

Gemeindenaher Gesundheitsverantwortung in der Suchtkrankenhilfe

Festvortrag zum 40-jährigen Jubiläum von RELEASE e.V.,
gehalten im Rahmen des V. APAM-Symposiums zum Thema
„Individualmedizin und Eigenverantwortung“ am 29.01.2010 im Haus Lohmann in Stuhr-Brinkum

EBERHARD HESSE

Dieser Titel bedarf der Erläuterung, meine Damen und Herren, zu mindestens die „peruzzoanische“ Wortschöpfung „Gesundheitsverantwortung“ muss erörtert werden¹. Wer trägt Verantwortung für wessen Gesundheit? Das Individuum selber, die Familie, die Gemeinde, die Region oder ist das staatliche Gesundheitssystem als ganzes gemeint? Ist Verantwortung, nur für mich, das Individuum, für meine Familie oder ist die Volksgesundheit gemeint? Erlauben Sie mir, dies zu erörtern, um dann auf die beiden anderen Inhalte des Titels „gemeindenaher“ und „Suchtkrankenhilfe“ einzugehen und zwar dies am Beispiel der 40-jährigen Geschichte von RELEASE.

Mein Referat anlässlich des 25-jährigen Vereinsjubiläums hatte ich mit folgendem Zitat von Viktor von Weizsäcker aus dem Jahre 1930 geschlossen: *Die Gesundheit des Menschen ist eben nicht ein Kapital, das man aufzehren kann, sondern sie ist überhaupt nur dort vorhanden, wo sie in jedem Augenblick des Lebens erzeugt wird. Wird sie nicht erzeugt, ist der Mensch bereits krank.* (Weizsäcker 1955).

Wir, d. h. RELEASE, sind also in unseren Vorstellungen und daraus folgenden Handlungsweisen in all den Jahren dem bio-psycho-sozialen Gesundheits- und Krankheitsentstehungskonzept ge-

folgt und haben unsere handlungsleitenden Ideen - auch für unsere Patienten - später dann aus dem Salutogenese Konzept des Aaron Antonovsky bezogen. Ich möchte für die Suchtkrankenhilfe relevante Zusammenhänge zusammenfassen.

Zunächst zur Neurobiologie und zur Psychopathologie süchtigen Verhaltens:

Dieser Vorgang entwickelt sich im Schnittpunkt neurobiochemischer, individualpsychologischer und sozialer Bereiche. Wir wissen, dass die Entstehung und der Verlauf von süchtigem Verhalten an bestimmte Hirnareale gebunden und durch emotionale, affektive und kognitive Verhaltensmerkmale genetisch kontrolliert werden. Mit jedem verstärkend wirkenden Lernprozess läuft das Phänomen der neuronalen Bahnung ab und trägt zur Bildung neuer Verhaltensengramme bei. Die hoch komplizierte Funktionsgemeinschaft verhaltensdeterminierender Neurotransmitter und verhaltensmodulierender Neuropeptide sind dessen molekularbiologische Basis. Die Auseinandersetzung zwischen der zentralnervösen Selbstregulation des Menschen und der sozialen Struktur seiner Umwelt ist also das Resultat einer komplexen Interaktion von neurobiologischen Lernprozessen zwischen dem Belohnungssystem des Hippocampus als Verstärker und dem Bestrafungssystem als Vermeidungslernen. Dabei steht vor allem das Dopamin in enger Beziehung zu den endogenen Opioiden

¹ Anspielung auf Alexandre Peruzzo, 1. Vorsitzender von Release e.V., der den Titel des Vortrags gewählt hatte

und hier besonders zu den β -Endorphinen. Sie scheinen ganz allgemein an der Feinabstimmung der Motivationslage beteiligt zu sein mit ihrer anxiolytischen, antidepressiven, stressabbauenden, euphorischen Wirkung. β -Endorphine lassen alles Angenehme als noch angenehmer und alles Unangenehme als weniger unliebsam erscheinen.

Sucht als systemische Erkrankung

Nimmt man das weithin akzeptierte Erklärungsmodell der Kielholtz'schen Trias für die Entwicklung süchtigen Verhaltens dazu, so zeigt sich das multifaktorielle Bedingungsgefüge süchtigen Verhaltens, dem immer drei Komponenten zugrunde liegen – das Individuum, sein soziales Milieu und die „Droge“ selbst (Kielholz u. Ladewig 1973). Damit wird deutlich, dass alle Forschung bezogen auf das Individuum allein unzureichend war und mithin die Sucht eine Familienkrankheit zu sein scheint.

In der Familie sollen unsere Kinder zu selbstständigen, freien Persönlichkeiten heranwachsen, die in der Lage sind, mit den Schwierigkeiten des Lebens fertig zu werden. Dazu gehören Zutrauen zu sich selbst und das Gefühl der Sicherheit. Es gilt, die Angst vor Hindernissen zu überwinden. Doch jede Veränderung in einem Familienmitglied verursacht Veränderungen in jedem anderen und in der gesamten Familie. Es ist also leicht denkbar, dass in diesem labilen Gleichgewicht Gewähren und Versagen durch die Mutter den Entwicklungsbedürfnissen des Säuglings entsprechen oder ihm zuwiderlaufen können. Diese Erfahrungen prägen die heranwachsende Persönlichkeit mit Hilfe des Hippocampus und der Mandelkerne. Hippocampus und Amygdala sind entwicklungs geschichtlich alte anatomisch in unmittelbarer Nähe zueinander gelegene Hirnareale. Sie reifen bereits im Mutterleib. Ihre funktionelle Grundausstattung wird über die Stresserfahrung in den ersten sechs bis neun Lebensmonaten - also vor Inbetriebnahme des frontalen Großhirns - umweltabhängig justiert. Eine sichere Umwelt, verbunden mit elterlicher Fürsorge, verlässlicher Zuwendung von der wichtigsten Bezugsperson und eindeutiger Kommunikation führt zur Stressresistenz. Im Gegensatz dazu optimiert eine „gefährliche Umwelt“ stärker die Mandelkernfunktion, was mit früher Antizipation von Gefahr und Hypervigilanz einhergeht. Auf diese Weise formt sich das, was Persönlichkeitsstruktur genannt wird, weitestgehend vor bewusst und stark umweltabhängig.

Im 2. Lebensjahr löst sich das Kind aus der engen Bindung an die Mutter, aber es macht auch Trennungsängste durch. Die verinnerlichten frühen Beziehungserfahrungen prägen dann die Fantasie des Kindes und die spätere Fähigkeit, Lust und Unlust, Spannungen sowie Gefühle überhaupt zu beantworten und zu regulieren. Wenn aber Angst und Spannung den Erziehungsstil in unseren Familien deformieren und ungenügender, unehrlicher oder überfordernder Affektausstausch die Kinder nicht oder falsch an Schwierigkeiten heranführt, entsteht eine Abhängigkeit von der

Bezugsperson, die dann wieder Angst und Unsicherheit auslöst. Es muss ein unwirklicher Bezug zur Umwelt entstehen. Bei Suchtkranken finden sich immer Störungen der interfamilialen Kommunikation, der Rollenverteilung, der affektiven Beziehungen und des Zusammenhaltes in der Ursprungsfamilie. Solche Aufweichungsprozesse in der Familie lassen leere Räume entstehen, in die die Einflüsse der Massenmedien, der Subkulturen und der Peergroups eindringen können, die bei den Jugendlichen Scheinbedürfnisse wecken. Eine daraus resultierende innere Zerrissenheit erklärt die bei vielen Jugendlichen zu beobachtende, depressive, resignative Grundhaltung.

BALINT spricht dann von einer Grundstörung und damit sind wir weg von der süchtigen Entwicklung hin zur **allgemeinen Vorstellung von Krankheitsentstehung** (Balint 1970). Nach BALINT ist Krankheit ein „kontinuierliches sich Ausformen eines zunächst unorganisierten Krankheitsprozesses um ein Symptom herum“ und das in einem lebenslangen Prozess (Balint 1980). Dabei sind einschneidende Ereignisse stets neu zu bewältigende Hindernisse. Einschneidende Ereignisse machen in uns ein Unbehagen - ein "arousal" im englischen Schrifttum. Es ist dann abhängig von unserem problemlösenden Verhalten, ob wir angemessen auf dieses "arousal" reagieren und die Verwirrung abnimmt und Gesundheit resultiert oder, wenn wir nicht angemessen reagieren, in der Lage sind, das problemlösende Vermögen, z.B. der Familie, des Freundeskreises oder des berufsmäßigen Systems, in Anspruch zu nehmen. Gelingt es uns auch mit deren Hilfe nicht, angemessen zu reagieren, so bleibt die Verwirrung, das Unbehagen nimmt gar zu und vergrößert die Empfänglichkeit für Krankheit. Im Kontext mit unserer genetischen Disposition und eventuell erlerntem gesundheitlichen Fehlverhalten wächst die Empfänglichkeit für Krankheit. Kommt dann von außen ein Krankheits "erreger" jedweder Art dazu, wird die vorher funktionelle Störung in uns zu einer manifesten Organläsion, beispielsweise ein Magengeschwür, aus einer Übersäuerung des Magens oder ein Schlaganfall aus andauerndem Bluthochdruck, was wiederum jeweils ein einschneidendes Ereignis darstellen kann. So entsteht ein Circulus vitiosus – im Suchtgeschehen Rückfälle und Niederlagen bei Suchtdruck. Wir sehen also: süchtiges Verhalten ist ein Symptom für Fehlentwicklung.

Zurück zur Gesundheitsverantwortung: Für meine Gesundheit bin ich schon selber verantwortlich, doch da ich in einem komplizierten Beziehungsgeflecht lebe, trage ich auch Mitverantwortung für meine Familie wie für meine Mitmenschen im weiteren Sinne und umgekehrt. Für unser Gesundheitssystem allerdings fühle ich mich nicht verantwortlich.

Nun zur gemeindenahen Suchtkrankenhilfe:

Gemeindenah war die Suchtkrankenhilfe beileibe nicht immer. Vielmehr verbinden wir mit diesem Begriff in der unmittelbaren Nachkriegszeit bis hin zur Psychiatrienquete in den frühen

Siebzigerjahren: Landeskrankenhäuser, Psychiatrische Kliniken, Drehtürprinzip. Vereinzelt gerieten Abhängigkeitskranke, meist im chronischen Stadium, mit Hilfe von Fürsorgern, Gesundheitspflegern oder Ärzten, in Kliniken - wurden entgiftet und wieder entlassen, um irgendwie wieder eingewiesen zu werden. Für die Einweisung waren im Einzelfall die niedergelassenen Ärzte, im Regelfall aber das Gesundheitsamt zuständig. Regionale Konzepte oder eine gerichtete Kooperation gab es nicht. Erst Anfang der Siebzigerjahre machte die Psychiatrienquetekommission (Enquete 1973, 1975) die elenden und menschenunwürdigen Umstände in der Anstaltspsychiatrie zum öffentlichen Thema mit der Forderung, mehr ambulante Psychiatrie zu etablieren.

Sie können sicher ermessen, meine Damen und Herren, dass das Gedeihen eines Vereins mit einem ausgeprägten Selbsthilfeverständnis auf diesem Nährboden ein besonders großes Engagement von vielen im Landkreis erforderte.

Die Entwicklung nach der Psychiatrienquete war im Bereich der Suchtkrankenhilfe geprägt von der Ausbildung des Therapeutenverständnisses: Beratungsstelle, Fachklinik, Selbsthilfegruppe. Dieser Königsweg war so konzipiert: Auf die ambulante Kontaktaufnahme und Beratung in der Fachberatungsstelle folgte in der Regel die stationäre Therapie in einer zumeist weit ab vom Wohnort gelegenen Fachklinik, darauf die ambulante Nachsorge und im Optimalfall die Überleitung in eine Selbsthilfegruppe. Dieses Hilfsangebot setzte Freiwilligkeit sowie ein Mindestmaß an Mitwirkungsfähigkeit und Krankheitseinsicht voraus. Dieser Sektor der Suchtkrankenhilfe hat sich in den letzten Jahrzehnten in Bezug auf die Behandlungsdauer, die Klientel und die therapeutischen Konzepte erheblich differenziert. Er hat ohne Zweifel ein hohes Qualifikationsniveau erreicht und seine Kapazitäten fortlaufend erweitert. Doch – bezogen auf alkohol- und/oder medikamentenabhängige Klienten resultiert auch heute nur eine Kontakthäufigkeit von unter 10% der geschätzten Gesamtprävalenz im Lande (Hesse u. Schwantes 2006).

Als Sektor II der gesamten Suchtkrankenhilfe wird die psychosoziale, psychiatrische Basisversorgung beschrieben. Dieser Bereich wird als „Kernzone“ bezeichnet, weil unter denjenigen, die hier behandelt, beraten und betreut werden, die am schwersten Betroffenen sind, die chronisch Kranken mit zahlreichen sozialen und körperlichen und psychischen Folgeproblemen, sie sind dann nicht mehr in der Lage, sich aktiv um Hilfe zu bemühen und ihre Belange selbst zu regeln. Vieles, was in der Kernzone geschieht, hat Kontroll- und Zwangscharakter, zugleich aber auch eine den Einzelnen und die Gemeinschaft schützende Funktion. Es geht häufig um die Sicherung der elementaren Lebensgrundlagen: Finanzieller Lebensunterhalt, ein Dach über dem Kopf, Arbeit oder Beschäftigung – also Verhinderung von psychischer, sozialer und körperlicher Verelendung. Schwerpunkt ist die tertiäre Prävention: die Verhütung des Schlimmsten. Auch hier sind es jedoch

nur 6,9% der Gesamtprävalenz von Alkohol- und Medikamentenabhängigen, die von Gesundheitsämtern, sozialpsychiatrischen Diensten und Psychiatrischen Kliniken betreut werden (Hesse u. Schwantes 2006).

Als Sektor III wird die medizinische Basisversorgung betrachtet einschließlich der internistischen und chirurgischen Abteilungen in den Krankenhäusern der Regelversorgung. Geht man davon aus, dass 70% der Bevölkerung einen Hausarzt haben, den sie wenigstens in zwei Jahren einmal sehen, und glaubt man den Untersuchungen, die auch neuerdings bestätigen, dass in der hausärztlichen Praxis Abhängigkeitskranke in gleicher Häufung auftreten, wie sie in der Bevölkerung vorhanden sind, so kann man damit rechnen, dass jeder zehnte, und nimmt man die Co-abhängigen und die recht gut definierten Alkoholgefährdeten in unserer Bevölkerung mit dazu, so muss man davon ausgehen, dass jeder fünfte Patient in der hausärztlichen Praxis direkt oder indirekt von einem Suchtproblem betroffen ist (Hesse u. Schwantes 2006). Das gibt hochgerechnet einen Kontakt zu etwa 70% der gesamten Prävalenz. Addiert man hierzu die Kontakte, die Ärzte und Pflegepersonal in den genannten Krankenhäusern haben, was hochgerechnet etwa 20% ausmacht, so ist nicht zu übersehen, dass in diesem gesamten Sektor ein riesiges Potential an Suchtkrankenhilfe schlummert. Es schlummert deswegen, weil die Ärzte in der Ausbildung nahezu nicht in Kontakt kommen mit der Suchtkrankenhilfe, in der Weiterbildung zu wenig und in der Fortbildung nur vereinzelt. Dazu ist der Sektor III gegenüber den anderen beiden Sektoren weitgehend abgeschottet. Wir Ärzte haben gut gelernt, mit Ärzten zu kooperieren, aber fast nicht mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe. Darüber hinaus geht unsere Sozialisation dahin, den Patienten zu schützen, sich vor ihm zu stellen – während soziale Berufe konfrontieren.

RELEASE

In unserer Region, also im Nordteil des Kreises Diepholz, hatten wir diese Entwicklung beobachtet und versucht, gegenzusteuern. Im November 1970 hatten wir die Gründungsversammlung von RELEASE e.V., Syke. RELEASE war damals die weltweite Selbsthilfebewegung der Drogenabhängigen, der aber nur ein Anfangserfolg beschieden war. Ähnlich ging es uns! Wir bildeten uns in Seminaren fort, so gut das damals ging, bauten eine Wohngemeinschaft, die wir als therapeutisch empfanden, mit jungen Menschen aus der Region um einen Drogenabhängigen herum. Dies ging ausgezeichnet, solange ein Drogenabhängiger alleine in der Wohngemeinschaft war. Doch ihm folgten sehr schnell andere nach und damit Kontakte zur Szene. So war diese Wohngemeinschaft nicht mehr „clean“ zu halten. Nach einiger Zeit mussten wir dieses Experiment beenden und uns auf präventive Arbeit in den Schulen und Einzelberatung begrenzen.

Die Einzelfallhilfe nahm ich überwiegend in meine Praxis und vergab zunächst mit Wissen und Billigung des Sozialministeri-

ums „Methadon“ an einzelne Patienten, die vor meinen, oder den Augen des Apothekers, eine mit Pfefferminz versetzte Dosis einnahmen, nachdem sie einen Befindlichkeitsfragebogen ausgefüllt hatten. Wer das Verhalten von Suchkranken kennt, weiß, dass auch dieses Experiment scheitern musste, obwohl noch immer hohes Engagement auf Seiten des „RELEASE- Teams“, wie sich die ehemaligen Angehörigen der Wohngemeinschaft nannten, um die Rehabilitation der einzelnen Patienten bestand. Erst als es gelang, im Jahre 1976 den damals leitenden Sozialarbeiter der Bremer Drogenhilfe, Herrn Peruzzo, in unsere Praxis zu integrieren und zwar zunächst für den Zeitraum von drei Jahren, gelang es, die Spreu vom Weizen, d. h. die Therapiewilligen von den nicht Motivierten zu trennen. Mit dieser intensiven, umfassenden Arbeit konnten wir etwa 10% der Drogenabhängigen auf Dauer rehabilitieren. Der Rest, der von uns damals Betreuten, versank in der Bremer Szene, von der wir uns dann auch klar abgrenzten. 1978 übernahm Herr Peruzzo die pädagogische Leitung und die Geschäftsführung des Vereins RELEASE. Die zweite nicht praxisintegrierte Beratungs- und Kontaktstelle wurde eröffnet und eine erste Bezuschussung erreicht, so dass der Verein sehr bald flächendeckend im Nordkreis arbeiten konnte. Mein hausärztliches Engagement wurde ergänzt durch eine Praxis in Bassum und durch die Mitarbeit eines Internisten, eines Nervenarztes und eines Gynäkologen aus dem Nordkreis; d. h. es gelang, die Arbeit dieses Vereins an das medizinische System anzubinden. Dies gelang umso besser, als die Krankenhäuser unserer Region, speziell das Krankenhaus Twistringen, bereitwillig ihre Mitarbeit bei der Entgiftung und Versorgung Abhängigkeitskranker zusagten. Methadon blieb ausschließlich für die Versorgung von schwangeren drogenabhängigen Frauen. Unsere Erfahrungen und Ergebnisse brachten wir in bundesweiten und internationalen Konferenzen ein. Die sorgfältige Überprüfung der Bilanz der engagierten Methadonvergabe über Jahre hatte uns zu unserer kritischen Einstellung gegenüber diesem Therapieansatz gebracht.

Heute beschäftigt der Verein 10 Mitarbeiter ganztags und einige Honorarkräfte und hat einen Jahresetat von etwa einer halben Million Euro – eine Mischfinanzierung aus 6 Töpfen, wobei wir den größeren Teil selbst erarbeiten.

Es gibt in jeder Großgemeinde des Landkreises eine Beratungsstelle, insgesamt vier Teestuben als suchtmittelfreie Kontakt- und Begegnungsstätten.

Selbsthilfegruppen

Ab Januar 1977 hatten wir begonnen, Selbsthilfegruppen zu initiieren und zwar heterogene, symptomübergreifende Selbsthilfegruppen, d. h. in ihnen sitzen nicht nur Abhängigkeitskranke, sondern auch Co-abhängige und Menschen mit psychosomatischen Störungen. Seitdem gibt es stabile 8 Selbsthilfe- und einige geleitete Gruppen für Betroffene und Angehörige. Zusammen mit den in unserer Region sehr stabilen Guttempler-Gruppen, den Anony-

men Alkoholikern, Al-Anons, den Blaukreuzlern und dem Kreuzbund gibt es annähernd 40 Gruppen mit etwa 500 Klienten, das ist ein Achtel der angenommenen Gesamtprävalenz und somit viermal so hoch wie im Bundesdurchschnitt. Dazu hatten wir sehr früh Suchtkrankenhelfer ausgebildet, die zum Teil noch heute in den 28 Ortsteilen unserer Gemeinden leben und als Ansprechpartner für die Bevölkerung sowie als Fühler für die gesellschaftliche Entwicklung der Region dienen.

Die Selbsthilfe oder Hilfe zur Selbsthilfe, meine Damen und Herren, ist eines der wesentlichen Prinzipien dieses Vereins geblieben, sinnvoll vernetzt mit dem professionellen Beratungssystem einerseits sowie mit dem medizinischen System auf der anderen Seite. Die Hälfte unserer Klienten kommt auf Vermittlung eines Arztes. Professionelle ambulante Therapie und intensive betriebliche Suchtkrankenhilfe sind derzeit wichtige Bausteine und dienen nicht nur dem Gelderwerb für den Verein.

Vernetzung

Für uns ist Vernetzung wichtig, d.h. alle gesundheitsfördernden Einrichtungen in unserer Region mit einzubeziehen in die Beratung und in das Erleben unserer Patienten. Für uns ist Sucht nicht etwas Exotisches, Abgehobenes, was man ein- oder ausgrenzen müsste, um es zu beseitigen. Wir sehen süchtige Entwicklung als ein Symptom einer aus verschiedenen Gründen unzureichenden Persönlichkeitsentwicklung, ähnlich wie Fieber ein Symptom der Blinddarmentzündung ist. Die multifaktorielle Genese von Abhängigkeit und Sucht lässt einen multizentrischen Therapieansatz besonders plausibel erscheinen. Wenn ärztliche Primärversorgung, das gemeindenahere soziale Beratungssystem, die Gruppenselbsthilfe, regionale öffentliche Gesundheitspflege und alle regionalen gesundheitsfördernden Ansätze, profit- und non-profitorientiert, in richtiger Weise zusammenarbeiten, profitieren alle davon und am meisten der Betroffene und seine Angehörigen. Dies geht nur in einer strengen, gemeindenahen Orientierung. Entwicklungen, Krankheits- und Gesundheitsprozesse müssen überschaubar bleiben und anschaulich für den Nächsten. So kann Nachsorge gleichzeitig als Vorsorge wirken.

Mit dieser Form der kooperativen Arbeit erzielen wir gute Rehabilitationsergebnisse. Wir allein erreichen in unseren Gemeinden jedes Jahr dreimal soviel Betroffene wie im Bundesdurchschnitt. Doch – wir sehen nicht nur Patienten, wir rehabilitieren sie auch. Dieser gemeindenahere kooperative Behandlungsansatz ist offenbar auch erfolgreicher als andere. Nachuntersuchungen, z. B. bei unseren Alkoholkranken haben nach 6 Jahren eine dynamische Rehabilitationsquote von 71,3% ergeben. Von vier Alkoholkranken werden in diesem Netzwerk drei rehabilitiert und bleiben es zu mindestens über sechs Jahre, wobei wir unter dem Begriff „Rehabilitation“ nicht den Status quo ante verstehen, sondern eine messbare Nachreifung der Persönlichkeit.

Ein großes Problem in unseren Dörfern waren die Patienten, die nicht rehabilitiert werden, die chronisch Kranken, mehr oder weniger Deprivierten mit regressiven Tendenzen, die der Betreuung bedürfen. Betreutes Wohnen, möglichst dezentral, in kleineren Einheiten wird heute von uns gemeinsam mit der AWO erfolgreich geleistet.

Entwicklung und Autonomie

Wenn es richtig ist, dass Sucht ein multifaktorielles Bedingungsgefüge hat und entsteht, wo Grundstörungen und genetische Disposition zusammentreffen, dann gilt es als richtige Prävention, die Autonomie unserer Menschen zu stärken. Dies muss sehr früh geschehen. Meine Erfahrung als Hausarzt lehrt mich, dass wir es in unserer Zeit mit überwiegend gestörten Erwachsenen zu tun haben. Daraus folgert, unsere Kinder nehmen in ihren Elternhäusern Verhaltensweisen wahr, die letztlich krank machen. Diese Verhaltensweisen werden von Generation zu Generation weitergereicht. Natürlich gibt es gesunde Familien. Diese bestätigen die Regel. Doch irgendjemand muss anfangen, gesundheitsbezogene Verhaltensweisen zu verändern und zwar nicht erst, wenn man krank geworden ist. Aus diesem Grunde bemüht sich RELEASE seit drei Jahrzehnten um Einflussnahme auf die Schüler der 7. Klassen aller Schulen der Region und versucht, die Klassen auch an die Beratungsstelle zu binden. Hier handelt es sich nur um eine kurzfristige Intervention. Doch ich würde mir wünschen, dass die Schule weniger spezialisiertes Wissen vermittelte und mehr Lebensfähigkeit. Voraussetzung dafür ist eine umfassende Kenntnis des Menschen, wie er mit Kränkungen umgeht, was für Lebenskonzepte er hat, welche unbewussten Verhaltensweisen ihn leiten. Ich könnte mir von der 3. bis zur 13. Klasse eine Form von Selbsterfahrung in der Gruppe vorstellen, einmal pro Woche zwischen Mathematik und Französisch. Ich wünsche mir für die Schulen Freiheit und Gestaltungsspielraum – eben Gemeindenähe und eine echte Vernetzung mit dem sozialen und medizinischen System zum Nutzen der gemeindenahen Gesundheitsverantwortung.

Wenn es uns gelingt, unsere Lebensgeschicke unter Einsatz der zur Verfügung stehenden Ressourcen zu steuern, dann werden wir uns in einer berechenbaren Welt erleben, die durch das Vertrauen auf unsere Stärken und Fähigkeit im Rahmen unserer Möglichkeiten kreativ gestaltbar ist. „Wenn wir unser Leben als dynamischen Lebensverlauf mit Kontinuitäten und Diskontinuitäten begreifen lernen, uns als Weggefährten auf dem Lebensweg mit unseren Mitmenschen sehen und uns im individuellen Erleben zu verstehen bereit sind, dann finden wir Orientierung und Sinn in der Welt.“ (Antonovsky 1997) ■

Dr. med. Eberhard HESSE, geb. 1940.



Studium der Humanmedizin 1959 - 1965 in Marburg und Tübingen, Medizinalassistentenzeit in Tübingen, Abeokuta/Nigeria und Rottenburg/Neckar Weiterbildung 1967 - 1971 in Gynäkologie, Innere Medizin, Kinderheilkunde, Radiologie, Chirurgie, Gesundheitsamt. Seit 1972 in Gemeinschaftspraxis niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin, von 1978 - 2005 Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin an der Universität Münster, Präsident der SIMG (Societas Internationalis Medicinae Generalis) 1991 - 1994, Mitglied der „Group of eight“, der Gründungsgruppe der European Society of General Practice/Family Medicine (ESGP/FM) WONCA Region Europe, Mitbegründer der Zeitschrift „The European Journal of General Practice“, Beiratsmitglied in der Carl Gustav Carus Stiftung, Gründungsmitglied von 1970 - 2009 1. Vorsitzender von „Release e.V.“ - gemeindenahes Netz psychosozialer Hilfen im Nordkreis Diepholz, Gründungsmitglied und ab 1997 Vorstandsvorsitzender des Vereins „Regionales Praxisnetz Stuhr/Weyhe e.V.“, seit 1999 Leiter des Projektes „PRO DEM zur Optimierung der regionalen Versorgung alter Menschen mit Hirnleistungsstörungen“ und seit 2003 Vorsitzender des PRO DEM e.V., Träger der Hippokrates-Medaille und des Verdienstkreuzes am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland und der Ehrennadel des „Paritätischen“.

2002 Berufung in den wissenschaftlichen Beirat der Akademie für patientenzentrierte Medizin (APAM) e.V., Oktober 2002 Verleihung des Preises der niedersächsischen Qualitätsinitiative an das Projekt PRO DEM. Juni 2004 Auszeichnung mit der Ehrenplakette der Landes-Ärztzammer Niedersachsen für „Verdienste um Patienten und Ärzteschaft“. 2005 Begründer des Mehrgenerationenhauses „Schaumlöffel“ für den Lebensraum Stuhr/Weyhe.

Tätigkeitsschwerpunkte in der Praxis: Hausärztliche Versorgung, Dechiffrierung der Präsentiersymptome des Patienten mit Hilfe des ärztlichen Gesprächs, Motivierung zur Nutzung der Gruppenselbsthilfe, Abhängigkeitserkrankungen, manuelle Therapie, Früherkennung und gemeindenähe Behandlung Demenzkranker, Diagnostik und Therapie von Blasenfunktionsstörungen in der Allgemeinpraxis. Generationenübergreifende Wohnprojekte

Bahnhofstraße 27,
28816 Stuhr
Tel.: 0421 89 8880
Fax: 0421 808801
E-mail: Sturm.hesse@t-online.de

Literatur:

- Antonovsky A (1997): Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit, dgvt-Verlag, Tübingen 1997
- Balint M (1970): Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung. Verlag Klett-Cotta, Stuttgart
- Balint M (1957): Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Stuttgart: Klett-Cotta, 5. Auflage 1980
- Enquête über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland: Zwischenbericht der Sachverständigen-Kommission (1973). Bundestagsdrucksache 7-1124, Bonn
- Enquête über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland: Schlußbericht der Sachverständigen-Kommission (1975). Bundestagsdrucksache 7-4200, Bonn
- Hesse E (2007): Vertiefender Text: Der Suchtkranke in der hausärztlichen Praxis; in: Sturm E, Bahrs O, Dieckhoff D, Göpel E, Sturm M (Hrsg.): Hausärztliche Patientenversorgung; Thieme Verlag Stuttgart
- Hesse E, Schwantes U (2006): Umgang mit Suchtkranken; in: Kochen MM (Hrsg.): Duale Reihe Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Springer Verlag, 3. Auflage Stuttgart
- Kielholz P, Ladewig D (1973): Die Abhängigkeit von Drogen. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Weizsäcker Vv (1955): Soziale Erkrankung, soziale Gesundung. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen (Erstauflage 1930)