen in seinem Körper wohl fühlen	<input type="checkbox"/>				
31) die Angst vor der Krankheit bewältigen	<input type="checkbox"/>				
32) das Leben genießen können	<input type="checkbox"/>				
33) Einleitung einer beschwerdengerechten Arbeitsplatzumsetzung	<input type="checkbox"/>				
34) Ansätze finden, um die eigene Situation positiv beeinflussen zu können	<input type="checkbox"/>				
35) lernen, die Krankheit nicht verstecken zu müssen	<input type="checkbox"/>				

Gibt es noch andere Ziele, die in der Rehabilitation wichtig sind?

Am Ende des Fragebogens bitten wir Sie, vier Fragen zu Basisdaten zu beantworten:

1. Alter Jahre
2. Geschlecht m w
3. Einer Arztfamilie entstammend? ja nein
4. Mit Rehabilitation schon eigene Erfahrung gesammelt? ... ja nein

Danksagung

Herzlich danken möchte ich:

- Herrn Professor Dr. med. Dr. phil. H. Faller für die Überlassung des Themas dieser Arbeit sowie für die gute Betreuung und Förderung der Promotion.
- Herrn Prof. P. Deeg für die Übernahme des Korreferats.
- Herrn Dr. phil. Dipl. Psych. H. Vogel für die konstruktiven Anregungen sowie für die gute Betreuung während der Entwicklung und Ausarbeitung dieser Studie.
- Den Medizinstudenten des ersten und siebten Semesters (Winter 2001) für die Beteiligung an meiner Studie.
- Meinen Eltern für ihre jeweilige persönliche Unterstützung und meinem Sohn David für die zahlreichen Stunden, die er mich entbehren musste.

Lebenslauf

Persönliche Daten :

Name : Reitz
Vorname : Dunja
Geburtsdatum/ -ort : 21. Juli 1975 in Karlstadt
Anschrift : Gauaschacher Str. 3
D-97776 Eußenheim OT Obersfeld
Staatsangehörigkeit : Deutsch

Schulbildung :

1882 – 1986 Grundschole Eußenheim
1986 – 1995 Johann-Schöner-Gymnasium, Karlstadt
Abschluss: Allgemeine Hochschulreife

Hochschulbildung :

Nov. 1995 Medizinertest
1996 Studium der Medizin an der Universität Würzburg
1998 Ärztliche Vorprüfung
1999 Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
Dezember 2000 Beginn der Doktorarbeit
März 2001 zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
Juni 2002 dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
Aug. 2002 – Feb. 2003 ÄiP. im KKH Karlstadt, Abteilung : Innere
Feb. 2003 – Feb. 2004 ÄiP. im Sankt Elisabeth Krankenhaus in Bad
Kissingen, Abteilung: Gynäkologie