

Wandern als Natur- und Selbsterfahrung

Rehastudie Wandern

**Therapeuten und Patienten zum Wert des
Spazierens und Wanderns in der Rehabilitation**

Rainer Brämer, Manja Richter

Die Themen

Wandern im Windschatten des Sports.....	6
Medizinisches Desiderat	6
Chancen nicht erkannt.....	6
Gesundheitskongress Wandern.....	7
Fragen an die Akteure	8
Urbefragung von Therapeuten und Patienten.....	8
Kurwandern mit Geschichte	11
Terrainkur.....	11
Wissenschaftliche Aktualisierung	12
Klimakurwege	13
Reglementierung	14
Umfrage unter Heilklimatischen Kurorten	15
Ernüchternde Bilanz.....	16
"Therapeutisches Wandern".....	17
Psychotherapeutische Experimente	18
Kliniksstudie Wandern	20
Pretest	20
Hauptbefragung.....	21
Relevanz des Themas.....	22
Wanderwege vorn	22
Aufwendige Betreuung	22
Therapeutische Einsatzbereiche.....	23
Walking bevorzugt.....	25
Psychische Stabilisierung.....	26
Therapeutische Ziele	27
Rundum-Therapeutikum	27
Kreislauf-Fixierung.....	28
Ungereimtheiten.....	29
Emotionale Stabilisierung.....	30
Mentale Befindlichkeit.....	31

Kontraindikationen	33
Unsicherheit	33
Konkrete Probleme.....	35
Therapeutische Erfahrung	37
Nordic Walking im Fokus.....	37
Sporttherapeutische Ritualisierung.....	38
Nur positive Bilanzen	39
Mangelnde Konzepte	40
Therapeutische Praxis.....	42
Bewegung in Portionen.....	42
Zum Wandern keine Zeit	42
Soziale Potenziale	43
Klinisches Resümee	44
Patientenstudie Wandern	46
Subjektives Empfinden kaum gefragt.....	46
Befragung von Klinikpatienten.....	48
Kur Natur	50
Grüne Klinik.....	50
Grün vor Kur	51
Bewegung zweitrangig.....	52
Gespräche wichtig, Heilwässer nichtig.....	53
Sanfter Natursport	54
Bewertung auf den Kopf gestellt	54
Wandern im oberen Mittelfeld.....	55
Walking und Joggen unter "ferner laufen"	56
Überproportionale Gehfreude	56
Wöchentlich fünf bis zehn Stunden.....	57
Wanderlust	59
Naturgenuss im Vordergrund.....	59
Gesundheitseffekt zweitrangig	61
Hintergrund: Abschalten	61
Spaß vor Gesundheit	62
Arzttempfehlung randständig.....	63

Breitbandwirkung	64
Körper-Seele-Therapie	65
Kaum Nebenwirkungen	65
Attraktive Fußausflüge	67
Landschaftliche Vorlieben	67
Wegevorlieben	69
Keine Routinetrassen	69
Schlusslicht Nordic Walking	70
Infrastruktur am Weg	71
Gravierende Altersunterschiede	73
Psychische versus physische Selbsttherapie	74
Freie versus Kurpark-Natur	75
(Keine) Angst vorm Wandern	76
Tendenz zur Sicherheit	78
Vorläufiges Resümee	80
Widersprüche in der Einhelligkeit	80
Vom Tourismus lernen	80
Anhang: Die Fragebögen	82

Wandern im Windschatten des Sports

Medizinisches Desiderat

Noch immer scheint zu gelten: Eine gute Medizin muss bitter sein. Während die Pharmazeutik ihre Pillen mittlerweile immerhin geschmacksneutral ummantelt, orientiert sich der boomende Fitness-Markt immer noch an diesem Rezept: Man muss schnaufen, stemmen, strecken und ständig alles zwanghaft wiederholen, kurz: trainieren, bevor es etwas bringt. Zwar ist auch lustvolles Wandern gesund. Aber, und das ist die herrschende Meinung: Solange man nicht ins Schwitzen kommt, die Zähne zusammenbeißt und den "inneren Schweinehund überwindet", solange man also keinen richtigen Sport betreibt, kann für die Gesundheit eigentlich nichts Nachhaltiges herauspringen.

Diese Haltung dürfte ein wesentlicher Grund dafür sein, dass die gesundheitlichen Aspekte des Wanderns in der einschlägigen Literatur bislang mehr oder weniger stiefmütterlich behandelt worden sind. Angesichts der Alltäglichkeit des Gehvorganges, der geringen damit verbundenen Anstrengung und eines angestaubten Rufes fielen bestenfalls einige Randbemerkungen zum Wandern ab. Erst seit den 90er Jahren geriet das Dauergehen allmählich in das Blickfeld der Medizin, zunächst im Zuge von umfangreichen epidemiologischen Studien in den USA, angesichts der massenhaft zunehmenden, nicht zuletzt bewegungsmangelbedingten Zivilisationskrankheiten seit kurzem auch in Deutschland.

Chancen nicht erkannt

Die ersten Reaktionen und Aktionen waren jedoch unreflektierte Übertragungen sportmedizinischer Laborerkenntnisse auf das alltägliche Leben. Kampagnen wie "Rezept auf Bewegung", "Gehen hält fit", "Deutschland bewegt sich" und "Jeden Tag 3.000 Schritte extra" liefen mehr oder weniger ins Leere, weil sie nicht von den tatsächlichen Bedürfnissen und Gegebenheiten ausgingen.

Dabei bot sich mit der neuen, aus dem überbordenden Zivilisationsstress resultierenden Wanderbewegung bereits eine tragfähige Alternative an. Im Ver-

gleich zu den trockenen sportmedizinischen Konstrukten verfügt sie über mannigfache Vorteile:

- Die Bewegung ist bereits massenhaft verbreitet, nahezu 40 Millionen Deutsche über 14 Jahre wandern gelegentlich bis häufig.
- Das Motiv zum Wandern ist ein primäres, intrinsisches, es resultiert aus dem individuellen Bedürfnis von überwiegend sitzenden, kopfbeanspruchten Personen nach einem Szenen- und Aktivitätswechsel. Insofern fehlt die Startbarriere, man muss nicht immer wieder den besagten "Schweinehund" überwinden, sondern macht sich auf die Beine, weil man Lust dazu hat.
- Die beim Wandern zurückgelegten Strecken und somit auch der damit verbundene, für die langfristige Gesundheit so wichtige Verbrauch an Bewegungsenergie sind deutlich größer als bei sportmedizinisch portionierten Halbstundenhäppchen.
- Der in den Kampagnen übersehene, zusätzlich gesundheits- und stimmungswirksame Effekt des Aufenthalts in der Natur liefert einen entscheidenden Beitrag zur Motivation im Vorfeld des Wanderns und zum angenehmen Gefühl der Entlastung im Nachhinein.

Gesundheitskongress Wandern

Trotz dieser offenkundigen Vorzüge gibt es in Deutschland bislang kaum eine gezielte Forschung zur gesundheitlichen Bedeutung des sanften Natursports Wandern. Auf seltene Vortragswünsche hin tragen Mediziner gelegentlich passende Ergebnisse und Einsichten zusammen. Wer mehr wissen will, muss den kollektiven Stand der Erkenntnis nach Art eines Puzzles aus vielerlei Befunden zusammensetzen. Das ist im Vorfeld des 2007 im saarländischen Weiskirchen durchgeführten "Gesundheitskongresses Wandern" erstmals geschehen¹ und auf dem Kongress selber unter Beteiligung renommierter Experten systematisch vertieft worden.² Dabei hat sich der sanfte Natursport als ein Präventions- und Therapiemedium von außerordentlicher Breitbandwirkung erwiesen.

Mit der Kompetenz seiner Referenten und der Einhelligkeit ihres Urteils hat der Kongress erste Initiativen zur praktischen Umsetzung seiner mehr oder weniger noch theoretischen Einsichten ausgelöst. Um indes nicht erneut an

¹ Eine verkürzte Zusammenfassung der zettelkastenartig zusammengetragenen Vorfeld-Erkenntnisse ist unter dem Titel "Gesundheitsstudie Wandern - Daten, Fakten, Perspektiven" in der Reihe "Wandern als Natur- und Selbsterfahrung" erschienen.

² Die Kongressreferate sind in dem Sammelband der Tourismus-Zentrale Saarland (Hg.): "Dokumentation Gesundheitskongress Wandern - Regeneration durch Natur. Saarbrücken 2008" zusammengefasst und auch unter www.gesundheitskongress-wandern.de einsehbar.

den Erfahrungen und Bedürfnissen der Beteiligten vorbeizuplanen, wird man nicht umhin kommen, zunächst einen Blick auf die Akteure des Geschehens zu werfen. Das betrifft beide Seiten, Therapeuten wie Patienten. Ihre Einstellungen zum Thema sind in unterschiedlicher Weise von den Zwängen und Ritualen des herkömmlichen Kur- und Reha-Betriebs geprägt.

Fragen an die Akteure

Das betrifft nicht zuletzt die Bewertung von Fußausflügen im Rahmen von Reha-Aufenthalten. Wie beurteilen Ärzte und Bewegungstherapeuten den gesundheitlichen Nutzen des Dauergehens, in welchem Maße decken sich ihre Auffassungen mit aktuellen wissenschaftlichen Einsichten, welche Gehvarianten spielen in den von ihnen konzipierten Rehabilitations-Programmen konkret eine Rolle? Wie werden diese Programme von den Patienten angenommen, welche subjektiven Erfahrungen machen sie damit, in welchem Umfang sind sie Bestandteil ihrer nicht reglementierten Freizeit? Welcher Wert schließlich wird von beiden Seiten dem für das Wandern konstitutiven Naturkontakt zugeschrieben?

Die wenigen Tage und Wochen, die für eine Reha-Maßnahme zur Verfügung stehen, reichen in der Regel nicht aus, um die Ziele von Bewegungsprogrammen in vollem Umfang erreichen zu können. Speziell bei Ausdaueraktivitäten kann es oft nur darum gehen, den Patienten wirksame Impulse für ihr Mobilitätsverhalten im Alltag danach zu geben. Derartige Impulse können ihre erhoffte Dauerwirkung im Sinne einer Lebensstiländerung daher nur erreichen, wenn sie bereits in der Einübungsphase bei den Patienten auf eine hohe Akzeptanz stoßen bzw. Lust auf Fortsetzung machen.

Rehabilitative Fußsportkonzepte müssen also so abgestimmt sein, dass sie gleichermaßen objektiven Erfordernissen wie subjektiven Bedürfnissen entsprechen. Dabei spielen über medizinische Einsichten hinaus die Gegebenheiten der Klinikbetriebs, der Umgang des medizinischen Personals damit, ihre Einstellungen und Erfahrungen, aber auch die Reaktionen und Wünsche der Rehabilitanden eine maßgebliche Rolle. Zuverlässiges Wissen darüber ist unerlässlich, um eine dauerhafte Gesundung der Patienten zu erreichen und zu sichern.

Urbefragung von Therapeuten und Patienten

Auf Initiative der Arbeitsgruppe "Kur Natur - Regeneration durch Wandern" und mit Unterstützung durch die saarländische Landesregierung wurde im

Jahre 2007 eine statistisch relevante Zahl von Beteiligten auf beiden Seiten des Reha-Geschehens nach der Bedeutung des Spazieren und Wanderns gefragt. Die Arbeitsgruppe "Kur Natur" ist ein loser überregionaler Zusammenschluss von Fachleuten unterschiedlichster Art, die sich bereits seit einigen Jahren mit den heilenden Potenzen von Natur, Landschaft und Wandern beschäftigen.³ Die Befragung erfolgte getrennt nach behandelnden Ärzten und Therapeuten, die über die Geschäftsführung ihres Hauses schriftlich um Ausfüllung und Rücksendung eines Fragebogens gebeten wurden, und nach in klinischer Behandlung befindlichen Reha-Patienten, welche in Kurparks, Kurzentren, Wandelhallen und Cafés persönlich mit einem kleineren Fragebogen konfrontiert wurden.

Die "Klinikstudie" geht der Frage nach, ob und in welchem Maße der Gedanke eines systematischen Einsatzes ausdauernden Gehens in Deutschlands Reha-Kliniken Eingang gefunden hat. Zwar gehören Spaziergänge und Wanderungen für alle mobilen Kurgäste zum Standardrepertoire. Doch darüber, in welchem Maße sie auch gezielt als "Anwendung" in den therapeutischen Prozess einbezogen werden, liegen bislang so gut wie keine Daten vor. Um diese Lücke zu schließen, wurden alle deutschen Reha-Kliniken um Auskünfte gebeten. Bei positiver Resonanz ging es zusätzlich auch um entsprechende Erfahrungen, Verfahrensweisen und Konzepte sowie nicht zuletzt auch um potenzielle Kontraindikationen für therapeutische Fußausflüge in die Natur.

Als Zielgruppe der zweiten Studie kommen als Betroffene (prinzipiell mobile) Reha-Patienten in Heilbädern zu Wort. Welche Rolle Fußausflüge in ihrem mehrwöchigen Kliniks-Aufenthalt angesichts ihrer mehr oder weniger eingeschränkten Bewegungsfähigkeit spielen, ist bislang ebenfalls kaum untersucht worden. Auskunft darüber erbittet ein Fragebogen, der sich nach den Gewohnheiten der Patienten, ihren damit verbundenen Erwartungen sowie danach erkundigt, welchen Wert sie der natürlichen Umgebung ihres Aufenthaltsortes beimessen. Angesichts der in Deutschland bislang weitgehend übersehenen Bedeutung von Naturkontakten für die Rekonvaleszenz liegt hier ein besonderer Erhebungsschwerpunkt.

Beide Zielgruppen werden erstmals systematisch auf den Zusammenhang von Gesundheit und Bewegung in der Natur angesprochen. Die Erhebungen haben daher lediglich explorativen Charakter und sind mangels Vorbildern und Vorerkenntnissen nahezu zwangsläufig mit methodischen Mängeln behaftet. Das betrifft zum einen die Fragestellungen. Aber auch für die Auswahl der Befragten fehlte es an stichhaltigen Kriterien, die sich bestenfalls im Nachhinein

³ Neben Autor und Autorin waren Jochen Becker, Henning Karten, Gabi Stock und Ann-Marie Weber dankenswerterweise an der Durchführung der Studie beteiligt.

aus den Pilot-Befunden ableiten lassen. Überdies wird man davon ausgehen müssen, dass sowohl die Kliniken als auch die Patienten, welche sich die Mühe gegeben haben, einen Fragebogen auszufüllen, im Schnitt eine besondere Beziehung zum Thema haben. Das ist für eine explorative Studie indes eher von Vorteil, kann man bei den Befragten doch eine tendenziell engagierte Kompetenz unterstellen, welche ihren Aussagen Gewicht verleiht.

Insofern liefern die Befunde wenn auch nicht repräsentative Daten so doch stichhaltige Orientierungen für die Entwicklung nachhaltig wirksamer Bewegungsprogramme im Reha-Bereich. Ein besonderes Augenmerk wird bei ihrer Auswertung auf die Kompatibilität der Einschätzungen beider Seiten gelegt: Wo passen Angebot und Nachfrage stimmig zusammen, wo lassen unterschiedliche Bewertungen auf Brüche schließen, welche erhoffte Wirkungen gefährden und auf Optimierung drängen?

Wie solche Optimierungen aussehen könnten, dazu bedarf es weitergehender Untersuchungen, die nicht zuletzt auch nach Krankheitszuständen zu differenzieren sind. Auf dem Plan stehen überdies Experten- und Betroffenenengespräche, welche den mit den Fragebögen nur oberflächlich angesprochenen Erfahrungsschatz vertieft ausschöpfen. Ein ähnliches Ziel verfolgen Pilotstudien an einzelnen, diesbezüglich besonders engagierten Kliniken. Damit verbindet sich die Hoffnung, am Ende zu einer Art Praxismanual für die gezielte Nutzung der therapeutischen Potenziale von Fußausflügen in die Natur zu gelangen.

Kurwandern mit Geschichte

Der Gedanke, Wandern systematisch in den Rekonvaleszenzprozess von Kurgästen einzubeziehen, ist keineswegs so neu, wie er vor dem Hintergrund des modernen Medizinbetriebs erscheinen mag. Tatsächlich gibt es in Deutschland, angefangen von den Hospitalgärten des Mittelalters, eine lange Tradition, die wohltuenden Wirkungen eines entspannten Aufenthalts im Grünen für die Heilung von Krankheiten zu nutzen. Vor mehr als hundert Jahren wurde das Wandern in Form der "Terrainkur" zu einem expliziten Bestandteil der Regeneration aufgewertet. Welche Überlegungen steckten seinerzeit dahinter, was ist daraus geworden und welche Rolle spielen entsprechende Konzepte in der modernen klinischen Rehabilitation?

Terrainkur

In seinem Buch "Über Terrainkurorte" propagierte der Münchener Klinikarzt M.J. Oertel 1886 Terrainkuren als Mittel zur Behandlung von Kreislaufstörungen bzw. zur Kräftigung von Herz, Kreislauf und Muskelapparat. "Die beständige Überwindung der dieser Bewegung und dem Gehen sich entgegenstellenden Hindernisse wird zur Gymnastik", welche die Gesundheit kräftigt und wiederherstellt. Insofern werde die "Beschaffenheit des Bodens ... zu Heilzwecken genutzt". Um die physischen Leistungsansprüche dosieren zu können, bedürfe es klassifizierter Terrainkurwege. Oertel unterschied 4 Kategorien:

- Ebene, gut begehbare Wege über welliges Terrain
- Weg auf Höhen von geringer Steigung
- Längere Wege auf stärker ansteigenden Höhen oder Bergen
- Steile, mühsam zu ersteigende Bergpfade

Erste Terrainkuren wurden bereits im selben Jahr - hauptsächlich in klimatischen Kurorten der Alpenländer - durchgeführt. Im Folgenden ging der Trend indes mehr und mehr zur Badekur und stationären Behandlung, die Terrainkurwege verfielen. Kurzzeitig wiederbelebt wurde der Terrainkur-Gedanke in den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts von Beckmann mit seinem "Ohlstädter Modell", das allerdings nur wenige Nachahmer fand.

Auch Purkopp griff den Gedanken 1971 unter dem Titel "Die Sportwanderung - eine kollektive Terrainkur" in Form einer dreiwöchigen Kur mit zwei Wanderungen pro Woche zwischen 4,5 bis 10,8 km Länge auf. Während für

die erste Tour der Puls auf 120 begrenzt sein sollte, waren bis zur 5. Wanderung steigende Anforderungen vorgesehen, die auf der 6. Wanderung wieder zurückgenommen wurden.

Dabei teilte man die Patienten auf Grund physischer Leistungstests in drei Belastungsgruppen ein. "Da im Organismus Anpassungsvorgänge nur dann ausgelöst werden, wenn die Reize in ihrer Intensität und ihrem Umfang ein Mindestmaß überschreiten", wechselten Belastung und Entspannung ab. Die Belastungssteuerung erfolgte, orientiert am selbständig gemessenen Puls, durch Gehtempo, Geländebedingungen und Pausengestaltung. Zur Entspannung wurden im Sinne einer Langzeit-Intervallmethode 3-4 Pausen eingelegt, die zunächst mit Informationen über medizinische und heimatkundliche Themen (Passivpausen), später mit Atemübungen, Partnerübungen und Gymnastik (Aktivpausen) gefüllt waren.

Wissenschaftliche Aktualisierung

Angela Schuh vom Institut für Balneologie und Klimatherapie der Universität München hat in den 80er Jahren das ein Jahrhundert zuvor ebendort entwickelte Konzept der Terrainkur erneut aufgegriffen und auf der Grundlage wissenschaftlicher Untersuchungen modernisiert. Ihr zufolge bestehen die Hauptindikationen für eine Terrainkur in der "Prävention und Rehabilitation zahlreicher Erkrankungen im Bereich des Herz-Kreislauf-Systems und des Stoffwechsels sowie des Stütz- und Bewegungsapparates. Ziel sind Anpassungen im Bereich des Herz-Kreislaufs, der Lunge und des muskulären Energiestoffwechsels." Kernelement der Terrainkur ist das Ausdauertraining. Für die Dosierung über die Pulsfrequenz gilt "als Faustregel, dass - um eine Trainingswirkung auf Ausdauer zu erreichen - die Herzfrequenz mindestens 130 Schläge pro Minute für die Dauer von wenigstens 5 bis 10 Minuten pro Tag erreichen sollte" (Personen über 50: 180 minus Lebensalter).

Die moderne Terrainkur besteht aus täglichen Wanderungen auf vorgegebenen Wegen mit festgelegter Gehgeschwindigkeit. Die Patienten sind unter ärztlicher Aufsicht und unter Betreuung des "Kurübungsleiters" nach individuellen "Begehungsplänen" unterwegs. Zentrale Orientierungsgröße ist der Gesamtumsatz, der sich aus Körpergewicht, Steigung und Gehgeschwindigkeit unter Berücksichtigung von Größe und Kleidung bestimmen lässt. Es ist von 3 bis 4 wöchentlichen "Wanderungen" zwischen 20 und 40 min über 3 Wochen die Rede. Die Pulsfrequenz bzw. Gehgeschwindigkeit wird nach Maßgabe ergonometrischer Untersuchungen vorgegeben. Basis sind nach Länge und Steigung beschilderte, gut markierte, mit Bänken versehene Terrainkurwege mit einer Gesamtlänge von mehreren zig Kilometern. Die Grup-

pen werden am besten von einem Physiotherapeuten mit medizinischen Grundkenntnissen betreut und begleitet. (Schuh 1985-1988)

Angesichts der Tatsache, dass "die wenigsten Orte ... ihre Kurwege für medizinische Anwendungen nutzen", hat sich der Deutsche Bäderverband e.V. 1991 um eine übergreifende Begriffsbestimmung bemüht. Danach "sollten alle prädikatisierten Kurorte ein Terrainkurwegenetz nachweisen. Alle Kurwege sollen bequem begehbar, mehr oder weniger ansteigend, schattig und in schöner Landschaft gelegen sein. Zur Sicherheit der teilnehmenden Patienten sollten alle Wege mit einem PKW befahrbar sein, um im Notfall den Patienten abtransportieren zu können. Die Strecken sollten eine Mindestbelastungsdauer von 30 bis 45 Minuten beinhalten. Dazu ist es nötig, dass die Längen sowie die Steigungen in Prozent angegeben werden." (www.kurwegeplanung.de/beispiel.htm)

Die von Kraft (2003) benannten Kriterien für die Schaffung eines Terrainkurnetzes gehen deutlich weiter:

- Mindestens 10 Strecken mit einer Gesamtlänge von mindestens 50 km,
- Tourendauer von 1h bis zur Tageswanderung, geordnet nach steigenden Anforderungen bzw. Schwierigkeitsgraden,
- Leistungsbemessung in Anlehnung an die Fahrrad-Ergometer-Leistung,
- Klassifikation der Belastung durch Vermessung nach Länge und Steigung,
- Referenzwerte für mittlere Belastung und Begehungszeit,
- möglichst Rundwege, deren Ausgangspunkte ohne PKW erreichbar sind,
- gelenkschonender, keineswegs asphaltierter, abwechslungsreicher Boden,
- ganzjährig begehbar auch bei schlechtem Wetter,
- höchste Luftreinheit, Wechsel von Sonne und Schatten.

Damit ist der Übergang von Kurterrain- zu Wanderwegen wie im Oertel'schen Konzept wieder fließend.

Klimakurwege

Im Rahmen ihrer Bemühungen um eine Wiederbelebung der Terrainkur hat Schuh sie um Elemente der ebenfalls klassischen Klimatherapie bereichert. "Hierbei erfolgt zusätzlich zur Steigerung der Leistungsfähigkeit eine Dosierung der thermischen Bedingungen. Das Dosierungsobjekt ist dabei die menschliche Wärmebilanz während der Begehung von Kurübungswegen. Das Thermoregulationssystem soll trainiert werden, auf thermische Reize möglichst optimal zu reagieren. Als Hilfsmittel wird dabei das thermische Empfinden des Patienten während der Übung verwendet" (Schuh 1985).

Die Thermoregulationstherapie basiert auf einer leichten peripheren Auskühlung mit dem Ziel einer Kälteadaptation zur Verringerung der Infektanfälligkeit sowie kalten Armbädern und standardisierten Temperaturreizen; maßgeblich sind Lufttemperatur, Bewölkung, Sonnenhöhe und Windgeschwindigkeit, wichtige Parameter sind Aerosole, der Sauerstoffpartialdruck, Luftreinheit, räumliche Durchlüftung u.ä., die in einem heilklimatischen Kurort laufend überwacht werden müssen. Zwar lässt sich die Klimatherapie in allen Jahreszeiten einsetzen, Voraussetzung hierfür ist jedoch kühl-trockene Luft und geringe Schwüle zwecks Vermeidung thermischer Belastungen. Die Bekleidungsisolierung wird aus meteorologischen, persönlichen und streckenabhängigen Daten errechnet (Schuh 1988/89).

Die heilklimatische Bewegungstherapie wurde von mehreren Kostenträgern anerkannt. Hierzu hat der Deutsche Wetterdienst mit seinem Modell KURKLIM beigetragen. Es liefert "eine Klassifizierung der Wege nach Leistungsanforderungen im Ausdauerbereich und ermöglicht die Berücksichtigung und individuelle Dosierung der durch das aktuelle Wetter bestimmten Bedingungen der Wärmeabgabe, die ein wesentliches Element der Terrainkur ('Therapie mit dem Klima') darstellt." (Laschewski/Jendritzky 2004)

Damit bietet sich den Heilklimatischen Kurorten in Deutschland die Chance, das Thema Wandern mit ihrem klimatischen Alleinstellungsmerkmal zu verbinden und als meteorologisch aufgewertetes Produkt auf dem Gesundheitsmarkt zu positionieren. Tatsächlich arbeitet der Verband der Heilklimatischen Kurorte seit einigen Jahren am Konzept eines "Heilklima-Parks", das neben Wandern auch und vor allem Nordic-Walking-Aktivitäten vorsieht. Im Hochtaunus existiert bereits ein solcher ortsübergreifender Park, in welchem zahlreiche Rundwanderwege nach ihrem Schwierigkeitsgrad bewertet und in Behandlungskonzepten wie Werbung eingebunden wurden.

Reglementierung

Abgesehen von den Schuh'schen Arbeiten, die sich vor allem auf den klimatischen Aspekt der Terrainkur konzentrieren, mangelt es bis heute an wissenschaftlichen Belegen für die Wirksamkeit der teilweise recht unterschiedlichen Terrainkurkonzepte. Die Untersuchungen der Münchener Balneologin haben in ihrer praktischen Umsetzung dazu geführt, die entlastenden Fußausflüge in ein elaboriertes Korsett strikter Reglementierungen zu zwingen. Das mag zwar wissenschaftlichen Erfordernissen entsprechen, ist aber tendenziell geeignet, den Betroffenen die elementare Freude am Spazieren und Wandern zu nehmen. Man bewegt sich nicht mehr spontan, sondern, geschult und kontrolliert von Übungsleitern, Terrainkurtrainern oder Klimatherapeuten, auf

exakt ausgemessenen Trassen nach genauen Leistungs- und Bekleidungsangaben. Die Patienten erscheinen aus dieser Sicht lediglich als wandelnde Objekte, die medizinisch über fixe Parcours gesteuert werden.

Umfrage unter Heilklimatischen Kurorten

Diese Ambivalenz war einer der Anlässe zu einer Umfrage unter den 57 deutschen Heilklimatischen Kurorten.⁴ Darin wurde speziell um Auskunft darüber gebeten, "bei welchen Indikationen in Ihrem Ort Wandern im Heilklima ärztlich verordnet wird, ob diese Wanderungen als Gruppentherapie mit fachlicher Begleitung oder auch als Einzeltherapie ohne fachliche Begleitung verordnet und durchgeführt werden. Darüber hinaus wäre von Interesse, ob die Krankenkassen diese Kurleistung vergüten - wenn ja, in welcher Höhe? Nicht zuletzt interessiert auch die Häufigkeit der eventuellen Verordnungen im letzten Jahr."

Obwohl aus dem internen Kreis gestartet, kam die Umfrage nur auf eine Rücklaufquote von 20%, Fehlanzeigen eingeschlossen. Inhaltlich blieben die Auskünfte mehrheitlich diffus, etwa in dem Sinne, dass man die Patienten ganz allgemein zum Wandern anhält. Nur vereinzelt wurden die Fragen im Detail beantwortet. Dabei drängte sich der Eindruck auf, dass dem Wandern - und zum Teil auch dem Nordic-Walking - lediglich die Rolle eines Mediums für den Hinweis auf die besonderen Vorzüge des Klimas und der Klimatherapie zugewiesen wird.

Aus den wenigen konkreteren Angaben ergibt sich folgendes bruchstückhaftes Bild:

- Soweit überhaupt bestimmte Indikationen für Terrain-Aktivitäten benannt werden, betreffen sie vor allem Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen, Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, der Atmungsorgane sowie der Haut. Genannt wurden auch Wetterfühligkeit, Immunschwäche und Übergewicht.
- Geführte Wanderungen finden unter Leitung von Therapeuten wie Sportpädagogen oder Klimatherapeuten in der Regel in der Gruppe statt, differenziert nach Leistungsfähigkeit, in einem Fall mit einer maximalen Gruppengröße von nur 5 Personen.
- Terraintouren bzw. Klima-Wanderungen werden aber auch im Rahmen von Einzeltherapien ohne fachliche Begleitung eingesetzt. Dazu gibt es nach dem Vorbild der Terrainkurwege eigens ausgewiesene, nach Schwie-

⁴ Wir bedanken uns bei Jochen Becker für die Überlassung der Ergebnisse seiner Heilbäderumfrage.

rigkeitsgraden differenzierte Routen. Neben Heilklima-Wanderwegen ist hier und da auch von Heilklima-Walking-Wegen die Rede. In einem Fall werden zu jedem dieser Wege auch Verlaufsdiagramme mit Klimaanforderungen sowie Höhen- und Leistungsprofilen (in Watt) angegeben. Die Vorgaben für die richtige Begehung der Wege schließen individuelle Pulskontrollen und Bekleidungsempfehlungen ein.

- Sofern medizinisch betreut, beschränkt sich die Supervision auf die Messung von Pulsfrequenzen. Dies geschieht nach Ablaufen einer Teststrecke oder auch in regelmäßigen Abständen unterwegs. In Berchtesgaden kann man bereits seit 1993 im Rahmen von Präventivkuren Wanderungen mit der Pulsuhr unternehmen. "Hierbei werden auf den ausgewiesenen Wegen alle 100 Höhenmeter Puls und Blutdruck gemessen, aufgeschrieben und am Ende der Wanderung auf ein Datenblatt übertragen. Die erfassten Daten geben dem Wanderer, aber auch dem Arzt interessante Rückschlüsse auf Kondition und Fitness".
- Unsicherheit herrscht darüber, ob derartige Anwendungen von den Kassen getragen werden oder nicht - beide Meinungen sowie offene Unkenntnis waren etwa gleich stark vertreten. Einem Vertrag zwischen Krankenkassen und Bayerischem Heilbäderverband zufolge werden pro Behandlung knapp 30 Euro vergütet.

Diese fortgeschrittenen Selbstdarstellungen sind freilich das Ergebnis eines zweifachen Selektionsprozesses. Zum einen hat nur ein Bruchteil der angeschriebenen Bäder auf die Bitte um Auskunft geantwortet, zum anderen konnte nur ein Bruchteil davon auf substantielle Erfahrungen verweisen.

Ernüchternde Bilanz

Alles in allem macht die Umfrage daher deutlich, dass das Thema Gesundheitswandern in Heilklimatischen Kurorten eine bemerkenswert untergeordnete Rolle zu spielen scheint. Der Verweis auf das Klima steht im Vordergrund, dem Wandern als solchen wird kaum ein eigenständiger Stellenwert zugemessen. Terrain- oder Klimakurwege finden kaum Erwähnung. Während die heimische Tourismusbranche das Thema Wandern gerade erfolgreich wiederentdeckt, scheint es in den Heilbädern nach wie vor im Kur-Keller zu verstauben - zumindest was die Konsequenzen für den Gesundheitsmarkt angeht.

Nur sehr wenige Ansprechpartner geben Hinweise auf den realen Erfolg ihrer Bemühungen. Danach scheinen die Heilklima-Routen eher auf dem Gebiet der Vermarktung als in der tatsächlichen Nutzung zu reüssieren. "Leider ist in

den letzten Jahren eine stetiger Rücklauf dieser Kurform zu verzeichnen" heißt es bei einem Protagonisten der Klimakur, die in diesem Zusammenhang genannten Zahlen sind ernüchternd. In einem Falle gingen die Patientenzahlen sogar so weit zurück, dass das Angebot schon nach wenigen Jahren gänzlich eingestellt werden musste.

Ohne eine belastbare Ursachenanalyse zu beanspruchen, wird man zumindest einen der Gründe für die geringe Durchschlagskraft der Offerten in ihrer offenkundigen Unterschätzung des Wanderns, seiner gesundheitlichen Potenzen und seiner eigenständigen Motivationspotenziale sehen können. Allzu offenkundig steht das physische Behandlungsziel, allzu wenig die psychische Dimension des Geschehens im Vordergrund. Auch der demgegenüber womöglich überschätzte, überdies in der Praxis kaum beherrschbare Klimateffekt birgt, so wie er instrumentalisiert wird, keine emotionalen Anreize. Weitere Hindernisse dürften in der Unklarheit über die Abrechenbarkeit entsprechender Maßnahmen sowie mangelnden Kontakten zwischen Tourismus und Kliniken bestehen.

Eine Ausnahme bildet Berchtesgaden, wo die Wanderung als solche im Mittelpunkt steht und der begleitende Gesundheits-Check nachgeliefert wird. "Die Rückmeldungen der Kurpatienten wie der Wanderer sind sehr positiv und für uns Grund genug, diese Kur und auch die Wanderungen weiter durchzuführen". Hier wird das Thema offensichtlich von der richtigen Seite angegangen.

"Therapeutisches Wandern"

Sucht man das Internet nach Themen aus dem Beziehungsfeld Wandern und Therapie ab, so tauchen die Kurterrainwege eher selten und vorzugsweise in Zusammenhang mit den Selbstdarstellungen von Kurorten, so gut wie gar nicht dagegen von Kliniken auf. Ausführlichere Angebote und Programme, die sich mit diesen Wegen verbinden, gibt es so gut wie gar nicht.

Etwas häufiger und gleichmäßiger auf die unterschiedlichen Träger verteilt finden sich dagegen Begriffe wie "Wandertherapie", "therapeutisches Wandern" oder "Kurwandern". Allerdings gibt es selten nähere oder gar konzeptuelle Erläuterungen dazu. In der Regel handelt es sich wohl eher um eine Marketing-Vokabel als hochstilisierter Hinweis auf die Wandermöglichkeiten im Rahmen einer Reha-Kur.

Die wenigen genaueren Hinweise enthüllen meist eine gewisse Fantasielosigkeit, wenn etwa lediglich auf Wanderwege, geführte Wanderungen und Wanderkarten verwiesen wird. Mehr verbirgt sich möglicherweise auch nicht hin-

ter einer 2002 geschlossenen Vereinbarung, dass "therapeutisches Wandern" Bestandteil der Kooperation zwischen Thüringen und Baden-Württemberg im Kur- und Bäderwesen sein soll.

Ausnahmsweise etwas konkreter wird die Falkenstein-Klinik Sächsische Schweiz: "Das therapeutische Wandern wird in unserer Klinik im Rahmen der Bewegungstherapie als Terraintraining zur Kompensation des krankheitsbedingten Konditionsverlustes, der Leistungssteigerung, der Wiedergewinnung des Selbstvertrauens, der Krankheitsbewältigung und der gesundheitsbewussten Verhaltensveränderung eingesetzt. Es dient zur Ergänzung des täglichen Ergometertrainings, der Atemgymnastik, des Geh- und Lauftrainings, des therapeutischen Schwimmens etc." In der Regel wird in leistungshomogenen Gruppen gewandert, bei akuten Erkrankungen oder Problemfällen auch in Einzelbehandlung.

Hier scheint das therapeutische Wandern tatsächlich ein konzeptioneller Baustein der Behandlung zu sein, auch wenn nicht klar wird, ob und wenn ja, durch was es sich von normalem Wandern unterscheidet. Die dem sanften Natursport zugeschriebene Aufgabe wird indes aus dominant physiologischer Sicht gesehen. Ähnliches gilt auch für die bereits erwähnten Puls- bzw. "Testwanderungen", welche die Kurdirektion des Berchtesgadener Landes wöchentlich anbietet. Auf den nach Kriterien des Ausdauer- und Fitness-Trainings ausgesuchten Touren wird die individuelle Belastungsfähigkeit mit Herzfrequenzmessern ermittelt, so dass unter erfahrener Anleitung ein Wanderprogramm entwickelt und schädliche Überforderungen vermieden werden können.

Psychotherapeutische Experimente

Ausführlicher fallen die Berichte eines erfolgreichen Einsatzes von Wanderprogrammen in Zusammenhang mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen aus. Dabei weisen die behandelnden Psychologen immer wieder darauf hin, dass Gruppen- und Einzelgespräche bei Wanderungen optimalen Bedingungen unterliegen. Auf einige Beispiele wie die psychotherapeutischen Bergwanderungen im Rehasentrum Hohegg/Grimmenstein, die von Michael Sadre Chirazi-Stark und Peter Sandmeyer in ihrem Buch "Nimm Dein Herz in die Hand - Wege aus der Angst" beschriebene Alpenwanderung mit Angstpatienten und das Jakobusweg-Projekt des Psychiatrischen Therapiezentrum im Marien-Hospital Eickel wurde bereits in der Vorfeldstudie zum Gesundheitskongress Wandern hingewiesen.⁵

⁵ siehe Fußnote 1

Ein weiteres Beispiel liefert die Adula-Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie Oberstdorf. Sie bietet ähnlich wie ihr Schwesterhaus Hochgratklinik Wolfsried wöchentlich mehrere Wanderungen auf unterschiedlichen Leistungsniveaus an, die im Rahmen der Casriel-Therapie teilweise sogar verpflichtend sind. Primäres Ziel ist nicht die Verbesserung der körperlichen Kondition, sondern die Intensivierung des Körperbewusstseins in der Gemeinschaft. Dabei wird, ausgehend von psychotherapeutischen Ansätzen der Romantik, der Ästhetik der durchwanderten Landschaft eine besondere Rolle zugewiesen. Von den Patienten besonders geschätzt ist der "Hüttenmarathon" auf eine Berghütte, zumal er einen drastischen therapeutischen Szenenwechsel gestattet. "Casriel ist eine Therapie zur schnellen Wiederentdeckung abgewehrter und teilweise verschütteter Emotionen durch intensive Nähe zu Mitmenschen und Natur sowie durch die Erfahrung von Belastungsgrenzen". Die ursprünglich authentischen Gefühle sollen so wieder an die Oberfläche gelangen. Davon erhofft man sich eine Sensibilisierung für den eigenen Körper und körperlich-emotionale Zusammenhänge sowie ein besseres Lebensgefühl.

Im Rahmen der Sport- und Bewegungstherapie der Salus-Klinik Friedrichsdorf/Taunus schließlich, einer auf Sucht- und psychosomatische Krankheiten spezialisierten Einrichtung, stellt die "Große Tageswanderung" von 6 Stunden Dauer den Höhepunkt eines begleitenden Wanderprogramms dar, dessen therapeutische Effekte allerdings weniger im Naturkontakt als in körperlichen und sozialen Faktoren gesehen werden. Daran nehmen in der Regel mehr als 10 Patienten teil, die von zwei bis drei Sporttherapeuten und gegebenenfalls auch von einem Psychologen begleitet werden. Im Vordergrund steht die persönliche Leistungseinschätzung und das Gruppenerlebnis. Den Aussagen der Therapeuten zufolge wandelt sich die Atmosphäre einer Wanderung rasch ins Positive, die Kommunikation wird offener; maßgeblich sei das Gefühl, in der Gruppe aufgenommen zu werden.

Derlei mehr oder weniger zufällig im Internet bzw. in der Literatur aufgefundene Ansätze bleiben im doppelten Sinne vereinzelt. Sie wurden isoliert entwickelt und erprobt sowie mehrheitlich nicht weitergeführt noch gar weiterentwickelt. Ein übergreifendes Konzept "therapeutischen Wanderns" ist auch hierin nicht zu erkennen.

Klinikstudie Wandern

Wenn Wandern und Spazieren nur sporadisch Thema öffentlicher Verlautbarungen von Kurorten und Rehakliniken sind, dann heißt das nicht zugleich auch, dass es dort keine Rolle spielt. Allein der Augenschein spricht dagegen, sind doch kaum anderswo so viele Menschen auch unter der Woche in Wald und Flur unterwegs wie im Umfeld von Reha-Kliniken oder Heilbädern. Auch kann dem ärztlichen Personal kaum entgangen sein, wie wohl sich Patienten nach solchen Touren fühlen und wie gut es ihnen objektiv tut. Daher liegt die Frage nahe, ob die Befriedigung des grünen Bewegungsdrangs allein der Freizeit vorbehalten bleibt oder nach dem historischen Vorbild der Terrainkur gezielt in die Behandlung einbezogen wird.

Die Klinikstudie Wandern versucht, eine Antwort auf diese Frage zu finden. Damit verbindet sich die Hoffnung, von den Praxiserfahrungen besonders wanderengangener Einrichtungen zu profitieren. Worauf stützen sich ihre Konzepte, welche Krankheitsbilder werden als besonders geeignet für eine fußläufige Begleittherapie angesehen, welche Kontraindikationen sind angezeigt? Dabei ist klar, dass das Verständnis von Wandern angesichts gesundheitlicher Beeinträchtigungen der Akteure sehr breit gefasst werden und Spazieren wie Walken einbeziehen muss. Das wurde nicht zuletzt anhand eines Pretests deutlich, welcher der eigentlichen Studie vorgeschaltet war.

Pretest

In die erste Testbefragung im Herbst 2006 waren 16 in Hessen, Rheinland-Pfalz und Sachsen angesiedelte Kliniken einbezogen. Die beteiligten Einrichtungen schrieben dem Wandern vielfältige positive Effekte zu, die ein breites therapeutisches Spektrum von der Kardiologie über die Orthopädie bis zu psychischen Erkrankungen betrafen. Den betreffenden Patienten wurde vor allem für die anwendungsfreie Zeit empfohlen, selbständig Touren zu unternehmen.

Bei der guten Hälfte der Kliniken gehören Wanderungen und Spaziergänge aber auch zum obligatorischen Behandlungsprogramm. Die therapeutischen Wanderungen sind in allen Fällen geführt, die Qualifikationen der Betreuer reichen von der Physio- und Sporttherapie über das Sportlehrer-Diplom bis hin zu verschiedenen Zusatzkompetenzen. Zur Hälfte werden die Wanderungen medizinisch überwacht.

Der unerwartet hohe Stellenwert, welcher dem Wandern in der alltäglichen Reha-Praxis zugeschrieben wurde, stand im auffälligen Gegensatz zur geringen Bedeutung des Themas in der klinischen Außendarstellung. Offenbar hatte der Pretest ein Element der Behandlungsroutine angesprochen, welches so selbstverständlich dazugehört und so trivial erscheint, dass es kaum mehr der Erwähnung Wert ist. Zugleich hatte die Kurwander-Recherche gezeigt, dass Wandern kaum (mehr) einen Gegenstand therapeutischer Reflexion darstellt, so dass der Eindruck entsteht, als handele es sich dabei um ein unumstrittenes Relikt tradierten Erfahrungswissens in einer von ständigen medizinisch-technischen Neuerungen geprägten Welt.

Hauptbefragung

Diese unerwartete Präsenz im Faktischen bestärkte die Arbeitsgruppe "Kur Natur" in der Absicht, den unter der Oberfläche klinischer Betriebsamkeit schlummernden Erfahrungsschatz gezielt zu erheben und dazu den Kreis der einbezogenen Kliniken auf eine statistisch relevante Größenordnung zu erweitern. Ende März 2007 wurden daher mit einem deutlich veränderten und thematisch um Spazieren und Walking erweiterten Fragebogen rund tausend Rehakliniken in der Bundesrepublik angeschrieben.

Dabei war klar, dass der Rücklauf geringer sein würde als bei der handverlesenen Preteststichprobe, musste man doch davon ausgehen, dass ein Teil der im aktuellen Klinikverzeichnis präsenten Einrichtungen gar nicht über hinreichend mobile Patienten bzw. ein wanderbares Umfeld verfügt. Nimmt man noch den notorischen Stress im Klinikmanagement und das Finden von kompetenten Ansprechpartnern innerhalb der Häuser hinzu, so ist eine Rücklaufquote von knapp 20% fast schon als Anzeichen für ein hohes Interesse am Thema zu werten.

Zugleich wird man unterstellen müssen, dass sich vorzugsweise solche Ansprechpartner der Mühe einer Fragebogenbeantwortung unterzogen, die sich bereits zuvor mit dem Thema beschäftigt hatten. Da es bei der Befragung weniger um Repräsentativität als um eine Erhebung elaborierter Praxis-Erfahrungen geht, kommt eine solche Teilnehmerselektion dem Anliegen der vorliegenden Studie durchaus entgegen. Sie dürfte demnach in der Summe von 187 klinischen Stellungnahmen den fortgeschrittensten Stand bei der Einbeziehung ausdauernden Gehens in therapeutische Angebote dokumentieren.

Relevanz des Themas

Wanderwege vorn

Notwendige Voraussetzung für die Einbeziehung des Wanderns in den Prozess der Rehabilitation (und damit auch für eine Beantwortung des Fragebogens) ist eine hinreichende Infrastruktur an wanderbaren Landschaften und Wegen. Danach gefragt, können 85% der reagierenden Kliniken auf Wanderwege in ihrem Umfeld verweisen. Das Wegenetz bietet damit das größte natürliche Betätigungsfeld für die Patienten. In absteigender Reihenfolge schließen sich Spazierwege im Grünen, Nordic-Walking Parcours und Parkwege an (Tab.1)

Reha-Studie Wandern		Tab.1	
Wege im Grünen			
Prozent			
Art der ausgewiesenen Wege im Klinikumfeld			
Größere Wanderwege	85	Parkwege	54
Spazierwege im Grünen	68	Kurterrainwege	43
Nordic Walking Strecken	60		

Danach sieht es fast so aus, als sei Wandern noch vor Spazieren die bedeutendste Fußaktivität. Diese Vermutung bezieht sich laut Pretest allerdings vor allem auf den Freizeitbereich. Die eigentlich erstaunliche Zahl ist dagegen die größenordnungsmäßig ähnlich hohe Ausstattung mit Nordic-Walking-Parcours, die mit den überkommenen Spazierwegen nahezu gleichgezogen haben. Folgt man damit nur einen modischen Trend oder spiegelt sich hierin ein therapeutischer Bedarf?

Damit haben die Walking-Trassen sogar die klassischen Kurterrainwege überflügelt, bei denen es sich eindeutig um therapeutisches Zubehör handelt. Gemessen am minimalen Stellenwert der Terrainwege in den publizierten Therapiekonzepten von Kliniken und Heilbädern erscheint indes selbst die Quote von 43% unerwartet hoch. Da drängt sich fast der Eindruck auf, als handele es sich bei ihnen um so etwas wie Potemkinsche Dörfer des Kurbetriebs.

Aufwendige Betreuung

Mehr noch als diese bewegungsfreundliche Infrastruktur erstaunt der hohe Stellenwert, der dem Fußsport im Alltagsbetrieb der beteiligten Kliniken zu-

geschrieben wird. Obwohl es kaum eine fachliche oder öffentliche Kommunikation zu diesem Thema gibt,

- fordern 99% der Kliniken ihre mobilen Patienten zum Wandern, Walken oder Spazieren in der anwendungsfreien Zeit auf,
- geht zu 87% dieser Empfehlung eine medizinische Eignungsprüfung voraus,
- bieten 72% der Häuser geführte Touren als Freizeitaktivität an,
- halten 72% der Kliniken konkrete Tourenempfehlungen für ihre Gäste parat,
- haben 71% einen entsprechenden Wander-/Walking-/Spaziertreff organisiert,
- registrieren 65% die Aktivitäten in den Behandlungsprotokollen,
- geben 44% an, sie in besonderen Fällen zu verordnen.

Selbst wenn man beim Rücklauf der Fragebögen tendenziell eine fußsportpositive Teilnahme-Selektion unterstellt, klingen diese Zahlen fast unglaublich. Rund drei Viertel der immerhin fast zwanzigprozentigen Auswahl deutscher Rehakliniken scheinen sich intensiv um das Gehwohl ihre Patienten zu kümmern, auch wenn sich damit mehr oder weniger unverbindliche Empfehlungen und Offerten verbinden. Das steht in deutlichem Gegensatz zur Heilbäderumfrage und - noch auffälliger - zu den bis dato vergleichsweise geringen Bemühungen vieler Bäder um eine qualitative Modernisierung ihrer Wanderwege-netze. Womöglich steht es um die Kommunikation zwischen Kliniken und Bäderverwaltungen nicht zum Besten.

Therapeutische Einsatzbereiche

Um den Hintergründen dieses unerwartet hohen Engagements auf die Spur zu kommen, enthielt der Klinikfragebogen eine offene Frage nach den Abteilungen oder Behandlungsprogrammen, in denen Spazieren, Wandern oder Nordic Walking als therapeutische Hilfsmittel eingesetzt werden. Tab.2 gibt Auskunft über die Ergebnisse - und zwar zunächst integriert über alle Fußsportarten. Notiert sind die relativen Anteile der Abteilungen an den Nennungen.

Da im Schnitt knapp zwei Angaben pro Klinik gemacht wurden, liegen die Quoten bezogen auf die Klinikstichprobe in etwa doppelt so hoch. Überdies dürfte das Spektrum der einbezogenen Abteilungen faktisch noch breiter ausfallen. Denn die pauschalen Angaben wie "alle" oder "Rehabilitation" beziehen ebenso wie die oft benannten Querschnittsabteilungen von der Bewegungs- bis zur Ergotherapie eine Vielfalt von Erkrankungen ein.

Am häufigsten wird die Gestaltung der Gehprogramme an spezialisierte Körpertherapeuten delegiert. Das erklärt den Großteil der etwa zur Hälfte krankheitsunspezifischen Antworten. Hier sind die Verantwortlichen für die Gehprogramme offenbar vorrangig zu suchen. Erstaunlich ist lediglich, in welchem geringem Maße die Kinder- und Jugendbetreuung einerseits und die Naturheilkunde andererseits hieran beteiligt ist. Das könnte allerdings auch daran liegen, dass nur relativ wenige der an der Erhebung beteiligten Kliniken über die eine oder andere Abteilung verfügen.

Differenziert nach Krankheitsfeldern steht die Orthopädie an der Spitze derjenigen Disziplinen, die Gehen im Grünen als Therapeutikum einsetzen. Das ist um so bemerkenswerter, als man annehmen sollte, dass dem in besonderer Weise Gehbehinderungen entgegenstehen. Offenkundig hat sich eine gezielte Bewegung der Gliedmaßen in Hinblick auf eine orthopädische Rekonvaleszenz eher als förderlich denn als schädlich erwiesen.

Reha-Studie Wandern		Tab.2	
Therapeutische Einsatzbereiche des Dauergehens			
Prozent der Nennungen			
unspezifisch		spezifisch	
Sport- und Bewegungstherapie	22	Orthopädie	11
Physiotherapie	10	Kardiologie	5
Krankengymnastik	2	Innere Medizin	4
Ergotherapie	2	Atemwegserkrankungen	4
Freizeit	6	Onkologie	4
Rehabilitation	4	Adipositas	2
Präventivmaßnahmen	2	Diabetes	1
Betreuung Kinder/Jugendliche	2	Stoffwechselerkrankungen	1
		Gynäkologie	1
Naturheilkunde	2	Psychosomatik	5
Alle Abteilungen	3	Psychotherapie	4
Sonstiges	2	Neurologie	3
		Suchtentwöhnung	2

Erst auf den Folgeplätzen treten einschlägige Zivilisationskrankheiten in Erscheinung. Bei der Bewertung ihrer nicht sehr ausgeprägten Rangordnung ist zu berücksichtigen, dass sie im klinischen Behandlungsprofil generell unterschiedlich präsent sind. Nach der zum Vergleich heranziehenden Bundesstatistik der Hauptdiagnosen stationärer Patienten (www.destatis.de) behandeln die deutschen Kliniken in erster Linie Herz-Kreislauf-Krankheiten, gefolgt von orthopädischen Defiziten sowie Krebs- und Atemwegserkrankungen. Sie alle tauchen auch in den oberen Rängen der Tab.2 auf, womit deren rechte

Hälfte sich schon größtenteils erklärt. Nach wie vor bemerkenswert bleibt indes der Rangtausch von Orthopädie und Kardiologie, der nicht nur das Augenmerk auf erstere lenkt, sondern auch die Frage aufwirft, ob wenig intensive Ausdauersportarten in ihrer kurz- wie langfristigen Wirkung auf Herz und Kreislauf im Vergleich zu intensiveren, aber auch nebenwirkungsreicheren Fitnesssportaktivitäten immer noch unterschätzt werden.

Walking bevorzugt

Ein Indiz für ein gewisses Ungleichgewicht in der therapeutischen Gewichtung des Ausdauergehens liefert auch die im Fragebogen erbetene Zuordnung der Gehvarianten Spazieren, Wandern oder Walking zu den angesprochenen Therapiebereichen. Insgesamt haben dabei die Klinikexperten Walking rund 50% häufiger als Wandern oder Spazieren ins Spiel gebracht. Das gilt insbesondere für die unspezifischen Verweise auf die Sport-, Bewegungs- und Physiotherapie (Ergotherapie ausgenommen). Aber auch in der Orthopädie fällt dem Walking die führende Rolle zu.

Adäquate Ausübung vorausgesetzt - was allerdings gerade beim Nordic Walking bereits dem bloßen Anschein nach eher selten der Fall ist - besteht das Spezifikums des stockunterstützten Gehens in einer etwas erhöhten Bewegungsintensität bei eher kurzen Aktivitätssequenzen. Tatsächlich werden in sportmedizinischen Publikationen in der Regel kurzfristige Abschnitte zügigen Gehens empfohlen, wie man sie in den Testräumen der Sportmedizin oder in Fitness-Hallen und Studios absolvieren kann. Insofern entsprechen die klinischen Vorlieben dem verbreiteten Denkmuster.

Spazieren erreicht zwar nicht die Intensität, wohl aber die Dauer des Walkings. Mit seinen geringeren Anforderungen scheint diese anspruchslose Gehvariante am ehesten für die frühe Remobilisierung nach Eingriffen geeignet. Im Vergleich der Abteilungen ist es allein die Neurologie, die ihr Hauptaugenmerk auf das Spazieren richtet.

Wandern bietet dagegen alle Vorteile eines echten Ausdauersports - insbesondere in Hinblick auf die Länge der Aktivität. Nach Ausweis der Vorgängerstudie spielt, was die gesundheitliche Wirkung betrifft, die gegenüber dem Walking etwas geringere sportliche Intensität keine wesentliche Rolle. Wenn es in seiner therapeutischen Anwendung gleichwohl dem Spazieren gleich- und dem Walking nachgeordnet erscheint, so stellt sich die Frage nach den Gründen.

Einer dürfte darin zu suchen sein, dass sich die Sportmedizin und -therapie bei ihren Vorgaben nach wie vor maßgeblich an der zu erreichenden Herzfre-

quenz orientiert, obwohl die Intensitätsfrage zumindest in der Präventivmedizin nach Ausweis zahlreicher neuerer Studien gegenüber anderen Faktoren (wie etwa der Regelmäßigkeit, der Ausdauer und dem Verbrauch an Bewegungskalorien) an Relevanz verloren hat. Neben diesen Rudimenten einer letztlich leistungsorientierten Berufssozialisation von Sporttherapeuten kommt als Erklärung auch der Umstand in Frage, dass Walking weniger zeitaufwendig ist, besser in das (halb)stundengenaktete Behandlungsregime passt und eindeutiger abgerechnet werden kann.

Überdies bedarf Spazieren und Wandern keiner Schulung und Trainingskontrolle, was in punkto Motivation seitens der Patienten ein Vorteil, mit Blick auf die Leistungsbilanzierung der Kliniken aber wohl eher ein Nachteil ist. Hierfür spricht u.a. der Befund, dass Wandern seine einzige dominante Rolle im Freizeitbereich hat. Inwieweit auch modische Trends in diesem Zusammenhang eine Rolle spielen, steht dahin.

Psychische Stabilisierung

Mit gut 10% der Nennungen tauchen in Tab.2 psychologisch bestimmte Disziplinen auf. Dabei sind die drei Gehsportalternativen in etwa gleich stark vertreten. Angesichts der geringen Aufmerksamkeit, welche der Naturfaktor in der (deutschen) psychologischen Fachliteratur findet, ist auch dies ein bemerkenswerter Befund. Offenbar ist man in der Praxis weiter als in der Theorie, positive Erfahrungen mit Outdoor-Ausflügen setzen sich auch ohne wissenschaftliche Unterfütterung durch.

Möglicherweise erweist es sich aus dieser Sicht als unglücklich, die Erkundung des therapeutischen Stellenwerts auf Reha-Kliniken beschränkt zu haben. In psychosomatischen Kliniken mit ihren überwiegend mobilen Patienten und sensibler an deren seelischem Wohlbefinden orientierten Therapeuten könnte ein bedeutsamerer Anwendungsbereich natürlicher Bewegungsformen, speziell des Wanderns, liegen.

Therapeutische Ziele

Welche Erwartungen verbinden sich mit dem breiten Einsatz fußläufiger Aktivitäten in den befragten Rehakliniken? Hierzu wurde den Klinikexperten eine geschlossene Fragenbatterie zu möglichen Zielen von Terrainaktivitäten vorgelegt. Tab.3 dokumentiert für jedes dieser Ziele die relative Häufigkeit, mit der es angekreuzt wurde.

Abgesehen von allgemeinen Effekten, die die generelle Befindlichkeit der Patienten bzw. viele Sparten betreffen, wird man mit Blick auf die spezielleren Zielvorgaben erneut davon ausgehen müssen, das ihre Gewichtung davon abhängt, in welchem Maße die entsprechenden Reha-Sparten in Deutschlands klinischer Welt bzw. der vorliegenden Stichprobe vertreten sind. Die ermittelten Quantitäten lassen insofern nur tendenzielle Schlussfolgerungen auf die realtherapeutische Relevanz des Gehsports zu.

Rundum-Therapeutikum

Trotz vielfältiger Spezialisierungen der befragten Kliniken wurden von den 31 zur Wahl gestellten Zielen 13 zu mehr als 50% und weitere 5 zu knapp 50% angekreuzt. Demnach erfährt also rund die Hälfte der vorgegebenen therapeutischen Potenziale des Terraingehens unter den mehr oder weniger spezialisierten Experten eine breite Anerkennung. Dabei sind physiologische und psychologische Aspekte nahezu gleichermaßen vertreten. Die in der "Gesundheitsstudie Wandern" wissenschaftlich manifestierten Wirkpotenziale spiegeln sich also in voller Breite auch im praktischen Erfahrungsschatz wider.

Offenbar sehen auch die Praktiker im Dauergehen ein ausgesprochenes Breitbandtherapeutikum. Hierfür sprechen vor allem die Spitzenreiter in der Antwortskala, denen zufolge nahezu 100% der Befragten von positiven Einflüssen sowohl auf die objektive Leistungsfähigkeit als auch auf das subjektive Wohlbefinden ausgehen (Tab.3/4). Allerdings könnte hierin auch eine gewisse Hilflosigkeit im Umgang mit dem Thema zum Ausdruck kommen, als deren Folge man sich bevorzugt in Allgemeinplätze flüchtet. Selbst dann aber ahnt doch jeder, dass Spazieren und Wandern den Patienten irgendwie guttun.

Kreislauf-Fixierung

Was die Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit angeht, so mag der Effekt des Dauergehens aus klassischer Trainingsperspektive nur gering sein. Im Rahmen einer Rehabilitationskur kommt dem aber insofern eine besondere Bedeutung zu, als infolge von Krankheit und/oder Alter längere Fußtouren durchaus eine Herausforderung mit beträchtlichem Aufbaueffekt darstellen können.

Reha-Studie Wandern	Tab.3
Zielvorgaben des Terraintrainings (1) Prozent der befragten Kliniken	
Bewegung	
Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit	97
Stärkung des Herz-Kreislauf-Systems	86
Änderung des Bewegungsverhaltens	76
Stärkung des muskuloskeletaren Systems	76
Stärkung des broncho-pulmonalen Systems	46
Ausgleich von Behinderungen	19
Stoffwechsel	
Abbau Übergewicht	86
Verbesserung des Fettstoffwechsels	69
Verbesserung des Zuckerstoffwechsels	62
Therapie des metabolischen Syndroms	41
Systemstabilisierung	
Stärkung des Immunsystems	73
Normalisierung des vegetativen Systems	48
Regeneration nach schweren Erkrankungen	
Remobilisierung nach Operationen	47
Nachbehandlung Innerer Erkrankungen	26
Sekundärprävention gegen Krebs	17
Remobilisierung nach Schlaganfall	12

Diese Einschätzung wird von der überwiegenden Mehrheit der Klinikexperten gleich dreifach konkretisiert, und zwar in Richtung einer Stärkung des Herz-Kreislauf-, bronchopulmonalen und muskuloskeletaren Systems. Dass sie sich hierbei nicht unbedingt auf gehärtetes Fachwissen stützen, verdeutlicht der hohe Stellenwert, den das Herz-Kreislauf-System in dieser Hierarchie einnimmt. Ging es im "Intensitätsstreit" der Sportmedizin noch darum, ob Gehen überhaupt einen stabilisierenden Einfluss auf das Blutversorgungssystem hat, so scheint der Kreislaufmotor für Deutschlands Klinikärzte am eindeutigsten

vom Fußsport zu profitieren. Die schon in der "Gesundheitsstudie Wandern" so auffällige Fixierung der Medizin auf den Kreislauf findet sich hierin mit umgekehrtem Vorzeichen wieder. Andererseits liegen die Kliniker damit - zumindest mit Blick auf ihre Klientel - nicht unbedingt falsch, verbinden sich Reha-Aufenthalte doch vielfach mit (alters- und krankheits-)geschwächten Herzen.

Ähnlich lässt sich die verbreitete Vermutung, dass das muskuloskeletare System vom Dauergehen profitiert, kommentieren. Zwar ist längeres Gehen nur begrenzt dazu angetan, Muskelmasse zu steigern und Knochen zu stärken. Auch haben die Erfahrungen mit Osteoporose als Indikation für Terrainkuren die Grenzen solcher Hoffnungen aufgezeigt. Doch infolge ihrer Krankheit bewegungsgehemmte oder gar längere Zeit bettlägerige Patienten können die dadurch bedingten Stabilitätseinbußen optimal durch einen schrittweise gesteigerten Gehumfang regenerieren.

Ungereimtheiten

Ebenfalls sehr hoch veranschlagt wird die Rolle des Dauergehens für den Abbau von Übergewicht. Das steht allerdings in einem gewissen Gegensatz zur Betonung des Walkings unter den Geh-Alternativen (s.o.), sind die Walking-Parcours doch in der Regel kürzer und damit weniger extensive Fatburner als Wanderwege. Auch die verbreitete Erwartung, damit zu einer grundsätzlichen Änderung des Bewegungsverhaltens beizutragen, dürfte eher mit dem lustmotivierten Wandern als dem trainingsähnlichen Walken Erfüllung finden. Eine weitere Unstimmigkeit offenbart der Vergleich von Tab.3 mit Tab.2 in Hinblick auf Stoffwechselerkrankungen: In der Rangliste der Ziele stehen sie im oberen, bei den therapeutischen Einsatzbereichen am Ende des unteren Drittels.

Auch diese Beispiele offenbaren eine gewisse Unsicherheit der Klinikexperten im Umgang mit dem Therapeutikum Gehen. Das schließt auch die Therapie des metabolischen Syndroms ein: Schon schlichte Logik würde erwarten lassen, dass dem Wandern und Walken hierbei mindestens die gleiche Bedeutung zugemessen werden müsste wie bei Fehlsteuerungen von Herz-Kreislauf, Stoffwechsel und Übergewicht, was laut Tab.3 indes keineswegs der Fall ist. Zwar könnte man vermuten, dass das metabolische Syndrom klinisch nicht in gleichem Maße manifest ist, wie es seiner Verbreitung entspricht. Doch ging der Blick der Experten auch an anderer Stelle über den eigenen Klinikhorizont hinaus.

Wissenschaftlich unbestritten ist dagegen die ebenfalls von drei Vierteln der Befragten dem sanften Terrainsport zugeschriebene Stärkung des Immunsystems. Doch auch hier zeigt sich eine Unstimmigkeit, wenn zugleich nur knapp 20% der Befragten davon ausgehen, dass auch die Nachbehandlung von Krebs davon profitieren könnte. Tatsächlich spielen Abwehrkräfte eine wichtige Rolle bei der Entwicklung verbreiteter Krebsarten. Die einschlägigen Studien aus Tübingen und Köln haben sich offenbar ebenso wenig herumgesprochen wie die positiven Erfahrungen der noch jungen Krebsportgruppen.

Ganz generell wird die Rolle des Wanderns bei den klassischen Rehabilitationsaufgaben in Zusammenhang mit der Nachbehandlung schwerer Erkrankungen eher zurückhaltend eingeschätzt. Zwar sieht fast jeder Zweite die Möglichkeit, sanfte Geh-Übungen zur Remobilisierung nach Operationen einzusetzen. In Zusammenhang mit der Aufarbeitung der Folgen von Inneren Erkrankungen, Schlaganfall oder eben Krebs bleibt die überwiegende Mehrheit jedoch skeptisch.

Alles in allem machen die Neigung zu Pauschalisierungen, die nicht immer stimmigen Antwortrelationen und die wenig verbreitete Kenntnis neuerer Einsichten deutlich, wie wenig systematisch sich die Kliniker bislang mit den Potenzialen des Terraintrainings beschäftigt haben.

Emotionale Stabilisierung

Was dagegen die seelische Dimension von Naturausflügen betrifft, so scheint die klinische Erfahrung der Wissenschaft eher vorauszuweichen. Das Spektrum der vom Gehsport nach Meinung der Reha-Experten geförderten psychischen Zustände ist nicht weniger breit als das der physischen Gegebenheiten (Tab.4).

Das betrifft insbesondere sämtliche Varianten der emotionalen Befindlichkeit. Rund die Hälfte bis zu drei Vierteln der Befragten sind davon überzeugt, dass bewegte Naturkontakte einen wohltuenden Einfluss auf Stimmungslage und Selbstbewusstsein haben und damit (leichteren) Depressionen wie auch aufkommenden Aggressionen entgegenwirken können. Das ist um so bedeutsamer, als die sterile Klinikatmosphäre nicht selten negative Stimmungslagen und Selbstwertgefühle verstärkt ("sick building syndrom"). Schon ein grünes Umfeld, noch mehr aber dessen Durchstreifen kann diese Wirkung nachweislich abmildern.

Dies sowie die beim gemeinsamen Ausflug befriedigten sozialen Bedürfnisse der Patienten bleiben nach Meinung von 50% der Reha-Kliniker nicht ohne Folgen auf psychosomatisch bedingte Krankheitssymptome. Auch auf der

psychischen Ebene wird das Wandern also als eine Art Breitbandtonikum bewertet, für das es, nimmt man noch die postulierten physischen Effekte hinzu, kaum ein medikamentöses Pendant geben dürfte.

Mentale Befindlichkeit

Dagegen erfährt das Wandern eine zurückhaltende Bewertung, wenn es um die Behandlung einschlägiger mentaler Erkrankungen geht. Mit Bezug auf Neurosen, Demenz, Parkinson und Geisteskrankheiten wird eine begleitende Entlastung durch naturnahe Bewegungsaktivitäten kaum in Erwägung gezogen. Tatsächlich liegen hierzu auch nur wenige wissenschaftliche Untersuchungen vor. Überdies dürfte es sehr von der speziellen Ausprägung der Krankheitssymptome abhängen, in welchem Maße sich hiervon betroffene Patienten unter Anleitung oder gar selbständig in größeren Freiräumen bewegen können.

Reha-Studie Wandern	Tab.4
Zielvorgaben des Terraintrainings (2)	
Prozent der befragten Kliniken	
Emotionale Befindlichkeit	
Generelle Erhöhung des Wohlbefindens	94
Allgemeine Stimmungsaufhellung	77
Linderung von Depressionen	60
Stärkung des Selbstbewusstseins	55
Verbesserung sinnlicher Wahrnehmung	53
Psychische Stabilisierung	
Minderung psychosomatischer Symptome	48
Befriedigung sozialer Bedürfnisse	45
Abbau von Aggressionen	40
Verringerung des Suchtdruckes	22
Normalisierung abweichenden Verhaltens	15
Abbau von Neurosen	9
Nervale Befindlichkeit	
Behandlung nervöser Störungen	28
Verlangsamung von Demenzprozessen	10
Verzögerung Parkinson	4
Behandlung von Geisteskrankheiten	2

Nicht ganz so schwierig scheinen die Dinge bei Suchterkrankungen und nervösen Störungen zu liegen. Da andererseits kaum Zweifel an den positiven

psychischen Wirkungen von Naturbegegnungen existieren, dürfte es sich lohnen, die Bedingungen und Wirkungen derartiger Aktivitäten im Einzelfall verstärkt auszuloten.

Kontraindikationen

Der außerordentlichen spektralen Breite der Zielvorgaben und Einsatzmöglichkeiten therapeutischen Gehens steht eine Reihe von Kontraindikationen entgegen, der eine weitere offene Frage gewidmet war. Die in Tab.5/6 gebündelten Antworten sind nicht nur deshalb relevant, weil sie konkrete Warnsignale setzen, sondern weil sie generell zur Vorsicht mahnen. Sie könnten geradezu als Basis für eine Checkliste dienen, die vor der Aufnahme eines Terraintrainings durchzugehen wäre. Wandern in therapeutischer Absicht unterliegt zwangsläufig anderen Rahmenbedingungen als Wandern aus präventiver oder gar touristischer Sicht.

Reha-Studie Wandern	Tab.5
Kontraindikationen (1) Prozent der Nennungen	
Orthopädische Probleme	29
Generelle Funktionseinbußen, Gehbehinderungen	14
Gelenkprobleme, speziell Arthrosen	8
Entzündliche Prozesse, speziell Arthritis	1
Wirbelsäule	3
Frakturen, Schulter-Arm-Indikation	3
Organische Erkrankungen	23
Herz-Kreislauf	21
Atemwege	2
Nieren	1
Sonstige körperliche Einschränkungen	26
Infektionen, Entzündungen, Fieber, Schmerzen	7
Geringe Belastbarkeit	6
Postoperative Zustände	5
Verletzungen, Sturzgefahr, Lähmungen	4
Massives Gewichtsprobleme	2
Diabetes	1

Unsicherheit

Wie allein schon die ungleiche Gewichtung der Themen zeigt, lassen die Hinweise erneut eine gewisse Unsicherheit erkennen. Das zeigt sich nicht nur

in zahlreichen diffusen und trivialen Gegenindikationen wie "körperliche Beeinträchtigungen", "schlechter Allgemeinzustand", "somatische Erkrankungen", "funktionelle Störungen", "Bettruhe" oder "individueller Zustand" (Tab.6). Auch jene Generalisierungen, die noch den klassischen Geist der Schonung atmen und von neueren Erkenntnissen längst überholt sind, deuten darauf hin, dass nicht wenige Experten die Mobilisierungsdebatte und -befunde nur unzureichend verfolgt haben.

So lässt sich der Hinweis auf Herz-Kreislauf-Krankheiten in einer Zeit von Frühmobilisation und Herzsportgruppen kaum mehr in diesem dominierenden Maße rechtfertigen. Wenn sich jede fünfte Warnung daran festmacht, so dokumentiert sich hierin einmal mehr die bereits konstatierte Kreislauffixierung wie auch eine vermutlich eher geringe Erfahrung im Umgang dem Instrument fußläufiger Begleittherapie.

Reha-Studie Wandern		Tab.6
Kontraindikationen (2) Prozent der Nennungen		
Kopf, Nerven		7
Neurologische Erkrankungen		4
Gleichgewichtsstörungen		2
Kognitive Störungen, Demenz,		1
Psychische Probleme		4
Psychosen		1
Verhaltensprobleme		1
Fehlende Motivation		1
Entzugssymptome		1
Unspezifisch		10
Diffuses		6
Triviales		2
Ungeklärt		2
Zahl der Nennungen		295

Auch mit den auffällig häufigen Hinweisen auf orthopädische Einschränkungen hat es sich mancher zu einfach gemacht. Sie liegen beim Thema Gehen vordergründig auf der Hand, aber schon die Führungsposition der Orthopädie bei den Einsatzbereichen (Tab.2) spricht eine andere Sprache. Einem pauschalen Ausschluss von Patienten mit Arthrose etwa, in Tab.5 die am zweithöchsten besetzte Einzelposition, widerspricht mittlerweile selbst die Rheuma-Liga.

Nicht nur die Verlegenheitsantworten, sondern auch gezieltere Hinweise, so wichtig sie grundsätzlich sind, bedürfen im Einzelfall der Präzisierung, die allerdings von einer Befragung der vorliegenden Art kaum zu leisten ist. Am eindeutigsten dürfte die Situation bei Entzündungen, Infektionen, Fieber, Thrombose, Gleichgewichtsstörungen, Epilepsie, massivem Übergewicht und Nervenleiden sein. In den meisten anderen Fällen wird man um eine genauere Grenzziehung nicht umhin kommen. Das setzt ein fundiertes Abwägen der Vor- und Nachteile des Dauergehens auf der Basis von Erfahrungen bzw. empirischen Untersuchungen voraus - vor allem bei den meistgenannten Diagnosen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Gelenkproblemen, allgemeiner Belastbarkeit, postoperativen Zuständen. Für beides fehlt es derzeit weitgehend an zuverlässigen Maßstäben.

Nur in wenigen Fällen hat sich der eine oder andere Klinikexperte genauer festgelegt. Wenn etwa die Mindestbelastbarkeit für das Ausdauergehen bei 50 Watt lokalisiert wird, so handelt es sich um eine eher triviale Feststellung, entspricht dem doch die mit einer Gehgeschwindigkeit von 4-5 km/h verbundene mechanische Leistung. Um gehen zu können, muss man eben gehen können.

Auffällig selten bis gar nicht erwähnt sind in der Gegenlicht-Galerie eine Reihe weitverbreiteter Zivilisationskrankheiten vom Krebs über Stoffwechselstörungen (mit der sehr begrenzten Ausnahme eines schlecht eingestellten Diabetes) bis zu den meisten psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Auch bei Immunschwächen und typischen Alterskrankheiten werden grundsätzlich wenige Einschränkungen gemacht. Auf diesen Feldern lassen sich die Gehsportvarianten offenbar relativ problemlos als Ergänzungstherapeutika nutzen. Die dazu bislang vorliegenden Erfahrungen sind sporadisch, aber ermutigend. Die systematische Entwicklung gehtherapeutischer Programme sollte vorzugsweise hier ansetzen.

Konkrete Probleme

Um es mit Hinblick auf Probleme therapeutischen Terraingehens nicht nur bei allgemeinen Hinweisen auf Kontraindikationen zu belassen, sondern den vorhandenen Erfahrungsschatz noch gezielter auszuschöpfen, ging es in einer weiteren offenen Frage um konkrete Einschränkungen, die beim Wandern / Walken / Spazieren im Rahmen der klinischen Rehabilitation zu beachten sind. Wenn dabei die Zahl der Antworten auf rund 70 - ein Viertel der Umfangs der Kontraindikation - absank, so vermutlich vor allem deshalb, weil sich viele mangels tiefergehender Beschäftigung mit dem Thema nur glaubten wiederholen zu können. Tatsächlich sind die Antworten der kundigeren Min-

derheit praxisnäher und beziehen auch andere als medizinische Gegebenheiten ein.

Unter ihnen dominiert der Hinweis auf die begrenzte Belastbarkeit der Beteiligten und ihre Neigung zur Selbstüberschätzung. Dementsprechend sei ihrer unterschiedliche Leistungsfähigkeit etwa durch die Einteilung in Belastungsgruppen Rechnung zu tragen. Fast ein Drittel aller Notierungen mahnt die in diesem Sinne richtige Dosierung an, was indes am ehesten die sportlicheren Gehvarianten wie Nordic Walking betreffen dürfte. Eng damit verbunden sind Hinweise auf die Begrenzung der Kreislaufbelastung. Vereinzelt werden auch noch einmal sensible Kontraindikationen wie starke Demenz und Depressionen und erhebliches Übergewicht angesprochen, welches besonders beim Bergabgehen zu Problemen führt.

Neu ist der mehrfache Hinweis auf äußere Bedingungen wie Wetter, Wegezustand, schlechte Ausrüstung oder konkurrierende Angebote. Hierin artikuliert sich ansatzweise ein Bewusstsein davon, dass man bewegungstherapeutische Aktivitäten nicht nur bereitstellen, sondern auch pflegen, attraktivieren und inszenieren muss, um die Motivation der Betroffenen zu fördern.

Therapeutische Erfahrung

Um konkrete Erfahrungen ging es auch in einer weiteren offenen Frage, die weniger auf die Grenzen als die adäquate Ausgestaltung heilkräftiger Fußausflüge zielte. Knapp zwei Drittel der befragten Kliniken konnten hierzu Substanzielles vermelden, was teilweise recht ausführlich geschah.

Nordic Walking im Fokus

Die Antworten nehmen etwa zur Hälfte auf die Gestaltung von Fußausflügen und zur anderen Hälfte auf deren Wirkungen Bezug. Dabei kommen fast ausschließlich positive Erfahrungen zum Zuge. Mehr als ein Dutzend Mal wird pauschal hervorgehoben, dass man mit den sanften Sport-Alternativen "gute Erfahrungen" gemacht habe und die Angebote "von Patienten sehr positiv aufgenommen" würden.

Rund ein Drittel der Hinweise hat konkret eine oder mehrere Gehsportarten im Fokus. Unter ihnen dominiert eindeutig Nordic Walking. Ein Experte stonographiert es so: "1. Walking 2. Nordic Walking 3. Empfohlene Wanderwege 4. Geführte Wanderungen", ein anderer verallgemeinert den letzten Rang zu "Terraintraining für schwache Patienten". Die Gründe für das Walking-Primat sind vielfältig und haben u.a. etwas mit Reha-Reglements, sporttherapeutischer Berufssozialisation, Leistungsdenken von Trainern und Anstrengungserwartungen von Patienten zu tun. Nicht zuletzt dürfte hierbei der höhere (und damit abrechenbare) Aufwand des Stockgehens von Bedeutung sein, welches nicht ohne Regelwerk sowie Trainingselemente und Vermessungen auskommt.

Ausgenommen hiervon sind lediglich die ungebundenen Freizeitaktivitäten. Beim Wandern scheint es zu reichen, einfach nur loszugehen. Registriert man nach längeren Touren immerhin noch ein gewisse Wirkung, so ist das Spazieren überhaupt nicht der Rede Wert. Nur in einem der weit über hundert Statements findet es Erwähnung. Das ist nicht unbedingt ein Nachteil, bleiben die unreglementierten Aktivitäten in ihrer Ausgestaltung doch weitgehend dem Belieben der Betroffenen anheimgestellt. Andererseits verdeutlicht ihre untergeordnete Rolle im Bewusstsein der Therapeuten, dass man sich um ihre Bedeutung und Optimierung noch nicht hinreichend Rechenschaft abgelegt hat.

Sporttherapeutische Ritualisierung

Zwar ist man sich weitgehend darüber einig, dass es in den wenigen Reha-Wochen vordringlich darum gehen muss, den Patienten Anregungen und Impulse für eine aktivere Alltagsgestaltung im Sinne einer Fortsetzung der klinisch eingeübten Bewegungsformen über die Entlassung hinaus zu geben. Doch steht dem die Neigung entgegen, die Gehprogramme nach den mehr oder weniger alltagsfremden Trainingsschemata der Sporttherapie zu gestalten.

Als Einstieg sehen sie meist eine Aufwärmphase vor, unterwegs folgen als Einlagen Kräftigungs- und Dehnungsübungen. Der Puls wird kontinuierlich kontrolliert, um die Belastung steuern zu können. Gelegentlich ist von "standardisierten Bewegungsprogrammen", "Stufenprogrammen" oder einem Intervalltraining mit fordernden und weniger fordernden Phasen, in einem Fall gar von einem "Terraintraining" auf einer "Gangschulstrecke" die Rede. Recht strikt kann auch das wöchentliche Trainingsschema sein, das im Falle von Nordic Walking im Allgemeinen 2-3mal pro Woche 30-90 Minuten in Anspruch nimmt. Am Ende steht dann zum Coolingdown erneut Stretching auf dem Programm.

Diese sportliche Ritualisierung betrifft hauptsächlich die Walking-Varianten. Tatsächlich macht angesichts der damit verbundenen höheren Intensitäten eine Belastungskontrolle einschließlich Leistungsdiagnostik im Vorfeld mit Blick auf den unterschiedlichen Rekonvaleszenzstatus der Patienten Sinn. Ob die darüber hinaus durchweg für notwendig gehaltene Schulung in Walking-Technik mit Einführungseinheit und Probetraining oder gar die Vorgabe von Zeiten und Schrittfrequenzen tatsächlich einen nachhaltigen Reflex im Alltag hinterlassen, erscheint eher zweifelhaft. Sportwissenschaftliche Assoziationen rufen auch der in einem Fall erwähnte Vor- und Nachtest mit Bestimmung eines "Walking-Indexes" hervor. Die damit dokumentierte Leistungssteigerung hat zwar vermutlich einen motivierenden Effekt, der allerdings kaum dauerhaft in die Nach-Reha-Zeit hinein verlängerbar sein dürfte.

Eine gängige Maßnahme auch mit Hinblick auf das Wandern ist die Einteilung in zwei oder drei möglichst leistungshomogene "Trainingsgruppen" nach einem Belastbarkeitstest. In einigen Fällen ist sogar von einer individuellen Differenzierung nach Tempo und Streckenlänge die Rede. Hierbei dürfte nicht zuletzt auch die Fürsorge für die Patienten wie die Absicherung bei Zwischenfällen eine Rolle spielen.

Zumindest beim Spazieren und Wandern ist das Risiko gravierender Schadensfälle allerdings eher gering. So konnte ein langjährig erfahrener Bewegungstrainer notieren: "In 30 Jahren keine Herz-Kreislauf-Zwischenfälle passiert".

Allerdings machen die Wanderprogramme, sofern es sie überhaupt gibt, einen recht lockereren Eindruck. Größere Touren finden nur einmal wöchentlich statt, dabei gilt eher "Länge vor Höhe". Unterwegs hat man noch Zeit für eine "Wahrnehmungsschulung". Spazieren erfährt seine einzige Erwähnung in der Form eines "Spaziergangs als Frühhanwendung". Er ist offensichtlich bewusst vor den Anwendungszyklus gesetzt und erinnert stark an den musikalisch verewigten Mythos "im Frühtau zu Berge".

Nur positive Bilanzen

Auch wenn es um die Wirkungen des Gehtrainings geht, steht sporttherapeutisches Vokabular im Vordergrund. So wird von der Steigerung körperlicher und natürlich kardiopulmonarer Leistungsfähigkeit, aber auch von schonender Mobilisierung und Verbesserung der Ausdauer, Beweglichkeit, Koordination oder Muskelkraft berichtet. Darüber hinaus ist von einer beschleunigten Gewichtsabnahme, einer verbesserten Stoffwechselbilanz, der Stärkung des Immunsystems und der Normalisierung vegetativer Reaktionen die Rede. Auf der Basis erhöhter Sinnesansprache komme es zu einer verstärkten Körpererfahrung, Körperwahrnehmung und Stabilität. In einem Fall ist sogar die Aufrichtung von Bechterew-Patienten gelungen.

Auf der mentalen Ebene erscheint der Gehsport besonders geeignet, die Motivation zu aktivem Bewegungsverhalten mit dem Ziel einer dauerhaften Verhaltensänderung zu verstärken. Selbstvertrauen und Selbständigkeit werden bei stärker angeschlagenen Patienten bereits durch kleine Erfolge gesteigert. Nach mehrwöchiger Immobilisation erfahren sie allein schon das Draußensein als Erlebnis. Das Durchstreifen der Natur stellt nicht zuletzt eine willkommene Ablenkung vom medizinischen Geschehen und ein Ventil für die Stress- und Frusterfahrungen der Klinik dar.

Die Beobachtung, dass Fußausflüge in die Natur Stress abbauen, Entspannung fördern und "in der Regel Wohlbefinden und aufgelockerte Stimmung" zeitigen, findet sich mehrmals. "Die seelische Heilkraft des Waldes wirkt von selbst". Das trägt zur Erhöhung von Zufriedenheit, Freude sowie Antrieb der Patienten bei und kann beispielsweise die akustische Sensibilität von Tinnituspatienten oder den Suchtdruck von Drogenabhängigen mindern. Hieraus zieht ein Experte in bewusster Abwendung von einer allzu objektorientierten Sportpädagogik die Konsequenz: "Spaß vor Leistung".

Einen nicht zu unterschätzenden Beitrag zum therapeutisch so wichtigen psychischen Wohlbefinden leistet auch das Erlebnis der Gruppe. Die Gruppendynamik in der gemeinsamen Aktivität wird allgemein als gut, die soziale Inter-

aktion als lebendig und stützend erlebt. Schließlich geben die Touren auch eine "gute Möglichkeit zu Gesprächen mit Patienten".

Mangelnde Konzepte

So erfreulich bis euphorisch diese Erfahrungsbilanz auch ausfällt: Vieles deutet darauf hin, dass es - abgesehen von sporttherapeutischen Routinen beim Walking - zum therapiewirksamen Einsatz des Spazierens und Wanderns kaum fachlich fundierte Konzepte gibt. So greift die Konzentration auf rein physische Kategorien zu kurz und übersieht die Chancen sanfterer Bewegungsformen bis hin zur völligen Verdrängung des Spazierens.

Die psychischen Erfahrungen dagegen bleiben an der Oberfläche und lassen gezielte Strategien vermissen. Natur- und landschaftspsychologische Aspekte finden so gut wie keine Beachtung. Hier liegt ein wichtiges Gesundungspotenzial von ebensolcher Einfachheit wie Wirksamkeit brach. In der systematischen Integration der vielfältigen physischen und psychischen Aspekte böte vor allem das Wandern jene Möglichkeiten einer ganzheitlichen Ansprache, die nicht nur dem gestressten Zivilisationsbürger und Patienten, sondern auch dem Medizinbetrieb zugute käme.

Die erstaunlich rasche Hinwendung zum noch jungen Nordic Walking mit seinen sportmedizinisch vermessbaren Paketstrukturen scheint die Aufmerksamkeit der Verantwortlichen eher noch weiter von den Chancen einer natur-integrativen Bewegungstherapie abgelenkt zu haben. Dieser Eindruck wird durch die abschließende offene Frage nach den fachlichen Grundlagen der jeweiligen gehtherapeutischen Programme bestätigt.

Nur etwas mehr als jeder zweite Fragebogen enthält diesbezügliche Einträge. Davon verweisen rund 20% schlicht auf den je eigenen Erfahrungsschatz. Weitere 20% reklamieren pauschal Publikationen oder Fachzeitschriften ohne genauere Titelangaben als Wissensquelle. Jeweils rund 10% berufen sich ebenso diffus auf Kenntnisse aus Aus- und Fortbildung sowie auf sport- bzw. trainingswissenschaftliche Einsichten.

Genauer wurde lediglich ein gutes Drittel der Notierungen. Dazu gehörten in jeweils etwa gleichem Umfang Verweise auf

- einschlägige Studien sportwissenschaftlicher und sportmedizinischer Art,
- Leitlinien unterschiedlichster Fachgesellschaften und Institutionen,
- spezielle sporttherapeutische Programme sowie
- diverse Testverfahren der Leistungs- und Belastungsmessung.

In immerhin 3 Fällen wurde auf eigene Studien oder Veröffentlichungen zum Thema verwiesen.

Unter den Titelangaben gab es so gut wie keine Verdoppelungen. Die genannten Studien, Leitlinien, Programme und Testverfahren decken ein weites Spektrum an Alternativen ab. Alles in allem drängt sich der Eindruck auf, dass sich jeder seinen eigenen Reim auf das Thema gemacht und sich dabei mehr oder weniger zufällig auf die ihm gerade zugänglichen Quellen gestützt hat. Einen anerkannten Kanon an Konzepten oder einschlägige Basisliteratur scheint es nicht zu geben.

Therapeutische Praxis

Die hieraus resultierende therapeutische Praxis kann dann eigentlich nicht viel mehr als eine Mischung aus gängigen Denkfiguren und eigenen Erfahrungen nach dem Muster "Versuch und Irrtum" sein. Nicht selten dürften auch einfach nur einschlägige Praktiken der jeweiligen Vorgänger oder aus verwandten Disziplinen übernommen worden sein, von klinischen Zwängen gar nicht zu reden. Das wertet die geschlossen abgefragten Rahmendaten für den Einsatz von Gehsequenzen im Grünen nicht ab, gibt ihnen allerdings auch nicht die Patina von bewährten Grundsätzen.

Bewegung in Portionen

Am deutlichsten spiegelt sich der klinische Behandlungsrhythmus in den Angaben zu optimalen Dauer des Fußausfluges. Gut zwei Drittel der befragten Klinikexperten begnügen sich mit 30 bis 60 min, ein gutes Viertel gibt noch eine halbe Stunde zu (Tab.7). Das entspricht dem üblichen Therapie-Raster, das durch eine dichte Folge an Untersuchungen, Behandlungen und Anwendungen bestimmt ist und nicht zuletzt auch etwas mit der optimalen Auslastung der klinischen Ressourcen zu tun hat. Die besonderen Vorzüge eines echten Ausdauersports können so nicht zum Tragen kommen.

Angesichts dieses Zeitregimes bietet sich das optimal portionierbare Nordic Walking zweifellos als Mittel der Wahl an, zumal es in der kurzen zur Verfügung stehenden Zeit den Körper stärker in Anspruch nimmt. Tatsächlich erinnert der von den Befragten mehrheitlich für optimal gehaltene Tourenrhythmus eher an die derzeit verbreitete Forderung der Sportmedizin, sich zur Vorbeugung von Krankheiten mindestens dreimal pro Woche für mindestens eine halbe Stunde sportlich zu betätigen. Zwei Drittel der Klinikexperten plädieren dementsprechend für eine Wiederholungsfrequenz im Abstand von 2-3 Tagen, ein Drittel sogar für tägliches Gehen.

Zum Wandern keine Zeit

Nur gut 10% der Klinikexperten bemessen den optimalen therapeutischen Fußausflug in Stunden, nur zwei gehen dabei über drei Stunden, also die Zeit für eine durchschnittliche Wanderung hinaus. Zwar ließen sich im Klinikrhythmus auch halbe Tage für Fördermaßnahmen frei machen, aber in der Re-

alität scheint das die Ausnahme zu sein. Wandern wird also in der Regel trotz seiner besonderen Ausdauer-effekte in Hinblick auf Kalorienverbrauch, Immunsystem, Stoffwechsel usw. nicht als therapeutisch relevante Alternative gesehen. Selbst viele Kurterrainwege dürften in den mehrheitlich empfohlenen Intervallen kaum bewältigbar sein, von der dazu notwendigen Muße ganz abgesehen.

Reha-Studie Wandern		Tab.7	
Therapeutische Ausflüge ins Grüne			
Prozent			
Optimale Dauer		Optimale Gruppengröße	
unter 30 min	5	4-6	13
30-60 min	69	7-8	17
60-90 min	27	9-10	30
90-120 min	7	11-12	24
bis 3h	4	13-15	12
über 3 h	1	> 15	5
Optimale Frequenz ⁶		Betreuung	
täglich	35	individuelle Begehungspläne	37
alle 2-3 Tage	69	medizinische Überwachung	53
einmal pro Woche	4		

Damit wird eine der wirksamsten Maßnahmen der begleitenden Bewegungstherapie zwangsläufig auf das Wochenende geschoben, wo es als Freizeitaktivität weitgehend dem Belieben der Patienten anheimgestellt ist. Die Herausnahme aus dem Anwendungsschema hat zwar auch seine Vorteile, doch schränken sich damit nicht nur die Möglichkeiten der Impulsgebung und Betreuung, sondern auch einer sinnvollen Frequenzierung ein. Das gilt insbesondere, wenn es vor Ort an erlebnisoptimierten Premiumwegen fehlt und Frust-Erfahrungen mit langweiligen Wirtschaftswegen und Straßen vorprogrammiert sind.

Soziale Potenziale

Die vorgeschlagenen kurzen Fußinterventionen haben indes den Vorteil, dass sie besser kontrollierbar sind. Tatsächlich werden die Patienten nach den Angaben ihrer Betreuer in der Hälfte der Fälle während der Ausflüge medizinisch überwacht. Ein Drittel der Betroffenen erhält sogar individuell zuge-

⁶ Wie bei den Angaben zur Dauer machten einige Befragte von der Möglichkeit einer Mehrfachantwort Gebrauch.

schnittene Begehungspläne. Hier sind Ansätze für eine therapeutische Optimierung erkennbar, die sich indes auf Kurzstrecken beschränken.

Bei den weitgehend in die Freizeit ausgelagerten Langstrecken tritt an diese Stelle das Element der geführten Wanderung, die von drei Viertel der Kliniken angeboten wird. Das damit verbundene soziale Begleitgeschehen kann eine nicht zu unterschätzende therapeutische Zusatzfunktion übernehmen. Die grüne Umgebung und die offene Atmosphäre gemeinsamen Fortbewegens bieten ein optimales Szenario für wechselseitige Kontakte und die Befriedigung sozialer Bedürfnisse im Sinne des Aufgehobenseins in einer Gruppe und der Anerkennung durch seine Mitglieder. Das gilt um so mehr, als es sich gewissermaßen um eine Leidensgemeinschaft handelt, die sich über ihre gesundheitliche Befindlichkeit austauscht und im Kreis der gleichermaßen Betroffenen Trost bieten kann.

Von daher wird dem "Terraintraining" stets eine gesellige Funktion zugemessen, keine der Empfehlungen für die optimale Gruppengröße unterschreitet die Zahl 4. Das meistgenannte Optimum liegt bei etwa 10 Beteiligten. Der Vorteil einer lockeren Gruppenkommunikation in dieser Größenordnung betrifft alle Gehformen und erscheint fast als Alleinstellungsmerkmal unter den therapeutischen Offerten - weshalb es ein Fehler wäre, ihn durch allzu rigide individuelle Leistungsanforderungen zu mindern.

Klinisches Resümee

Auch wenn man unterstellt, dass auf die Umfrage vor allem jene Kliniken reagiert haben, die über einen direkten und engagierten Bezug zur natürlichen Umgebung verfügen, bleiben viele Befunde bemerkenswert: Fußausflüge in die Natur stellen in den meisten Fällen einen obligatorischen Bestandteil des Reha-Programms dar und werden in unerwartet hohem Maße empfohlen, gefördert, betreut. Die damit verbundenen Erwartungen und Ziele sind breit gestreut und beziehen sich auf nahezu alle Abteilungen. Sie betreffen gleichermaßen physiologische wie psychologische Aspekte der Rekonvaleszenz. Die genannten Kontraindikationen erscheinen nur auf den ersten Blick umfassend, lassen aber in den meisten Anwendungsfeldern viel Raum für angepasste Varianten ausdauernden Gehens.

Offenbar hat die Befragung ein Thema angesprochen, dem, obwohl nicht nennenswert debattiert und kommuniziert, ein nicht unerheblicher Stellenwert im faktischen Rehabilitationsprozess zukommt. Unterhalb der Schwelle von Medizintechnik und Pharmazie nehmen Fußaktivitäten in geregelter oder un-

geregelter Form möglicherweise mit den größten Raum im therapeutischen Spektrum ein.

Davon profitiert bislang allerdings vor allem das passgerechte Walking in seiner modischen, aber fachlich nicht unumstrittenen Nordic-Version. Hierauf konzentrieren sich die programmatischen Überlegungen und ausgewiesenen "Anwendungen" der Bewegungstherapie.

Das gelassener, motivationsträchtigeres Wandern ist dagegen weitgehend, Spazieren sogar vollkommen aus dem Blickfeld geraten. Das deckt sich nicht mit dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand, wie er sich u.a. auf dem Gesundheitskongress Wandern dargestellt und der Langvariante des Gehens sowohl in präventiver, als auch in therapeutischer Hinsicht beste Zeugnisse ausgestellt hat. Demgegenüber erscheinen die klinischen Vorstellungen hierzu noch weitgehend von alltagsmedizinischen Denktraditionen geprägt zu sein, wie sie offenbar mehr oder weniger schematisch von Generation zu Generation weitergegeben worden sind. Genauer darauf angesprochen, zeigen die Kliniker erhebliche Unsicherheiten über therapeutische Potenziale, medizinische Hintergründe und optimale Einsatzmöglichkeiten.

Hier besteht ein erheblicher Aufklärungs- und Aktualisierungsbedarf. Der Gesundheitskongress Wandern hat hierfür eine Fülle von Erkenntnissen vor allem grundsätzlicher Art geliefert. Woran es nach wie vor fehlt, sind praktische, gegebenenfalls diagnosedifferenzierte Gestaltungsvorgaben für eine optimale Einbeziehung vor allem des Wanderns und Spazierens in den therapeutischen Prozess. Hierzu können fortgeschrittene Erfahrungen, wie sie mit einem pauschalen Fragebogen nicht hinreichend abgefragt werden können, sowie gezielte Pilotprojekte vor Ort beitragen.

Patientenstudie Wandern

Wenn den alltäglicheren Formen des Gehens in der therapeutischen Praxis abweichend vom Stand wissenschaftlicher Erkenntnis eine deutlich geringere Beachtung geschenkt wird als dem Walking, so spielen hierbei abgesehen von den Erfordernissen eines getakteten und abrechenbaren Behandlungsregimes womöglich auch modische Trends eine Rolle. An Stelle des überkommenen, ohne alles Zubehör auskommenden Wanderns oder Spazierens bietet ein mit Gerätschaften, "Übungsleitern" und Trainingseinheiten aufgepeppter Gehsport weit bessere Möglichkeiten der Selbstdarstellung, zumal wenn die Medien dabei mitspielen und Nordic Walking zum Muss für alle fitnessbewussten Zeitgenossen deklarieren.

Ob das freilich die akuten oder potenziellen Patienten auch so sehen, steht dahin. Krankheitsbedingt in ihren Aktivitäten mehr oder weniger eingeschränkt, dürften sie nicht gerade zu den Trendsettern gehören. Andererseits könnte der bloße Verweis auf altbackene Gehalternativen ihr ohnehin angeschlagenes Selbstbild weiter destruieren, während ihnen die Einbeziehung in einen modischen Bewegungstrend mit seinen protosportlichen Ritualen womöglich eher Mut macht. Die Antwort auf diese Frage ist keineswegs nur von akademischem Interesse, stellt doch die emotionale Besetzung des Behandlungsprozesses seitens der Patienten einen erheblichen Genesungsfaktor dar.

Subjektives Empfinden kaum gefragt

In weit über hundert Quellen zur therapeutischen Rolle von Natur und Wandern, die in die vorausgehende "Gesundheitsstudie Wandern" Eingang gefunden haben, werden über objektive Daten und Fakten zur Befindlichkeit der beteiligten Patienten hinaus so gut wie keine Aussagen über deren subjektive Reaktionen auf die jeweiligen Maßnahmen gemacht. Noch immer scheint der Patient vorrangig als Behandlungsobjekt und weniger als subjektiv Beteiligter gesehen zu werden.

Das mag bei unerlässlichen medizinischen Eingriffen oder pharmazeutischen Verschreibungen gerechtfertigt erscheinen. Anders im Falle der Bewegungstherapie. Wenn es etwa darum geht, im Rahmen der Reha-Kur nachhaltige Impulse für die verstärkte Einbeziehung von Fußaktivitäten in den nachklinischen Lebensalltag zu geben, spielt deren subjektive Akzeptanz keine unwesentliche Rolle. Außer gelegentlichen Hinweisen der befragten Kliniker auf

die mehr oder weniger positive Aufnahme ihrer Angebote gibt es hierzu kaum belastbare Einschätzungen - insbesondere nicht von Seiten der Betroffenen selber.

Nur soviel ist einigermaßen sicher: Kontakte mit der Natur werden von Klinikpatienten in der Regel stark befürwortet. So verweist Whitehouse (2001) auf mehrere Untersuchungen, die eine Steigerung der Patientenzufriedenheit durch die Begrünung von Krankenhaus-Zuwegen belegen. Einer kalifornischen Studie zufolge wirken sich Grünflächen im Klinikbereich positiv auf das therapeutische Klima aus, für Patienten gehört der Aufenthalt in Hospitalgärten zu den angenehmsten Erinnerungen (Unterholzer 2003).

Schwertel (1989) kam auf Grund einer vergleichenden Krankenhausstudie zu dem Schluss, "daß alle Patienten es sehr schätzen, wenn ein großer Garten zum Klinikgelände gehört" (nach Gebhard 1993). Auf positive Erfahrungen mit einem persönlich bekannten Krankenhaus angesprochenen, verwies ein Drittel der Teilnehmer einer Allensbach-Studie auf "schöne Parkanlagen" (Noelle-Neumann 1988). Dabei ist zu berücksichtigen, dass ein derartiges Urteil nur diejenigen fällen können, die erstens Erfahrung mit Krankenhäusern haben, welche zweitens über Parkanlagen verfügen.

Als wichtigste Erlebnisse während des Nachsorgeaufenthaltes in einer Reha-Klinik des Westallgäus wurden von gut 200 befragten Krebspatienten zu einem Drittel Naturerlebnisse benannt. Auf die Frage "Wovon haben Sie während Ihres Nachsorgeaufenthaltes am meisten profitiert?" wurden zu 28% Betreuung/Hausaspekte, zu 25% das therapeutische Programm, zu 15% persönliche Veränderungen, zu 14% Natur/Landschaft und zu 12% medizinische Faktoren angegeben (Schwiersch 2002).

Der Kontakt mit Grün ist also aus Patientensicht kein ganz nebensächlicher Faktor für subjektives Wohlbefinden. Dem haben bereits die klassischen Hospitalgärten Rechnung getragen, welche meist als Arbeitsgärten vor hundert Jahren und mehr um große Klinikanlagen herum angelegt wurden und derzeit unter dem Stichwort "Gartentherapie" eine Renaissance erleben.⁷

Insofern wird man unterstellen können, dass auch die Möglichkeit, während einer Kur Ausflüge ins Grüne zu unternehmen, von den Patienten gerne genutzt wird. Die Frage, in welchem Maße das der Fall ist und welche Alternativen am meisten geschätzt werden, ist bis dato unbeantwortet. Daher lag es nahe, ergänzend zur Befragung von Klinikern auch Patienten zu Wort

⁷ In engem Zusammenhang mit der Klinikstudie Wandern wurden die beteiligten Ärzte und Therapeuten auch nach Umfang und Nutzung ihres begrünten Außengeländes befragt. Die Ergebnisse sind in der parallelen "Klinikstudie Gartentherapie" dargestellt.

kommen zu lassen. Parallel zu Klinikstudie führte die Arbeitsgruppe "Kur Natur" daher eine Patientenbefragung zur Wertschätzung grüner Umgebungen und ihrer Erschließung durch Fußtouren durch.

Befragung von Klinikpatienten

Basis der Erhebung war ein vierseitiger Fragebogen, der unter dem Titel "Natur und Gesundheit" 15 Fragenkomplexe mit rund 120 Items enthielt. Er wurde Mitte 2006 zunächst 119 Patienten in vier hessischen Heilbädern vorgelegt. In leicht überarbeiteter Form kam er ein Jahr später an weiteren 7 Klinikstandorten in 5 Bundesländern zum Einsatz. Insgesamt umfasst die Stichprobe damit 355 mobile, d.h. ausgedehnte Kurgäste (Tab.8).

Die Patienten wurden vorwiegend an öffentlichen Plätzen wie Kurparks, Kurzentren, Wandelhallen und Cafés, aber auch in Kliniken angesprochen und haben die Fragen dort spontan schriftlich beantwortet. Sie repräsentieren ein buntes Gemisch von Kurgästen, die in der Regel klinisch nicht eindeutig zuzuordnen sind. Tatsächlich gaben 79% eine Klinik als aktuelle Unterkunft an, andere waren Gäste von Kurheimen, Pensionen oder Hotels. Soweit ein Bezug zu einer Klinik bestand, dominierten mit Anteilen von jeweils 15 bis 20 Prozent die Abteilungen Orthopädie, Urologie, Herz-Kreislauf und Psychosomatik.

Reha-Studie Wandern		Tab.8	
Befragungsstandorte			
Zahl der Befragten			
2006	N	2007	N
Bad Nauheim	54	Bad Oeynhausen	51
Bad Wildungen	37	Bad Wildungen	40
Bad Soden-Salmünster	24	Bad Kissingen	47
Bad Endbach	4	Bad Elster	26
		St. Wendel	30
		St. Ingbert	11
		Berus	31
Summe	119		236

Obwohl die Standorte in der Summe über ein weites Klinikspektrum verfügen und die Ansprache der Patienten an mehr oder weniger neutralen Orten nach dem Zufallsprinzip, also unabhängig von der Art ihrer Erkrankung erfolgte, spiegelt sich in diesem Abteilungsprofil die bereits erwähnte Bundesstatistik der Hauptdiagnosen stationärer Patienten nur unzureichend wider. Wie schon

in der Klinikstudie fällt erneut eine Überrepräsentanz der Orthopädie ins Auge, die in einer besonderen Mobilitäts-Beziehung zum Thema beider Befragungen zu stehen scheint.

Im Zuge der Auswertung wurde deutlich, dass die Ergebnisse der Befragung relativ sensibel auf das Morbiditätsspektrum reagieren. Insofern wird man ihnen im vorliegenden Fall keine statistische Repräsentanz zuschreiben können, wobei im Übrigen offen ist, nach welchen Kriterien eine solche herzustellen wäre. Als erste Erhebung dieser Art zu diesem Thema kommt der Patientenstudie allerdings ohnehin nur der Charakter einer explorativen Pilotstudie mit der Aufgabe zu, die fraglichen Gegebenheiten in ihren Grundzügen auszuloten und elementare Einsichten zur Bewertung naturnaher Bewegung in der Rehabilitation aus der Sicht Betroffener zu gewinnen.

Was die basisstatistische Zusammensetzung der Stichprobe darüber hinaus betrifft, so bieten die Daten keine weiteren Überraschungen. Bei den Befragten handelt es sich zu gleichen Teilen um Männer und Frauen im mittleren Alter von 57 Jahren. Jeweils 30% von ihnen hatten das Alter von 50 noch nicht überschritten bzw. waren älter als 65, 40% gehörten der mittleren Altersgruppe zwischen 51 an 64 an. Als höchsten Bildungsabschluss gaben je eine Drittel Volks- bzw. Hauptschule einerseits und Mittlere Reife andererseits an, je eine Sechstel kreuzte Abitur und Hochschule an.

Kur Natur

Um die angesprochenen Patienten für die Teilnahme an der Befragung zu gewinnen und überdies nicht von vornherein auf eine spezielle Gehsportart zu fokussieren, trug der Patientenfragebogen die neutrale Titelzeile "Natur und Gesundheit". Dementsprechend blieben die Anfangsfragen relativ allgemein, indem sie um eine persönliche Bewertung der Naturnähe des Aufenthaltsortes und der Möglichkeit baten, mit der Natur in Kontakt zu treten.

Grüne Klinik

Was die Ausstattung des eigenen Zimmers und der Klinik bzw. der Unterkunft mit Grün betrifft, so gibt sich die Mehrheit der Befragten mit dem Vorfindlichen zufrieden. Eine nicht unerhebliche Minderheit wünscht sich dagegen mehr Begrünung (Tab.9). Hier und da ist offenbar Nacharbeiten angesagt.

Dagegen scheint das nähere und weitere Umfeld des Kurstandortes alle diesbezüglichen Wünsche zu erfüllen. Über 90% beurteilten die Durchgrünung des Aufenthaltsortes und seiner Umgebung mit "gerade richtig". Damit sind in der Regel alle subjektiven Voraussetzungen für einen mehr oder weniger engen Naturkontakt während der Kur gegeben.

Reha-Studie Wandern		Tab.9	
Natur am Aufenthaltsort			
Prozent der Befragten			
Begrünung zu wenig / zu viel	%	Besonders wichtige Ausstattungsmerkmale	%
Mein Zimmer	37 / 1	Ausblick ins Grüne	74
Die Klinik bzw. Unterkunft	20 / 1	Zimmer mit Balkon	67
Deren direkte Umgebung	2 / 3	Gartenanlage am Haus	48
Die Ortschaft	4 / 1	Mehr Bänke in Hausnähe	28
Die weitere Umgebung	4 / 1		

Danach befragt, wo und wie sie am liebsten mit ihrem grünen Umfeld in Kontakt treten, was ihnen in dieser Hinsicht an ihrer Unterkunft besonders wichtig ist (besonders im Original unterstrichen), nimmt der Ausblick ins Grüne eine absolute Spitzenstellung ein. Drei Viertel der Patienten wollen allzu gerne von ihrem Krankenzimmer aus ins Grüne schauen. Der mit ähnlichem Nachdruck artikulierte Wunsch nach einem Zimmer mit Balkon weist in dieselbe

Richtung. Rekonvaleszenz, subjektiv mit der Erwartung auf Erholung verbunden, verbindet sich offenbar auf das engste mit der Möglichkeit des ständigen Blickkontakts in ein natürliches Umfeld.

Hierin spiegelt sich nicht zuletzt ein objektiver Zusammenhang wider: Nach der viel zitierten Krankenhausstudie des US-Naturpsychologen Roger Ulrich (1981) beschleunigt allein schon der Blick aus dem Krankenzimmer auf natürliche Vegetation den Rekonvaleszenzprozess in signifikanter Weise. Patienten in sterilen Krankenzimmern scheinen das offenbar mehr oder weniger unterbewusst zu spüren.

Als deutlich weniger vordringlich erscheint ihnen eine Gartenanlage am Haus. Dennoch wird auch ihr Vorhandensein noch von jedem zweiten Befragten als besonders wichtig angesehen. Mehr Bänke, um das Grün draußen zu genießen oder die Chance zu erhöhen, ein paar Schritte hinauswagen zu können, findet dagegen nur jeder Vierte relevant. Die meisten der Befragten sind vermutlich so mobil, dass sie eines Rastplatzes so nah am Haus nicht bedürfen.

Grün vor Kur

Wie wichtig den Befragten eine natürliche Umgebung ist, unterstreichen sie abermals in ihren Antworten auf die Frage "Was trägt Ihrem Empfinden nach neben ärztlichen Bemühungen besonders zu Ihrer Gesundheit bei?" Denn es sind nicht etwa die einschlägig offerierten Kur-, Bade-, Bewegungs- und Wellnessangebote, die unter 13 vorgegebenen Alternativen die höchsten Ränge belegen, sondern Wandern, Spazieren und der Aufenthalt im Grünen (Tab.10).

Reha-Studie Wandern		Tab.10	
Gesundungsfaktoren			
Prozent der befragten Patienten			
Das trägt <u>besonders</u> zu meiner Gesundheit bei			
Wandern, Spazieren	68	Ruhe	55
Aufenthalt im Grünen	66	Nichts Tun, Ausruhen	48
Bewegung/Sport	58	viel Schlaf	47
		Zeit zum Nachdenken	42
Gesundes Essen	65	Gespräche	44
Kur-/Wellnesangebote	40	Gemeinsame Unternehmungen	36
Heilwasser	20	Besuche von Verw. + Freunden	20

Das stellt das Selbstverständnis ebenso wie die traditionellen Strukturen des Kurbetriebes nachdrücklich in Frage. Nicht die ihnen verordneten "Anwen-

dungen" aller Art, sondern die Möglichkeit zu Ausflügen in die natürliche Umgebung, behandlungstechnisch kaum mehr als eine lässliche Beigabe, wird von den Betroffenen als Kernbestandteil ihres klinischen Rehabilitationsprozesses, und somit gewissermaßen die süße Nachspeise des bitteren Menüs als Hauptgericht angesehen.

Passender Weise kommt dem an gefühlter salutogenetischer Bedeutung lediglich eine gesunde Ernährung gleich. Beidem, dem Genuss der äußeren Natur und der Befriedigung der inneren Natur, wird von zwei Dritteln der Befragten abgesehen vom ärztlichen Können die höchste Gesundheitsrelevanz zugeschrieben. Was dabei sicher kein Zufall ist (und zu diesem Urteil wesentlich beigetragen haben dürfte): Beides ist lustbetont - aber macht eben zugleich auch Lust auf Gesundheit.

Das relativiert ihre Bedeutung folglich nicht etwa, sondern unterstreicht nur ihre Wirksamkeit, sind positive Emotionen doch ein zentraler Faktor eines erfolgreichen Gesundungsprozesses. Vergleicht man die Bemühungen der Klinikküchen um ein hochwertiges Essen mit der in der Regel weit geringeren Beachtung, wie sie der Gestaltung des Klinikumfeldes zugemessen wird, so dokumentiert sich nicht zuletzt auch hierin ein eklatanter Gegensatz von subjektiven Bedürfnissen und objektiver Versorgung.

Bewegung zweitrangig

Den sport- und bewegungstherapeutischen Offerten der Kurhäuser und Kliniken wird dagegen mit 58% Zustimmung nur Rang 2 zugewiesen. Man erkennt ihre Bedeutung, empfindet das freie Durchmessen der Natur aber als wertvoller. Wenn die Patienten damit ganz andere Akzente als ihre klinischen Betreuer setzen, so erfährt ihr subjektiver Eindruck durch die Ergebnisse der naturpsychologischen Forschung insofern eine Bestätigung, als diese dem bloßen Naturkontakt eine eigenständige Gesundungspotenz attestiert. Nach zahlreichen Untersuchungen trägt Bewegung in einer vegetationsreichen Umgebung mehr zu Regeneration und Wohlbefinden bei als dieselbe sportliche Aktivität in Hallen oder Fitnessräumen.

Die im Klischee der Kur wie auch in manchem ärztlichen Rat immer noch postulierte Hauptfunktion von Rekonvaleszenz, die Ruhigstellung der Patienten, rangiert ebenfalls bestenfalls auf Rang 2. Schlaf, Ruhe, Nichtstun und Nachdenken wird nur von mehr oder weniger der Hälfte aller Befragten als wesentlicher Faktor der Gesundung klassifiziert. Auch in der Platzierung von Natur und Bewegung vor dem Ausruhen spiegelt die Wahrnehmung der Betroffenen jüngere Erkenntnisse der Medizin in geradezu erstaunlichem Maße wider.

Gespräche wichtig, Heilwässer nichtig

Dass auch die soziale Komponente nicht unwesentlich zur Gesundheit beiträgt, kommt vor allem in der Bewertung von Gesprächen mit anderen zum Ausdruck. Da man in der Regel nicht allein wandert oder spaziert, handelt es sich hierbei um eine per se soziale Aktivität, der überdies auf Grund des lockeren Arrangements besonders kommunikative Potenzen innewohnen. Demgegenüber fallen sonstige gemeinsame Unternehmungen oder gar die notorischen Krankenbesuche durch Verwandte und Bekannte in der Bewertung deutlich ab. Letztere erreichen nur einen subjektiv-statistischen Gesundheitsbeitrag von 20% - kaum mehr als jenen Wässerchen zugemessen wird, auf deren mineralische Zusammensetzung sich ganze Heilbäderdefinitionen und -traditionen gründen.

Wenn auch die einschlägigen, meist per Rezept verschriebenen "Anwendungen" im Kur- und Badebetrieb mit 40% Zustimmung nicht übermäßig gut wegkommen, so muss man bedauern, dass es kaum empirische Untersuchungen gibt, die eine Überprüfung dieser Eindrücke gestatten. Unabhängig davon sprechen allein die von den Individuen subjektiv so hoch veranschlagten natürlichen Potenziale im Umfeld der Kliniken und Heilbäder dafür, ihnen im Rahmen der Rekonvaleszenzprogramme einen höheren Stellenwert einzuräumen, und zwar sowohl in Hinblick auf die Verordnungspraxis als auch auf die patienten- und erlebnisfreundliche Ausgestaltung der Grünanlagen und Wanderareale.

Sanfter Natursport

Mehr als andere wissen Klinikpatienten: Nicht alles, was der Gesundheit dient, muss auch Spaß machen. Darum bedarf die Frage nach den subjektiv erfahrenen Gesundheitsfaktoren (Tab.10) einer Kontrollfrage nach jenen Tätigkeiten, die man "vor Ort", also in der Kur, aus freien Stücken gerne macht. Wenn beides zusammenfällt, die Freude an einer Aktivität und das Gefühl, dass sie einem hilft, wäre ein Therapeutikum gefunden, das im Rahmen der klinischen Rehabilitation eine hohe Akzeptanz findet und darüber hinaus auch danach ohne die Reglementierungen des Behandlungs-Regimes seine wohltuende Wirkung entfaltet.

Daher wurden die Teilnehmer der Patientenstudie eingangs auch nach ihren aktuell besonders beliebten Freizeitaktivitäten gefragt. Dem Hauptthema der Studie entsprechend ging es dabei vorrangig um Gehaktivitäten, die von den Kliniken in sehr unterschiedlicher Weise prononciert worden waren: Während laut Klinikstudie Nordic Walking als Behandlungsvariante dominierte, waren Wandern und Spazieren vor allem der Freizeitinitiative vorbehalten - letzteres mit eher mäßigen medizinischen Erwartungen (s.o.). Zum Vergleich umfasste die Patientenfrage eine Reihe weiterer beliebter Freizeitalternativen mit der Bitte, diejenigen anzukreuzen, die man derzeit besonders gern mache oder machen würde ("besonders" unterstrichen).

Bewertung auf den Kopf gestellt

Das bemerkenswerteste Ergebnis nicht nur dieser Kontrollfrage, sondern damit auch des Vergleichs von Klinik- und Patientenstudie besteht zweifellos darin, dass die Betroffenen die Fußsportarten drastisch anders bewerten als ihre medizinischen Betreuer. Tab.11 zufolge rangiert in ihrer persönlichen Beliebtheitsskala Spazieren mit Abstand vor Wandern, dieses mit Abstand vor (Nordic) Walking und dieses wiederum mit Abstand vor Joggen, welches in der Regel von Sportmedizinern favorisiert wird. Die Skala der Beliebtheit stellt demnach die der klinischen Behandlungswertigkeit exakt auf den Kopf. Medizin wird auch auf diesem Gebiet eher als bitter empfunden.

Das erscheint um so gravierender, als die sanfteren Gehsportarten Tab.10 zufolge subjektiv auch als der Gesundheit am zuträglichsten erscheinen. Waren dort Wandern und Spazieren noch zusammengefasst, so sieht die in diesem Punkt differenziertere Tab.11 die gemächlichsten Variante Spazieren eindeu-

tig an der Spitze. Für vier von fünf mobilen Patienten gehört es zu den besonders beliebten Freizeitaktivitäten. Man hat Zeit, will sich bewegen, kann sich umsehen, muss sich aber nicht unbedingt mehr als nötig anstrengen. Dass es sich hierbei in der Regel um Spaziergänge ins Grüne handelt, ist durch Tab.9 bereits geklärt.

Reha-Studie Wandern		Tab.11	
Freizeitaktivitäten in der Kur			
Prozent der befragten Patienten			
Besonders beliebte Bewegungsformen			
Spazieren	77	Schwimmen	53
Wandern	50	Radeln	33
Walking	20	Joggen	9
Besonders beliebte Tätigkeiten			
Ausruhen	59	Cafébesuch	53
Lesen	58	Stadtbummel	49
Unternehmungen mit anderen	46	Ausflüge	41
Fernsehen	33	Picknick	8

Wandern im oberen Mittelfeld

Wandern findet mit 50% zwar deutlich weniger Anhänger, befindet sich dabei aber nach wie vor in guter Gesellschaft. Unter den konkurrierenden Bewegungsangeboten erreicht es dieselbe Akzeptanz wie Schwimmen und eindeutig mehr als Radfahren, obwohl es sich bei Letzteren um Schwebesportarten handelt, bei denen der Körperschwerpunkt entlastend unterstützt wird. Beim Wandern dagegen muss man sein Eigengewicht über längere Strecken selber tragen, was für gesundheitlich beeinträchtigte Menschen schon eine Herausforderung darstellt. Wenn es dennoch eine so beliebte Kuraktivität ist, so dürfte hierfür in erster Linie der intensive Naturkontakt verantwortlich sein. Dass auch Spazieren bei erheblich weniger Anstrengung damit aufwarten kann, dürfte dessen Spitzenplatz in der Beliebtheitsskala wesentlich erklären.

Mit 50% Zustimmung liegt Wandern immerhin auf gleicher Höhe mit gängigen Kuraktivitäten wie Bummeln, Cafébesuch, aber auch Ausflügen und gemeinsamen Unternehmungen mit Kurbekanntschäften. Der Abstand zu Ausruhen und Lesen ist nur gering, der in gegensätzlicher Richtung zum Fernsehen größer. Stellt man dabei noch in Rechnung, dass unter den gesunden Zeitgenossen knapp 60% dem Wandern frönen und viele Patienten sich allein schon aus gesundheitlichen Gründen größere Strecken nicht zumuten können,

so erfährt das Wandern eine geradezu ungeahnt hohe Wertschätzung im Rahmen einer gesunde und lustvolle Freizeitgestaltung in der Kur.

Walking und Joggen unter "ferner liefen"

Tab.11 zufolge halbiert sich mit jeder Temposteigerung in etwa die Anhängerschaft der Gehsportarten, angefangen vom Spazieren über das Wandern bis zum Walking mit nurmehr 20% und Jogging mit unter 10% Akzeptanz. Das im Klinikbetrieb favorisierte Nordic Walking wird nur von einer kleinen Minderheit wirklich gern betrieben, auf der anderen Seite möglicherweise sogar mehrheitlich abgelehnt. Der Faktor des Modischen zeitigt demnach kaum einen nennenswerten Effekt. Das pulstreibende Jogging schließlich steht trotz seiner Wertschätzung durch eine Herzkreislauf-orientierte Ärzteschaft fast gar nicht zur Debatte.

So gern man auch die Beine bewegt: Sobald es zum sportlichen Muss wird, sinkt die Begeisterung rapide. Das dürfte nicht nur den erwarteten Einsatz und erhofften Effekt schmälern, sondern vor allem auch die dauerhafte Befolgung entsprechender Empfehlungen in der Zeit nach der Kur erheblich beeinträchtigen. Da je nach Voraussetzungen des Patienten Spazieren oder Wandern, wenn es engagiert betrieben wird, objektiv dasselbe leisten wie Walken und Laufen, stellt sich damit grundsätzlich die Frage nach einem Überdenken der Behandlungsroutinen.

Überproportionale Gehfreude

Dass dagegen die Bekenntnisse zum Spazieren und Wandern der Tab.11 nicht in den Wind gesprochen sind, sondern tatsächlich engagiert realisiert werden, belegt Tab.12. Nach eigenen Angaben ist die Hälfte der Befragten vor Ort mehr als im normalen Alltag zu Fuß unterwegs, davon nach Ausweis einer offenen Nachfrage wiederum drei Viertel aus dem einfachen Grund, weil sie mehr Zeit dazu haben. Als weniger beweglich erweist sich dagegen nur ein Achtel, und das ausschließlich aus Krankheitsgründen. Jeder sechste Befragte würde gern mehr gehen. Die Gelegenheit und Bereitschaft zum Spazieren oder Wandern ist also enorm groß.

In konkreten Zahlen heißt das: Jeweils zwei Fünftel der Befragten machen sich eigenen Angaben zufolge mehrmals bzw. einmal täglich zu Fuß auf den Weg. Zusammengenommen sind das über 80%, ergänzt um 13% die sich mehrmals pro Woche aufmachen. Ihr Bewegungsdrang, ihr Wunsch nach grüner Umgebung übertrifft die Vorstellungen und Wünsche ihrer medizinischen Betreuer bei weitem. Tab.7 zufolge gehen nur 35% der Therapeuten von einer

täglichen Tour aus, ein Optimum, das von der Wirklichkeit um mehr als hundert Prozent übertroffen wird.

Längeres Gehen ist offenkundig der Reha-Massensport schlechthin. Hier tritt ein ungeahntes Potenzial zu Tage, dass in der Behandlungsstrategie zumindest berücksichtigt, möglichst aber auch durch attraktive Wege-, Treff- und Führungsangebote weiter gefördert werden sollte.

Wöchentlich fünf bis zehn Stunden

Was die Länge der Touren betrifft, so entsprechen sie allerdings eher den recht kurz greifenden Idealvorstellungen der Klinikexperten. Zur Hälfte dauern sie zwischen einer halben und einer Stunde, zu einem Fünftel sind sie kürzer, zu einem Drittel länger. Wanderungen im engeren Sinne, wie immer man sie definiert, sind also in der klaren Minderheit.

Das dürfte indes vorrangig eine Folge des üblicherweise engen Zeitregimes der Anwendungen sein, die kaum Raum für größere Unternehmungen lassen. Längere Touren sind bestenfalls am Wochenende möglich. In die Statistik gehen sie kaum ein, da danach gefragt wurde, wie lange man "normalerweise", also im Kuralltag, unterwegs ist.

Reha-Studie Wandern		Tab.12	
Spazier- und Wanderintensität			
Aufwand für Fußausflüge ins Grüne			
Prozent der befragten Patienten			
In Kur mehr / weniger als sonst zu Fuß unterwegs		51 / 13	
Würde gerne mehr gehen		17	
Häufigkeit		Dauer	
mehrmals täglich	42	Bis 30 min	21
täglich	41	bis 1 h	47
mehrmals wöchentlich	13	bis 2 h	23
seltener	4	länger	9
Hindernisse			
Angst vor Überforderung		38	
Orientierungsprobleme		6	
Fehlende Ausrüstung		3	

Überdies ist die eingeschränkte Gesundheit der Patienten in Rechnung zu stellen. Tab.12 zufolge hat ein gutes Drittel der Befragten Angst, sich mit einer zu aufwendigen Tour zu überfordern. Hier könnte ein fundierter Rat von beru-

fener Seite hilfreich sein. Weitere, allerdings marginale Hindernisse sind mangelnde Orientierungsfähigkeit und unzureichende Ausrüstung.

Trotz dieser Beschränkungen summieren sich die Fußausflüge pro Woche im Schnitt auf 5 bis 10 bewegte Stunden. Das ist ein ganz erhebliches Bewegungspotenzial, das mit kaum einer anderen "Anwendung" erreicht wird. Überdies ist es intrinsisch motiviert, was die ohnehin positiven psychischen Wirkungen des Spazierens und Wanderns nochmals erhöht. Eine weitergehende Nutzung dieses Potenzials in Richtung Wandern setzt indes die Bereitschaft voraus, das Behandlungsregime hier und da gezielt zu lockern, so dass regelmäßig auch größere Fußtouren möglich werden, ja gezielt auf sie Appetit gemacht wird.

Wanderlust

Was genau treibt gerade die Kranken so unentwegt ins Grüne, was haben und versprechen sie sich davon? Dem gehen zwei mit einschlägigen Mehrfachantworten versehene Fragenbatterien nach - eine nach den generellen Wandermotiven (Tab.13), eine zweite nach deren speziellen Gesundheitsbezug (Tab.14).⁸

Die generelle Motivbatterie erfragte allgemeine "Motive zum Wandern", um die Ergebnisse mit denen von Normalwanderern vergleichen zu können. Ihre Antwortvorgaben orientiert sich daher weitgehend an den Vorgaben der Profilstudien Wandern. Die Vergleichsdaten der Tab.13 entstammen der aktuellen Profilstudie Wandern '07/'08 mit Stand Anfang 2008. Um die mehrfachen Probleme zu reduzieren, die einem solchen Vergleich aus methodischen Gründen entgegenstehen, beschränken sich die kursiven Daten in Tab.13 auf diejenigen Patienten, die angegeben haben, in ihrer Freizeit besonders gern zu wandern.⁹

Naturgenuss im Vordergrund

Trotz ihrer nur begrenzten Vergleichbarkeit fallen die Motivprofile der Patienten, wanderfreudigen Patienten und Normalwanderer erstaunlich ähnlich

⁸ Diesen wie den folgenden Fragenbatterien zu konkreten Wanderbedürfnissen ging im Fragebogen die Aufforderung voraus, dass sie nur von denjenigen beantwortet werden sollten, "die gerne spazieren oder wandern". Dahinter stand die Überlegung, aus den Antworten Empfehlungen für den Umgang mit fußbewegungsfreudigen Patienten sowie für eine adäquate Befriedigung ihrer Erwartungen abzuleiten. Dieser Hinweis erwies sich jedoch als nahezu unnötig: Zum einen bekannten sich über drei Viertel der Befragten zu ihren diesbezüglichen Neigungen (Tab.11), zum anderen wurden die restlichen Fragen gleichwohl von 90% der Befragungsteilnehmer beantwortet.

⁹ Ein Vergleich von Patienten und Wanderern hinkt in mehrfacher Hinsicht. Ganz abgesehen davon, dass im Gegensatz zu den Befragten der Profilstudien nicht alle Patienten a priori als Wanderfans gelten können, sind sie im Schnitt fast 10 Jahre älter und verfügen nicht in dem Maße über gehobene Bildungsabschlüsse wie typische Freizeitwanderer. Die ergänzenden Kursivdaten kompensieren dies nur partiell durch die Beschränkung auf wanderfreudige Patienten, die überdies zwei Jahre jünger und etwas höher gebildet sind als die weniger gehfreudigen Mitpatienten. Unabhängig davon basieren die Profilstudien auf Zielerhebungen während der Ausübung des Wanderhobbys, während die Patientenstudie eine Mischung aus Ziel- und Quellstudie darstellt, was ebenfalls nicht ohne Einfluss auf einige Schlüsselvariablen bleibt.

aus. Der Gedanke an Wandern verbindet sich offenbar weitgehend mit spezifischen Erwartungshaltungen. Krankheit und Kur scheinen daran nur wenig zu ändern.

Reha-Studie Wandern		Tab.13	
Generelle Wandermotive Prozent der befragten Patienten			
<u>Besonders wichtige Gründe zum Wandern</u>			
Motiv	Patienten	<i>(gern wandernd)</i> ¹⁰	Wanderer
Natur und Landschaft genießen	78	88	86
Natürliche Stille	50 (-)	60	63
Interesse an Flora und Fauna	39	49	43
Gegend kennenlernen	49	57	57
Sehenswürdigkeiten besichtigen	27	33	28
Freude an der Bewegung	49	61 (+)	51
Verbesserung der Gesundheit	52 (-)	53 (-)	69
Leistungstest	18	24	15
Abschalten	62 (+)	68 (+)	(49) ¹¹
Zu sich selbst finden	34 (+)	39 (+)	23
Allein sein	16	20	
Unternehmung mit anderen	23 (---)	25 (---)	(58) ¹²

An ihrer Spitze steht mit rund 80% Zustimmung der Genuss von Natur und Landschaft. Wie schon im direkten Umfeld ihrer Unterkunft (Tab.9) geht es ihnen auch beim Dauergehen vor allen Dingen um den Aufenthalt im Grünen. Ähnlich wie Wanderer dort den Ausgleich zum überbordenden Zivilisationsstress suchen, bietet die natürliche Umgebung Patienten offenbar die beste Entlastung vom Klinikstress.

Folgerichtig steht das passive Genießen einer schönen Naturlandschaft im Vordergrund. Dazu gehört bei jeweils rund 50% der Patienten bzw. rund 60% der wanderfreudigen Patienten u.a. das Erleben von natürlicher Stille und das Kennenlernen der Gegend. Dagegen beschränkt sich das Interesse an Flora und Fauna auf eine Minderheit. Noch weniger Neigung zeigen Patienten an der Besichtigung von Sehenswürdigkeiten. Bei alledem beschränken sich die Differenzen zwischen kranken und gesunden Wanderern anders als bei den körperlichen und seelischen Motiven auf minimale 0 bis 6 Prozent.

¹⁰ kursiv: Patienten, die in ihrer Freizeit besonders gern wandern.

¹¹ Entlastung vom Alltagsstress

¹² Gerne mit Partnern und Freunden unterwegs

Gesundheitseffekt zweitrangig

Was die körperlichen Aspekte betrifft, so rangieren sie im Gegensatz zu den Erwartungen, die die Klinikexperten mit diesen Bewegungsvarianten verbinden (Tab.3), eher an zweiter Stelle. Allerdings sind sie bei den wanderfreudigen Patienten stärker als bei Wanderern ausgeprägt. Dabei rangiert bei Patienten die Freude an der Bewegung in ähnlicher Weise vor dem Beweis körperlicher Leistungsfähigkeit, und das (jedenfalls im statistischen Mittel) trotz eventueller körperlicher Beschränkungen und des durchaus vorstellbaren Wunsches zu erfahren, wo man steht. Ganz offensichtlich wird Wandern in physischer Hinsicht nicht als Sport betrachtet, sondern lediglich als positiver Ausgleich zum vorwiegend immobilen Klinikalltag.

Das erstaunlichste Ergebnis der Motivfrage besteht indes darin, dass der von Wanderern mittlerweile sehr hoch angesetzte Gesundheitsaspekt für Reha-Patienten eine deutlich geringere Rolle spielt. In diesem Punkt hätte man eher das Gegenteil erwartet. Offenbar verbindet sich mit Fußausflügen bei Kranken noch weniger als bei Gesunden ein rationales Kalkül im Sinne einer bewussten Anstrengung zur Besserung der (angeschlagenen) Gesundheit. Diese steht so sehr im Mittelpunkt des Klinikaufenthaltes, dass man jenseits der Klinikmauern vor allen Dingen Abstand davon sucht.

Auch wenn das Durchstreifen der Natur also objektiv wie subjektiv nicht unerheblich zur Gesundung beiträgt, so erscheint dieser Effekt doch eher nur als eine willkommene Zutat. Man will draußen nicht gleich wieder an das Leitthema des Klinikaufenthaltes erinnert werden. Die grüne Umgebung stellt vielmehr den notwendigen emotionalen Gegenpol zum sterilen Klinikregime dar, sie entlastet von den damit verbundenen Ängsten und hat insofern in erster Linie eine kompensatorisch-therapeutische Funktion. Genauso scheinen es übrigens auch die Kliniker zu sehen, wenn sie dem Spazieren und Wandern zu 94% die Funktion einer generellen Erhöhung des Wohlbefindens und zu 77% einer allgemeinen Stimmungsaufhellung zuschreiben (Tab.3).

Hintergrund: Abschalten

Größere Unterschiede zwischen wandernden Patienten und Wanderern finden sich folgerichtig auch bei den stärker psychisch betonten Motiven. Obwohl nicht im Berufsstress, ist für erkrankte Wanderer die Möglichkeit zum Abschalten weit wichtiger als für gesunde. Schließlich wird man den Stress in der Klinik im Gegensatz zum Job auch abends, nachts und am Wochenende nicht los. Ihm kann man nur entfliehen, wenn man sich nach draußen begibt.

Dass das psychische Fluchtmotiv ähnlich hoch veranschlagt wird wie das Naturmotiv, verweist auf einen engen Zusammenhang.

Damit verbindet sich für eine qualifizierte Minderheit überdies die Hoffnung, mit sich selbst ins Reine zu kommen und auch mal alleine zu sein. Dieser im Vergleich zu Wanderern ebenfalls höher besetzte Wunsch deckt sich mit einer extrem geringen Neigung zu Gemeinschaftsunternehmungen. Ganz abgesehen davon, dass flüchtige Reha-Bekanntschaften die eigenen Freunde nicht ersetzen können, will man dem rationalisierten Klinikbetrieb und seiner deprimierenden Patientenwelt in einen Bereich entkommen, in dem man selbst unantastet bleibt. Einmal mehr wird hierin die Kompensationsfunktion des Spazierens bzw. Wanderns bei der Bewältigung von Defiziten des Medizinbetriebs deutlich.

Spaß vor Gesundheit

Zur Kontrolle und Ergänzung der allgemeinen, aus der Profilstudie Wandern übernommenen Motivbatterie wurde an anderer Stelle des Fragebogens konkreter nachgefragt, warum man speziell vor Ort unterwegs ist - wobei "unterwegs" nun auch das Spazieren einschließt. Zwar erfährt das Naturmotiv nach wie vor die meiste Zustimmung, verliert aber ein wenig von seiner Dominanz. Dafür erreicht die pauschale Feststellung "weil es mir Spaß macht" nahezu dieselbe Trefferquote.

Reha-Studie Wandern		Tab.14	
Motive des Unterwegsseins Prozent der befragten Patienten			
Ich wandere / spaziere, weil			
ich gern im Grünen bin	72	es gesund ist	59
es mir Spaß macht	69	es meine Kondition verbessert	53
ich mich dann besser fühle	54	der Arzt es empfohlen hat	17
		ich zum Mitgehen aufgefordert wurde	14

Die mit dem Aufenthalt im Grünen verbundenen positiven Emotionen sind auch in der gegebenen Situation der maßgebliche Grund für die häufigen Kurzausflüge in die Natur. Die darin verankerte intrinsische Motivation ist ein wesentlicher Vorzug des Spazierens und Wanderns im Vergleich zu den meisten anderen "Anwendungen"

Demgegenüber erscheint das Gesundheitsmotiv erneut nachrangig. Allerdings wird es geringfügig aufgewertet und rückt so enger mit dem Naturmotiv zusammen. Dabei erfährt es eine interessante Ergänzung durch die ähnlich hoch

besetzt Doppel-Erfahrung, dass ausdauerndes Gehen im Grünen die Kondition verbessert und man sich danach besser fühlt. Das Bewusstsein um die gesundheitlichen Vorzüge des grünen Dauergehens ist also weniger von der Wissenschaft oder den Medien, sondern von der eigenen Erfahrung bestimmt.

Arzt Empfehlung randständig

Konsequenterweise spielen äußere Anstöße in diesem Zusammenhang nur eine zweitrangige Rolle. Lediglich 17% der Patienten setzten sich auf Grund eines ärztlichen Rates in Bewegung. Das relativiert den Eingangsbefund, wonach 99% der befragten Kliniken ihren Patienten Fußausflüge in die Natur empfehlen, erheblich. Möglicherweise ist diese Zahl tendenziell übertrieben, wofür nicht zuletzt der Umstand spräche, dass Normalwanderer nach Ausweis der Profilstudien Wandern nur zu 20% angeben, von ihrem Arzt einen entsprechenden Rat erhalten zu haben. Vermutlich erscheint dieser Rat mangels konkreter Vorgaben zu unverbindlich und/oder wird infolge der hohen Eigenmotivation als selbstverständlich überhört. Vielleicht ist das auch besser so, weil eine strikte Reglementierung der Eigenmotivation womöglich abträglich ist.

Ein ähnlich untergeordneter Stellenwert wird erneut sozialen Anstößen zugeschrieben. Man hat es vor Ort in der Regel ja auch nicht mit alten Freunden, sondern lediglich mit Leidensgenossen zu tun. Die Reha-Zeit ist überdies in der Regel zu kurz, um einen Kreis sympathischer Wanderfreunde um sich zu sammeln. Das würde dafür sprechen, von Seiten der Kurbetreiber aus regelmäßige offene Wandertreffs zu offerieren.

Breitbandwirkung

Auf die Vorher-Fragen nach den Motiven folgt im Patientenfragebogen eine Reihe von Nachher-Fragen zur Befindlichkeit nach Beendigung einer Tour. Während sich bei den Motiven im Zweifelsfall Wunsch, Klischee und Erfahrung mischen, zielt die Tab.15 zu Grunde liegende Fragestellung auf die ganz persönliche Wanderbiografie. Dabei sahen die Antwortvorgaben gleichermaßen positive wie negative Beispiele für die Folgen von Fußausflügen vor, wie sie in den parallelen "Profilstudien Wandern" auch schon Normalwanderer mit ihren Erfahrungen abgeglichen hatten.

Reha-Studie Wandern		Tab.15	
Wanderwirkung			
Prozent der befragten Patienten			
Empfindungen nach dem Spazieren/Wandern			
Motiv	Patienten (<i>gern wandernd</i>) ¹³		Wanderer ¹⁴
Generell besser	48	52	56
Körperlich entspannter	67	78	76
Seelisch ausgeglichener	61	72	65
angenehm müde	46	54	
geistig fitter	22	30	26
erschöpft	7	5 (-)	15
verstärkte Schmerzen	2	0	
Schlafstörungen	2	2	
Probleme Atmung	4	5	2
Probleme Rücken	8	6	5
Probleme Kreislauf	5	3	3
Probleme Allergie	2	2	1
Probleme Beine/Füße	15	13	14
Kein Unterschied	10	6	5

¹³ kursiv: Patienten, die in ihrer Freizeit besonders gern wandern.

¹⁴ nach Profilstudie Wandern '07/'08

Körper-Seele-Therapie

Erneut weist der Vergleich der Antworten kaum nennenswerte Differenzen zwischen Patienten, wanderfreudigen Patienten und Wanderern aus. Sie machen gleichermaßen deutlich, dass während eines solchen Ausfluges mit Hinblick auf das subjektive Befinden tatsächlich viel geschieht. Das zeigt allein schon der mit 10% geringe Anteil derer, die keinen Unterschied zwischen Vorher und Nachher empfinden (Tab.15).

Die Richtung der registrierten Veränderungen ist ebenfalls eindeutig. Solche positiver Art werden im Schnitt rund zehnmal häufiger zu Protokoll gegeben als diejenigen negativer Art. Dabei scheinen die leidenschaftlichen Wanderer unter den Patienten am meisten von ihrem Hobby zu profitieren. Rund drei Viertel von ihnen fühlen sich nach einem Ausflug körperlich und seelisch ausgeglichener, was im Schnitt aller Patienten immerhin aber auf zwei Drittel zutrifft. Jeder zweite fühlt sich generell besser, genauso viel zeigen sich angenehm ermüdet. Lediglich die geistigen Fähigkeiten scheinen nur begrenzt vom Aufenthalt im Grünen zu profitieren. Das kann aber auch daran liegen, dass es während des Wanderns und direkt danach in der Regel an entsprechenden Herausforderungen mangelt.

Damit übertrifft das Durchstreifen der Natur an Wirkungsbreite und/oder -tiefe so manche therapeutische Alternative - und das ohne hochentwickelte Technik, neueste Pharmazie, ausgeklügelte Trainingsstrategien und nicht zuletzt ohne finanziellen Einsatz. Ein effektiveres Ko-Therapeutikum lässt sich kaum vorstellen.

Kaum Nebenwirkungen

Das einzige nennenswerte Problem, das sich "öfter" bei längeren Fußtouren auftritt, betrifft die Beine und Füße. Von Muskelkater, Blasen u. ä. sind nur 15% der Patienten heimgesucht, also erstaunlicherweise keineswegs mehr als unter Wanderern. Hierbei dürfte der Gesundheits- und Trainingszustand von Skelett und Muskeln eine ebensolche Rolle spielen wie adäquates Schuhwerk.¹⁵

Etwa halb so viel Patienten klagen über gelegentliche Rückenschmerzen und Erschöpfung. In der Tat bleibt der Rücken beim Wandern, insbesondere wenn rucksackbewehrt, relativ unbewegt, er vor allem muss bei langen Strecken die Probleme des aufrechten Ganges ausbaden. Dem sollen Wanderstöcke wirk-

¹⁵ Entgegen den Erwartungen klagen Patienten orthopädischer Klinik(abteilung)en nicht überdurchschnittlich über Beinprobleme.

sam begegnen. Allerdings scheint es eher so, als würde dieser evolutionär erworbene Gang mehr oder weniger zugunsten einer stockgestützten Vierbeinigkeit aufgegeben. Denn in ihrer übergroßen Mehrzahl vermitteln Stockwanderer den Eindruck, die Stöcke lediglich zur Stützung ihrer Arme und ihrer stabilisierender Verlängerung bis zum Boden einzusetzen.

Bemerkenswert auch, dass gestandene Wanderer doppelt so häufig wie Patienten eine gewisse Erschöpfung bezeugen. Das macht nicht zuletzt deutlich, wie achtsam Patienten mit ihrem Körper umgehen. Die Angst vor einer Überlastung findet hierin nur begrenzt Nahrung. Im Übrigen steht dem das weitaus öfter bezeugte Gefühl der angenehmen Müdigkeit gegenüber, für das insbesondere schlafgestörte Patienten dankbar sein dürften.

Weitere negative Wanderfolgen erscheinen zumindest statistisch gesehen marginal und dürften vom Dauergehen eher ausgelöst als verursacht sein. Gleichwohl weisen sie darauf hin, dass man Wandern, nur weil es als solches gesund ist, nicht unesehen allen Patienten empfehlen kann, sondern dabei auch eine jeweils krankheitsspezifisch geschwächte Konstitution in Rechnung stellen muss.

Attraktive Fußausflüge

Wenn die Bilanz des Spazierens und Wanderns zugunsten von Gesundheit und Wohlbefinden subjektiv wie objektiv derart positiv ausfällt, ist es nur konsequent, den Rahmenbedingungen für die Ausübung dieses sanften Naturports in der Kur mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Dabei geht es vor allem darum, das Wandern attraktiver zu machen. Viele der bisherigen Wander-, Herz- und Kurterrain-Wege sind weniger nach landschaftlicher Schönheit und Erlebnisreichtum als nach Kriterien der Pflegeleichtigkeit, Herz-Kreislauf-Beanspruchung und Klimavariabilität, also eher nach sachorientierten Gesichtspunkten ausgewählt bzw. angelegt worden. Darüber hinaus müssen verstärkt emotionale Aspekte berücksichtigt werden, um die hohen Erwartungen derer zu erfüllen, die sie nutzen wollen oder sollen.

Mit Blick auf den Tourismus sind die Erwartungen von Otto Normalwanderer mit Hilfe der "Profilstudien Wandern" bereits seit Ende der 90er Jahre systematisch abgefragt worden. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse wurden im Rahmen einer breiten Qualitätsoffensive zur Modernisierung der Angebote genutzt. Eine Schlüsselrolle fiel hierbei der Entwicklung des "Deutschen Wandersiegels" zu, eines Katalogs von wandertouristischen Qualitätskriterien, der es gestattet, das Erlebnisprofil von Wanderwegen im Detail zu vermessen und zu optimieren. Die auf dieser Grundlage geschaffenen "Premiumwege" haben sich durchweg als erfolgreiche Leitwege für die Wiederbelebung des Wandertourismus erwiesen. Mit ihrer Hilfe ist es gelungen, zahlreiche Wanderer zu einer Intensivierung ihres Hobbys zu bewegen und die Zahl wandernder Urlaubsgäste zu steigern.

Warum sollte dasselbe nicht auch mit Blick auf die Gewinnung von Reha-Patienten für entlastende Fußtouren gelingen? Dazu wäre als erstes die Frage zu beantworten, worauf genau es den Rehabilitanden bei ihren Ausflügen ins Grüne ankommt. Hegen sie dieselben Vorlieben wie Normalwanderer oder setzen sie andere Akzente? Wie kann man ihren spezifischen Erwartungen gezielt entgegenkommen und die dazu notwendige Wanderinfrastruktur weiter optimieren?

Landschaftliche Vorlieben

Tab.16 gibt Auskunft darüber, in welchen Landschaftsformationen sich Patienten am liebsten bewegen. Anders als bei Wanderern steht bei ihnen der Park

vor dem Wald an erster Stelle. Es ist also die gärtnerisch wohlgeordnete Natur, in der man sich am liebsten aufhält, in der man sich am sichersten fühlt. Sie lädt am ehesten zu Spaziergängen ein, welche die Hauptform der Fußtouren in der Kur ausmachen. Hierhin und nicht etwa auf den Balkon oder ins Café zieht man sich auch am liebsten zurück, wenn man Ruhe sucht

Einem großzügig angelegten Kurpark - möglichst gar mit klassischem Kurteich - kommt damit nach wie vor eine zentrale Funktion für den Rehabilitationsprozess zu. Allerdings deutet die ebenfalls hohe Sympathie für die freie Natur und den Wald darauf hin, dass damit nicht ein steriler Schaugarten, sondern ein offener Landschaftspark etwa im englischen Stil, gemeint ist. Das deckt sich mit den Befunden der Landschaftspsychologie wie der Wandersociologie, denen zufolge unter den Naturarealen parkartige Landschaften bei den Zeitgenossen besonders hoch im Kurs stehen. Dazu würde man allerdings weitgehend auch offene Kulturlandschaften zählen, wie sie in Deutschlands Kurorten weit verbreitet sind.

Reha-Studie Wandern		Tab.16	
Landschaftsvorlieben			
Prozent der befragten Patienten			
Bevorzugte Spazier- und Wanderlagen ¹⁶			
Wald	68	Park	73
Am Wasser	48	Ortslage	29
Freies Feld	42	Ortsrand	15
Weit weg von der Zivilisation	12	Klinikgelände	11
Bevorzugte Ruheplätze			
Garten, Park	70	Balkon, Terrasse	35
Freie Natur	66	Café, Biergarten	28

Dagegen ist es mit kleinen, schmalen, gestückelten, von Wohngebieten eng bedrängten Grünflächen, wie sie nicht selten als Kurparke in jüngeren Badeorten oder in Kliniknähe ausgewiesen werden, kaum getan. So sehr man den Blick aus dem Zimmer ins Grüne schätzt, auf das unmittelbare Klinikumfeld will man sich selbst beim Spazieren nicht beschränken. Auch Kurterrainwege, die zu wesentlichen Teilen Wohn- oder gar Geschäftslagen einbeziehen, entsprechen den Bedürfnissen nach Abstand und Ruhe wenig. Da zieht man dann schon lieber das freie Feld vor, auch wenn es weniger Abwechslung als Park und Wald bietet.

Andererseits dürfen die Fußausflüge auch nicht zu weit aus der Zivilisation herausführen, Wanderungen in unbekannte, zivilisationsferne Gebiete er-

¹⁶ Übertragungsfehler 2011 korrigiert

scheinen den Kranken offenbar zu risikoreich. Man fühlt sich infolge seiner gesundheitlichen Defizite unsicher und möchte im Zweifelsfall möglichst schnell wieder sicheres Territorium erreichen. Insofern stellen große Parks in der Ortslage oder ein Mix aus Wald und Flur in Ortsnähe einen geeigneten Kompromiss zwischen Distanz zur Klinik und Sicherheitsbedürfnis dar.

Wegevorlieben

Auch die Wegevorlieben verraten bei aller Natursehnsucht im Vergleich zu denen von Normalwanderern einen verstärkten Hang zur Sicherheit. Naturwege gehören zwar zu den vergleichsweise beliebten Wegeformaten, haben aber nicht den hohen Stellenwert wie bei gesunden Wanderern. Noch deutlicher tritt der Unterschied bei schmalen Pfaden zu Tage: Unter Wanderern sind sie der Renner, unter Patienten kaum beliebter als breite Wege (Tab.17).

Dagegen sind die normalerweise unbeliebten befestigten Wege, allen voran bequeme Kurwege, in der Reha durchaus geschätzt. Man will sich nicht der Gefahr des Stolperns aussetzen, sondern die Natur unbesorgt im Spazierstil genießen. Hierbei dürfte auch das vergleichsweise hohe Durchschnittsalter der Rekonvaleszenten eine Rolle spielen. Dazu passt es, dass auch markierte Wanderwege nicht die hohe Bedeutung haben, die ihnen Wanderer beimessen. So weit in eine unbekannte Natur, dass man derartiger Orientierungshilfen bedarf, wagt sich nur - andererseits aber immerhin - ein Drittel bis zur Hälfte der Patienten hinaus.

Keine Routinetrasse

Mit dem Wunsch nach mehr Wegesicherheit ist nicht zugleich auch die Vorstellung von vermeintlich patientengerechten, nach Breite und Belag genau genommen aber nur verkehrsgerechteren Wegen verbunden. Auf Asphalt fühlen sich auch die allermeisten Patienten nicht wohl. Der notorische Verweis von Kurverwaltungen auf die Notwendigkeit der Härtung ihrer Park- und Wanderwege kann von Reha-Patienten nur als mangelnde Sensibilität für ihr Naturbedürfnis empfunden werden. Ein durchasphaltierter Kurpark ist ein Widerspruch in sich selbst.

Auch die eingefahrene Vorstellung, dass sich Klinikgäste hauptsächlich mit dem täglich wiederholten Routinetrott über immer dieselben Parkschleifen und Kurtrassen zufrieden geben, wird von Tab.17 widerlegt. Nur ein Siebtel der Befragten bekennt sich dazu. Die relativ höchste Zustimmung mit über 50% erfährt dagegen der entgegengesetzte Wunsch nach abwechslungsreichen Wegen, die auch immer mal wieder in neue Gefilde führen.

Dabei soll auch der spontanen Befindlichkeit Rechnung getragen werden können. Das erfordert von den Klinikstandorten ein möglichstes vielfältiges Wegeangebot im Umfeld. Deren Gestaltung und Pflege sollte ähnlich viel Aufmerksamkeit in Anspruch nehmen wie die des Kurparks. Die klassischen Kurterrainwege dürften dem nur zum Teil gerecht werden, zumal wenn sie in strikter Folge nach ärztlicher Anweisung abgegangen werden müssen.

Reha-Studie Wandern		Tab.17	
Wegevorlieben			
Prozent der befragten Patienten			
Bevorzugte Wege beim Wandern / Spazieren			
	Patienten	(gern wandernd)	Wanderer ¹⁷
Abwechslungsreich	55	67	
Immer auch mal neue	53	54	
Was mir spontan gefällt	38	43	(65)
Fast immer dieselben	14	11	(18)
Markierte Wege	31 (---)	40 (--)	68
Empfohlene Wege	22	23	
Naturwege	36 (-)	50	54 ¹⁸
Befestigte Wege	38 (++++)	38 (++++)	6 ¹⁹
Möglichste ebene Wege	19 (+)	12	8
Breite Wege	13	14	15
Schmale Wege	18 (---)	27 (---)	57
Asphaltierte Wege	5	6	1
Das ist mir für meinen Aufenthalt besonders wichtig			
Bequeme Kurwege	51	43	
Markierte Wanderwege	49 (-)	49 (-)	68
Geführte Wanderungen	29 (++)	29 (++)	6
Nordic Walking Parcours	17	17	9

Schlusslicht Nordic Walking

Im Gegensatz zu gesunden Wanderern kommen bei Patienten auch geführte Wanderungen zu Ehren. Man schließt sich gern einer Gruppe an und hat bzw. lässt sich Zeit, um den Ausführungen wandernder Heimat- und Naturkundler zuzuhören. Auch hierin dürfte das erhöhte Bedürfnis nach Sicherheit hinein-

¹⁷ Die Vergleichsdaten entstammen in dieser Tabelle der Profilstudie Wandern '04, die Klammerdaten der Profilstudie Wandern '00.

¹⁸ Erd- und Graswege

¹⁹ Befestigte Schotterwege

spielen. Mit dem Führer kann man sich in unbekanntes Gelände wagen, er weiß immer, wie es weitergeht, und im Notfall auch, was zu tun ist.

Auch Nordic Walking Parcours erfahren etwas mehr als die minimale Akzeptanz der Freizeitwanderer. Dafür ist vermutlich der ärztliche oder therapeutische Rat der Kliniken und ihr vor allem hierauf konzentriertes Fußsportangebot verantwortlich. Gleichwohl bleibt Stickwalking das Schlusslicht unter den akzeptierten Bewegungsarten im Grünen. Es passt zwar optimal in den Anwendungsrhythmus des Reha-Betriebs, umso weniger dagegen in die körperlich-seelische Bedarfslage der Patienten.

Reha-Studie Wandern		Tab.18	
Bevorzugte Infrastruktur Prozent der befragten Patienten			
Darauf lege ich besonderen Wert ²⁰			
	Patienten	<i>(gern wandernd)</i>	Wanderer ²¹
Wegweiser	59 (+)	68 (++)	43
Infotafeln	43 (-)	48 (-)	62
Markierungen	48 (---)	65 (-)	78
Bänke	58	55	49
WCs am Wege	28	26	
Papierkörbe	25 (-)	25 (-)	36
Einkehrmöglichkeiten	30 (+)	36 (+)	17
Schutzhütten	14 (---)	15 (--)	44
Geländer	5	2	
Notrufhilfen	10	11	
Rettungszugang	4	4	

Infrastruktur am Weg

Während Nordic-Walking-Wege meist von Anfang an über eine perfekte Ausstattung verfügen, ist das bei Spazier- und Wanderwegen nicht immer der Fall. Die befragten Patienten, insbesondere soweit sie gerne Wandern, wünschen sich das für die von ihnen bevorzugten Wege indes auch. So weist Tab.18 erneut im Vergleich zu Normalwanderern einen zwar geringeren, gleichwohl nicht unerheblichen Infrastruktur-Bedarf aus.

Das betrifft nahezu gleichermaßen sowohl Infotafeln, die eine Übersicht über das Wegeangebot sowie über Natur und Kultur am Wege bieten, als auch

²⁰ Übertragungsfehler 2011 korrigiert

²¹ Nach Profilstudien Wandern '04 und '03

Markierungen, welche durch ihre ständige Präsenz den Führer ersetzen, sowie Wegweiser, die an kritischen Kreuzungen über Richtungen und Ziele Auskunft geben und gegebenenfalls sogar mitteilen, wo genau man sich befindet. Kurz: Das Wanderleitsystem muss möglichst komplett sein, um den Orientierungsunsicherheiten der Reha-Gäste Rechnung zu tragen. Dabei spielen die Wegweiser, unter Wanderern eher lässlich, eine besondere Rolle - wozu es dann freilich auch gehören sollte, dass sie nicht nur Ziele benennen, sondern mindestens auch Entfernungen angeben.

Ähnlich großen Wert legen Patienten auf Bänke. Zusammen mit einer überdurchschnittlichen Vorliebe für Einkehrmöglichkeiten deutet das auf einen nachvollziehbar höheren Bedarf an Ruhepausen hin. Dabei will man es sich nicht nur gut gehen lassen, sondern nicht zuletzt auch im Bedarfsfall Zugang zu einem WC finden - ein Service-Element, an das bei der Anlage von Spazier- und Wanderwegen in der Regel überhaupt nicht gedacht wird. Dabei sind sie mindestens so erwünscht wie die in Kuranlagen überall präsenten Papierkörbe.

Erstaunlich wenig Bedarf besteht dagegen an direkten Einrichtungen für Notfallhilfe wie Schutzhütten, Notrufmöglichkeiten und Rettungszugängen. Der größte Teil der Befragten fühlt sich offensichtlich fit genug, die vorgenommenen Touren ohne Zwischenfall zu überstehen, und will beim Wandern nicht gleich an das Schlimmste denken. Damit relativiert sich eine weitere Rechtfertigung der Kurverwaltungen für die Anlage breiter, verkehrsgerechter Fußwege, die damit den allgegenwärtigen Einsatz von Rettungswagen sicherstellen wollen.

Alles in allem weisen die Bedürfnisse von Reha-Patienten, soweit sie ihrem verbreiteten Drang hinaus in die Natur nachgeben können, in eine deutlich andere Richtung, als es die klinischen Behandlungspläne und der klassische Kurbetrieb vorsehen. Es geht ihnen in erster Linie weder um gärtnerisch hochgestylte Parksegmente mit künstlerischen Zierblumenarrangements noch um die Erschließung der weiteren Umgebung mit herausfordernden Wanderwegen, sondern um eine gepflegte, wohlverschlossene, aber gleichwohl naturnahe Landschaft im näheren Umfeld ihres Aufenthaltsortes. Spazieren und Wandern in einer solchen Umgebung liefert ihnen genau das, was ihnen im Klinikbetrieb fehlt, und ist auch nicht durch das modernere Walking zu ersetzen.

Gravierende Altersunterschiede

Obwohl es sich bei Klinikpatienten um eine Bevölkerungsgruppierung handelt, deren Mitglieder großenteils die Mitte des Lebens überschritten haben, zeigen die Befragungsergebnisse auch in diesem relativ engen Altersspektrums eine außergewöhnliche Abhängigkeit vom Lebensalter. In nicht weniger als der Hälfte aller Fragen weichen die durchschnittlichen Antwortquoten der Überfünfundsechzigjährigen von denen der Unterfünfzigjährigen um mindestens 10%, davon wiederum zur Hälfte sogar um 20% und mehr ab. Zum Vergleich: Nennenswerte Differenzen zwischen den Geschlechtern beschränken sich auf weniger als ein Fünftel der Fälle und erreichen in keinem Fall die 20%-Grenze.

Das Verhältnis von Krankheit und Mobilität scheint sich also gerade im höheren Alter stark zu verändern. Für Patienten jenseits des offiziellen Rentenalters wird man daher teilweise andere Angebote machen müssen als für diejenigen, welche noch voll im Beruf stehen.

Daran ändert auch der Umstand nichts, dass sich mit der dreifachen Altersgruppierung der vorliegenden Studie (bis 50, 51 bis 64, ab 65 Jahre) auch andere statistische Variablen ändern. So sind in der jüngsten Gruppe (mit dem Durchschnittsalter 43) Männer nur zu 38%, in der ältesten Gruppe ab 65 (mit dem Durchschnittsalter 71) aber zu 56% vertreten. Die Bildungsexpansion der letzten Jahrzehnte ist es zuzuschreiben, dass die Jüngeren zu 44% das Abitur oder eine Hochschulausbildung absolviert haben, worauf von den Älteren nur 26% verweisen können.

Schließlich, und das dürfte von besonderem Belang sein, unterscheiden sich die Krankheitsprofile der polaren Altersgruppen auffällig: Während die Jüngeren zu 30% in Abteilungen für Psychosomatik und zu 14% in HNO-Abteilungen behandelt werden (Ältere entsprechend 2% und 0%), entstammen die Älteren zu 25% der urologischen und zu 20% Herz-Kreislauf-Abteilungen (Jüngere entsprechend 5% und 8%).

Statistisch gesehen tritt der Alterseffekt also nicht in reiner Form in Erscheinung, sondern wird von Verschiebungen anderen Variablen begleitet. Doch bündeln sich die unterschiedlichen Erfahrungen, Ansprüche und Möglichkeiten in einem solchen Maße in der Altersvariablen, dass die daraus resultierenden Differenzen bei der Entwicklung patientenbezogener Bewegungsangebote auf jeden Fall zu berücksichtigen sind.

Die folgende Zusammenstellung praxisrelevanter Daten beschränkt sich auf Indikatoren, bei denen es im engeren Sinne um Wandern und Spazieren geht und die beiden polaren Altersgruppen um mehr als 10% (Markierung +), 20% (Markierung ++) bzw. 30% (Markierung +++) voneinander abweichen.

Psychische versus physische Selbsttherapie

Entscheidende Hinweise für den unterschiedlichen Alterszugang zum Thema Wandern geben die Motiv- und Befindlichkeitsindikatoren der Befragung. Sie lassen einen unerwartet eindeutigen Schnitt zwischen den Altersgruppen erkennen (Tab.19).

Reha-Studie Wandern		Altersdifferenzierung		Tab.19
Wohlbefinden				
Prozent der befragten Patienten				
		≤ 50	≥ 65	
Gefühl danach:	seelisch ausgeglichener	72 ++	50	
Wandermotiv:	Abschalten	71 ++	44	
Wandermotiv:	Selbstfindung	43 ++	22	
Gefühl danach:	geistig fitter	39 +++	4	
Wandermotiv:	Spaß	77 +	58	
Wandermotiv:	Wohlgefühl danach	68 ++	42	
Gefühl danach:	generell besser	48	60 +	
Wandermotiv:	Bewegungsfreude	55 +	41	
Gefühl danach:	angenehm müde	29	60 +++	
Problem danach:	Rücken	12	23 +	
Wandermotiv:	Gesundheit	49	63 +	
Wandermotiv:	Arzttempfehlung	9	28 +	
Wandermotiv:	Unternehmung mit anderen	32 ++	9	
Wandermotiv:	Begleitung durch Bekannte	20 +	7	

So geht es den Jüngeren vor allen Dingen um ihr psychisches Wohlbefinden. Wandern steht für sie ähnlich wie für Gesunde vorrangig für Spaß, Abschalten, seelisches Gleichgewicht und Wohlfühlen. Soweit vergleichbar, liegen ihre Wünsche und Erfahrungen deutlich über denen der Normalwanderer.

Nimmt man noch das ebenfalls vergleichsweise hoch bewertete Motiv der Selbstfindung hinzu, so ist Wandern für sie in erster Linie ein Element psychischer Selbsttherapie, die sie selber als einen Weg zu Freude, Entspannung, und Identitätsfindung empfinden. Begleitet wird das von dem Gefühl einer

geistigen Regeneration und einer überdurchschnittlichen (den Vergleich zu Wanderern aus den besagten Gründen allerdings nicht standhaltenden) Wertschätzung des Kontaktes mit anderen.

Ganz offenkundig füllt das Spazieren und Wandern für sie gravierende psychische Defizite, wie sie mit ihrem Krankenstatuts und dessen klinischer Behandlung verbunden sind. Wanderangebote für Jüngere müssen also vor allem auf die Hebung der emotionalen Befindlichkeit ausgerichtet sein.

Den Älteren dagegen geht es eher um die Verbesserung ihrer physischen Präsenz. Man will sich in erster Linie gesundheitlich besser fühlen, was offenbar mehrheitlich auch so erlebt wird. Nach der Tour hat man zwar mehr Probleme mit der eigenen Konstitution (vor allem des Rückens), genießt dafür aber insbesondere jene angenehme Müdigkeit, die einem gesunden Schlaf vorausgeht. Psychische Effekte werden bestenfalls so hoch wie von Normalwanderern veranschlagt, bleiben aber im Schnitt zweitrangig. Die Befriedigung sozialer Bedürfnisse ist für sie - zumindest in vorliegenden Zusammenhang - bedeutungslos.

Freie versus Kurpark-Natur

Die unterschiedlichen Erwartungen an das Wandern und Spazieren verbinden sich mit deutlich anderen Ansprüchen an Landschaft und Natur (Tab.20).

Reha-Studie Wandern		Altersdifferenzierung		Tab.20
Landschaft				
Prozent der befragten Patienten				
Persönliche Feststellung		≤ 50	≥ 65	
Gern:	Ausruhen in freier Natur	78 ++	50	
Gesundungsbeitrag:	Aufenthalt im Grünen	73 +	58	
Wichtig:	Gartenanlage an Unterkunft	69 +++	29	
Bevorzugt Wandern:	im Wald	78 ++	54	
	am Wasser	66 +++	26	
	im freien Feld	50 ++	28	
	im Park	63	83 ++	
Wandermotiv:	Gern im Grünen	79 +	64	
Wandermotiv:	Kennenlernen der Gegend	68 +++	36	
Wandermotiv:	Interesse an Flora und Fauna	48 +	37	

So sehen die jüngeren Patienten ihre vorrangig psychischen Bedürfnisse in erster Linie im Grünen, vor allen Dingen in freier Natur und unbekannter, neu zu entdeckender Landschaft erfüllt. Dabei entwickeln sie ähnliche Vorlieben

wie Normalwanderer. Landschaftselemente wie Wald und Wasser sind besonders begehrt, Flora und Fauna spielen eine geringere Rolle. Anders als bei Wanderern kommen aber auch Gärten und Parks, ja sogar das freie Feld zu Ehren - Hauptsache man ist im Grünen. Die einschlägig nachgewiesene psychische Regenerationswirkung von vegetativem Grün findet hierin eine nachdrückliche Bestätigung.

Bei den Älteren ist der Drang - um nicht zu sagen Fluchtimpuls - ins Grüne merklich schwächer ausgeprägt. Im Gegensatz zum sicheren Haus ist ein Ausflug ins Umfeld eher mit körperlichen Herausforderungen verbunden, denen man sich nicht immer gewachsen fühlt, weil mit Risiken verbunden sein können.

Besonders krass fällt der Unterschied beim Erforschen der Gegend und bei der Neigung zum Wasser aus - vermutlich weil bei dem einen viel Geharbeit, beim anderen gar Schwimmen assoziiert wird. Aber auch eine Gartenanlage an der Unterkunft, von der älteren Generation womöglich eher mit Arbeit als mit Erholung verbunden, findet nicht ihr Interesse. Dagegen trifft der klassische Kurpark ihre Bedürfnisse zentral. Hier muss man nicht viel Gehen und darf viel Sitzen, während sich dem Auge eine gärtnerisch ästhetisierte Natur bietet.

Die ältere Generation scheint also noch am ehesten das Klischee vom betulichen Kurgast oder Rehapatienten zu bedienen. Umso deutlicher hebt sich hiervon das Bild ihrer Nachfolgeneration ab, die den aktiven Naturgenuss trotz Behandlungsbedürftigkeit genauso viel wenn nicht gar mehr noch als ihre gesunden Mitmenschen schätzt.

(Keine) Angst vorm Wandern

Auch bei den Tourenneigungen finden sich die meisten Pluszeichen auf Seiten der Bisfünfzigjährigen. Ihnen ist Wandern generell wichtiger, sie wandern folgerichtig in der Kur großenteils mehr als sonst und würden gerne noch mehr wandern. Selbst für geführte Wanderungen kann sich eine qualifizierte Minderheit erwärmen. Eine maßgebliche Rolle spielt hierbei das Gefühl, damit besonders viel für die Gesundheit zu tun.

Neben Wandern kommt auch das Walking und Joggen besser weg als bei den älteren Patienten, doch kann sich auch im jüngeren Alter kaum mehr als ein Viertel für das moderne Stockgehen erwärmen. Mit dem klinisch favorisierten Nordic Walking ist also selbst bei den Junioren kein Staat zu machen, eine anregende oder gar lebensstilverändernde Funktion kommt den verordneten Walking-Runden auch hier kaum zu. Dagegen liefert Tab.21 mit Blick auf die

Jüngeren noch einmal besonders starke Argumente, dem Wandern im Rahmen des therapeutischen Konzeptes ein größeres Augenmerk zuzuwenden.

Demgegenüber erfüllt das ältere Publikum erneut das Klischee des klassischen Kurgastes, der sich lieber bekuren lässt als aktiv mitkurt. Mit Wandern hat nur eine Drittel etwas im Sinn, alle anderen Bewegungsformen stoßen noch auf weit weniger Akzeptanz. Hauptursache dieser mangelnden Bewegungsfreude sind Probleme und Ängste angesichts der damit verbundenen körperlichen Anforderungen. Obwohl gerade Älteren längeres Gehen im Grünen besonders viel bringen würde, stehen dem erhebliche reale und/oder mentale Barrieren entgegen.

Reha-Studie Wandern		Altersdifferenzierung		Tab.21
Touren				
Prozent der befragten Patienten				
Persönliche Feststellung		≤ 50	≥ 65	
Beitrag zur Gesundheit: Wandern und Spazieren		73 +	56	
Wichtig:	Geführte Wanderungen	36 +	19	
	Nordic Walking Parcours	21 +	9	
Gern:	Wandern	55 ++	33	
	Joggen	18 +	3	
	Nordic Walking	28 ++	8	
In Kur:	Mehr gewandert	65 ++	37	
	Würde gern mehr wandern	21 +	8	
	Wäre gerne länger unterwegs	0	12 +	
Probleme:	keine	68 ++	39	
	Angst vor Überforderung	29	56 ++	

Immerhin, wenn überhaupt, fänden Mobilisierungsprogramme noch am ehesten an der Restneigung zum Spazieren statt beim Walking Anknüpfungspunkte, da hier die Probleme und Ängste am geringsten sein dürften. Über die Art dieser vermeintlichen und realen Hindernisse bedürfte es eingehender Kenntnisse, um in der Angebotsgestaltung gezielt (aber nicht unbedingt direkt) darauf eingehen zu können. Nicht akzeptabel wäre es indes, gar nicht erst den Versuch zu unternehmen, diese klassische Kurform nicht auch dem klassischen Kurgast, in welcher Form auch immer, (wieder) schmackhaft zu machen.

Tendenz zur Sicherheit

Die Differenzierung der Altersgruppen setzt sich folgerichtig bei den Ansprüchen an Wanderwege und die dazugehörige Infrastruktur fort (Tab.22 und 23). Die Älteren, mit Rücksicht auf Ihre Malaisen mehr auf Sicherheit bedacht, nutzen vergleichsweise gern immer dieselben Wege. Sie sollen möglichst fest und bequem sein. In immerhin gleichem Ausmaß legen sie aber auch Wert auf Abwechslungsreichtum und darauf, auch mal etwas Neues zu entdecken. Die ewig gleichen Parkwege reichen also auch selbst den Senioren nicht.

Reha-Studie Wandern		Altersdifferenzierung		Tab.22
Wege				
Prozent der befragten Patienten				
Bevorzugt		≤ 50	≥ 65	
Abwechslungsreich		61 ++	40	
Auch mal neue		58 ++	38	
Was spontan gefällt		53 ++	25	
Naturwege		45 +	27	
Schmal		23 +	10	
Breit		19 +	7	
Immer dieselben		9	29 ++	
Möglichst eben		10	34 ++	
Befestigte Wege		27	42 +	

Die 30 Jahre jüngere Nachfolgeneration erweist sich dagegen als sehr viel erlebnishungriger. Man sucht mehrheitlich die Abwechslung und das Neue und entscheidet sich spontaner für einen Weg. Mit Hinblick auf das Wegeformat weichen ihre Wünsche indes erheblich von denen gesunder Wanderer ab. Naturweg und Pfade dominieren nicht im gewohnten Maße die Beliebtheitskala, womöglich erscheinen sie auch dieser Patientenfraktion am Ende nicht sicher genug. Man lässt sich auch mal gerne, öfter sogar als die Älteren, auf einen breiten Weg ein. Das bleibt allerdings die Ausnahme, Parkwege genießen nur die Zustimmung einer mehr oder weniger großen Minderheit.

Den Vorlieben für die Wanderwege entsprechen die Erwartungen an die Infrastruktur. Wer gerne zünftig wandert und dabei auch Neues kennenlernen will, ist naturgemäß viel stärker auf ein zuverlässiges Wegeleitsystem mit Markierungen, Wegweisern und Infotafeln angewiesen. Je länger man unterwegs ist, desto attraktiver erscheint einem die Möglichkeit zu einer Einkehr unterwegs. All das entspricht im Wesentlichen, wenn auch nicht dem Umfang

nach, den Ansprüchen von Normalwanderern. Nicht nur für Urlaubsgäste, sondern auch für jüngere Klinikgäste sollte das Wanderwegenetz also modernen Normen entsprechen.

Den Älteren kommt es dagegen vor allem auf Rastmöglichkeiten an. Eine reiche Ausstattung mit Parkbänken bietet die Sicherheit, jedem Schwächegefühl nachgeben zu können. Das ist weit wichtiger als alle Hilfsmittel, die einen auch mal in unbekanntere Landschaften hineinlocken könnten.

Reha-Studie Wandern		Altersdifferenzierung		Tab.23
Infrastruktur				
Prozent der befragten Patienten				
Erwartung		≤ 50	≥ 65	
Wegweiser		66 ++	45	
Markierungen		55 ++	36	
Infotafeln		47 ++	20	
Einkehrmöglichkeiten		35 +	21	
Bänke		48	75 ++	
WCs am Wege		21	37 +	

Ein ganz ähnliches Sicherheitsdenken verbindet sich offenbar auch mit dem immerhin von einem Drittel geäußerten Wunsch nach WC's am Wege. Selbst wenn mit der Bereitstellung einer solchen Infrastrukturofferte ein erheblicher Aufwand verbunden wäre, stellt sich die Frage, ob überhaupt schon mal eine Kurdirektion ernsthaft darüber nachgedacht hat. Man wird ja nicht gleich den ganzen Kurpark mit entsprechenden Häuschen vollstellen müssen diskrete, Hinweisschilder auf das nächste WC würden ja schon reichen. Immerhin könnte man damit nicht wenigen Patienten Mut machen, ein paar Schritte mehr ins Grüne zu wagen.

Insgesamt offenbaren die Ergebnisse der Altersdifferenzierung ein weites Spektrum von Gäste-Erwartungen. Dem müssen ebenso differenzierte Angebote entsprechen. Während man die Senioren jenseits des Renten-Alters im erweiterten Kurpark-Stil bei ihren Verunsicherungen abholen muss, verlangen die "Jüngsten" ein volles wandertouristisches Angebot im modernen Erlebnisstil bei nur wenigen Abstrichen beim Wegeformat. Mit einem derart gesplitteten Angebotsprofil wird man vermutlich auch andere Subgruppen der Reha-Klientel erreichen können. Während das überkommene Kur-Klischee vermutlich noch am ehesten den älteren Gästen gerecht wird, steht die Modernisierung des weiterführenden Wanderwegenetzes vielfach noch aus.

Vorläufiges Resümee

Widersprüche in der Einhelligkeit

In der Zusammenschau der empirischen Befunde zur Rolle von Fußausflügen in der klinischen Rehabilitation, wie sie zum ersten Mal in der Geschichte des Kurwesens aus der Sicht aller Beteiligten erhoben worden sind, ergibt sich ein ebenso ermutigendes wie widersprüchliches Bild:

- Die Klinikexperten wie auch die von ihnen betreuten Patienten messen dem Spazieren und Wandern einen unerwartet hohen Stellenwert im Rahmen des gesundheitlichen Rehabilitationsprozesses zu.
- Das betrifft sowohl die physischen als auch die psychischen Regenerationspotenzen des umgrünten Dauergehens, die bei geringen Nebenwirkungen von beiden Seiten als vielfältig und nachhaltig beschrieben werden.
- Diese gemeinsame Einschätzung deckt sich überdies mit der aktuellen wissenschaftlichen Bewertung des Themas.
- Dennoch spielen derlei Fußaktivitäten in den Behandlungsplänen nur eine untergeordnete Rolle. Die Kliniker verweisen sie überwiegend auf die Freizeitinitiative und ziehen für die gezielte Behandlung das artifizielle Nordic Walking in Päckchenform vor.
- Die Patienten können mit Nordic Walking wenig anfangen und treten stattdessen in einem Ausmaß die Flucht ins Grüne an, die die kühnsten Erwartungen der Kliniker übertreffen. Dies geschieht gewissermaßen informell, unter der Oberfläche des medizinischen Alltagsgeschäftes von Diagnosen, Verordnungen und Anwendungen.
- Im offiziellen Bild der Rehakur ist vom Fußsport lediglich ein angestaubtes Kurpark- und Kurterrainwesen übrig geblieben, an dem die versuchte Verjüngung zu Klimakurwegen mehr oder weniger wirkungslos vorbeigegangen ist.
- Damit können am ehesten noch die älteren Kurgäste etwas anfangen, während die Jüngeren ein modernes wandertouristisches Angebot erwarten.

Vom Tourismus lernen

Diese auf den ersten Blick verfahren wirkende Situation hat vielfache Gründe. Dazu gehören u.a. die Definitionsmacht der Sportmedizin, die daran orientierte Ausbildung der Bewegungstherapeuten, der Abrechnungsmodus klinischer Leistungen und nicht zuletzt die für Kliniker ungewohnte Denkweise, an den

Bedürfnissen der Patienten anzusetzen und das Eingehen darauf zu einem zentralen Element selbsttherapeutischer Ergänzung des Heilungsprozesses aufzuwerten.

In diesem Punkte sind ihnen die Touristiker voraus. Seit der Wiederentdeckung des Wanderns als einer ebenso weit verbreiteten wie wirtschaftlich ertragreichen Gästeaktivität haben sie ihre diesbezüglichen Angebote einem grundlegenden Modernisierungsprozess unterworfen, dessen Gestaltung sich konsequent an den Kundenerwartungen orientiert. Man kann derzeit geradezu von einer neuen wandertouristischen Gründerzeit sprechen. Der Erfolg stellt sich ebenso umgehend wie überwältigend ein. Wandern ist gegenwärtig in den deutschsprachigen Urlaubsregionen sowohl von Anbieter- wie von Kundenseite ein absolut heißes Thema.

Das könnte auch in der klinischen Rehabilitation so sein. Die Voraussetzungen hierfür sind angesichts der beidseitig euphorischen Bekenntnisse zu Fußausflügen bestens, die Notwendigkeit einer Entlastung vom tristen Klinikalltag samt Sick-Building-Syndrom ist offenkundig. Hinzu kommt, dass sich die Ansprüche an rehabilitative Wanderangebote der Patienten gar nicht so sehr von denen der Wanderurlauber unterscheiden: In Heilbädern und Kurorten ließe sich beide in einem einzigen Modernisierungsschub gleichermaßen befriedigen. Die jüngere Patientengeneration erweist sich teilweise sogar als noch anspruchsvoller als Touristen, während die ältere gezielter angesprochen werden muss.

Entscheidend sollte dabei das Lustprinzip sein: Die klare Orientierung an den Wünschen der Gäste hat den Wandertourismus rasant wiederbelebt, und sie ist auch der Königsweg für die Wiederbelebung einer grünen Bewegungstherapie. Die vorliegenden Daten geben allen Anlass zu diesbezüglichem Optimismus.

Anhang: Die Fragebögen



Expertenbefragung
Natur in der Therapie

In Vorbereitung des "**Gesundheitskongresses Wandern**", der am 11. und 12. Oktober 2007 in Trägerschaft der dortigen Landesregierung im Saarland stattfindet, wurde die Marburger "Forschungsgruppe Wandern" mit einer Bestandsaufnahme zum Stellenwert von Spazieren, Nordic Walking, Wandern und anderen Naturkontakten in deutschen Rehabilitationseinrichtungen beauftragt. Die Ergebnisse der Studie werden der Öffentlichkeit auf dem Kongress vorgestellt und dienen als zentrale Erfahrungsgrundlage für eine systematische Verbesserung der klinisch-therapeutischen Nutzung von Naturbegegnungen aller Art.

Der Fragebogen gliedert sich in die beiden Teile "Wandern, Nordic Walking und Spazieren im Reha-Prozess" und "Grün in der Klinik". Wenn diese Themen in Ihrer Einrichtung aus nachvollziehbaren Gründen keine Rolle spielen, wären wir gleichwohl dankbar, wenn Sie die unmittelbar folgende Frage „Fehlanzeige“ beantworten und die erste Seite des vorliegenden Fragebogens zurückschicken. Alle anderen Teilnehmer an der Expertenbefragung bitten wir, den ausgefüllten Bogen bis zum **30. März 2007** an uns zurück zu senden.

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Rücksendeadresse für den Fragebogen:

Forschungsgruppe Wandern der Universität Marburg
Fachbereich 21
Wilhelm-Röpke-Str. 6B
35032 Marburg

Fehlanzeige:

Falls Naturbegegnungen (Spazieren/Wandern/Garten) im Rahmen der therapeutischen Bemühungen Ihres Hauses keine Rolle spielen, nennen Sie uns bitte die Gründe dafür:

Wandern, Walken und Spazieren im therapeutischen Prozess

1. Freizeitwandern

1.1 Empfehlen Sie Ihren mobilen Patienten Wandern / Nordic Walking / Spazieren für die anwendungsfreie Zeit?

- Ja, grundsätzlich
 Ja, in besonderen Fällen auch verordnet
 Nein, das wird den Patienten überlassen

1.2 Geht der Empfehlung eine medizinische Eignungsprüfung voraus?

- Ja
 Nein

1.3 Wenn ja, wie oft sollten Ihre Patienten Wandern / Nordic Walken / Spazieren?

- Täglich
 Mehrmals wöchentlich
 Nur am Wochenende

1.4 Bieten Sie geführte Touren als Freizeitaktivität an? Ja Nein
 Haben Sie einen regelmäßigen Spazier-/Walking/Wandertreff organisiert? Ja Nein

2. Wanderwege

2.1 Verfügen sie im Umfeld über eine Auswahl ausgewiesener Spazier-, Nordic Walking- und/oder Wanderwege?

- Parkwege
 Kleine Spazierwege in freier Landschaft
 Größere Wanderwege
 Kurterrainwege
 Nordic Walking-Strecken
 Sonstige: _____

2.2 Wenn ja, halten Sie konkrete Tourempfehlungen für Ihre Patienten bereit? Ja Nein
 Registrieren Sie diese Aktivitäten in den Behandlungsprotokollen? Ja Nein

3. Therapeutisches Wandern

3.1 In welchen Abteilungen oder Behandlungsprogrammen setzen Sie Spazieren / Wandern / Nordic Walking gezielt als therapeutisches Hilfsmittel ein?

Abteilung/Behandlung	Spazieren	Wandern	Walking

3.2 Welche Kontraindikation sehen Sie für die Nutzung der therapeutischen Potenziale von Wandern/Nordic Walken/Spazieren?

1.	3.
2.	4.

3.3 Welche Ziele verfolgen Sie damit hauptsächlich?

Generelle Erhöhung des Wohlbefindens	Remobilisierung nach Schlaganfall
Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit	Remobilisierung nach Operationen
Stärkung des Immunsystems	Stärkung Herz-Kreislaufsystem
Allgemeine Stimmungsaufhellung	Verbesserung des Zuckerstoffwechsels
Linderung von Depressionen	Verbesserung des Fettstoffwechsels
Abbau von Aggressionen	Abbau Übergewicht
Stärkung des Selbstbewusstseins	Nachbehandlung innerer Erkrankungen
Befriedigung sozialer Bedürfnisse	Normalisierung des vegetativen Systems
Verbesserung sinnlicher Wahrnehmung	Therapie des metabolischen Syndroms
Behandlung nervöser Störungen	Sekundärprävention gegen Krebs
Minderung psychosomatischer Symptome	Stärkung broncho-pulmonales Systems
Normalisierung abweichenden Verhaltens	Änderung des Bewegungsverhaltens
Verringerung des Suchtdruckes	Stärkung muskuloskeletales System
Abbau von Neurosen	Ausgleich von Behinderungen
Behandlung von Geisteskrankheiten	Verzögerung Parkinson
Verlangsamung von Demenzprozessen	Andere:

3.4 Wie groß ist Ihrer Erfahrung nach die optimale Frequenz und Länge für Ausflüge zu Fuß?

- täglich Alle 2-3 Tage Einmal pro Woche
 < 30 min 30-60 min 60-90 min 90-120 min Bis 3 h > 3 h

3.5 Wie umfangreich ist Ihrer Erfahrung nach die optimale Gruppengröße? _____ Personen

3.6 Erhalten die Patienten individuell zugeschnittene Begehungspläne? Ja Nein

3.7 Werden die Patienten während der Bewegung medizinisch überwacht (Puls, Blutdruck, telemetrische Messungen)? Ja Nein

3.8 Welche Einschränkungen sind nach Ihrer Erfahrung beim Therapeutischen Wandern / Spazieren / Nordic Walking zu beachten?

3.9 Stützen Sie sich bei der Gestaltung von Bewegungsprogrammen im Grünen auf systematische Erfahrungen, wissenschaftliche Vorarbeiten oder andere Vorgaben?

- ja nein

Wenn ja, welche?

3.10 Können Sie Ihre Erfahrungen oder Programme stichwortartig beschreiben?

3.11 Können Sie einen erfahrenen Ansprechpartner für eingehendere Nachfragen benennen?

Natur und Gesundheit Ein Gästefragebogen

1. Grüne Natur im Umfeld

Wie beurteilen Sie die Begrünung Ihres Aufenthaltsortes?

Mein persönliches Urteil über	zu viel Grün	gerade richtig	zu wenig Grün
mein Zimmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Räumlichkeiten meiner Klinik/Unterkunft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Umgebung meiner Klinik/Unterkunft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Ortschaft insgesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die weitere Umgebung des Ortes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was ist oder wäre Ihnen außerdem für Ihren Aufenthalt besonders wichtig?

(Sie können mehrere Alternativen ankreuzen!)

in Ihrer Klinik/Unterkunft	an Ihrem Aufenthaltsort
<input type="checkbox"/> Balkon am Zimmer	<input type="checkbox"/> Markierte Wanderwege
<input type="checkbox"/> Ausblick ins Grüne	<input type="checkbox"/> Bequeme Kurwege
<input type="checkbox"/> Gartenanlage am Haus	<input type="checkbox"/> Geführte Wanderungen
<input type="checkbox"/> Mehr Bänke in Hausnähe	<input type="checkbox"/> Nordic Walking Parcours

2. Freizeit vor Ort

Was machen sie besonders gern oder würden sie besonders gern machen?

(Sie können mehrere Alternativen ankreuzen!)

<input type="checkbox"/> Ausflüge	<input type="checkbox"/> Unternehmungen mit anderen
<input type="checkbox"/> Stadt-Bummel	<input type="checkbox"/> Ausruhen
<input type="checkbox"/> Spazieren	<input type="checkbox"/> Schwimmen
<input type="checkbox"/> Wandern	<input type="checkbox"/> Radfahren
<input type="checkbox"/> Joggen	<input type="checkbox"/> (Nordic) Walking

Wo ruhen Sie sich draußen besonders gern aus?

(Sie können mehrere Alternativen ankreuzen!)

<input type="checkbox"/> auf dem Balkon oder der Terrasse	<input type="checkbox"/> in der freien Natur
<input type="checkbox"/> in einem Straßencafé oder Biergarten	<input type="checkbox"/> im einem Garten oder Park

3. Gesundheit

Was trägt Ihrem Empfinden nach neben ärztlichen Bemühungen besonders zu Ihrer Gesundheit bei?

(Sie können mehrere Alternativen ankreuzen!)

<input type="checkbox"/> Besuche von Verwandten und Freunden	<input type="checkbox"/> gesunde Ernährung
<input type="checkbox"/> Mit anderen etwas unternehmen	<input type="checkbox"/> viel Schlaf
<input type="checkbox"/> Ausruhen	<input type="checkbox"/> Aufenthalt im Grünen
<input type="checkbox"/> Wandern oder Spaziergehen	<input type="checkbox"/> Bewegungstherapie, Sport
<input type="checkbox"/> Kur-, Bade- und Wellnessangebote	<input type="checkbox"/> Gespräche mit anderen

4. Spazieren/Wandern

Wandern/Spazieren Sie hier mehr oder weniger als sonst ?

genauso viel weniger mehr

Falls Sie "mehr" angekreuzt haben: Ich gehe mehr, weil

.....

Warum gehen Sie hier spazieren/wandern?

(Sie können mehrere Alternativen ankreuzen!)

<input type="checkbox"/> weil es gesund ist	<input type="checkbox"/> weil ich gerne im Grünen bin
<input type="checkbox"/> weil es mir Spaß macht	<input type="checkbox"/> weil ich mich dann besser fühle
<input type="checkbox"/> weil Bekannte mitgehen	<input type="checkbox"/> weil der Arzt es empfohlen hat

Wie oft sind Sie zu Fuß im Grünen unterwegs?

- mehrmals täglich täglich mehrmals pro Woche
 einmal pro Woche seltener

Wenn sie unterwegs sind: Wie lange laufen Sie dann normalerweise?

- 15min 30min 1Stunde 2Stunden mehr als 2
 Stunden
 Ich würde gerne auch mal länger unterwegs sein

Probleme mit dem Wandern/Spazieren

(Sie können mehrere Alternativen ankreuzen!)

- Ich habe keinerlei Probleme damit
 Ich muss aufpassen, dass ich mich nicht überfordere
 Ich kann mich nicht so gut orientieren
 Ich habe nicht die nötige Ausrüstung

5. Wanderlust und -frust

Die folgenden Fragen richten sich nur an diejenigen, die gerne spazieren oder wandern. Andernfalls machen Sie bitte mit Frage Nr. 6 weiter

Es gibt viele Motive zum Wandern. Welche sind Ihnen besonders wichtig?

(Sie können mehrere Alternativen ankreuzen!)

<input type="checkbox"/> Kennenlernen der Gegend <input type="checkbox"/> Natur und Landschaft genießen <input type="checkbox"/> Etwas mit anderen unternehmen	<input type="checkbox"/> Körperliche Leistung testen <input type="checkbox"/> Allein sein <input type="checkbox"/> Abschalten
<input type="checkbox"/> Freude an der Bewegung <input type="checkbox"/> Verbesserung der Gesundheit <input type="checkbox"/> Zu sich selbst finden	<input type="checkbox"/> Sehenswürdigkeiten besichtigen <input type="checkbox"/> Stille der Natur <input type="checkbox"/> Interesse an Pflanzen und Tieren

Wie fühlen Sie sich nach dem Wandern/Spazieren?

(Sie können mehrere Alternativen ankreuzen!)

<input type="checkbox"/> körperlich entspannter	Ich habe danach öfter Probleme mit
<input type="checkbox"/> seelisch ausgeglichener	<input type="checkbox"/> der Atmung <input type="checkbox"/> meiner Allergie
<input type="checkbox"/> geistig fitter	<input type="checkbox"/> dem Rücken <input type="checkbox"/> den Beinen/Füßen
<input type="checkbox"/> erschöpft	<input type="checkbox"/> Herz/Kreislauf
<input type="checkbox"/> kein Unterschied	<input type="checkbox"/> Sonstiges:

Wo wandern/spazieren Sie besonders gern?

(Sie können mehrere Alternativen ankreuzen!)

<input type="checkbox"/> auf dem Klinikgelände	<input type="checkbox"/> im freien Feld
<input type="checkbox"/> in der Ortslage	<input type="checkbox"/> im Wald
<input type="checkbox"/> im Park	<input type="checkbox"/> am Wasser

Welche Wege gehen Sie beim Wandern/Spazieren besonders gern?

(Sie können mehrere Alternativen ankreuzen!)

<input type="checkbox"/> fast immer dieselben	<input type="checkbox"/> breite Wege
<input type="checkbox"/> immer auch mal neue	<input type="checkbox"/> befestigte Wege
<input type="checkbox"/> abwechslungsreiche Wege	<input type="checkbox"/> asphaltierte Wege
<input type="checkbox"/> was mir spontan gefällt	<input type="checkbox"/> schmale Pfade
<input type="checkbox"/> möglichst ebene Wege	<input type="checkbox"/> Erd- und Graswege

Worauf legen sie unterwegs besonders Wert?

(Sie können mehrere Alternativen ankreuzen!)

<input type="checkbox"/> Wegweiser	<input type="checkbox"/> Notrufhilfen
<input type="checkbox"/> Wander-Markierungen	<input type="checkbox"/> Erreichbarkeit mit Rettungswagen
<input type="checkbox"/> Bänke	<input type="checkbox"/> Papierkörbe
<input type="checkbox"/> Informationstafeln	<input type="checkbox"/> Schutzhütten
<input type="checkbox"/> WCs am Wege	<input type="checkbox"/> Einkehrmöglichkeiten

6. Zum Schluss noch einige Routineangaben für die Statistik:

- Ihr Alter: Jahre
- Ihr Geschlecht: männlich weiblich
- Ihr höchster Bildungsabschluss (Ihre zur Zeit besuchte Bildungseinrichtung):
 - Standard (z.B. Hauptschule) Abitur, Fachabitur
 - Mittlerer Abschluss (z.B. Realschule) Hochschule / Fachhochschule
- Wo sind sie hier untergebracht? Klinik Hotel, Pension, Kurheim
- Wenn Sie Klinikpatient sind, in welcher Abteilung werden Sie behandelt?
 - Herz-Kreislauf Innere Diabetes, Stoffwechsel
 - Orthopädie Rheuma Psychosomatik Psychiatrie
 - Chirurgie Urologie Gynäkologie Haut
 - Atemwege HNO, Augen sonstige:Sonstige:

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Verantwortlich: Dr. R. Brämer, Forschungsgruppe Wandern der Universität
Marburg