

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Sciences
Studiengang Health Sciences

Die Begleitperson- ein Konsument von gesundheitlichen Dienstleistungen?

Eine Machbarkeitsstudie - Konzeptentwicklung, Kalkulation und
Marktanalyse von Reha- und Kurbegleitpersonprogrammen in der
Primärprävention und im Medical Wellness Sektor

Bachelorarbeit

Tag der Abgabe:

31.08.2010

Vorgelegt von:

Christiana Döring

Betreuende Prüfende: Frau Prof. Seibt

Zweiter Prüfer: Herr Prof. Reintjes

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	1
Abbildungsverzeichnis	3
1. Hintergrund der Begleitpersonprogramme	4
1.1 Einleitung	4
1.2 Begriffsbestimmungen und Abgrenzungen gesundheitlicher Dienstleistungen	6
1.2.1 Einordnung der Definitionen Gesundheitsförderung und Prävention	6
1.2.1.1 Gesundheitsförderung	7
1.2.1.2 Prävention	7
1.2.2 Einordnungen der Begrifflichkeiten der Rehabilitationswissenschaften	9
1.2.3 Kurmedizin	10
1.2.4 Die Trendbegriffe Wellness und Medical Wellness	10
1.2.4.1 Wellness	11
1.2.4.2 Medical Wellness	11
1.2.5 Das Konzept „Betriebliche Gesundheitsförderung“	12
1.3 Die Begleitperson	13
1.3.1 Die Rolle der sozialen Unterstützung einer Begleitperson	13
1.3.2 Abgrenzung Rehabegleitperson und Kurbegleitperson	14
1.4 Ort der Umsetzung für das geplante Konzept: Deutsches Zentrum für Präventivmedizin, Fachabteilung der Rehabilitationsklinik Damp Holding AG	15
2. Elemente der Begleitpersonprogramme	16
2.1 Inhalt des Rehabegleitpersonprogramms	17
2.1.1 Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten	17
2.1.1.1 Nordic Walking	18
2.1.1.2 Aqua Jogging	19
2.1.1.3 Seminareinheit „Bewegung und körperliches Training“	20
2.1.2 Handlungsfeld Stressbewältigung und Entspannung	21
2.1.2.1 Brandungsgymnastik	22
2.1.2.2 Entspannungsverfahren: Progressive Muskelrelaxation	22
2.1.2.3 Seminareinheit „Stress und Stressbewältigung“	23
2.2 Inhalt des Kurbegleitpersonprogramms	23
2.2.1 Handlungsfeld „Bewegungsgewohnheiten“	24
2.2.2 Wellnesseinheiten	24
2.2.2.1 Wellness Arrangement 1 „Strandfeeling“	24
2.2.2.2 Wellnessarrangement 2 „Aqua Motion“	25
3. Rahmenbedingungen der Konzeptentwicklung	26
3.1 Gesetzesgrundlagen der Begleitpersonprogramme	26
3.2 Finanzierung von primärpräventiven Maßnahmen	27

3.3 Kalkulationen der Begleitpersonprogramme -----	28
4. Markt- und Konkurrenzanalyse -----	32
4.1 Der Gesundheitsmarkt -----	32
4.1.1 Gesundheit als höchstes Gut -----	33
4.1.2 Angebot und Nachfrage gesundheitlicher Dienstleistungen-----	33
4.2 Konkurrenzanalyse der Begleitpersonprogramme -----	34
4.3 Empirische Untersuchung der Nachfrage von Begleitpersonprogrammen-----	35
4.3.1 Untersuchungsziele -----	36
4.3.2 Festlegung der Untersuchungsform -----	36
4.3.3 Stichprobe der Interessentenpopulation -----	37
4.3.4 Datenerhebungsinstrument der Fragebogen und seine Konstruktion -----	37
4.3.5 Pretest -----	40
4.3.6 Durchführung der Datenerhebung -----	40
4.3.7 Datenauswertung und -analyse -----	41
4.3.8 Ergebnisse der Stichprobe „Rehabbegleitperson“-----	42
4.3.9 Ergebnisse der Stichprobe „Kurbegleitperson“ -----	45
4.3.10. Ergebnisse der Stichprobe „Kurgast“-----	47
5. Fazit-----	51
Literaturverzeichnis -----	55
Eidesstattliche Erklärung-----	60
Anhang-----	61

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zusammenhang der Begleitpersonprogramme mit den unterschiedlichen Bereichen gesundheitlicher Dienstleistungen, erstellt von Christiana Döring	6
Abbildung 2: Abgrenzung Medical Wellness und Kur bzw. Rehabilitation, (Lanz Kaufmann, 1999)	12
Abbildung 3: Wirksamkeit von sozialer Unterstützung, selbst erstellt unter Verwendung der Daten von (Reschke & Schumacher, 2001)	15
Abbildung 4: Gegenüberstellung der Inhalte der Begleitpersonprogramme	16
Abbildung 5: Kalkulation Rehabegleitpersonprogramm, erstellt von Christiana Döring	29
Abbildung 6: Kalkulation Kurbegleitpersonprogramm, erstellt von Christiana Döring	30
Abbildung 7: Konkurrenzanalyse Begleitpersonprogramme in Deutschland, erstellt von Christiana Döring	35
Abbildung 8: Ergebnisse Stichprobe "Rehabegleitperson" Frage 2	42
Abbildung 9: Ergebnisse Stichprobe "Rehabegleitperson" Frage 6	43
Abbildung 10: Ergebnisse Stichprobe "Rehabegleitperson" Frage 7	44
Abbildung 11: Ergebnisse Stichprobe "Rehabegleitperson" Frage 8	44
Abbildung 12: Ergebnisse Stichprobe „Kurbegleitperson“ Frage 2	45
Abbildung 13: Ergebnisse Stichprobe "Kurbegleitperson" Frage 6	46
Abbildung 14: Ergebnisse Stichprobe "Kurbegleitperson" Frage 8	47
Abbildung 15: Ergebnisse Stichprobe "Kurgast" Frage 2	48
Abbildung 16: Ergebnisse Stichprobe "Kurgast" Frage 6	49
Abbildung 17: Ergebnisse Stichprobe "Kurgast" Frage 7	50
Abbildung 18: Ergebnisse Stichprobe "Kurgast" Frage 8	50

1. Hintergrund der Begleitpersonprogramme

1.1 Einleitung

Ein Sprichwort des irischen Schriftstellers Oscar Wilde lautet „*Gesundheit ist die erste Pflicht im Leben.*“ Damit charakterisiert er Gesundheit als eine aktiv lebenslänglich herzustellende körperliche, seelisch- geistige und soziale Balance.

Im Rahmen des Praxissemesters¹ der Autorin im Deutschen Zentrum für Präventivmedizin, als Fachabteilung der Rehaklinik Damp arbeitete diese in den operativen Bereichen der Durchführung, Planung, Organisation, Personalrekrutierung und im Management von Seminaren, Sporteinheiten, Therapien sowie medizinischer und physiotherapeutischer Diagnostik im präventivmedizinischen Sektor. Der Arbeitsbereich erstreckte sich des Weiteren auch über die Therapieplanerstellung medizinischer Anwendungen und Seminare für Rehabegleitpersonen nach rezeptpflichtiger Verordnung oder das Buchen von Therapien auf Selbstzahlerbasis. U.a. gehörte auch die Betreuung von Gästen der Betrieblichen Gesundheitsförderung dazu.

Im Rahmen des engen alltäglichen Kundenkontaktes ergaben sich Gespräche mit den Gästen, die Fragen nach Beschäftigungsmöglichkeiten von mitgebrachten Partnern oder dem Besuch von Freunden aufwarfen. Auch stellten sie die Frage, ob dieser Partner teilweise an den Veranstaltungen der Regenerationskur oder des Gesundheitstrainings teilnehmen könnten. Dies musste allerdings verneint werden, da diese Betriebliche Gesundheitsförderung vom Arbeitgeber finanziell getragen wird und keine außenstehenden Personen zusätzlich daran teilnehmen können bzw. mitfinanziert werden. Ein spezieller Gast erbat eine Zusammenstellung von Anwendungen und Aktivitäten für seine Frau. Dies gestaltete sich aber als eine aufwendige Aufgabe, wenn mehrere Gäste pro Gruppe diese Leistung in Anspruch nehmen wollten und kein präventivmedizinisches Konzept für Begleitpersonen existierte.

Aus diesen Aspekten ergab sich für die Autorin die Idee der Entwicklung eines Begleitpersonprogramms für Begleitpersonen von Kurgästen. Aufgrund der Attraktivität für die zukünftigen Konsumenten sollte eine Bezuschussung von Teilen des Angebots durch die Krankenkasse möglich sein. Da primärpräventive Leistungen für jede Person zugänglich sein sollten, entwickelte sich zusätzlich die Idee für Rehabegleitpersonen ein finanziell subventionierbares Programm zu entwerfen. Herangetragen wurde die umfassende Ideenfindung an den Bereichsleiter des Therapiecentrums und des Deutschen Zentrums für Präventivmedizin Damp, woraufhin die Autorin erste Konzeptentwürfe und Kalkulationen vorlegte.

In der vorliegenden Arbeit wird nun die Fragestellung erörtert, ob Begleitpersonen von Kurgästen und Rehabilitanden eine Zielgruppe der Konsumenten von gesundheitlichen Dienstleistungen darstellen. Eine Begleitperson ist eine freiwählbare Person, die einen Patienten bzw. einen Kurgast während seines Aufenthaltes in einer medizinischen oder auch touristischen Einrichtung einen festgelegten Zeitraum begleitet.

¹ Pflichtpraktikum von mindestens 16 Wochen im Studiengang Gesundheitswissenschaften an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Im Rahmen des Praktikums im Deutschen Zentrum für Präventivmedizin und dieser Abschlussarbeit wurden zwei Begleitpersonprogramme eigenständig entworfen:

- Das Rehabegleitpersonprogramm ist ein Angebot zur Förderung und zum Erhalt der Gesundheit sowie zur Verhinderung gesundheitlicher Schädigungen durch gezielte Aktivitäten und Maßnahmen während des Aufenthaltes als Begleitperson eines Rehabilitanden. Der Preis pro Woche beläuft sich auf 399 Euro inklusive Vollpension. Dieses Programm wird nach dem Sozialgesetzbuch V, § 20 zertifiziert und somit kann in Vorabsprache eine Bezuschussung der Krankenkasse in Höhe von max. 150 Euro erhalten werden. In dieser Woche können die Angebote der Handlungsfelder Bewegungsgewohnheiten und Stressbewältigung sowie Entspannung wahrgenommen werden.
- Das Kurbegleitpersonprogramm ist ebenso ein Angebot zur Förderung und zum Erhalt der Gesundheit sowie zur Verhinderung gesundheitlicher Schädigungen durch gezielte Aktivitäten und Maßnahmen während des Aufenthaltes als Begleitperson eines Kurgastes einer Regenerationskur oder eines Gesundheitstrainings der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Es wird ein Preis von 300 Euro pro Woche für alle Aktivitäten und Anwendungen veranschlagt. Dieses Programm wird nach dem Sozialgesetzbuch V, § 20 zertifiziert und kann durch die Krankenkasse in Höhe von max. 75 Euro finanziell subventioniert werden. Inhalte dieser Woche sind Angebote des Handlungsfeldes Bewegungsgewohnheiten und zwei Wellnesseinheiten.

Im Rahmen dieser Bachelorarbeit wurde eine Machbarkeitsstudie der Reha- und Kurbegleitpersonprogramme in der Präventivmedizin und im Medicalwellnesssektor durchgeführt.

Einleitend erläutert sind Begriffsbestimmungen und Abgrenzungen von gesundheitlichen Dienstleistungen, die als Grundlage für die Konzepterstellung dienen. Anschließend folgt eine Beschreibung des Begriffs und der Rolle von Begleitpersonen als Zielgruppe der von der Autorin entworfenen Programme. Ort der Umsetzung der Konzepte von Reha- und Kurbegleitpersonen ist die Fachabteilung „Deutsches Zentrum für Präventivmedizin“ der Rehaklinik Damp. Im nächsten Schritt werden die präventivmedizinischen und wellnessbezogenen Elemente des Rehabegleitperson- und Kurbegleitpersonprogramms aufgeführt und deren Auswahl, Zusammensetzung sowie Wirksamkeit ausführlich belegt und begründet. Die weitere Vorgehensweise dieser Machbarkeitsstudie beinhaltet die Zusammenstellung der Rahmenbedingungen für die vorliegenden Konzepte. Diese umfassen die juristischen und finanziellen planerischen Voraussetzungen, wie die Gesetzesgrundlagen, die Finanzierung und die speziellen Kalkulationen der zwei Begleitpersonprogramme. Um eine praktische und wirtschaftlich effiziente Durchführbarkeit der Programme zu gewährleisten, wurde im Rahmen dieser Machbarkeitsstudie eine Markt- und Konkurrenzanalyse erarbeitet. Als Grundlage für weitere Analysen wird hierbei anfänglich der Gesundheitsmarkt mit dem Gut „Gesundheit“ sowie Angebot und Nachfrage gesundheitlicher Dienstleistungen betrachtet. Darauf aufbauend folgt die Konkurrenzanalyse mit der Auflistung und Bewertung der potenziellen Konkurrenten. Die Verhaltensweisen der Zielgruppen determinieren die Marktsituation und entscheiden über die Annahme bzw. Akzeptanz und damit über den Erfolg der Konzepte. Um diese Erkenntnisse zu erlangen, wurde abschließend eine empirische Untersuchung der Nachfrage von

Begleitpersonprogrammen mit den Schritten der Festlegung der Untersuchungsziele, der Untersuchungsform, der Stichprobe der Interessentenpopulation, dem Datenerhebungsinstrument und die Durchführung der Datenerhebung sowie die Datenauswertung und die Darstellung der Ergebnisse durchgeführt. Die Bachelorthesis endet mit dem Fazit der Begleitpersonprogramme, welches sich aus der Zusammenfassung der wesentlichen Erkenntnisse und Ergebnisse sowie letztendlich der Beurteilung der Machbarkeit der vorliegenden Konzepte und einen Ausblick auf mögliche weitergehende Forschungen, zusammensetzt.

1.2 Begriffsbestimmungen und Abgrenzungen gesundheitlicher Dienstleistungen

Der Bereich gesundheitlicher Dienstleistungen in Deutschland setzt sich aus dem Gesundheitswesen, welcher auch als erster Gesundheitsmarkt definiert wird, mit gesetzlichen Leistungen zur klassischen Gesundheitsversorgung und einem Markt mit allen privat finanzierten Produkten und Leistungen, dem s.g. zweiten Gesundheitsmarkt zusammen. (Dörpinghaus, 2009) Gesundheitliche Dienstleistungen umfassen somit alle Leistungen und Interventionen, die sich ausdrücklich an einem Gesundheitsziel orientieren und Einfluss auf das Befinden und Wohlergehen des Empfängers der Dienstleistung nehmen. Hinzuzufügen ist, dass Gesundheitsdienstleistungen nur in Anwesenheit des Empfängers bzw. des Patienten erbracht werden können. (Niehoff (et al.), 2006) In dem folgenden Kapitel werden die Bereiche gesundheitlicher Dienstleistungen aufgezeigt, in denen das Rehabbegleitpersonprogramm und das Kurbegleitpersonprogramm agieren. Den Zusammenhang der unterschiedlichen gesundheitlichen Dienstleistungen stellt die nachstehende Grafik dar.

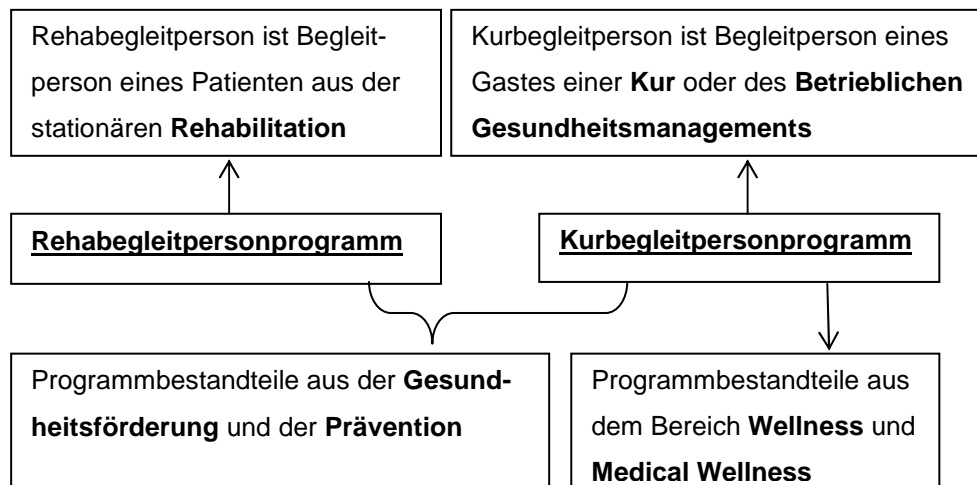


Abbildung 1: Zusammenhang der Begleitpersonprogramme mit den unterschiedlichen Bereichen gesundheitlicher Dienstleistungen, erstellt von Christiana Döring

1.2.1 Einordnung der Definitionen Gesundheitsförderung und Prävention

Die Aufgabenfelder der Gesundheitsförderung und Prävention sind nicht klar abzugrenzen, da sowohl Gemeinsamkeiten sowie Unterschiede in den zwei Konzepten bestehen. Beide Konzepte

sind Bestandteile der medizinischen Versorgung und als sich gegenseitig ergänzend zu betrachten. Allerdings ist der Schwerpunkt der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland auf die Kuration und Therapie von Krankheiten ausgerichtet.

1.2.1.1 Gesundheitsförderung

Gemäß der Ottawa Charta wird dem Konzept der Gesundheitsförderung ein Prozesscharakter zu Grunde gelegt. Ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit und die Befähigung zur Stärkung dieser Gesundheit stellen die übergeordneten Ziele dar. Fünf vorrangigen Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung werden in der Ottawa Charta besondere Bedeutung zugesprochen. Betont wird die Herstellung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, die Errichtung von gesundheitsfördernden Lebenswelten, die Entwicklung von eigenen gesundheitsbezogenen Kompetenzen, die Unterstützung von Gesundheit betreffenden Interventionen der Gemeinschaft und eine Neureglung, sowie -ausrichtung der Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen. (Kickbusch, Walter, & Schwartz, 2003)

Die Strategie der Gesundheitsförderung wird als eine Promotionsstrategie charakterisiert, die sich durch eine Stärkung der gesundheitlichen Entfaltungsmöglichkeiten kennzeichnet. (Hurrelmann, Klotz, & Haisch, Einführung: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, 2007)

Des Weiteren kann Gesundheitsförderung auch als ein Gesundheitsgewinn für den allgemeinen Gesundheitszustand der gesamten Bevölkerung definiert werden. Er verbessert alle gesundheitlichen Bedingungen und kann in Folge dessen, die Gesundheitspotenziale einer Gesellschaft ausdehnen und Krankheitsrisiken schwächen. (Hurrelmann, Gesundheitssoziologie Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, 2003)

Die Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen orientiert sich an der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen, -potenziale und Schutzfaktoren von Menschen und nicht an Krankheitsrisiken. (Franzkowiak, Kaba- Schönstein, Lehmann, & Sabo, 2003) Jeder Mensch erfährt unterschiedliche gesundheitliche Beanspruchungen, die sich in gesundheitliche Belastungen und gesundheitliche Ressourcen aufteilen lassen. Bestandteile gesundheitlicher Ressourcen sind u.a. das Selbstbewusstsein, Partizipations- und Handlungsspielräume, soziale Netzwerke, Bildung oder Einkommen. (von Troschke, 2008)

Zu den Zielgruppen dieses Konzeptes zählen Bevölkerungsgruppen, die nicht als krankheitsbezogene Risikogruppe eingegrenzt sind, sondern bestimmte Gruppen von Personen mit gleichen Merkmalen und Zugangswegen, wie z.B. die Schüler einer Schule oder Kinder mit einem bestimmten Migrationshintergrund. (Brößkamp- Stone, Schwartz, & Walter, 2003)

1.2.1.2 Prävention

Der Fachausdruck Prävention leitet sich von dem lateinischen Wortstamm „*praevenire*“ ab und lässt sich mit dem Verb „*zuvorkommen*“ übersetzen. (Wilken, Cernavin, Hamacher, Köchling, & Schlütter, 1998) Erstmals angewandt wurde dieser im 19. Jahrhundert im Kontext der Sozialmedizin. (Hurrelmann, Klotz, & Haisch, Einführung: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, 2007) Prävention lässt sich als Krankheitsverhütung, Verhinderung bzw. Verzögerung von gesundheitlichen Schädigungen und deren Wahrscheinlichkeiten oder einer bereits bestehenden Krankheit definieren. Ebenfalls werden gezielte Interventionen zur Gesunderhaltung angewandt.

(Kickbusch, Walter, & Schwartz, 2003) Damit ist auch zu erklären, dass Prävention auf der Grundlage einer Prognose über ein noch in der Zukunft einzutretendes Ereignis basiert. Mit dem Konzept der Prävention wird davon ausgegangen, dass Risikofaktoren einen Krankheitsverlauf beeinflussen. Hierzu zählen u.a. genetische, physiologische und psychische Veranlagungen, behaviorale und regionale umweltbezogene Dispositionen. (Hurrelmann, Klotz, & Haisch, Einführung: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, 2007) Auf einer Progredienzachse lässt sich die Prävention in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterscheiden. Primärprävention setzt zeitlich vor dem Auftreten von Krankheiten an. (Rau & Pauli, 2004) Sie zielt auf die Abstinenz der Exposition von exogenen Schädigungen, die Reduzierung der Inzidenzrate bzw. der Eintrittswahrscheinlichkeit einer Erkrankung oder eines personengebundenen Risikos in einer Population. Hiermit impliziert sie alle Interventionen, die die organismische Widerstandskraft vergrößern, die Umweltfaktoren verändern, Risikofaktoren bekämpfen und damit der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung dienen. (Franzkowiak, Kaba- Schönstein, Lehmann, & Sabo, 2003) Mit der Sekundärprävention werden Maßnahmen zur Erkennung von symptomlosen beschwerdefreien Krankheitsfrühstadien bezeichnet. Folglich gehören krankheitsspezifische Interventionen wie Gesundheitschecks, Vorsorgeuntersuchungen sowie Früherkennungsmaßnahmen dazu. Zielgruppe dieser Maßnahmen sind zum einen Einzelpersonen oder auch Bevölkerungsgruppen, die durch die Durchführung von Früherkennungs- oder Filteruntersuchungen, die Rolle eines Patienten zugeschrieben bekommen. Die Zielsetzung all dieser Interventionen besteht im Reduzieren der Progredienz chronischer oder fortgeschrittener Erkrankungen. (Buser, Schneller, & Wildgrube, 2007) Die Tertiärprävention setzt im Zeitpunkt nach der Manifestation oder der Akutbehandlung einer Erkrankung an und hat in Folge dessen Patienten mit chronischen Beeinträchtigungen und Rehabilitanden als Zielgruppe. Der Zweck dieser Interventionen liegt in der Vermeidung und Eindämmung von bereits aufgetretenen Krankheiten in der Intensität, von Folgeschäden, von Chronifizierungen und von Rückfällen. (Niehoff (et al.), 2006) In diesem Zusammenhang trifft der Begriff der Tertiärprävention mit der Rehabilitation aufeinander. Rein krankheitsorientierte Interventionen sind der Tertiärprävention zuzuordnen. Die Rehabilitation hingegen umfasst medizinisch – therapeutische und zusätzlich auch noch psychosoziale und schulisch- berufliche Interaktionen, die die Leistungsfähigkeit eines Menschen im Leben wieder herstellen. (Hurrelmann, Klotz, & Haisch, Einführung: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, 2007) Präventionsmaßnahmen greifen an unterschiedlichen Ansätzen und Strategien an, um das Ziel des Gesundheitsgewinns zu verfolgen. Zu nennen ist hierbei einerseits die Verhaltensprävention, die bei einer Veränderung des (Risiko-) Verhaltens und der Motivation von Einzelpersonen oder Gruppen ansetzt und damit auf den individuellen Gesundheitszustand oder das Gesundheitsverhalten einwirkt. Die Verhältnisprävention nimmt Einfluss auf die Gesundheit bzw. Krankheit von Personen durch Veränderungen der Lebensbedingungen und der ökologischen, sozialen, technischen oder materiellen Umwelt. Des Weiteren ist noch die medizinische Prävention zu ergänzen, welche mit medizinischer Diagnostik und Kuration arbeitet. (Franzkowiak, Kaba- Schönstein, Lehmann, & Sabo, 2003) Übergeordnetes Ziel ist in allen zu unterscheidenden Strategien und Ansätzen der Prävention die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung durch edukative Interventionen, wie u.a. die Aufklärung und Beratung,

normativ- regulative Verfahren, wie z.B. gesetzliche Vorschriften und ökonomische und damit materielle Anreiz- oder Bestrafungssysteme. (Leppin, 2007)

1.2.2 Einordnungen der Begrifflichkeiten der Rehabilitationswissenschaften

Rehabilitation lässt sich als ein mehrfach interdisziplinäres Management der funktionalen Gesundheit definieren. (Gutenbrunner & Glaesener, 2007) Sie beinhaltet damit Interventionen zur Befähigung benachteiligter Personen zu einer selbstständigen Lebensführung, zur Teilhabe an einem gesellschaftlichen Leben und die Beseitigung negativer Krankheitsfolgen, sowie die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. (Niehoff (et al.), 2006) Der Ausdruck „funktionale Gesundheit“ geht davon aus, dass sich der Mensch durch seine Handlungen und die Aktivitäten der sozialen Interaktionen charakterisieren lässt und nicht nur auf seine physiologischen und psychischen Funktionen und Dispositionen eingegrenzt ist. (Gutenbrunner & Glaesener, 2007) Dieser Begriff und damit auch die Definition der Rehabilitation sind auf der Basis des biopsychosozialen Modells der Rehabilitation der Weltgesundheitsorganisation entstanden. Das Hauptziel einer rehabilitativen Maßnahme ist die Lebensqualitätsverbesserung. Mit drei praxisbezogenen Strategien kann die Zielsetzung einer gesundheitsfördernden Lebensqualität erreicht werden. Unter Verwendung der kurativen Strategie werden funktionale und strukturelle Beeinträchtigungen behandelt. Anhand der präventiven Strategien werden weitere Einschränkungen von Körperfunktionen, Aktivitäten und Partizipation reduziert bzw. eingedämmt. Letztendlich ist die rehabilitative Strategie der Ansatz der Wiederherstellung und der Kompensation von Fertigkeiten für ein selbstverantwortliches Leben in der Gesellschaft. (Gutenbrunner & Glaesener, 2007)

Allerdings werden ebenfalls auch gesundheitsökonomische Ziele der Kostenminimierung direkter medizinischer und indirekter Kosten verfolgt, wie z.B. der Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“, der das Eintreten von Rentengründen eindämmen und hinausschieben soll. (Schott, 2006)

Somit bedient die Rehabilitation die Leistungsbereiche der medizinischen Rehabilitation mit ärztlich angeordneten Maßnahmen der medizinischen Versorgung, die schulische und berufliche Rehabilitation zur Teilhabe am Arbeitsleben einschließlich der Ausbildung, Umschulung oder auch Steigerung der Arbeitsleistung und die soziale Rehabilitation mit Interventionen der familiären, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Integration. (Gutzwiller & Paccaud, 2007)

Zu der Zielgruppe von Interventionen der rehabilitativen Medizin zählen Patienten, die durch Krankheit, angeborenes Leiden, Behinderung oder durch Einwirken von äußeren Schädigungen und den damit verbundenen Verletzungen beeinträchtigt, eingeschränkt, benachteiligt oder bei denen Beeinträchtigungen zu erwarten sind. (Delbrück & Haupt, 1998)

Leistungen der Rehabilitation können in unterschiedlichen Einrichtungen ambulant, teilstationär oder stationär erbracht werden, die rehabilitative Angebotsformen, nach der Definition einer Rehabilitationsleistung im Sozialgesetzbuch V, bereitstellen. (Koch, Bengel, Gerdes, Weis, Bürger, & Buschmann - Steinhage, 2000) Zu den ambulanten Einrichtungen der Rehabilitation zählen u.a. ambulante Reha- Zentren, physiotherapeutische Praxen, oder auch Rehabilitationssport in lizenzierten Fitnessstudios. Die Tagesklinik erbringt rehabilitative Angebotsformen der teilstationären Rehabilitation. Die größte Anzahl von rehabilitativen Leistungen läuft stationär in Akutkrankenhäusern, in berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken, in Vorsorge- und Rehakliniken, wie z.B. Sanatorien,

Kurkliniken, Schwerpunktkliniken oder Fachkliniken ab. Die Rehakliniken zeichnen sich durch die Besonderheit aus, dass die Arbeit und folglich auch der Ansatz der Interventionen auf einem spezifischen, wissenschaftlich aktuellen Rehabilitationskonzept beruhen, dass sich an dem allgemeinen krankheitsübergreifenden Rehabilitationskonzept des Vereins Deutscher Rentenversicherungen anlehnt. Dieses Konzept beinhaltet Leitlinien der funktionellen und psychosozialen Diagnostik der Erkrankung oder der Schädigung, die Erstellung eines Rehabilitationsplans für den einzelnen Patienten, die Durchführung von Therapiemaßnahmen, die Förderung der Einstellung zu der Erkrankung und die Information des Patienten, eine Verhaltensmodifikation mit dem Ziel einer gesundheitsfördernden Lebensweise, eine Kompensation von Fähigkeitsstörungen, das Einbeziehen von Bezugspersonen, das Unterstützen der Eigenverantwortung, eine Vorbereitung auf den häuslichen und beruflichen Alltag sowie abschließend eine Qualitätssicherung. (Delbrück & Haupt, 1998)

1.2.3 Kurmedizin

Nach der Gesetzesgrundlage des Sozialgesetzbuches V § 23 Absatz 2, 24 und 40 Absatz 1 ist eine Kur eine Leistung, die sich nur auf ambulante und stationäre Vorsorgekuren (früher Verwendung des Begriffs „Badekur“), Müttergenesungskuren und ambulante Rehabilitationskuren an einem Kurort bezieht. Nach der Rechtsprechung der Rentenversicherung wird der Begriff Kur nicht verwendet, sondern nur medizinische Leistungen zur Rehabilitation werden im § 15 SGB V erwähnt. Definiert wird eine Kur als eine ambulante oder stationäre Vorsorge- oder Heilbehandlung, bei der die natürlichen ortsgebundenen oder ortsüblichen Heilmittel des Bodens, des Klimas, der Luft und des Meeres zur Anwendung gebracht werden. Sie kann nur in einer Kurklinik, einer Rehaklinik oder in einer Fachklinik in einem staatlich anerkannten Kurort, also wohnortsfern durchgeführt werden. (Delbrück & Haupt, 1998) Die Zielsetzung fokussiert auf die Stärkung der Gesundheit, das Beseitigen von Regulationsstörungen und die Unterstützung der Genesung von Krankheiten bzw. Leiden durch das Einsetzen von unspezifischen Reizen. (Uhlemann, Lange, & Seidel, 2007) Entgegengesetzt zu der Rehabilitation, welche, einen an alltägliche Situationen angepassten Tagesablauf, verfolgt, richtet sich dieser während einer Kur streng nach dem Kurregime und hält an festen Ruhe- und Erholungszeiten fest. Wesentliche Unterscheidungsmerkmale von der Rehabilitation im Gegensatz zur Kur sind die Verwendung der ortsgebundenen Heilmittel als Therapiemittel nur bei gezielten Indikationen, eine schulmedizinische Pharmakotherapie, anstelle eines häufigen Einsatzes von Naturheilmitteln und die Breite der angebotenen medizinischen Fachgebiete gegenüber einer überwiegenden Bereitstellung von medizinischem Fachpersonal aus den Bereichen der physikalischen Medizin, Naturheilverfahren, Rheumatologie und Bademedizin. Ebenfalls ist die Therapiedauer nicht eingeschränkt auf den Klinikaufenthalt sondern berücksichtigt zusätzlich die Nachsorge am Wohnort. (Delbrück & Haupt, 1998)

1.2.4 Die Trendbegriffe Wellness und Medical Wellness

Motive der erhöhten privaten Ausgaben für die Inanspruchnahme von Wellnessanwendungen liegen u.a im steigenden Nachfragepotenzial der Bevölkerung nach einer Work-Life- Balance, einer Verbesserung der Lebensqualität, einer reduzierten Stressbelastung und damit nach Ruhe und Entspannung, sowie nach mehr Selbstkompetenz, Self-Empowerment und individueller Eigenver-

antwortung für eine ganzheitliche Gesundheit. (Baumgarten & Joensson, 2005) Gründe hierfür sind Stressoren, die Komplexitätssteigerung und Reizüberflutungen in jeglichen Bereichen einer modernen Industriegesellschaft. (Dörpinghaus, 2009)

1.2.4.1 Wellness

In der einschlägigen Literatur ist eine Vielzahl von unterschiedlichen Definitionen zu dem Begriff Wellness zu finden. Die Abstammung des Begriffes ist nicht genau festgelegt. Im 17. Jahrhundert wurde in der altenglischen Sprache „wealnesse“ als ein Synonym für „gute Gesundheit“ benutzt. Der Sozialmediziner Halbert L. Dune publizierte als Erster diese Thematik der „High Level Wellness“ und nach ihm besteht die Abstammung aus der Kombination der Wörter „well-being“ und „fitness“. (Dörpinghaus, 2009) Im Gesundheitswegweiser der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung beschreibt der Deutsche Wellness Verband diesen Begriff als ein Gesundheitskonzept. Darin wird Gesundheit als mehrdimensionaler, systematischer Prozess dargestellt, dessen Grundlage die Wahrnehmung der Eigenverantwortung für das eigene und Umfeld bezogene Wohlbefinden ist. Daraus resultierend werden Interventionen der Prävention und Gesundheitsförderung entwickelt, in denen individuelle sowie kollektive Lebensstile und gesundheitsrelevante Lebens- und Arbeitsbedingungen im Mittelpunkt stehen. (Baumgarten & Joensson, 2005) In der Literatur wird Wellness ebenfalls als „ein aktives und selbst verantwortliches Bemühen um die eigene Gesundheit, mit dem Ziel, ein Gleichgewicht von Körper, Geist und Seele herzustellen, einen Zustand von Wohlbefinden und guter Gesundheit“ beschrieben. (Pilz- Kusch, 2001, S. 12) Somit stellt Wellness seinen Ansatz an der Schnittstelle des eigenverantwortlichen Individuums der Gesundheitsförderung her. Allerdings hat diese einen immens umfangreicheren Interventionsansatz, welcher sich aus der Ottawa Charta ableitet. (Dörpinghaus, 2009)

Gemeinsamkeiten von Wellness und Gesundheitsförderung bestehen in der Konzeptgrundlage auf die Definition von Gesundheit der WHO und von Gesundheit als Kontinuum. Hierbei wird Wellness, wie auch Gesundheit, Krankheit als entgegengesetzter Pol gegenübergestellt und die Bewegung in Richtung Wohlbefinden als Prozess charakterisiert. Weitere Gemeinsamkeiten liegen in der ganzheitlichen Betrachtung des Menschen, der Mehrdimensionalität, in der positiven Ausrichtung mit Schutzfaktoren und Ressourcenansatz und im Prozesscharakter. (Baumgarten & Joensson, 2005)

1.2.4.2 Medical Wellness

Nach der aktuellen Definition des 1. Medical Wellness Kongresses des Deutschen Medical Wellness Verbandes in Berlin 2007, umfasst die Bezeichnung Medical Wellness Interventionen, welche die Lebensqualität und das subjektive Gesundheitsempfinden eines Individuums auf der Grundlage von eigenverantwortlicher Prävention, Gesundheitsförderung und Motivation zu einem gesundheitsbewussten Lebensstil unterstützen. (von Troschke, 2008) Der relativ junge Begriff Medical Wellness vereint klassische aktive und passive Wellnessangebote, wie z.B. Entspannungsverfahren zusätzlich mit schulmedizinischen bzw. therapeutischen Leistungen, alternativen Heilverfahren und touristischen Leistungen. (Dörpinghaus, 2009)

Anbieter von Medical Wellness Anwendungen können Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, Kur- und Rehabilitationseinrichtungen, aber auch touristische Einrichtungen, wie z.B. Hotels und Fe-

rienclubs sein. Zu der Zielgruppe zählen Personen, die vorrangig als Selbstzahler fungieren, ohne Vorbelastungen genauso, wie Personen mit Vorerkrankungen. Im Gegensatz dazu steht eine Rehabilitation, bei der kranke Personen die Zielgruppe sind. (Dörpinghaus, 2009)

Die nachfolgende Tabelle erfasst die Abgrenzung von Medical Wellness zu Kur- bzw. Rehabilitation.

Abgrenzungskriterium	Medical Wellness	Kur-/ Reha Tourismus
Gästeart	Gesunde und Kranke	Kranke
Motive	Primärprävention, Gesundheitsförderung, Heilung und Linderung von Krankheiten	Heilung, Linderung, sekundäre und tertiäre Prävention
Ziele	Allgemeines Wohlbefinden, gesundheitsbewusster Lebensstil	Vom Arzt mit dem Patienten spezifisch definiert
Beanspruchte Angebote	Bewegung, Ernährung, Entspannung, Gesundheitsbildung	Medizinische Betreuung steht im Vordergrund
Entscheid	Eigeninitiative/ Freiwilligkeit	Ärztliche Einweisung, Genehmigung durch Krankenkassen
Aufenthaltsdauer	Oft nur ein Wochenende oder 1-2 Wochen	Meist mindestens 3 Wochen
Finanzierung	Vorwiegend Selbstzahler	Mehrheitlich über Grund- und Zusatzversicherung

Abbildung2: Abgrenzung Medical Wellness und Kur bzw. Rehabilitation, (Lanz Kaufmann, 1999)

1.2.5 Das Konzept „Betriebliche Gesundheitsförderung“

Gesundheit und Arbeit stehen in einer wechselseitigen Abhängigkeit zueinander und beeinflussen sich gegenseitig. Das Setting Arbeitswelt ist damit gleichzeitig ein direkter bzw. indirekter Schutz-, aber auch Risikofaktor in Bezug auf die physische und psychische Gesundheit eines Menschen. (Bauer & Gutzwiller, 2006) Folglich ergibt sich die Notwendigkeit einer betrieblichen Gesundheitsförderung. Der Begriff der Betrieblichen Gesundheitsförderung umfasst die Gesamtheit der Interventionen von der Gesellschaft, inbegriffen die Arbeitgeber und Arbeitnehmer, die auf eine Steigerung des Wohlbefindens und der Gesundheit am Arbeitsplatz zielen. Somit ist Betriebliche Gesundheitsförderung eine moderne Unternehmensstrategie mit der Prävention von Krankheiten am Arbeitsplatz, von arbeitsbedingten Erkrankungen, von Arbeitsunfällen, von Berufskrankheiten und die Vermeidung und Reduzierung von Stress. Übergeordnetes Ziel ist der Ausbau der Gesundheitspotenziale und die Erhöhung des arbeitsplatzbezogenen Wohlbefindens. (Gutzwiller & Paccaud, 2007)

Das Betriebliche Gesundheitsmanagement ist eine Form der Betrieblichen Gesundheitsförderung, die in Großunternehmen angewandt wird und sich umfassender auf die Verantwortung des Managements für die Gesundheit der Mitarbeiter konzentriert. (Bauer & Gutzwiller, 2006) Die Fokussierung der Faktoren, die Gesundheit, Arbeitsbedingungen, Motivation, Arbeitszufriedenheit und Kommunikation in der Unternehmung positiv beeinflussen, erfolgt nur durch die Partizipation aller Mitarbeiter und Führungskräfte. (Eberle, 2006)

Auch das Gesundheitstraining ist eine Form der Betrieblichen Gesundheitsförderung und der Kategorie des Verhaltenstrainings zuzuordnen. Es zielt auf eine Veränderung des Lebensstils, des Wis-

sens, der Einstellungen und Überzeugungen des Patienten über ein aktives Erlernen, Einüben und Stabilisieren von Anleitungen zu einem gesundheits- und krankheitsgerechtem Verhalten. Nach wissenschaftlichen Erkenntnissen ist das Gesundheitstraining durch einen planmäßigen und systematischen Prozess geprägt, der Personen mit der Absicht einer gesundheitsförderlichen Veränderung unterstützt. (Franzkowiak, Kaba- Schönstein, Lehmann, & Sabo, 2003)

Ziele der Betrieblichen Gesundheitsförderung sind die Verhaltensbeeinflussung, die Förderung des Gesundheitsbewusstseins und gesundheitsbezogener Ressourcen, die Reduzierung von gesundheitlichen Risikofaktoren, die Verbesserung der allgemeinen Fitness und letztendlich die Steigerung der Leistungsfähigkeit des Personals. Ebenfalls können Arbeitsplätze gesichert sowie krankheits- und stressbedingte Fehlzeiten reduziert werden.(Gaber, 2006)

1.3 Die Begleitperson

Als Zielgruppe der von der Autorin erstellten Konzepte werden im Folgenden die Begrifflichkeiten der Begleitpersonen aufgeführt und erläutert. Eine Begleitperson ist eine Person, die einen Patienten bzw. einen Kurgast während seines Aufenthaltes in einer medizinischen oder auch touristischen Einrichtung einen festgelegten Zeitraum begleitet. Diese Person kann vom Patienten bzw. Kurgast frei gewählt werden. Folglich können dies Verwandte, Familienangehörige, Partner oder auch Freunde sein.

1.3.1 Die Rolle der sozialen Unterstützung einer Begleitperson

Das soziale Netzwerk zeichnet sich durch alle Personen und Gruppen aus, zu denen Muster von sozialen Beziehungen, Interaktionen und gegenseitiger Erfahrungsaustausch, sowie Beeinflussung bestehen. Eine Person kann auch hier meist in mehreren Netzwerken agieren, welche sich im Laufe des Lebens verändern. Ein bedeutender Faktor eines sozialen Netzwerks ist die soziale Unterstützung, welche die Qualität des sozialen Austauschs hilfreich zu sein widerspiegelt. (Reschke & Schumacher, 2001)

In Bezug auf eine Begleitperson nimmt der soziale Rückhalt und damit auch das Synonym „Soziale Unterstützung“, den diese gebietet, eine wichtige Funktion als Schutzfaktor zur Gesunderhaltung und zur Befriedigung grundlegender psychosozialer Bedürfnisse ein. (Reschke & Schumacher, 2001)

Sozialer Rückhalt beinhaltet sozioemotionale Unterstützung, wie u.a. Wertschätzung, Zuneigung, Vertrauen, motivationale Komponente, wie z.B. persönliche und soziale Anerkennung, materielle Unterstützung, informationale Unterstützung wie z.B. ein persönlicher Rat und praktische Unterstützung, z.B. bei der Nahrungsaufnahme. (Zimbardo & Gerrig, 2008) Soziale Unterstützung besteht aus einer „Geber-, und einer „Empfängerseite“ und kann „unterstützend“, „belastend“, sowie „neutral“ wechselseitig wahrgenommen werden. Verschiedene Modelle des sozialen Rückhalts und Forschungsergebnisse aus wissenschaftlichen Studien beschreiben einen positiven Einfluss auf das Wohlergehen und das Auffangen bzw. Unterstützen einer Person in schwierigen Situationen. Somit ist ein soziales Netzwerk auch während eines Aufenthaltes in einer medizinischen Einrichtung eine wichtige Krankheits- und Stressbewältigungsressource. (Buser, Schneller, & Wildgrube, 2007) Allerdings kann eine Begleitperson bei unerwünschter Unterstützung sich auch negativ auf

den Patienten und seinen Therapieverlauf auswirken. Denn jeder Mensch sollte nur die Unterstützung erhalten, die er benötigt.

1.3.2 Abgrenzung Rehabegleitperson und Kurbegleitperson

Eine Kurbegleitperson ist eine vom Kur-, Betrieblichen Gesundheitsmanagement- oder Gesundheitstrainingsgast frei wählbare Person, die ihn während seines Aufenthaltes oder über einen begrenzten Zeitraum begleitet. Die dafür anfallenden Kosten stehen überwiegend in Form von privaten Ausgaben an, womit sich auch die Zielgruppe der Kurbegleitpersonen auf eine mittlere und höhere Gesellschaftsschicht begrenzt, die bereit ist, dafür Geld auszugeben. Da bereits der Kurgast als Gast und nicht als Patient bezeichnet wird, kann davon ausgegangen werden, dass dieser entweder gesund oder nur minimale Vorerkrankungen, aber kein akutes Leiden hat. Daraus resultierend besteht die Zielgruppe einer privaten Begleitperson auch aus zum größten Teil aus gesunden Personen. Es liegt im Ermessen der Begleitperson, ob sie therapeutische, präventive oder gesundheitsfördernde Angebote der medizinischen oder gesundheitstouristischen Einrichtung nutzen möchte. Alle, bereits im vorangegangenen Kapitel genannten, Funktionen der sozialen Unterstützung als Schutzfaktor für die Gesunderhaltung und –förderung einer Begleitperson treffen auch auf diese spezielle Form der Kurbegleitperson zu.

Zu der Zielgruppe von Interventionen der rehabilitativen Medizin zählen Patienten, die durch Krankheit, angeborenes Leiden, Behinderung oder durch Einwirken von äußeren Schädigungen und den damit verbundenen Verletzungen beeinträchtigt, eingeschränkt, benachteiligt oder Beeinträchtigungen zu erwarten sind. (Uhlemann, Lange, & Seidel, 2007), (Niehoff (et al.), 2006), (Delbrück & Haupt, 1998) Folglich lässt sich die im vorangehenden Kapitel stehende Definition einer „Begleitperson“ auch bei einer Rehabegleitperson anwenden, mit dem Zusatz, dass die Rehabegleitperson nur bei Rehabilitanden in einem bestimmten Zeitraum, meist in Wochenperioden festgelegt, anwesend ist. Der Gesundheitszustand dieser Begleitperson kann variieren. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass eine große Anzahl von Rehabilitanden eher der älteren Bevölkerungsgruppe angehört und somit auch die Begleitpersonen, die überwiegend deren Partner oder Geschwister sind, ein höheres Alter haben. Daraus lässt sich ableiten, dass die Rate von Rehabegleitpersonen mit Vorerkrankungen höher ist, als bei Kurbegleitpersonen. Die Wirkung sozialer Unterstützung im Alltag unterscheidet sich wesentlich von der in einer belastenden Situation, wie bei einer Erkrankung, Verletzung oder Behinderung. Besonderheiten der sozialen Rolle einer Rehabegleitperson ergeben sich daher in Bezug auf die soziale Unterstützung und die Krankheitsbewältigungsprozesse des Patienten. Im Laufe eines Erkrankungs- und Rehabilitationsprozesses sind Wechselbeziehungen zwischen einer Person und ihrer sozialen Umgebung von besonderem Interesse. Es können Verschlechterungen in sozialen Beziehungen auftreten und die Erkrankung damit negativ beeinflussen. Deshalb sind in der Rehabilitation Fähigkeiten zu fördern, welche zum Implementieren und zu der Inanspruchnahme des Schutzfaktors „Soziale Unterstützung“ notwendig sind.

Psychologisch kann die Wirksamkeit von sozialem Rückhalt in folgendem Schema dargestellt werden.

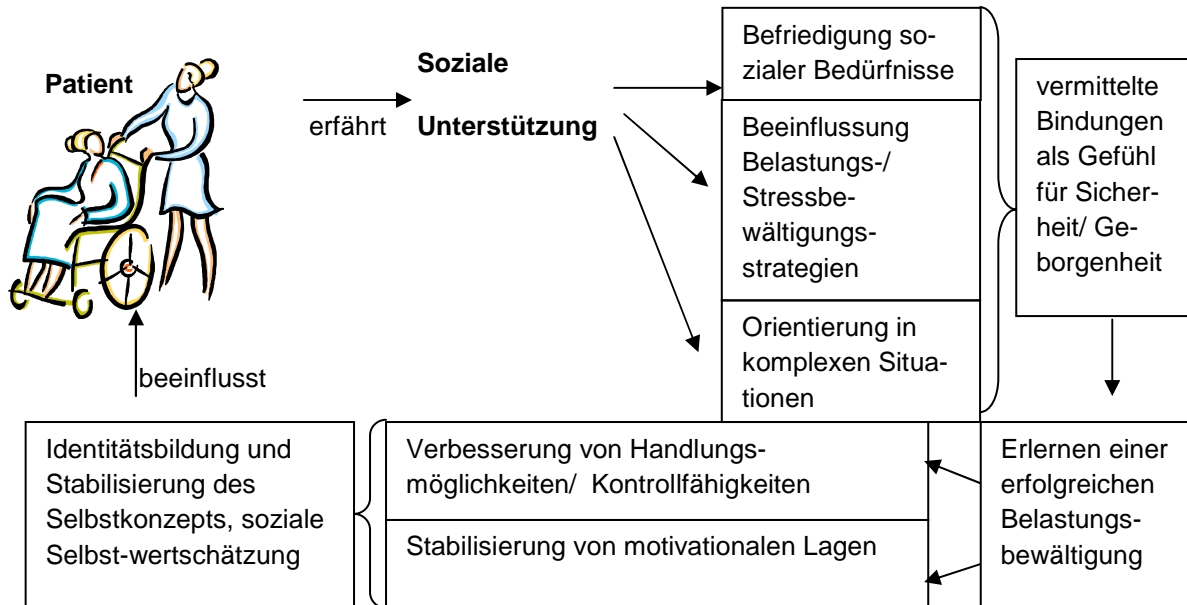


Abbildung 3 Wirksamkeit von sozialer Unterstützung, selbst erstellt unter Verwendung der Daten von (Reschke & Schumacher, 2001)

1.4 Ort der Umsetzung für das geplante Konzept: Deutsches Zentrum für Präventivmedizin, Fachabteilung der Rehabilitationsklinik Damp Holding AG

Im Jahr 1973 wurde das Ostseebad Damp mit der Ostsee-Klinik, der Reha-Klinik und Ferienanlagen eröffnet. Das Unternehmen der Damp Holding AG ist die größte private Klinikgruppe in Norddeutschland. Sie agiert in 4 Bundesländern. Die Anzahl aller Mitarbeiter beläuft sich auf über 7.700. Das medizinische Versorgungsnetz besteht aus sechs Akutkliniken, vier Rehabilitationskliniken, ein zentral agierendes Therapie Centrum, sechs Rehasentren, fünf Medizinischen Versorgungszentren, drei Pflege- und Heimeinrichtungen, der Akademie Damp und touristischen Institutionen. Die Damp Holding AG erwirtschaftet 95% des Gesamtumsatzes mit dem Geschäftsbereich Gesundheit und Medizin. (Dill & AG, 2008)

Das Präventionszentrum Damp ist eine Fachabteilung der Rehaklinik Damp und gehört somit zum Unternehmen der Damp Holding AG. Das Personal des Deutschen Zentrums für Präventivmedizin besteht aus dem Kompetenzteam, welches einen kaufmännischen Bereichsleiter, einen Oberarzt, einen Physiotherapeuten, eine Gesundheitswissenschaftlerin sowie eine Sport- und Fitnesskauffrau umfasst.

Im Deutschen Zentrum für Präventivmedizin Damp werden gesundheitsfördernde und präventive Konzepte entwickelt und umgesetzt. Das Angebot des Präventionszentrums Damp reicht von Gesundheitsprogrammen über Gesundheits- und Fitnesschecks bis zum betrieblichen Gesundheitsmanagement. Einen Schwerpunkt bei den Gesundheitsprogrammen bilden die so genannten Gesundheitswochen. Gesundheitsbewusste Urlauber können innerhalb einer Woche Programme zu Themen wie Rückenbeschwerden, Stressabbau und gesunde Ernährung oder Kreislauf-Trainingskurse belegen. Diese Programme werden zielgerichtet auf bestimmte Anwendergruppen

bzw. auf akute Problemfelder in der Gesellschaft, wie z.B. chronische Rückenschmerzen oder Übergewicht abgestimmt. Des Weiteren bietet das Team umfangreiche Gesundheits-Checks für Freizeit- und Leistungssportler an. Zusätzlich werden individuelle Gesundheitsleistungen und kombinierte Gesundheitschecks angeboten. Auch Rehabegleitpersonen sind Kunden und werden mit präventiven Programmen betreut. Alle Gesundheitswochen beinhalten eine individuelle fachärztliche Betreuung inklusive freier Arztprechstunde. Der Zielkunde des Konzeptes Damp Vital ist der Selbstzahler mit Investitions- und Zahlungsbereitschaft in das eigene Wohlbefinden und die eigene Gesundheit. Die Gesundheitsprogramme des Präventionszentrums Damp beinhalten überwiegend die Möglichkeit, einer anteiligen Kostenrückerstattung durch die Krankenkassen, aufgrund einer Zertifizierung der Programme nach § 20 SGB V.

2. Elemente der Begleitpersonprogramme

Im folgenden Kapitel sind die Inhalte des Reha- und Kurbegleitpersonprogramms dargelegt. Der Handlungsleitfaden der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des § 20 SGB V setzt mit der Primärprävention thematisch an unterschiedlichen Handlungsfeldern mit festgelegten Präventionsprinzipien und Kriterien des Bedarfs, der Wirksamkeit, der Zielgruppe, der Zielsetzung, des Inhalts, der Methodik und der Anbieterqualifikation bezüglich der Primärprävention an. Die Verknüpfung von diesen Handlungsfeldern gewährleistet letztendlich die Ganzheitlichkeit und damit auch den Erfolg der präventiven Leistungen. Des Weiteren muss der zeitliche Umfang der Interventionen 320 Minuten, aufgeteilt auf 8 bis 12 Kurseinheiten betragen. Es muss gewährleistet sein, dass die Wirksamkeit, Wissenschaftlichkeit und Qualitätssicherung der zu Anwendung kommenden Verfahren gesichert ist und dass die Leistungen tatsächlich den Aufgaben der Primärprävention entsprechen. Wird diesen Bedingungen nicht Folge geleistet, kann keine finanzielle Unterstützung durch die Krankenkasse erbracht werden. (Arbeitsgemeinschaft Spitzenverbände, 2008) In Folge dessen sind die Begleitpersonprogramme auf der Grundlage dieser Richtlinien von der Autorin konzipiert worden. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Inhalte der Begleitpersonprogramme.

Rehabegleitpersonprogramm	Kurbegleitpersonprogramm
Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten: <ul style="list-style-type: none"> • Nordic Walking • Aqua Jogging • Seminar „Bewegung“ 	Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten: <ul style="list-style-type: none"> • Nordic Walking • Aqua Jogging • Seminar „Bewegung“
Handlungsfeld Stressbewältigung und Entspannung: <ul style="list-style-type: none"> • Brandungsgymnastik • Entspannungsverfahren „Progressive Muskelrelaxation“ • Seminar „Stress und Stressbewältigung“ 	Wellnesseinheiten: <ul style="list-style-type: none"> • Wellness Arrangement 1 „Strandfeeling“: Wärmepackung, Rückenmassage, Sandwärmetherapie • Wellness Arrangement 2 „Aqua Motion“: Thalassoanwendung, Hydromassage, Moorpackung

Abbildung 4: Gegenüberstellung der Inhalte der Begleitpersonprogramme

2.1 Inhalt des Rehabegleitpersonprogramms

Eine Aufführung der Inhalte des Rehabegleitpersonprogramms erfolgte in der vorangegangenen Tabelle 2. Zielgruppe sind Rehabegleitpersonen, welche unter dem Gliederungspunkt 1.4 und 1.4.2 vollständig ausgeführt sind.

2.1.1 Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten

Aus sportwissenschaftlicher Perspektive lässt sich die körperliche Fitness, welche eine motorische Kompetenz darstellt, als eine Komponente und eine Ressource der Gesundheit auslegen. Sportaktivität ist eine Determinante des Gesundheitsverhaltens und eine Anforderung zur Weiterentwicklung von Ressourcen. (Eichberg, 2003) Der Bewegungsmangel in der heutigen Gesellschaft bedingt viele Zivilisationskrankheiten und Gesundheitssport kann als Bestandteil der Gesundheitsförderung diesen entgegenwirken. (Siegrist, Bös, & Brehm, 2003)

Das Handlungsfeld „Bewegungsgewohnheiten“ umfasst die zwei definierten Präventionsprinzipien der Primärprävention: „Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität“ und „Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme“. Die Kriterien von einem der zwei Prinzipien müssen erfüllt sein, um eine Zertifizierung des Programms durch die Krankenkasse zu erlangen. Für das Konzept des Rehabegleitpersonprogramms wird das Präventionsprinzip der „Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität“ als Grundlage herangezogen. Diese Auswahl beruht auf dem Aspekt, dass sich dieses Präventionsprinzip an die Zielgruppe von gesunden Versicherten mit Bewegungsmangel ohne behandlungsbedürftige Erkrankungen richtet, im Gegensatz zu dem zweiten Präventionsprinzip, dass nur bei Personen mit speziellen Risiken ansetzt. (Arbeitsgemeinschaft Spitzenverbände, 2008)

Zusammenhänge zwischen Determinanten der physischen, psychischen und sozialen Gesundheit und gesundheitssportlicher Aktivität sind nachweisbar. Wissenschaftliche Basis dieses Präventionsprinzips ist eine, zu der Alltagsaktivität addierte, Minimalbeanspruchung des Menschen durch motorisch- sportliche Aktivität mit einem zusätzlichen Energieverbrauch von 800 bis 1000 Kilokalorien pro Woche. Ab diesem Bereich lassen sich in verschiedenen Studien nachhaltig Gesundheitseffekte belegen und Erkrankungsrisiken senken. (Siegrist, Bös, & Brehm, 2003) Dabei wird gesundheitssportliche Aktivität nach dem Handlungsleitfaden als eine zielgerichtete, regelmäßige, mindestens zwei stündige Bewegung in moderater Intensität in dem Zeitfenster einer Woche definiert. Ebenfalls sind in dem Handlungsleitfaden Kernziele formuliert, welche bei der Konzepterstellung eines präventiven Programms beachtet werden müssen.

Diese Kernziele orientieren sich an den Zielsetzungen der Gesundheitsförderung. Dabei erfolgt durch körperlich- sportliche Aktivität eine Gesundheits-, Verhaltens- und Verhältniswirkung. (Arbeitsgemeinschaft Spitzenverbände, 2008) Zur Verwirklichung dieser Kernziele sind inhaltliche und methodische Bestandteile sowie eine fachgerechte Qualifikation auf dem Gebiet der Bewegung der anleitenden Person festgelegt worden. (Arbeitsgemeinschaft Spitzenverbände, 2008) In den folgenden Kapiteln werden diese bei dem jeweiligen Element der Einheit „Bewegungsgewohnheiten“ genauer ausgeführt.

Um die Bedingungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zu erfüllen, setzt sich das Rehabegleitpersonprogramm aus fünf mal fünfundvierzig Minuten Nordic Walking, zwei mal dreißig Minuten Aqua Jogging und einer Seminareinheit zu dem Thema „Bewegung und körperliches Training“ zusammen. Die Realisierung dieser Elemente erfolgt durch entsprechend qualifizierte Physiotherapeuten oder Sportwissenschaftler.

2.1.1.1 Nordic Walking

Auf unterschiedlichen Definitionen basierend wird Nordic Walking als Bewegungskonzept, Sportart oder auch optimierte Gangvariante bezeichnet. (Schlömmer, Hartmann, & Schwirtz, 2003- 2005), (Burger, Studie zur Biomechanischen Betrachtung der Nordic Walking Technik, 2006), (Deutscher Nordic Walking, 2010) Seinen Ursprung hat dieser Begriff in Finnland mit dem Namen „Sauvakäväly“. (Rist, Kälin, & Hofer, 2004) Entwickelt hat sie sich aus einer Kombination von „Walking“ und dem trockenen Stockgang der nordischen Skisportarten. (Burger, Studie zur Biomechanischen Betrachtung der Nordic Walking Technik, 2006) Zielgruppe dieser Sportart sind Freizeit- und Gesundheitssportler, wobei diese Sportart ihren größten Zuspruch bei Frauen und Personen über 50 Jahren findet. (Burger, Studie zur Biomechanischen Betrachtung der Nordic Walking Technik, 2006), (Deutscher Nordic Walking, 2010)

Nordic Walking wird als Gesundheitssport definiert. (Burger, 13 Schritte zum richtigen Gehen: Eine Sportart, eine Technik, 2007, Ausgabe 4) Die Gesundheitsaspekte liegen in einem hohem Energieverbrauch, aufgrund der hohen Muskelbeteiligung, in einer verminderten Belastung des passiven Bewegungsapparates, in einer Steigerung der Sauerstoffversorgung des gesamten Organismus durch einen aktiven Einsatz der Atemhilfsmuskulatur, in einer Ökonomisierung der Herzens mit einer Volumenzunahme sowie einer Ruhe- und Belastungspulssenkung, in einer Regulierung des Blutdrucks, des Blutzuckerspiegels sowie des Cholesterins, in einer Stärkung des Immunsystems mit einer erhöhten Infektabwehr und in dem Abbau von Stresshormonen. (Burger, Studie zur Biomechanischen Betrachtung der Nordic Walking Technik, 2006), (Jöllenberg & Grüneberg, 2007), (Schlömmer, Hartmann, & Schwirtz, 2003- 2005) Des Weiteren werden vier der fünf motorischen Hauptbeanspruchungsformen Ausdauer, Kraft, Beweglichkeit und Koordination trainiert sowie die Sensibilisierung für den eigenen Körper und Ressourcen im psychosozialen Bereich, wie z.B. das Selbstwertgefühl gestärkt. (Deutscher Nordic Walking, 2010) (Jöllenberg & Grüneberg, 2007) Die ständige Anleitung und persönliche Betreuung der Teilnehmer und erfolgt entsprechend dem Handlungsleitfaden der Spitzenverbände der Krankenkassen durch einen Physiotherapeuten mit der fachlichen Qualifikation des Basic Instructors des Deutschen Nordic Verbandes. (Deutscher Nordic Walking, 2010)

Die Grundtechnik des Nordic Walking gleicht der Bewegungsausführung des klassischen Skilanglaufs und nutzt den physiologischen, diagonalen Bewegungsablauf des Gehens mit raumgreifenden Armbewegungen im natürlichen Bewegungsmuster und angepasster Schrittlänge. Das wesentliche Merkmal des Nordic Walking ist der funktionale Einsatz von Stöcken in Kreuzkoordination zu dem natürlichen Gangbild des Menschen. Die Stöcke besitzen Griffschlaufen für eine optimale geführte Schwingung des Stockes. Voraussetzung bilden eine individuell an die Körpergröße und Schrittlänge angepasste Stocklänge und eingestellte Schlaufen. Die Verwendung von Stöcken regt

eine zusätzliche Aktivierung von Muskeln der oberen Extremitäten und des Rückenbereichs an. (Rist, Kälin, & Hofer, 2004)

Die Grundprinzipien des Nordic Walking werden als ALFA Technik definiert, wobei den Buchstaben dieses Begriffs eine technische Ausführung zugeordnet wird. „A“ steht für eine aufrechte Körperposition, „L“ für einen langen Arm, „F“ für einen langen Stock und wieder „A“ für eine angepasste Schrittlänge. (Deutscher Nordic Walking, 2010)

Jede Trainingseinheit besteht aus einem ca. fünf minütigen „warm up“ zur Anregung von Kreislauf und Stoffwechsel, zu Steigerung der Herzaktivität und zur Verbesserung der Durchblutung und der Dehnbarkeit der Muskulatur, einem ca. dreißig minütigen Hauptteil mit dem Herz- Kreislauftraining und einem ca. fünf minütigen „cool down“, welches auf die Unterstützung der Regeneration der beanspruchten Muskulatur und des Abtransportes der Abbauprodukte des Stoffwechsels zielt. (Deutscher Nordic Walking, 2010)

Aufgrund der vorangegangenen Erläuterungen beeinflusst Nordic Walking positiv die Lebensqualität und entspricht den, im Handlungsleitfaden der Spitzenverbände der Krankenkassen festgelegten Inhalten. (Arbeitsgemeinschaft Spitzenverbände, 2008)

2.1.1.2 Aqua Jogging

Es existiert eine Vielzahl von Begriffen, für Bewegungs- und Trainingsformen sowie bewegungstherapeutische Maßnahmen im Wasser, wie z.B. Aquatherapie, Aquatraining und Aqua- Fitness. (Akademie, 2010) Alle Bezeichnungen implizieren eine ganzheitlich ausgerichtete Körpertrainingsform in der Gruppe, auf der Grundlage der gesundheitlichen und physikalischen Wirkungsmechanismen des Wassers. (Bappert, 2008)

Aus der Vielfalt der Übungsformen und Techniken ist als Programmeinheit des Handlungsfeldes „Bewegungsgewohnheiten“ des Rehabegleitpersonprogramms das Angebot des Aqua Joggings ausgewählt worden. Dies zeichnet sich durch Übungen, wie z.B. „allgemeiner Laufschrift“, „Joggen“, „Anfersen“ oder „Kniehebelauf“ kombiniert mit aufgabenbezogener Armführung, ohne Bodenkontakt sowie mit einem Auftrieb verstärkenden „Aqua Gürtel“ aus. (Schüle, 2000)

Die Rahmenbedingungen für die Durchführung von Aqua Jogging sind eine minimale Wassertiefe von 2 Meter, eine an die Teilnehmer orientierte Beckengröße, mit 4 Quadratmetern pro Teilnehmer und einer Wassertemperatur von 28 bis 32 Grad je nach Belastungsintensität. Des Weiteren kann Musik zur Herstellung einer motivierenden Atmosphäre eingesetzt werden. Strukturell besteht eine Trainingseinheit aus einer etwa zehn minütigen Einleitung, einem dreißig minütigen Hauptteil als Kernstück der Belastung und aus einem ca. zehn minütigen Schlussteil. (Akademie, 2010)

Vorteile gegenüber Landtrainingsformen liegen in den Eigenschaften und Wirkungsmechanismen des Wassers. Der Auftrieb verringert das Körpergewicht, entlastet Gelenke und Bänder, verringert die Verletzungsgefahr und schult das Gleichgewicht sowie die Stabilität. Der Wasserwiderstand trainiert gezielt Muskelgruppen, steigert den Energieverbrauch und fördert die Massage von Haut, Bindegewebe und Muskeln. (Akademie, 2010) Der Hydrostatische Druck fördert die Durchblutung und eine Atemvertiefung. Die Wassertemperatur kann das Wahrnehmungsvermögen der Belastungsintensität senken und eine niedrigere Körpertemperatur bedingen. (Termühlen, Bartosch, & Schreiber, 2002) Neben diesen physischen Effekten zeigen sich bei einem Aquajogging Training

auch psychische Effekte, wie z.B. die Ausschüttung von Glückshormonen, die Förderung sozialer Kontakte und letztendlich den Stressabbau. (Birkner & Hackfort, 1997)

Aufgrund dieser Effekte und Wirkungen ist die Zielgruppe des Aquajoggings sehr breitgefächert und spricht alle Personen unabhängig von Alter, Geschlecht und Konstitution an. (Wouters, Van Nunen, Geenen, Kolotkin, & Vingerhoets, 2009) Je nach Ansatzpunkt einer präventiven Intervention, setzt sich die Zielgruppe aus der Perspektive der Primärprävention, aus gesundheitsorientierten Freizeit- und Leistungssportlern und älteren Menschen mit Bewegungseinschränkungen zusammen. Nach einer sekundärpräventiven und tertiärpräventiven Orientierung gehören Personen mit Übergewicht, mit chronischen Erkrankungen des muskuloskelettalen Systems oder Personen in der Rekonvaleszenz zu der Zielgruppe. (Schüle, 2000)

Da Aqua Jogging auf allen physischen, psychischen und sozialen Ebenen einen Beitrag zur Steigerung der Lebensqualität leistet, ist es als Programmeinheit des Rehabilitationsprogramms ausgewählt worden. Es entspricht dem Präventionsprinzip „ Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität“ durch die methodische Zusammensetzung aus Modulen zur Verbesserung der physischen Ressourcen Ausdauer, Kraft, Dehnfähigkeit, Koordination einschließlich passenden Lockerungsübungen und der Vermittlung von Körpererfahrung sowie positiven Bewegungserlebnissen in der Gruppe. (Arbeitsgemeinschaft Spitzenverbände, 2008)

2.1.1.3 Seminareinheit „Bewegung und körperliches Training“

Die Seminareinheit „Bewegung und körperliches Training“ ist Inhalt des Gruppengesundheitsbildungsprogramms für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung und beruht auf dem Schutzfaktorenkonzept des Salutogenesemodells, welches eine Gesunderhaltung und -förderung trotz bereits bestehender Belastungen impliziert. (Schäfer & Döll, 2010) Inhaltlich erläutert dieses Seminar den Zusammenhang von körperlicher Fitness und Gesundheit bzw. Wohlbefinden, die Folgen von Bewegungsmangel und verschiedene Trainingsformen. Über die Vermittlung von kognitivem Wissen hinaus wird diese mit dem Austausch von individuellen Bewegungserfahrungen und -barrieren der Teilnehmer kombiniert, sodass eine Sensibilisierung des Themas „Bewegungsgewohnheiten“ erfolgt und individuelle Problemlösungen sowie Handlungsstrategien erarbeitet werden können. Der zeitliche Umfang erstreckt sich über 60 Minuten und die Durchführung erfolgt durch einen Sportwissenschaftler oder einen Sportphysiotherapeuten. Auf der Grundlage einer möglichst hohen Teilnehmerorientierung, lassen sich die einzelnen inhaltlichen Elemente aus 12, von dem Verein Deutscher Rentenversicherungen konzipierten, Programmeinheiten individuell erstellen. Die einführende Einheit zur Herstellung einer angenehmen Atmosphäre und Motivierung der Teilnehmer für das Seminar ist der Baustein der „Vorstellung“. Danach werden Kenntnisse des Bewegungsmangels, als aktuelles Phänomen, die Auswirkungen körperlicher Betätigung, Definitionen, Faktoren körperlicher Leistungsfähigkeit, Trainingsformen und die Zusammenhänge zwischen Krankheit, Alter und Bewegung vermittelt. Des Weiteren werden die teilnehmenden Personen dazu angeleitet ihre persönlichen Erfahrungen mit in das Seminar einzubringen und auf dieser Grundlage tragen dann Bewegungsübungen zur weiteren aktiven Einbindung bei. Abschließend erfolgen Angebote zum Transfer in den Alltag nach der Rehabilitation. (Müller, Döll, & Schäfer, 2010)

Folglich entspricht das Konzept „Bewegung und körperliches Training“ den inhaltlichen Voraussetzungen des Handlungsleitfadens der Spitzenverbände der Krankenkassen. (Arbeitsgemeinschaft Spitzenverbände, 2008)

2.1.2 Handlungsfeld Stressbewältigung und Entspannung

Der Begriff Stress lässt sich als eine körperliche Reaktion, ausgelöst durch Umwelt oder personenbezogene Stressoren, bezeichnen, die es dem Menschen ermöglicht, sich möglichst schnell auf wechselnde Lebensumstände einzustellen. (Zimbardo & Gerrig, 2008) Seinen Ursprung findet dieser Begriff als Alarmreaktion des Körpers bei Kampf oder Flucht zur Sicherung des Überlebens. Des Weiteren ist zu betonen, dass Stress individuell ist und erst das Durchlaufen eines gedanklichen Bewertungsprozesses und die Einschätzung des Ereignisses und der eigenen Ressourcen darüber entscheidet, ob auf das Einwirken von inneren oder äußeren Stressfaktoren, wie z.B. Lärm oder Sorgen, eine Stressreaktion folgt oder nicht. Auf dieser Grundlage kann Stress positive wie auch negative Wirkungen auf kognitiver, emotionaler und körperlicher Ebene zur Folge haben. Überdosierter oder langandauernder Stress verändert die Stressreaktionen zu Überforderungsreaktionen und bedarf kurzfristig oder langfristig hilfreichen Bewältigungsstrategien. (Lorenz, 2009) Das Handlungsfeld Stressbewältigung und Entspannung beruht auf dem definierten Präventionsprinzip der Förderung individueller Kompetenzen der Belastungsverarbeitung zur Vermeidung stressbedingter Gesundheitsrisiken. Der Bedarf wird mit der These beschrieben, dass psychosozialer Stress als ein Faktor für kardiovaskuläre, muskuloskelettale, immunologische, psychosomatische und psychische Erkrankungen bezeichnet wird. Die Zielsetzung besteht in der Verbesserung der individuellen Stressbewältigung, der Vermeidung von physiologischen und psychischen Beeinträchtigungen durch Stresserfahrungen, und der Stärkung der Resilienz. Zielgruppe der Interventionen stellen alle Personen mit oder ohne existentielle Stressbelastungen dar. Die Interventionen gliedern sich wiederum in Maßnahmen zur multimodalen Stressbewältigung, die sich nach dem kognitiv- verhaltenstherapeutischen Ansatz richten, und in Maßnahmen zur Entspannung, welche auf die Minimierung von physischen und psychischen Spannungszuständen beruht. (Arbeitsgemeinschaft Spitzenverbände, 2008)

Um diesen Anforderungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gerecht zu werden sind in dem Konzept des RehaBeleitpersonprogramms zweimal dreißig Minuten Brandungsgymnastik, fünfmal fünfundvierzig Minuten Entspannungstraining „ Progressive Muskelentspannung“ und ein Seminar „Stressbewältigung“ à sechzig Minuten enthalten.

Des Weiteren müssen die Anbieter dieser Dienstleistungen Fachkräfte aus dem Gebiet der psychosozialen Gesundheit mit nachgewiesenen Zusatzqualifikationen in der Stressreduktion oder Entspannung sein. Aufgrund dieser Voraussetzung erfolgt die Durchführung der Brandungsgymnastik durch einen Physiotherapeuten, die Progressive Muskelrelaxation durch einen Psychologen und das Seminar „Stressbewältigung“ durch einen Sportwissenschaftler oder einen Sportphysiotherapeuten.

2.1.2.1 Brandungsgymnastik

Brandungsgymnastik ist dem medizinischen Teilbereich der physikalischen Therapie zuzuordnen und setzt sich aus einer Kombination der Interventionen der kneipp'schen Hydrotherapie und der Klimatherapie zusammen. Hierbei wird das Reiz- Reaktions- Wirkungsprinzip zu Grunde gelegt, welches durch physiologische Reaktionen des Körpers, wie etwa kurzfristige Gegenreaktionen oder langfristige Adaptionen, auf äußere Reize gekennzeichnet ist.

Die Durchführung der Brandungsgymnastik durch einen Physiotherapeuten erfolgt morgens an der Uferpromenade, am Strand und im Wasser bei entsprechender Witterung. Die Inhalte setzen sich aus Übungen der Bewegung aller Extremitäten in Kontakt mit den unterschiedlichen Untergründen und Wetterlagen und sozialen Interaktionen wie z.B. Partnerübungen zusammen.

Ein Bewegungselement ist z.B. das Wassertreten in Form von Storchenschritten mit Wasserkontakt bis zu den Oberschenkeln. Diese Anwendung ist Bestandteil der Hydrotherapie unter Nutzung des Wassers mit den Wirkfaktoren der Temperatur, der Auftriebskraft, dem hydrostatischen Druck und dem Reibungswiderstand. In Folge dieser Eigenschaften des Wassers wirkt sich die Hydrotherapie auf die Durchblutung der Körperoberfläche und innerer Organe, den Muskeltonus und auf Anpassungsreaktionen des Nervensystems aus. Bei den „Storchenschritten“ findet kaltes Wasser der Ostsee seine Anwendung und trainiert das Immunsystem aufgrund einer Resistenzsteigerung über die Aktivierung der zellulären und humoralen Immunabwehr, lindert Schmerzen und beeinflusst Entzündungen. (Gutenbrunner & Glaesener, 2007)

Wirkfaktoren der Klimatherapie sind mit dem gesundheitsfördernden Effekt der Stärkung des Immunsystems, der Ausdauerleistungsfähigkeit und der Thermoregulation, die Luftreinheit mit einer reduzierten Allergenbelastung und sichtbares Licht sowie Sonnenstrahlung, mit antidepressiven Wirkungen. Das reizintensive Seeklima führt zu einer hohen Wärmeabgabe und Abkühlung des Körpers und langfristig zu einer Adaption an die Kältereize. Weitere Vorteile des Seeklimas als Ort der Durchführung der Brandungsgymnastik bestehen in der hohen Luftfeuchtigkeit und in dem maritimen Aerosol, zusammengesetzt aus Wasser und Seesalz, die eine befeuchtende und zusätzlich sekretolytische Wirkung auf die Atemwege haben. (Uhlemann, Lange, & Seidel, 2007)

2.1.2.2 Entspannungsverfahren: Progressive Muskelrelaxation

Entspannung wird beschrieben als ein spezifischer psychophysiologischer Prozess und ein Reaktionsmuster des biologischen Verhaltensrepertoires des Menschen in einem Kontinuum der Aktiviertheit und Deaktiviertheit zum Pol eines fiktiven Ruhezustands. (Vaitl, 2004) Eine Entspannungsreaktion ist gekennzeichnet in der Skelettmuskulatur und durch eine Modulation des Zentralen Nervensystems, wie z.B. eine Tonusregulierung. (Jolie & Karsch, 2007) Das Ziel eines Entspannungsverfahrens wird nach dem Handlungsleitfaden der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des § 20 SGB V als die Verbesserung der Fähigkeit zur Selbstregulation von psychophysischen Stressreaktionen definiert. (Arbeitsgemeinschaft Spitzenverbände, 2008)

Die Progressive Muskelrelaxation ist eine Methode der Entspannungsinduktion, die nach dem oben genannten Handlungsleitfaden als Maßnahme zur Entspannung wie auch als Maßnahme zur multimodalen Stressbewältigung dient. Entwickler der progressiven Muskelentspannung ist der amerikanische Psychologe Edmund Jacobsen, welcher die These aufstellte, dass periphere muskuläre

Veränderungen durch zentralnervöse mentale Prozesse beeinflussbar sind. (Hamm, 2004) Zielsetzung dieses Entspannungsverfahrens ist eine kognitiv- emotionale Entspannung durch die Lockerung von Muskelgruppen und langfristig eine Herabsetzung des Muskeltonus unter das Niveau der alltäglichen Spannung und damit eine sensorisch induzierte Entspannung. Das endgültige Therapieziel besteht im Transfer eines konditionierten Entspannungsverfahrens in den Alltag, was durch Koppelung eines tiefen Entspannungszustandes an selbst festgelegte Signalworte geschieht. (Jolie & Karsch, 2007)

Die Durchführung dieses Entspannungsverfahrens erfolgt durch sich wiederholende Instruktionen eines Psychologen oder Physiotherapeuten. Grundprinzipien sind die geringfügige Kontraktion und das anschließende Entspannen von einzelnen Muskelgruppen einschließlich der Konzentration auf die Empfindungen der Anspannung und des „Loslassens“. Diese Übungen werden systematisch mit allen Muskelgruppen durchgeführt. (Hamm, 2004) Die Vorteile dieser Entspannungsmethode liegen in der uneingeschränkten Anwendbarkeit und im schnellen Erlernen der einfachgehaltenen Mechanismen. (Jolie & Karsch, 2007)

Nach den Handlungsfeldern der Spitzenverbände der Krankenkassen ist die Progressive Muskelentspannung hinreichend empirisch belegt. (Doubrawa, 2006)

2.1.2.3 Seminareinheit „Stress und Stressbewältigung“

Die Seminareinheit „Stress und „Stressbewältigung“ ist ein Gruppengesundheitsbildungsprogramm für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung und wird in jeder Rehabilitationsklinik zur Förderung gesundheitlicher Schutzfaktoren angeboten. Dieses Seminar vermittelt in sechzig Minuten die Themen Stress, als individuell veränderbare Reaktion, Stressbewältigung und aktiviert mögliche Verhaltensänderungen. (Schäfer & Döll, 2010) Dabei werden Kenntnisse von biopsychosozialen Zusammenhängen erläutert und individuelle Ansatzpunkte und Möglichkeiten der Stressreaktion beleuchtet sowie auf die wichtige Weiterbildung am Wohnort hingewiesen. Die Leitung und Durchführung dieses Seminars erfolgt durch einen Psychologen oder Psychotherapeuten. Um einen individuellen auf die jeweiligen Teilnehmer orientierenden Ansatz zu gewährleisten, können die fachlichen Inhalte des Seminars aus 14 zu Verfügung stehenden Programmeinheiten des Vereins Deutscher Rentenversicherungsträger, zusammengestellt werden. Diese Einheiten greifen die Themen der Vorstellung, der Kenntnisvermittlung, der Definition, der Auswirkungen und dem Erleben von Stress, der Ebenen der Stressreaktion sowie der Situationsbewertungen auf. Außerdem zählen die Auseinandersetzung der Wechselwirkungen von Stress, Anspruchsniveau und Gesellschaft, die Anleitung zu Stressbewältigungsstrategien und fortführende Angebote am Wohnort ebenfalls dazu. (Vogel, Worringer, Wagner, & Schäfer, 2010)

In Folge dessen entspricht das Seminar den Richtlinien einer multimodalen Stressbewältigung der Spitzenverbände der Krankenkassen (Arbeitsgemeinschaft Spitzenverbände, 2008)

2.2 Inhalt des Kurbegleitpersonprogramms

Die Inhalte des Kurbegleitpersonprogramms sind in der Abbildung 4 „Gegenüberstellung der Inhalte der Begleitpersonprogramme“ dargestellt. Im Gegensatz zu dem Rehabegleitpersonprogramm besteht dieses Angebot nur aus einer Einheit, die dem Handlungsleitfaden der Spitzenverbände

der Krankenkasse entspricht. Das Kurbegleitpersonprogramm beinhaltet kein Handlungsfeld „Stressbewältigung und Entspannung“, sondern stattdessen eine Wellnessseinheit, welche die Attraktivität des Angebots und die Nachfrage in der zu erwartenden Zielgruppe erhöht. Des Weiteren steht den Teilnehmern dieses Programms die freie Nutzung des Schwimmbades und der Sauna während Ihres Aufenthaltes zur Verfügung. Die Zielgruppe der Kurbegleitpersonen ist unter dem Gliederungspunkt 1.4 und 1.4.2 vollständig beschrieben.

2.2.1 Handlungsfeld „Bewegungsgewohnheiten“

Das Handlungsfeld „Bewegungsgewohnheiten“ ist Bestandteil des Rehabegleitperson- als auch des Kurbegleitpersonprogramms. Die Inhalte sind unter dem Gliederungspunkt 3.1.1 aufgeführt.

2.2.2 Wellnessseinheiten

Dienstleistungen im Wellnesssektor sind zwei Phasen zuzuordnen. Die erste Wellnessphase besitzt einen Konsumwellnesscharakter und beinhaltet passiv erreichbare Wellnessziele, wie Entspannung, Verwöhnung, Verschönerung sowie Genuss- und Gesundheitssteigerung. Die zweite Wellnessphase geht über diese Ziele hinaus und rückt die Faktoren der aktiven Selbstkompetenz, Lebensbalance, Lernkompetenz sowie Reifung als Prozess der erfolgreichen Lebensbewältigung und Weiterentwicklung in den Fokus. Diese Wellnessphase ist somit von der Aktivität und der Fähigkeit gekennzeichnet, persönliche Ausgleichmechanismen zu finden. Zielsetzung von Wellnessdienstleistungen aus der Perspektive einer personenbezogenen Gesundheitsförderung ist somit in Richtung der zweiten Wellnessphase zu intervenieren. (Baumgarten & Joensson, 2005)

Die Zusammenstellung der zwei Wellnessarrangements „Strandfeeling“ und „Aqua Motion“ verbindet thematisch die Einheit von Strand und Meerwasser. Sie ergänzen sich konzeptionell und bieten eine Kombination aus aktiv durchgeführten und passiv wahrgenommenen Wellnessseinheiten.

Thematisch sind die zwei Arrangements aus Elementen des „Kurens und Heilens“, der „Sanften Bewegung und Körpererfahrung“ und der „Stressbewältigung und Entspannung“ zusammengestellt. Die aktive Beteiligung und Motivation der Gäste ermöglicht wiederum eine Übertragung von Wellness in den Alltag und entspricht damit der Form eines ganzheitlichen medizinischen Angebots.

2.2.2.1 Wellness Arrangement 1 „Strandfeeling“

Das Wellness Arrangement 1 „Strandfeeling“ besteht aus drei Komponenten. Einleitend und abschließend kommen die thermotherapeutischen Anwendungen „Wärmepackung“ und „Sandwärmetherapie“ zum Einsatz. Den Hauptteil stellt die „entspannende Relax Rückenmassage“ dar.

Die „Entspannende Relax Rückenmassage“ wird in Form einer klassischen Massage erbracht, die eine mit der Hand ausgeführte lokale, mechanische Therapie der Muskulatur, der Haut und des Unterhautgewebes ist. Der Gast liegt in Bauchlage auf der Massagebank. Im Wesentlichen kommen die fünf Handgriffe Effleurage (Streichung), Petrissage (Knetung), Friktion (Reibung), Tapotement (Klopfung) und Vibration (Erschütterung) zur Anwendung. Örtlich mechanisch wirkt sich die Massage auf das Gefäßsystem, mit z.B. einer Blutvolumensteigerung oder einer verbesserten Sauerstoff-Utilisation, und tonusregulierend auf die quergestreifte Muskulatur aus. Zu den Fern-

und Allgemeinwirkungen zählen u.a. psychische Wirkungen, wie z.B. positiver Antrieb. (Muschinsky, 2004)

Um die Wirkungen Hyperthermie und Lockerung von Haut sowie Muskulatur der Massage unterstützend vorzubereiten bzw. abzuschließen wird diese klassische Massage in Kombination mit den Wärmeverfahren Wärmepackung und Sandwärmetherapie durchgeführt. (Gutenbrunner & Glaesener, 2007)

Vor der Rückenmassage erfolgt eine Wärmepackung aus dem Peloid Fango. Der Begriff „Peloid“ bedeutet „Schlamm“. Hergestellt wird eine Fangopackung aus fein zermahlener Vulkangestein und Paraffin. Die Anwendung erfolgt in einem Zeitraum von 20 Minuten auf den Rückenbereich. Diese schlammartige Substanz besitzt eine sehr gute Wärmehaltung und Wärmekapazität mit einer hohen Applikationstemperatur bis 57° Celsius. In Folge der Eigenschaften dieser Substanz zählen zu den Wirkmechanismen der Wärmepackung u.a. die Erhöhung der Hauttemperatur, der Hautdurchblutung und der Stoffwechselaktivität, sowie eine reflektorische Muskelentspannung. (Gutenbrunner & Glaesener, 2007)

Nach der Rückenmassage wird abschließend die Sandwärmetherapie erbracht. Der Gast liegt auf einer Sand- Wärmeliege mit ca. 200 Kilogramm wärmespeichernden Quarzsand und einem regulierbaren Heizsystem. Diese Komponenten gewährleisten eine gleichmäßige und damit schonende Wärmezufuhr, die eine Anhebung der Körperkerntemperatur, einen Anstieg der Herzfrequenz, eine Senkung des Blutdrucks, eine Stoffwechselanregung und weitere vegetativen Allgemeinreaktionen, wie z.B. Wohlgefühl, Stressabbau und Tiefenentspannung bewirkt. (Gutenbrunner & Glaesener, 2007)

2.2.2.2 Wellnessarrangement 2 „Aqua Motion“

Das Wellnessarrangement 2 „Aqua Motion“ beinhaltet aufeinanderfolgend eine Thalassoanwendung, eine Hydromassage und eine Moorpackung unter Einsatz der Wirkfaktoren des Wassers. Das Arrangement beginnt mit der aktiven Wellnesseinheit der Thalassotherapie. „Thalassa“ bedeutet Meer und folglich impliziert dieses Verfahren Anwendungen mit salzhaltigem Meerwasser. (Schüle, 2000) Die Thalassoanwendung entspricht konzeptionell und in der praktischen Ausführung der Programmeinheit Brandungsgymnastik des RehaBelgeitpersonprogramms, deren Ausführungen unter dem Gliederungspunkt 3.1.2.1 erläutert sind. Der einzige Unterschied besteht in der Namensgebung, denn in diesem Programm wird der bereits weit verbreitete Trendbegriff „Thalasso“ anstelle der „Brandungsgymnastik“ eingesetzt. Diese Entscheidung basiert auf der engen Assoziation dieses Begriffes mit Wellness und einer dementsprechend besseren Kundenorientierung an eine gesundheitliche Dienstleistung im Wellnessbereich.

An diese Anwendung knüpft die Hydromassage als passive Wellnesanwendung an. Die Bezeichnung „Hydromassage“ steht für die Anwendung der „Unterwasserdruckstrahlmassage“, welche eine großflächige Behandlung der Körperdecke und der Muskulatur in Spezialwannen beschreibt. Die Durchführung erfolgt mittels eines regulierbaren Düsen- Druckstrahles unter Ausnutzung der Temperatur, des Auftriebes und des hydrostatischen Drucks des Wassers. Dabei wirken sich thermische, mechanische, physikalische und chemische Reize auf den Körper aus. Ein Beispiel hierfür ist der mechanische Reiz des Düsendrucks, welcher eine Massagentiefenwirkung hervorruft, den

Gewebsstoffwechsel beschleunigt und somit eine Vasodilatation sowie eine vermehrte Resorption von Stoffwechselschlacken, wie z.B. Milchsäure, aus der Muskulatur erzeugt. (Muschinsky, 2004) Abschluss dieses Wellnessarrangements bildet eine tiefenentspannende Moorpackung. Auf die Hautoberfläche wird eine wässrige Aufschwemmung aus Torf aufgestrichen, welche reich an Mineralien und organischem Material ist. Über einen Zeitraum von 20 Minuten wirkt die ca. 48 Grad Celsius warme Moorpackung auf den Rücken ein. Dies ist ein Verfahren der Wärmezufuhr mit den Therapiezielen der Förderung der Durchblutung, der Stoffwechselaktivität und der Beeinflussung der Nervenleitgeschwindigkeit. (Gutenbrunner & Glaesener, 2007)

3. Rahmenbedingungen der Konzeptentwicklung

Im Rahmen der Konzeptentwicklung dieser Programme müssen die bestehenden Gesetzesgrundlagen und die Möglichkeiten der Finanzierung als Voraussetzung für die Machbarkeit des Konzeptes und letztendlich die Durchführung der Programme betrachtet werden.

3.1 Gesetzesgrundlagen der Begleitpersonprogramme

Die Gesetzesgrundlage des Sozialgesetzbuchs V § 11 Absatz 3 weist darauf hin, dass eine Mitaufnahme einer Begleitperson während eines stationären Aufenthaltes eines Patienten oder eines Kurgastes finanziell von der Krankenkasse getragen wird, wenn diese medizinisch bzw. therapeutisch von Nöten ist. Voraussetzung ist ein Antrag des Hausarztes oder eines Badearztes an die Krankenkasse. Die Kostenübernahme wird mit der Zahlung des allgemeinen Pflegesatzes abgegolten. Die Bestätigung des Krankenhausarztes oder der Kureinrichtung entscheidet über die medizinische und therapeutische Notwendigkeit einer Aufnahme. Diese Notwendigkeit besteht bei ständigem Betreuungsbedarf eines behinderten Patienten, wenn dieser nicht von der Einrichtung geleistet werden kann und bei der Gefahr eines nicht erfolgreichen Therapieverlaufs, wie z.B. bei Trennung der Eltern von Kindern. Hinzuzufügen ist, dass eine Begleitperson aus Sicht der Krankenkasse, unterstützende Maßnahmen in Hinsicht auf die Nutzung von technischen Hilfen, Verfahrensregeln und therapeutischen Anwendungen, leisten soll. Diese Einarbeitung ist zeitlich begrenzt und somit entspricht ein durch die Krankenkasse finanzierter Aufenthalt, meist nicht der kompletten Dauer des Krankenhaus- bzw. Kuraufenthaltes. Dieser wird auch nur finanziell getragen, wenn jene Schulung nicht am Wohnort des Versicherten möglich ist. (Bayer & Beta Institut, 2009) Des Weiteren steht noch die Möglichkeit einer ambulanten Kur der Begleitperson zur Verfügung. Können all diese Bedingungen nicht erfüllt werden, erfolgt die Aufnahme der Begleitperson auf Selbstzahlerbasis und kann von Einrichtungen als Wahlleistung angeboten werden.

(Hamburgische Krankenhausgesellschaft, 2009)

Um einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu leisten, enthalten die von der Autorin erstellten Konzepte der Begleitpersonprogramme Inhalte, die den Pflichtleistungen der Primärprävention der gesetzlichen Krankenversicherung, mit den Zielsetzungen einer allgemeinen Gesundheitsverbesserung und Krankheitsvermeidung entsprechen. (Brößkamp- Stone, Schwartz, & Walter, 2003)

Sozialgesetzbuches V §20 Absatz 1 gibt vor, dass gesetzliche Krankenkassen Leistungen der primären Prävention in der Satzung berücksichtigen und einheitliche Handlungsfelder sowie Kriterien für diese Leistungen hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswege, Inhalte und Methodik beschließen müssen. Ebenfalls wird beschrieben, dass diese Dienstleistungen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und damit einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen sollen. (Arbeitsgemeinschaft Spitzenverbände, 2008) Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben hinsichtlich der Umsetzung des Sozialgesetzbuch V §20, einen Leitfaden entwickelt, mit dem sie ihrem gesetzlichen Auftrag zur gemeinsamen und einheitlichen Definition von Handlungsfeldern und Kriterien der primärpräventiven Dienstleistungen der Krankenkasse nachkommen. (Brößkamp- Stone, Schwartz, & Walter, 2003) Die Ausgaben der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung sind laut Sozialgesetzbuch §20 Absatz 3 budgetiert. (Arbeitsgemeinschaft Spitzenverbände, 2008)

3.2 Finanzierung von primärpräventiven Maßnahmen

Primärpräventive Leistungen sollen für Personen aus allen Schichten der Gesellschaft, sowie für Männer und Frauen gleichermaßen erreichbar sein. (Arbeitsgemeinschaft Spitzenverbände, 2008) Aufgrund der Verankerung der Primärprävention in Deutschland (siehe 3.1 Gesetzesgrundlagen der Begleitpersonprogramme) können verschiedene medizinische oder auch touristische Einrichtungen Kooperationen mit gesetzlichen Krankenkassen eingehen. Gemäß den im Präventionsleitfaden definierten Handlungsfeldern der Spitzenverbände der Krankenkassen beteiligen sich Krankenkassen an den Kosten für zertifizierte Präventionsangebote. Demzufolge kann der Selbstzahler eine Bezuschussung durch die Krankenkasse beantragen, wenn die Programme die Anforderungen des Sozialgesetzbuches V §20 erfüllen. Eine Zertifizierung der von der Autorin erstellten Begleitpersonprogramme und damit eine anteilige Kostenübernahme durch die Krankenkasse können in den nachstehenden präventiven Handlungsbereichen erfolgen:

- Bewegungsgewohnheiten:
 - Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
 - Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme
- Ernährung
 - Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
 - Vermeidung und Reduktion von Übergewicht
- Stressreduktion und Entspannung
 - Vermeidung spezifischer Risiken und stressabhängiger Krankheiten
- Genuss- und Suchtmittelkonsums
 - verantwortlicher Umgang mit Genuss und Suchtmitteln

Voraussetzung von Kursangeboten bildet eine ganzheitliche Kombination von diesen Präventionsprinzipien und Kriterien, wie z.B. qualifiziertes Personal oder angemessene räumliche Voraussetzungen, die den allgemeinen Gesundheitszustand erhalten und verbessern. (Arbeitsgemeinschaft Spitzenverbände, 2008)

Für alle Aufenthalte ist vorher eine Kostenübernahmebestätigung erforderlich, die bei der gesetzlichen Krankenkasse angefordert werden kann. Neben Kursangeboten am Wohnort werden auch Kompaktangebote in Form von Gesundheitsreisen unterstützt. Bei Kursangeboten am Wohnort wird ein Zuschuss von 80% der Kosten bis zu einer maximalen Höhe von 75 Euro gewährt. Je nach Teilnahme zahlt eine gesetzliche Krankenkasse einen Zuschuss je Handlungsbereich von maximal 75 Euro. Im Rehabegleitpersonprogramm erfolgt eine Bezuschussung durch die Krankenkasse von maximal 150 Euro, da die zwei Handlungsbereiche „Bewegungsgewohnheiten“ und „Stressreduktion und Entspannung“ mit jeweils 75 Euro subventioniert werden. Im Kurbegleitpersonprogramm erfolgt eine maximale Kostenübernahme von 75 Euro, da dieses Programm aus einem Handlungsfeld „Bewegungsgewohnheiten“ und zwei Wellnesseinheiten besteht. (Arbeitsgemeinschaft Spitzenverbände, 2008)

Hinzuzufügen ist, dass diese Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung wie alle anderen Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu behandeln sind, und somit müssen diese Leistungen anforderungsgemäß ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein sowie das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Werden diese Anforderungen nicht erfüllt, können diese Leistungen durch die Krankenkasse nicht bewilligt und damit nicht finanziell unterstützt werden. (Arbeitsgemeinschaft Spitzenverbände, 2008)

3.3 Kalkulationen der Begleitpersonprogramme

Eine Kalkulation ist eine Kostenträgerstückrechnung. Dies bedeutet, dass Kosten auf eine einzelne erstellte Leistungseinheit zugerechnet und verwertet werden. (Wöhe & Döring, 2005) Folglich dient sie der Ermittlung der Selbstkosten, welche die Herstellkosten, einschließlich der Materialkosten und Fertigungskosten, addiert mit den Verwaltungsgemeinkosten, den Vertriebsgemeinkosten und den Sondereinzelkosten des Vertriebs, umfasst. (Mühlbradt, 2005) Sie dient der Fundierung finanzieller Entscheidungen, wie z.B. innerbetriebliche Verrechnungspreise und der Planung der Dienstleistungen. (Corsten, 2000)

Die Kalkulation der Begleitpersonprogramme erfolgt vor der Erstellung und Durchführung der Dienstleistung und ist somit eine Vorkalkulation, bei der geplante Kosten zum Einsatz kommen. (Wöhe & Döring, 2005)

Berechnungsgrundlage für die Kalkulation der Begleitpersonprogramme ist eine Produktkalkulator Basisdatei. Der Bereichsleiter des Therapiecentrums und des Deutschen Zentrum für Präventivmedizin hat in dieser Basisdatei allen Einzel- und Gruppenanwendungen des Deutschen Zentrum für Präventivmedizin, internen Leistungen, eingekauften Leistungen der Touristik und sonstigen Leistungen, die Dauer, die Sachkosten und den Personaleinsatz zugeschrieben. Festgehalten werden diese Zusammenhänge in Kalkulationssatztabellen. Ausgeführt wird dieser Produktkalkulator mit der Software Excel. Nachfolgend sind die Kalkulationsdateien des Rehabegleitpersonprogramms und des Kurbegleitpersonprogramms aufgeführt, welche im Oktober des Jahres 2009 von der Autorin eigenständig entworfen und berechnet worden sind.

Rehabegleitpersonprogramm						
Allgemein						
Ersteller ->	Christiana Döring					
Datum ->	27.10.2009					
Unterliegt das Angebot der MwSt? ->	Ja					
Reisezeit ->	A/B					
Anzahl der Teilnehmer ->	10					
Anzahl der Übermachungen ->	7					
Logis & Gastronomie (Preise für Logis immer ohne "Gastroanteil")						
Logis ->	EZ Pamir	0,00 €				
Gastro ->	Vollpension Pamir	16,00 €	Für ME und AE 40% Aufschlag für Getränke berechnet			
Sonstiges						
Posten	Menge	Kosten				
Sauna		0,00 €				
Anwendungen Medizin/Prävention						
Anwendung einzel	Menge	Kosten				
Anwendung gruppe	Menge	Kosten				
Bewegungscoaching Outdoor (30 Minuten/ Therapeut intern)	2	24,50 €				
Bewegungscoaching Outdoor (45 Minuten/ Therapeut intern)	5	87,50 €				
Entspannungstherapieverfahren (45 Minuten/ Aushilfe)	5	112,50 €				
VDR "Gesundheit fördern": Vortrag: Seminar Bewegung (1 X 120 min)						
VDR "Gesundheit fördern": Vortrag: Seminar Stressbewältigung (1 X 90 min)						
Interne Leistungen	Menge	Kosten				
Aquajogging	2	8,24 €				
Gesamt		232,74 €				
Overhead pro 3€ Umsatz =>		1,00 €				
Gesamtabrechnung						
Posten	pro Person netto	+ MwSt.	pro Person Brutto	Ges. Netto	+ MwSt.	Ges. Brutto
Anwendungen einzel	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Anwendungen gruppe	22,45 €	4,27 €	26,72 €	224,50 €	42,69 €	267,16 €
Interne Leistungen	8,24 €	1,57 €	9,81 €	82,40 €	15,66 €	98,06 €
Overhead	133,00 €	25,27 €	158,27 €	1.330,00 €	252,70 €	1.582,70 €
Logis	0,00 €		0,00 €	0,00 €		0,00 €
Gastronomie	112,00 €		112,00 €	1.120,00 €		1.120,00 €
Sonstiges	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Kosten	275,69 €	31,10 €	306,79 €	2.756,90 €	311,01 €	3.067,91 €
Marge	44,73%	---	30,06%	44,73%	---	30,06%
Verkaufspreis =>	399,00 €		399,00 €	3.990,00 €		3.990,00 €
Grundsätzlich keine MWST bei Logis und Gastronomie						

Abbildung 5: Kalkulation Rehabegleitpersonprogramm, erstellt von Christiana Döring

Kurbegleitersonnenprogramm						
Allgemein						
Ersteller =>	Christiana Döring					
Datum =>	27.10.2009					
Unterliegt das Angebot der MwSt? =>	Ja					
Reisezeit =>	A/B					
Anzahl der Teilnehmer =>	10					
Anzahl der Übernachtungen =>	7					
Logis & Gastronomie (Preise für Logis immer ohne "Gastroanteil")						
Logis =>	EZ Pamir	0,00 €				
Gastro =>	keine zus. Leistungen	0,00 €	Für ME und AE 40% Aufschlag für Getränke berechnet			
Sonstiges						
	Posten	Menge	Kosten			
	Sauna	7	35,00 €			
Anwendungen Medizin/Prävention						
	Anwendung einzel	Menge	Kosten			
	Medizinische Bäder	1	10,00 €			
	Anwendung gruppe	Menge	Kosten			
	Bewegungscoaching Outdoor (45 Minuten/ Therapeut intern)	5	87,50 €			
	Bewegungscoaching Outdoor (30 Minuten/ Therapeut intern)	1	12,25 €			
VDR "Gesundheit fördern": Vortrag; Seminar Bewegung (1 X 120 min)						
Interne Leistungen						
	Anwendung	Menge	Kosten			
	Aquagymnastik	2	8,24 €			
	Wärmepackung	2	19,36 €			
	Massage	1	8,06 €			
	Sandwärmetherapie	1	22,98 €			
Gesamt			168,39 €			
Overhead pro 3€ Umsatz =>			1,00 €			
Gesamtabrechnung						
Posten	pro Person netto	+ MwSt.	pro Person Brutto	Ges. Netto	+ MwSt.	Ges. Brutto
Anwendungen einzel	10,00 €	1,90 €	11,90 €	100,00 €	19,00 €	119,00 €
Anwendungen gruppe	9,98 €	1,90 €	11,87 €	99,75 €	18,95 €	118,70 €
Interne Leistungen	58,64 €	11,14 €	69,78 €	586,40 €	111,42 €	697,82 €
Overhead	100,00 €	19,00 €	119,00 €	1.000,00 €	190,00 €	1.190,00 €
Logis	0,00 €		0,00 €	0,00 €		0,00 €
Gastronomie	0,00 €		0,00 €	0,00 €		0,00 €
Sonstiges	35,00 €	6,65 €	41,65 €	350,00 €	66,50 €	416,50 €
Kosten	213,62 €	40,59 €	254,20 €	2.136,15 €	405,87 €	2.542,02 €
Marge	40,44%	---	18,02%	40,44%	---	18,02%
Verkaufspreis =>	300,00 €		300,00 €	3.000,00 €		3.000,00 €
Grundsätzlich keine MWST bei Logis und Gastronomie						

Abbildung 6: Kalkulation Kurbegleitersonnenprogramm, erstellt von Christiana Döring

Das Rehabegleitpersonprogramm wird zu einem Verkaufspreis von 399,00 Euro und das Kurbegleitpersonprogramm zu einem Verkaufspreis von 300,00 Euro angeboten. Diese Preise errechnen sich aus den Kosten für die einzelnen Anwendungen, die Gruppenanwendungen, die internen Leistungen, den Overhead, die Logis und Gastronomie, die sonstigen Ausgaben und die auf die Kosten aufgeschlagene Marge.

Die Programme werden in der Reisezeit von September bis Juni mit einem Zeitumfang von einer Woche angeboten und unterliegen der Mehrwertsteuer. Ausgegangen wird bei der Berechnung des Verkaufspreises von einer Mindestteilnehmerzahl von 10 Personen pro Woche, d.h. dass die Kosten der präventivmedizinischen Interventionen nicht pro Kopf, sondern für eine Gruppe à 10 Personen angegeben sind.

Die präventivmedizinischen Anwendungen in der Kalkulation des Rehabegleitpersonprogramms belaufen sich auf eine Gesamtsumme von 232,74 Euro und werden folgendermaßen erbracht: Die Gruppenanwendungen des Rehabegleitpersonprogramms bestehen aus 2 Bewegungscoachings Outdoor „Brandungsgymnastik“ à 30 Minuten, 5 Bewegungscoachings Outdoor „Nordic Walking“ à 45 Minuten unter Personaleinsatz eines internen Therapeuten, einem Entspannungstherapieverfahren „Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen“ mit 5 Sitzungen à 45 Minuten mit einem Physiotherapeuten und zwei Vorträgen des Vereins Deutscher Rentenversicherungsträger zu den Themen Bewegung und Stressbewältigung. Zusätzlich wird 2 Mal die interne Leistung Aqua Jogging mit einem Physiotherapeuten verrechnet.

Die Zusammenstellung der präventivmedizinischen Leistungen des Kurbegleitpersonprogramms kostet insgesamt 168,39 Euro pro Wocheneinheit. Enthalten sind hierbei 5 Bewegungscoachings Outdoor „Nordic Walking“ à 45 Minuten, ein Bewegungscoaching Outdoor „Thalassoanwendung“, ein Seminar zum Thema Bewegung und die internen Leistungen Aquajogging, Wärmepackung, Moorpackung, Rückenmassage und Sandwärmetherapie.

Zu den zwei Gesamtpreisen der präventivmedizinischen Maßnahmen werden die Kosten des Overheads zugefügt. Der Begriff des „Overhead“ bezeichnet die Summe der zusätzlichen Kosten, die den einzelnen Kostenträgern nicht unmittelbar zugerechnet werden können, wie etwa indirekte Kosten oder auch Gemeinkosten. (Corsten, 2000) Ein Beispiel hierfür sind Kosten für die Benutzung einer Grundausstattung. Mithilfe von Pauschalen, wie in diesem Fall einem Overhead pro 3 Euro Umsatz, werden diese Kosten verteilt. Auf dieser Berechnungsgrundlage ergeben sich bei dem Rehabegleitpersonprogramm Overheadkosten von 133,00 Euro und bei dem Kurbegleitpersonprogramm Overheadkosten von 100,00 Euro.

In dem Programm der Rehabegleitpersonen sind die kostenfreie Übernachtung im Zimmer des angehörigen Rehabilitanden und eine Verpflegung mit Vollpension in der Rehaklinik enthalten, die sich für eine Person pro Woche auf 112,00 Euro beläuft.

Das Kurbegleitpersonenprogramm ist allerdings im Unterschied zu dem Rehabegleitpersonprogramm ein freibuchbares präventivmedizinisches Wellnessarrangement ohne Übernachtung- und Verpflegung.

Ein Gast kann frei entscheiden, ob und welche Unterbringungs- und Verpflegungskosten er in Erwägung zieht. Gegen Aufpreis besteht die Möglichkeit der Übernachtung und der Verpflegung in

dem Hotel der zu begleitenden Person. In dem Preis des Kurbegleitpersonprogramms ist zusätzlich noch die freie Nutzung der Schwimm- und Saunalandschaft mit den sonstigen Kosten von 35,00 Euro verrechnet.

Zusammenfassend ergeben sich nun die Nettokosten pro Person für das Begleitpersonenprogramm des Rehabilitanden von 275,69 Euro und des Kurgastes von 213,62 Euro.

Auf diese Nettotoppreise wurde die Gewinnmarge von einem Prozentsatz aufgeschlagen, der die Differenz und damit Gewinnspanne zwischen Kosten und Erlös einer Produkteinheit angibt. In der Kalkulation wird zwischen der Bruttogewinnmarge, die keine Steuerzahlungen miteinschließt und der Nettogewinnmarge, die den Gewinn unter Berücksichtigung der Mehrwertsteuer in Prozent des Gesamtumsatzes zum Ausdruck bringt, unterschieden. Die Gewinnspanne stellt schlussendlich den Gewinn und die Rentabilität des Leistungserbringers dar. (Oehlich, 2009) In dem Fall des Rehabegleitpersonprogramms wird ein Nettogewinn von 44,73% und bei dem Kurbegleitpersonprogramm ein Nettogewinn von 40,44% von der Autorin auf die Nettopreise festgelegt.

4. Markt- und Konkurrenzanalyse

Der Markt wird als ökonomischer Ort des Tausches definiert. Zur Preisbildung auf einem Markt kommt es aufgrund des Aufeinandertreffens von Angebot und Nachfrage. (Corsten, 2000) Die Marktanalyse ist das Ergebnis einer Informationsgewinnung über die einen Markt beeinflussenden Faktoren und Umwelteinflüsse und verschafft ein grundlegendes Gesamtbild. Das Ziel einer Marktanalyse besteht in der Reduzierung von Unsicherheiten in Entscheidungssituationen, der Identifizierung von strategischen Schlüsselfaktoren und der Analyse von Angebot und Nachfrage.

(Oehlich, 2009)

Wettbewerb liegt vor, wenn mehrere Interessenten das gleiche Ziel verfolgen, es aber nicht gleichzeitig erreichen können. Dieser wird in der ökonomischen Fachliteratur als ein Zuteilungsverfahren knapper Güter zu Maximierung des Erfolgs von Unternehmen definiert. (Kampmann & Walter, 2010) Eine Konkurrenzanalyse ist eine Analyse der größten Konkurrenten eines Unternehmens. Hierbei werden alle möglich beschaffbaren Daten der Konkurrenzunternehmung hinsichtlich der Wichtigkeit und der strategischen Bedeutung bewertet. Das Ziel dieser Analyse besteht in der Offenlegung des Leistungsangebots und der geplanten, sowie realisierten Aktivitäten der Konkurrenz. (Corsten, 2000)

4.1 Der Gesundheitsmarkt

Die Betrachtung des Marktes gesundheitlicher Dienstleistungen ist die Grundlage für eine umfassende Markt- und Konkurrenzanalyse der Begleitpersonprogramme. Experten für Sozialpolitik und Gesundheit charakterisieren den Gesundheitsmarkt als einen „Megamarkt“, auf dem weltweit durchschnittlich etwa 5.000 Mrd. Euro umgesetzt werden. In Deutschland entspricht dies 10,4% des Bruttosozialproduktes. Von 100 Euro, die ein deutscher Haushalt ausgibt, werden 5 Euro in die eigene Gesundheit investiert. (Gleitsmann, 2009) Der Markt für Gesundheitsdienstleistungen in Deutschland besteht aus dem Gesundheitswesen, der auch als erster Gesundheitsmarkt mit ge-

gesetzlichen Leistungen zur klassischen Gesundheitsversorgung definiert wird und dem zweiten Gesundheitsmarkt mit allen privat finanzierten Leistungen. (Dörpinghaus, 2009)

Unter Verwendung der Daten des Robert Koch Instituts und des Statistischen Bundesamts setzt sich das Marktvolumen gesundheitlicher Dienstleistungen aus 245 Mrd. Euro der aufgewendeten Gesundheitsausgaben für den Erhalt und die Wiederherstellung der Gesundheit im Laufe eines Jahres und ca. 20 Millionen zusätzlich privat finanzierten Ausgaben zusammen. (Müller & Böhm, 2009)

Die Begleitpersonprogramme werden überwiegend mit privaten Ausgaben finanziert. Wachstumsprognosen zufolge spielen private Mittel zur Finanzierung von Gesundheitsdienstleistungen eine immer bedeutendere Rolle, denn die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen gemessen am Bruttosozialprodukt stagnieren. Das Volumen des Wellnessmarktes befindet sich in einer Größenordnung von 50 bis 70 Milliarden Euro mit einer prognostizierten Wachstumsrate von 35%. (Dörpinghaus, 2009) U.a. aufgrund dieser Ergebnisse aus der Marktforschung sind Wellnesseinheiten Bestandteil des Kurbegleitpersonprogramms.

4.1.1 Gesundheit als höchstes Gut

Der Begriff „Güter“ umfasst alle Mittel, die der Bedürfnisbefriedigung dienen und damit Nutzenträger sind, wobei der Nutzen eine subjektive Größe darstellt. (Schuller, Picot, Reichwald, & Franck, 2002) Gesundheit, als Bestandteil des menschlichen Humankapitals wird als das höchste Gut beschrieben, dass durch Alter, Krankheit und Lebensstil einer Abnutzung unterworfen ist. Hergestellt wird dieses Gut unter Einsatz von aufgewendeten Gütern zu deren Erhaltung und Förderung. In Folge dessen bildet das Gut Gesundheit die Grundlage für die Inanspruchnahme anderer Güter. Wenn Leistungen kostenlos genutzt werden können bzw. der Staat diese in einem Umfang bereit stellt, der der Nachfrage entspricht, wird der Begriff „Öffentliche Güter“ verwendet. Das Angebot von Gesundheitsdienstleistungen wird als öffentliches Gut angesehen, wenn durch deren Nutzung Mitglieder einer Gruppe oder einer Gesellschaft positive Effekte haben oder ein Verzicht suboptimal wäre. (Metze, 1992) Gesundheitsdienstleistungen auf der Grundlage einer privaten Finanzierung sind den privaten Gütern oder auch den Konsumgütern zuzuordnen. (Robert Bosch Stiftung GmbH, 1992)

Da auf dem Gesundheitsmarkt das gängige Zusammenwirken von Angebot und zahlungsfähiger Nachfrage nicht die Wirkung einer Selbststeuerung mit einer optimalen Güterverteilung erzielt, werden in dem nachfolgendem Kapitel die Wechselbeziehungen von Angebot und Nachfrage gesundheitlicher Dienstleistungen erläutert.

4.1.2 Angebot und Nachfrage gesundheitlicher Dienstleistungen

Die Allokation von Gesundheitsgütern erfolgt in Deutschland nicht nach marktwirtschaftlichen Grundsätzen. (Andreas, 1994) Auf Märkten wird die Nachfrage durch Kaufkraft ausgedrückt. Die medizinischen Leistungen in Deutschland werden anteilhaft durch Nachfrage und durch Zuweisung der Anbieter verursacht. Kennzeichnend ist hierbei die Sichtbarkeit keiner generellen Sättigung. (Andreas, 1994)

Folglich ist das Treffen von Entscheidungen, hinsichtlich der Struktur der nachgefragten Güter und Dienste auf der Grundlage eines verfügbaren Einkommens und dem möglichen Verbrauch mit dem Ziel eines Maximums an Bedürfnisbefriedigung, die Funktion der Nachfrager. (Metze, 1992) Unterschieden werden die Formen der autonomen und der angebotsinduzierten Nachfrage. Autonome Nachfrage besteht bei eigener Entscheidung der Bedarfsträger nach Gütern zur Bedürfnisbefriedigung. Ein Beispiel angebotsinduzierter Nachfrage ist eine Verbrauchsanweisung eines Arztes mittels Rezept oder eine Überweisung, bei der dem Empfänger ein Entscheidungsraum und Einflussnahme bestehen bleibt. (Robert Bosch Stiftung GmbH, 1992)


Voraussetzung der Inanspruchnahme von gesundheitlichen Dienstleistungen ist Markttransparenz als Möglichkeit und Fähigkeit der Entscheidungsfindung. (Andreas, 1994) Im Gesundheitswesen sind die Entscheidungsmöglichkeiten der Nachfrager aufgrund mangelnder Informationen zu den Kosten der einzelnen Gesundheitsgüter, dem fehlendem medizinischen Wissen zur Beurteilung des eigenen Gesundheitszustandes und dem Gesundheitswert der Güter zur Wiederherstellung sowie Förderung der Gesundheit, eingeschränkt. Der resultierende Nutzen einer Intervention kann nur von den Anbietern wahrgenommen werden, da sie über die notwendigen medizinischen Kenntnisse verfügen. (Robert Bosch Stiftung GmbH, 1992) Den Konsumenten bleibt die Entscheidung über die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, einschließlich der Auswahl des medizinischen Personals und eine Einflussnahme auf den Therapieverlauf. (Metze, 1992)

Die Nachfrage nach gesundheitlichen Dienstleistungen steigt aufgrund der sich ändernden Bevölkerungsstruktur, der veränderten Krankheitsbildern sowie der sozialen, ökonomischen und medizinischen Entwicklung. (Robert Bosch Stiftung GmbH, 1992)

4.2 Konkurrenzanalyse der Begleitpersonprogramme

In der folgenden Konkurrenzanalyse werden die Konkurrenten eines Begleitpersonprogramms in dem Raum Deutschland grob aufgelistet und bewertet nach den Kriterien des Standorts, der angesprochenen Zielgruppe und des Leistungsangebots.

Im Wesentlichen stehen die Konzepte der Begleitpersonprogramme in Konkurrenz zu folgenden Angeboten im Raum Deutschland:

 <p>Rehaklinik Irma Klinik für onkologische, psychoonkologische und pulmonologische Rehabilitation AHB-Maßnahmen, Vor- und Nachsorge</p>	<p>Standort: Bad Dürkheim, in Baden-Württemberg, Sole-Heilbad, heilklimatischer Kurort Zielgruppe: ausschließlich Ehegatte oder Partner eines Rehabilitanden Angebot: Partnerbegleitangebot mit Vollpension, Teilnahme am Freizeitprogramm, an Gesundheitsvorträgen und Nutzung aller Serviceeinrichtungen der Klinik →kein organisiertes und zertifiziertes Programm, auf Selbstzahlerbasis</p>
--	--

 <p>Kur- und Klinikverwaltung Bad Rappenau</p>	<p>Standort: Bad Rappenau, Baden-Württemberg, Stimmheilzentrum Zielgruppe: Lebenspartner eines Rehabilitanden Angebot: einwöchiges Gesundheitsprogramm „Gesund und Fit durchs Jahr“ mit Übernachtung, → allerdings liegt keine Zertifizierung vor, sondern private Finanzierung</p>
 <p>MEDIAN Kliniken</p>	<p>Standort: Mediantkliniken in Mecklenburg-Vorpommern, Berlin, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Hessen, Thüringen, Nordrhein-Westfalen, Rheinlandpfalz Zielgruppe: Begleitung eines Patienten Angebot: auf Wunsch Inanspruchnahme von medizinisch therapeutischen Leistungen oder auch Vorlage eines Rezeptes → Es ist kein Programm vorhanden, eigene Organisation von Leistungen</p>
 <p>Reha-Zentrum Lübbe Fachklinik für Orthopädie und Onkologie</p>	<p>Standort: Lübbe, Brandenburg Zielgruppe: Begleitperson eines Patienten Angebot: Übernachtungsmöglichkeiten für Begleitpersonen, wahlweise mit Frühstück oder Halb- bzw. Vollpension, Einlösen von Heilmittelverordnungen, zusätzlich privat finanzierte Leistungen, wie z.B. Präventionskurse → Kein organisiertes und zertifiziertes Programm, auf Selbstzahlerbasis</p>

Abbildung 7: Konkurrenzanalyse Begleitpersonprogramme in Deutschland, erstellt von Christiana Döring

Diese unmittelbaren Konkurrenten unterscheiden sich durch ihre Angebote oder ihre Struktur von den von der Autorin erstellten Konzepten der Begleitpersonprogramme. Alle Angebote sprechen als Zielgruppe nur Rehabbegleitpersonen und keine Kurbegleitpersonen an. Des Weiteren liegt bei keinem Angebot der Konkurrenz eine Zertifizierung der Programme durch die Krankenkasse vor bzw. bei einigen Anbietern existiert keine strukturierte Zusammenstellung einer Programmabfolge. Somit ist der Markt von Begleitpersonenprogrammen noch relativ unentwickelt und Konzepte von zertifizierten Begleitpersonprogrammen sind eine Marktlücke.

4.3 Empirische Untersuchung der Nachfrage von Begleitpersonprogrammen

Grundlage der Programmplanung und Kunden- sowie Absatzanalyse sind Erkenntnisse über das Verhalten der Nachfrager und Konkurrenten, denn die Verhaltensweisen der Zielgruppen determinieren die Marktsituation und entscheiden über die Annahme bzw. Akzeptanz und damit auch über den Erfolg des Konzepts.

Die von der Autorin durchgeführte empirische Untersuchung dient der Marktforschung über die Nachfrager von Begleitpersonprogrammen und ihre Wünsche mit der Zusammenstellung von entscheidungsrelevanten Daten über den Absatzmarkt.

Sie gliedert sich in die Schritte der Festlegung der Untersuchungsziele, der Untersuchungsform, der Stichprobe der Interessentenpopulation, dem Datenerhebungsinstrument und die Durchführung der Datenerhebung sowie die Datenauswertung und die Ergebnisse der Stichproben.

4.3.1 Untersuchungsziele

Orientierungspunkt für die erstellten Programme waren in erster Linie die Nachfragerbedürfnisse. Der Zweck dieser Erhebung bestand in der Nachfrageanalyse von gesundheitlichen Dienstleistungen und in Folge dessen einem, an den Nachfragerwünschen, optimierten Angebot der konzipierten Begleitpersonprogramme.

Übergeordnete Ziele dieser Nachfrageanalyse waren die Ermittlung der Akzeptanz und Annahme der Programme und die Zahlungsbereitschaft von zukünftigen Kunden. Grundlage hierfür war die Gewinnung von Erkenntnissen, wie z.B. die Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes und gesundheitsbezogenen Handlungsabsichten sowie sozialstatistischen Daten der Zielgruppe.

4.3.2 Festlegung der Untersuchungsform

Diese empirische Untersuchung der Nachfrage von Begleitpersonprogrammen erfolgte als Teil einer Machbarkeitsstudie, welche die praktische Durchführbarkeit von Programmen bewertet.

Der zeitliche Modus der Datenerhebung war einmalig und die Variablenwerte der Untersuchungseinheiten bezogen sich auf einen Zeitpunkt. Folglich bediente sich diese Untersuchung dem Erhebungsdesign eines Querschnittsdesigns. (Diekmann, 2005)

Aufgrund der Fragestellungen der Untersuchungsziele wurde als Erhebungsmethode für die Untersuchung der Nachfrage von Begleitpersonprogrammen die schriftliche Befragung gewählt. Eine Befragung ist ein grundlegendes Instrument der Erhebung sozial- und wirtschaftsstatistischer Daten zur Erforschung von Einstellungen und Meinungen. Sie weist die Vorteile der zeitlichen Unabhängigkeit der Beantwortung der Fragen, die Vermeidung von Fehlern durch Beeinflussung von Interviewern und in Folge dessen ehrliche, überlegte Antworten, sowie einen geringen Kostenaufwand auf. (Diekmann, 2005) Als Messinstrument wurde ein Fragebogen festgelegt, der den Anforderungen der Objektivität, der Reliabilität und der Validität genügen soll.

In einem Kontinuum nach dem Grad einer Standardisierung mit den Polen „vollständig strukturiert“ und „offen bzw. unstrukturiert“ lassen sich Befragungsformen ebenfalls unterscheiden. (Diekmann, 2005) Die Autorin wählte eine vollständig standardisierte Befragung mit Einstreuung von Hybridfragen, welche halb offene Fragen sind. Dies bedeutet, dass einer geschlossenen Antwortkategorie eine offene Antwortmöglichkeit hinzugefügt wurde.

Da alle Auskunftspersonen ähnliche Fragen beantworteten, waren Aussagen durch vorgegebene Antwortkategorien miteinander vergleichbar. Ebenfalls wurden Rating Skalen mit Schulnoten und Rating Skalen nach einer Klassifizierung des Fragebogens zum Allgemeinen Gesundheitszustand SF 36 verwendet. Die Befragten konnten in Form der Selbsteinstufung ihre Einstellung zu einem Meinungsgegenstand abgeben, in dem sie ihre Antworten auf der Skala eingetragen haben und

damit den Grad der Zustimmung oder Ablehnung ausdrückten. Somit wurde den Befragten die Einstufung ihrer Antwort erleichtert. Der Messstab der Autorin ist eine kombinierte numerische, verbale und grafische Form.(Diekmann, 2005)

4.3.3 Stichprobe der Interessentenpopulation

Voraussetzung der Erhebung ist die Definition der zu untersuchenden Population. In der wissenschaftlichen Fachliteratur wird unter einer Population eine definierte Gruppe von Individuen mit bestimmten Merkmalen verstanden, die die Grundgesamtheit der potenziell zu untersuchenden Einheiten bzw. relevanten und aussagefähigen Personen für eine Erhebung darstellt. (Diekmann, 2005) In der vorliegenden Untersuchung stellten alle Konsumenten von Begleitpersonprogrammen diese Grundgesamtheit dar. Die Untersuchung der Nachfrage von Begleitpersonprogrammen ist auf einen Teil der Grundgesamtheit eingeschränkt und somit erfolgt die Datenerhebung mittels einer Teilerhebung, aufgrund des Unwissens bzw. der Schwierigkeiten des Abschätzens der Größe der Grundgesamtheit.

Die Zielgruppe dieser Untersuchung war die Interessentenpopulation von Begleitpersonprogrammen. Diese gliederte sich je nach Art des Programms in Rehabegleitpersonen und Kurbegleitpersonen auf. Basis einer Teilerhebung war folglich die Stichprobe, welche eine Auswahl von Elementen der Grundgesamtheit umfasste. In dieser Nachfrageanalyse kamen drei Stichproben zur Anwendung. Das angewandte Stichprobenverfahren unterlag einer bewussten Auswahl. Erhebungseinheiten der ersten Stichprobe waren Rehabegleitpersonen als zukünftige Kunden von dem Rehabegleitpersonprogramm. Diese Gruppe von Personen war bereits Gast eines Rehabilitanden in einer Rehabilitationseinrichtung und dadurch persönlich aktiv kontaktierbar. Die zweite Stichprobe setzte sich aus Kurbegleitpersonen als potenzielle Nachfrager von Kurbegleitpersonprogrammen zusammen. Auch diese Personengruppe befand sich bereits vor Ort in Begleitung eines Partners, der an Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung teilnahm. Folglich waren auch hier persönliche, leicht erreichbare Zugangswege vorhanden. Die dritte Stichprobe betraf rein thematisch auch das Programm der Kurbegleitpersonen. Diese Kurbegleitpersonen, welche bereits in der zweiten Stichprobe erfasst waren, waren aber nicht in einer Vielzahl vorhanden, da deren Anwesenheit in dem Programm der Kurgäste der Betrieblichen Gesundheitsförderung nicht vorgesehen und nicht finanziell unterstützt wurde. Die dritte Stichprobe umfasste daher die Kurgäste der Betrieblichen Gesundheitsförderung und gewann Erkenntnisse über deren Einschätzung und mögliche Weiterempfehlung des Kurbegleitpersonprogramms an eine frei wählbare Begleitperson. Somit sollten auch Informationen über, für die Erhebung relevante Personengruppen, ermittelt werden, die nicht vor Ort sind.

4.3.4 Datenerhebungsinstrument der Fragebogen und seine Konstruktion

Im folgenden Kapitel wird nun die Konstruktion der Fragebögen erläutert. Da die Erhebung der Nachfrage der Begleitpersonprogramme drei verschiedene Zielgruppen in Betracht zieht, wurde ein grundständiges Fragebogenkonstrukt entworfen, das auf jede Zielgruppe und jeden Empfänger spezifisch abgestuft ist. Somit wurden drei Fragebögen mit den Adressaten „Rehabegleitperson“,

„Kurgast“ und „Kurbegleitperson“ entworfen. Diese Adressatennamen wurden als Überschrift für den jeweiligen Fragebogen eingesetzt.

Als Einführung in das Thema und für die Verständlichkeit des folgenden Textes und der nachfolgenden Befragung wurde eine Einleitung gewählt, die den Rahmen, die Durchführung sowie die Zielsetzung dieser Erhebung spezifisch für die drei Adressaten erläutert.

Daraufhin folgte eine kurze Darstellung des jeweiligen Programms mit den formalen, präventivmedizinischen und touristischen Inhalten, der Finanzierung und der Bezuschussung. Diese Kurzdarstellung ist formal durch einen Kasten eingegrenzt und hebt sich somit von der vorangehenden Einleitung und den nachfolgenden Fragen und Antwortkategorien ab. Dies gewährleistete ein Priorisieren des Textes und vermied ein Überlesen.

Anschließend wurde ein Satz als Handlungseinweisung bei allen drei Fragebogenversionen einheitlich angeordnet, welcher besagte, dass das vorstehende Angebot nach dem Ermessen der Teilnehmer bewertet und die nachstehenden Fragen beantwortet werden sollten. Zusätzlich wurde erwähnt, dass bei den Antwortkategorien Mehrfachnennungen möglich sind und dass alle Daten anonym weiter verarbeitet werden.

Nun folgte die Befragung zu der Nachfrage der Begleitpersonprogramme. Alle Fragen waren nach dem Prinzip der Einfachheit und der daraus folgenden Verständlichkeit formuliert, was die Verwendung von kurzen Sätzen mit einer leicht verständlichen, eindeutigen und neutralen Ausdrucksweise ohne Fremdwörter hinsichtlich der jeweiligen Zieldimensionen, implizierte. Damit die Befragten nicht zu Gedankensprüngen gezwungen waren, folgten Fragen zum gleichen Themengebiet nacheinander. Diese Fragebögen gliederten sich in die Themenblöcke der Bewertung und der möglichen Inanspruchnahme der Begleitpersonprogramme, Fragen zu der eigenen Gesundheit und gesundheitsförderlichen Aktivitäten sowie den Angaben zur eigenen Person. Zu Beginn der Fragebögen wurden Fragen behandelt, die das Interesse der Befragten weckten. Der Umfang der Erhebung war mit 9 Fragen und einem Teil zu den Angaben der eigenen Person relativ klein gehalten, da bei zunehmender Fragedauer die Aufmerksamkeit der Adressaten abnehmen würde. Des Weiteren wurden ausschließlich direkte Fragestellungen verwendet, da diese unmittelbar auf den interessierenden Sachverhalt schließen lassen. (Diekmann, 2005)

Die ersten drei Fragen waren in den drei Fragebogenversionen einheitlich. Sie bezogen sich rein inhaltlich auf die Kurzdarstellung des Begleitpersonprogramms. Die kurz formulierte Eröffnungsfra-ge erhob die Einstellung und die Bewertung des jeweiligen Begleitpersonprogramms unter der Verwendung von Antwortkategorien einer Rating Skala mit Schulnoten. Anschließend wurde nach der persönlichen Überzeugung der Gäste gefragt, was sie an dem Programm anspricht. Hierbei handelte es sich formal um eine offene Frage bei der Antwortalternativen mit der Möglichkeit von Mehrfachnennungen vorgegeben wurden. Um nicht nur Informationen im Rahmen der vorgegebenen Kategorien zu erhalten, wurde zusätzlich die offene Antwortkategorie „Sonstiges“ zugefügt. Nachfolgend wurde eine dichotome Ja- Nein- Frage angeordnet, die nach den Verbesserungsmöglichkeiten der Begleitpersonkonzepte fragte, wobei die Antwortkategorie „Ja“ halboffen war, um weitere verbessernde Aspekte der Gäste zu erfassen. Die vierte Frage diente der Erfassung der Annahme des Programms, d.h. hier wurde erörtert, ob die betreffende Reha- oder Kurbegleitper-

son das Angebot buchen würde. In den Fragebögen der Kurgäste wurde stattdessen gefragt, ob diese das Angebot des Kurbegleitpersonprogrammes einer Begleitperson ihrer Wahl weiterempfehlen würden. Bei dieser Fragestellung wurden die dichotomen Antwortkategorien „Ja“ und „Nein“ sowie die Antwortalternative „Vielleicht“ mit der Möglichkeit zu Ergänzungen, warum gerade diese Antwort gewählt wurde, vorgegeben.

Mit der nächsten Frage nach der subjektiven Beurteilung des physischen und psychischen Gesundheitszustands wurde der Themenkomplex der „eigenen Gesundheit“ eingeleitet. Dessen Zielsetzung lag in der Gewinnung von Erkenntnissen über den eigenen subjektiven Gesundheitszustand der an der Befragung teilnehmenden Person, bestehende, bereits ausgeübte sowie zukünftige mögliche gesundheitsförderliche Aktivitäten und der Investitionsbereitschaft in die eigene Gesundheit. Bei der Frage nach dem eigenen Gesundheitszustand wurden die Antwortkategorien des wissenschaftlich fundierten Fragebogens zum Allgemeinen Gesundheitszustand „SF 36“ verwendet, dessen erste Frage sich ebenfalls mit der Erfassung des eigenen allgemeinen Gesundheitszustands beschäftigt.

Auf diese Einschätzung aufbauend, konnte der Aufenthalt einer Begleitperson sich unterschiedlich auswirken, daher wurde nachfolgend gefragt, was sich ein Rehabilitand bzw. ein Kurgast von dem Aufenthalt einer Begleitperson oder eine Rehabegleit- bzw. Kurbegleitperson von Ihrem Aufenthalt erhofft. Sechs geschlossene Antwortkategorien und eine halb offene Antwortalternative „Sonstiges“ wurden vorgegeben.

Für die nachfolgende Frage nach einer zukünftigen oder bereits bestehenden Absichtsbildung einer Verhaltens- bzw. Verhältnisänderung waren die zwei vorangegangenen Fragen grundlegend. Die fünf vollständig geschlossenen Antwortkategorien implizieren die fünf Stufen der Verhaltensänderung des Transtheoretischen Modells intentionaler Verhaltensänderung ohne die Verwendung von stark wertbesetzten Wörtern oder Fachbegriffen. Das Transtheoretische Modell geht von dem Ansatz aus, dass Verhaltensänderung ein zeitlich und systematisch bestimmter Prozess ist, der durch das aktive Durchlaufen von verschiedenen aufeinander aufbauenden Stufen geprägt ist, wobei der zentrale Schwerpunkt auf die Entscheidungsprozesse eines Menschen gerichtet ist. (Keller, Velicer, & Prochaska, 1999) Das Modell und somit auch die Antwortkategorien dieser Frage bestehen aus den Stufen der Absichtslosigkeit oder auch „precontemplation“, der Absichtsbildung („contemplation“), der Vorbereitung, der Handlungsstufe der Durchführung, der Aufrechterhaltung der Veränderung und der Stabilisierung einer Verhaltensänderung. Im Mittelpunkt dieser Frage steht der jeweilige Entscheidungsprozess der Adressaten hinsichtlich relevanter Verhaltensprozesse.

Um diese Frage zu untermauern wurde nun eine sehr kurz formulierte Frage gestellt, was der jeweilige Proband bereits für seine eigene Gesundheit tut. Auch hier wurden geschlossene Antwortkategorien vorgegeben und wieder zur Erweiterung des Spektrums an Informationen eine halb offene Antwortmöglichkeit beigefügt.

Der Themenblock dieser Fragen schloss mit der letzten Frage, ob der jeweilige Adressat bereit ist, Zeit und Geld für die Gesundheit auszugeben oder ob er dies bereits tut.

Hiermit wurden Erkenntnisse über die Investitionsbereitschaft in die eigene Gesundheit und darüberhinaus die Zahlungsbereitschaft für die Begleitpersonprogramme gewonnen.

Da sozialstatistische Fragen für die Adressaten meist weniger interessant sind, standen die Angaben zu der eigenen Person am Ende dieser Fragebögen. Sie beinhalteten Daten zu dem Geschlecht, dem Alter, dem Familienstand, den Kindern und deren Anzahl, der Schul- und Berufsausbildung sowie zu der momentanen beruflichen Tätigkeit. (Diekmann, 2005)

4.3.5 Pretest

Da der Fragebogen neu erstellt worden ist, sollte dieser, zur Absicherung der Eindeutigkeit und Verständlichkeit, vorab einem Probedurchlauf, dem s.g. Pretest unterzogen werden. Weitere Zielsetzungen dieses Pretests waren die Ermittlung der durchschnittlichen Befragungszeit, die Prüfung von Fragekontexteffekten und alternativen Frageformulierungen.

Am Montag den 17. Mai wurden die Fragebögen des Pretests durch einen Mitarbeiter des Deutschen Zentrums für Präventivmedizin ausgeteilt. Die ausgewählte Stichprobe umfasste eine Gruppe der Betrieblichen Gesundheitsförderung, die ein Gesundheitstraining über den Zeitraum einer Woche besuchte. Diese Gruppe bestand aus zehn männlichen und einem weiblichen Gast.

Die Austeilung erfolgte nach einem Gruppentermin des Gesundheitstrainings.

Ab diesem Zeitpunkt hatten die Gäste bis 21. Mai Zeit die Fragebögen anonym ohne Beobachtung eines Interviewers auszufüllen und dem Mitarbeiter des Deutschen Zentrums für Präventivmedizin wiederzugeben.

Die Rücklaufquote betrug 100%. Die Bearbeitungszeit des Fragebogens lag zwischen fünf und zehn Minuten und stellte laut Äußerungen der Befragten keinen großen Aufwand dar. Bei der Abgabe des Fragebogens erwies sich das Feedback der teilnehmenden Personen als positiv, da diese den Fragebogen als leicht verständlich hinsichtlich der formalen Form, des Inhalts und der Fragestellung sowie der Antwortkategorien beurteilten.

Zwei Änderungen des Fragebogens wurden nach dem Pretests durchgeführt. Die erste Änderung des Fragebogens bestand in der Überschrift der zwei Fragebögen der Kurbegleitpersonprogramme. Anstelle der Überschrift „Fragebogen Präventivbegleitperson“ wurde die Überschrift „Fragebogen Kurgast“ oder „Fragebogen Kurbegleitperson“ zur eindeutigeren Differenzierung der zwei Fragebögenthematiken ersetzt. Die zweite Änderung betraf den Preis des Kurbegleitpersonprogramms. Nach einer Korrektur der Kalkulation konnte der Preis von 350 Euro auf 300 Euro herabgesetzt werden. Dies wurde in der einleitenden Kurzdarstellung des Kurbegleitpersonprogramms korrigiert.

4.3.6 Durchführung der Datenerhebung

In dem sechswöchigen Zeitraum vom 31. Mai bis 11. Juli 2010 wurde die Erhebung der Nachfrage von Begleitpersonprogrammen durchgeführt. Die zeitliche Begrenzung orientierte sich an dem Zeitrahmen der Bearbeitung einer Bachelorarbeit.

Der bereits vorab in das Thema der Bachelorarbeit und die Zielsetzung der Befragung eingewiesene Mitarbeiter des Deutschen Zentrums für Präventivmedizin teilte die Fragebögen aus. Er sensibilisierte die zu befragenden Personen für die Erhebung, indem er die Einleitung des Fragebogens

mit eigenen Worten hinsichtlich des Rahmens, der Zielsetzung und der Durchführung der Erhebung wiedergab.

Anschließend hatten die Teilnehmer der Befragung eine Woche Zeit die Fragebögen auszufüllen. Das gewählte Zeitfenster richtet sich nach der vorgegebenen Aufenthaltszeit von Kurgästen der Betrieblichen Gesundheitsförderung und an dem zeitlichen Konzept der Begleitpersonprogramme. Die Verteilung der Fragebögen der Rehabegleitpersonen erfolgte durch den eingewiesenen Mitarbeiter des Deutschen Zentrums für Präventivmedizin. Der Stichprobenumfang der Rehabegleitpersonen mit 4 zu befragenden Personen ist gering. Dies lässt sich mit dem Fehlen von Angeboten von Rehabegleitpersonprogrammen, einschließlich finanzieller Subventionierung durch die Krankenkasse, begründen. Bisher können Rehabegleitpersonen nur eine Übernachtungsmöglichkeit im Zimmer des Rehabilitanden auf Selbstzahlerbasis wahrnehmen ohne die Inanspruchnahme gesundheitsförderlicher bzw. präventiver Aktivitäten. Nur unter der Voraussetzung von Eigeninitiative können physiotherapeutische Rezepte eines Hausarztes oder eines Badearztes vor Ort im Kurort angefordert und verwendet werden. In dem vorgegebenen Zeitfenster von sechs Wochen waren 4 Rehabegleitpersonen im Deutschen Zentrum für Präventivmedizin vor Ort, die alle an der Befragung teilnahmen. Auch hier beträgt die Rücklaufquote 100%.

Den Kurgästen der Betrieblichen Gesundheitsförderung wurde der Fragebogen im Anschluss an einen Gruppentermin ausgehändigt. Der Stichprobenumfang der Kurgäste umfasst 11 Gäste einer Regenerationskur der Deutschen Flugsicherung. Die Rücklaufquote betrug 100%. Die Austeilung der Fragebögen an die Kurbegleitpersonen gestaltete sich schwierig. Diese kann nur über eine Verteilung an den eigentlichen Kurgast und eine anschließende Weiterleitung an deren Begleitperson erfolgen. Der Stichprobenumfang der Kurbegleitpersonen ist mit drei zu befragenden Personen deutlich kleiner. Grund hierfür sind fehlende Angebote für den Aufenthalt und die Beschäftigung von Begleitpersonen. Das vorliegende Konzept eines Kurbegleitpersonprogramms existiert noch nicht und ist daher eine Marktlücke. Ohne das Wissen über die Möglichkeit einer Begleitung, sind auch keine Begleitpersonen der Kurgäste vorhanden. Dass dennoch 3 Begleitpersonen der Kurgäste einer Befragung zur Verfügung standen, begründet sich mit gehobenen finanziellen Möglichkeiten eines Aufenthaltes auf Selbstzahlerbasis und den familiären Situationen, wie z.B. des „Nicht alleine sein wollen“ der betreffenden Kurgäste. Alle drei in dem oben erläuterten Zeitrahmen vorhandenen Begleitpersonen füllten die Fragebögen aus und damit ergibt sich auch hier ein Rücklauf von 100%.

4.3.7 Datenauswertung und -analyse

Eine Datenauswertung ist sowohl manuell als auch maschinell möglich. Bei einer kleinen Stichprobengröße ist eine manuelle Auswertung über Strichlisten sinnvoll. Dabei wurden die einzelnen Fragestellungen mit den dazugehörigen Antwortkategorien aufgelistet und die Antworten Frage für Frage ausgewertet, d. h. bei der jeweiligen Kategorie wurde ein Strich vermerkt. Anschließend wurden die Striche ausgezählt, in eine Tabelle eingetragen und prozentuiert. Die statistische Analyse, einschließlich der Datenaufbereitung und die anschließende Darstellung der Ergebnisse erfolgte unter Einsatz des Tabellenkalkulationsprogramms Excel.

Bei der Analyse der gewonnenen Daten stand die Beschreibung der zu untersuchenden Stichprobe hinsichtlich der Bewertung und der Akzeptanz des Rehabegleitpersonprogramms sowie der eigenen subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustands einschließlich gesundheitsförderlicher Interventionen im Vordergrund.

Als geeignete Analyseverfahren wurden Verfahren der deskriptiven Statistik, deren Zielsetzung die Beschreibung von Verteilungen und Zusammenhängen ist, benutzt. In den folgenden Ergebnisabschnitten kam die univariate Datenanalyse zur Anwendung, die sich mit der Beschreibung und Darstellung von eindimensionalen oder univariaten Häufigkeitsverteilungen beschäftigt, welche sich aus der Menge gegebener empirischer Daten gewinnen lassen.

4.3.8 Ergebnisse der Stichprobe „Rehabegleitperson“

Die Stichprobe der Rehabegleitpersonen umfasste 4 weibliche, verheiratete Begleitpersonen von Rehabilitanden, im Alter von 39 bis 63 Jahren mit einer Schulbildung der mittleren Reife.

Der erste Themenblock der Fragen beschäftigte sich mit der Akzeptanz des Rehabegleitpersonprogramms. Die einleitende Frage der Einschätzung des Rehabegleitpersonprogramms mit der Antwortskala von Schulnoten, bewerteten drei Frauen mit „1 sehr gut“ und eine Frau mit „2 gut“. Mit einer grafischen Darstellung in Form eines Streifendiagramms werden die Antwortkategorien der zweiten Frage aufgeführt:

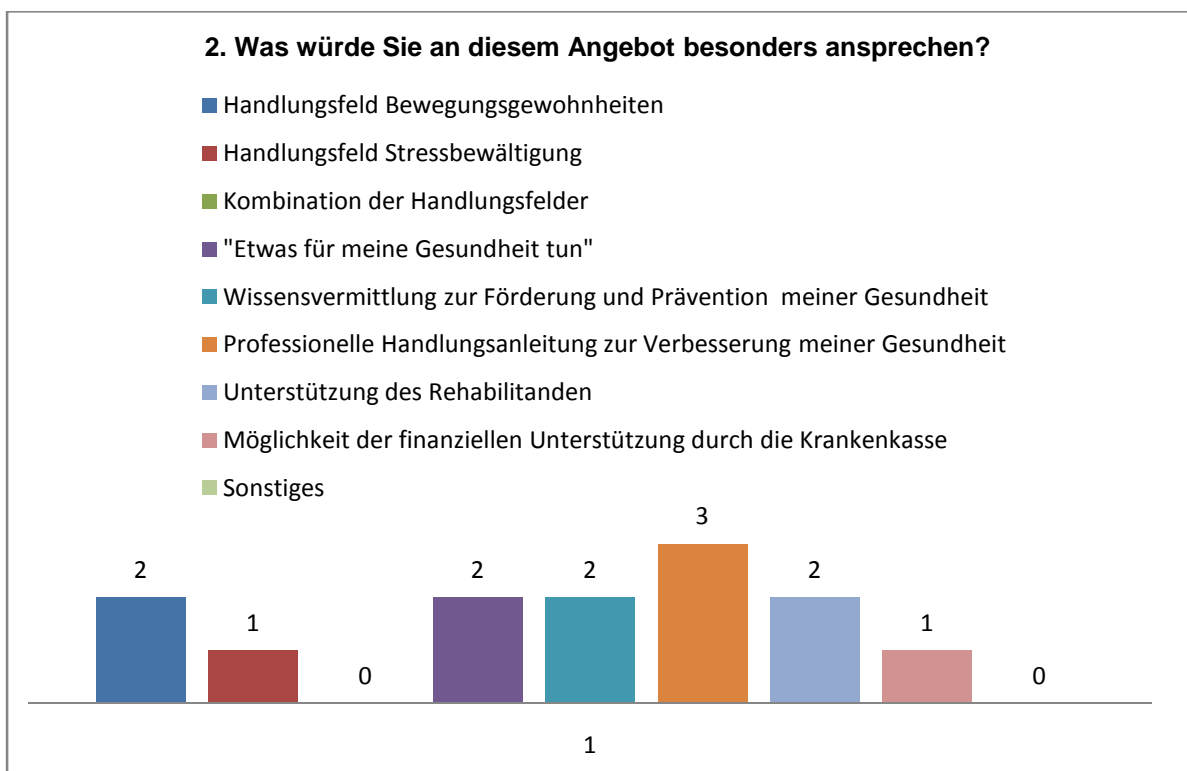


Abbildung 8: Ergebnisse Stichprobe "Rehabegleitperson" Frage 2

Diese Ergebnisse zeigen, dass Professionelle Handlungsanleitung durch entsprechend geschultes Personal zu gesundheitsförderlichen und präventiven Interventionen zur Verbesserung der Gesundheit Rehabegleitpersonen am meisten an dem Programm anspricht.

Alle Personen dieser Stichprobe sahen in dem vorliegenden Angebot keine Verbesserungsmöglichkeiten. Diese ersten drei Fragen bereiteten die nachfolgende bedeutsamste Frage dieser Erhebung zur Annahme des Programms vor. Die 4. Frage, ob eine Buchung des Rehabegleitpersonprogramms in Frage kommt, beantworteten alle Personen dieser Stichprobe mit „Ja“. Sie gaben als Beweggründe „Stressbewältigung“, „Gesundheit/ Rücken+ Prävention“, „Unterstützung des Rehabilitanden“ und dass sie bereits als Begleitperson vor Ort sind, an. Die neunte Frage nach der finanziellen Investitionsbereitschaft in die eigene Gesundheit war eine eher schwierige persönliche Frage, die ebenfalls für die Nachfrage von dem vorliegenden Konzept relevant war. Sie baute auf den vorangegangenen Fragen auf und war daher am Ende des zweiten Drittels platziert. Alle Personen der Stichprobe hatten eine hohe Investitionsbereitschaft in die eigene Gesundheit, wobei drei Personen bereits Geld für gesundheitsförderliche Aktivitäten ausgaben und eine Person erwog in absehbarer Zeit dafür Geld auszugeben. Resultierend aus diesen Antworten ergab sich, dass eine zahlungsfähige Nachfrage von Rehabegleitpersonen vorhanden ist.

Der zweite Fragenblock mit Themen zu der eigenen Gesundheit und gesundheitsförderlichen Aktivitäten diente der Charakterisierung von Eigenschaften und Verhaltensweisen der Stichprobe. Als Einleitung in die Thematik fungierte die Frage der subjektiven Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes mit den Antwortkategorien des Fragebogens „SF36“. Zwei Frauen sahen ihren Gesundheitszustand „2 sehr gut“, eine bewertete diesen mit „3 gut“ und eine mit „4 weniger gut“. Auf der Basis dieser vorangegangenen Aussagen wurde als nächstes erfragt, was sich eine Begleitperson nun von Ihrem Aufenthalt erhoffen würde. Dies ist im Folgenden grafisch festgehalten.

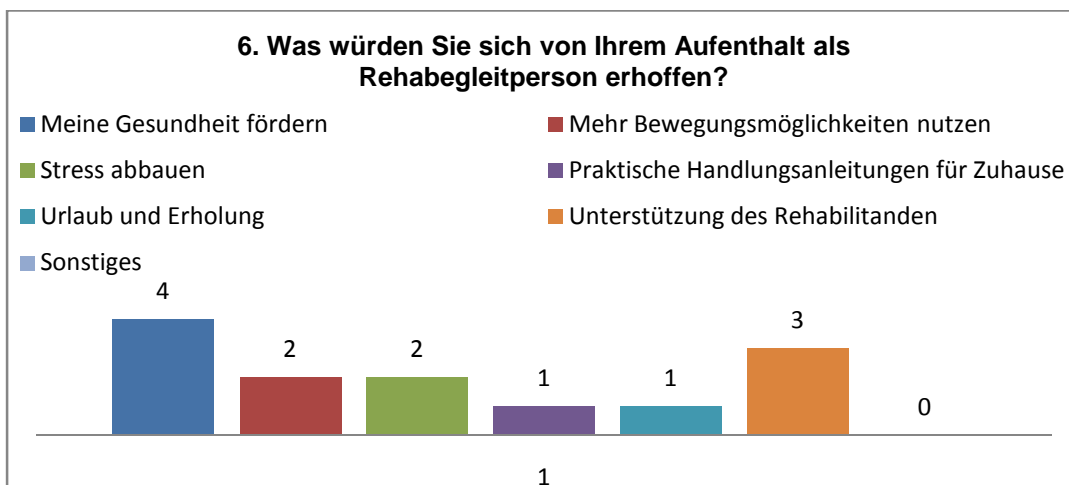


Abbildung 9: Ergebnisse Stichprobe "Rehabegleitperson" Frage 6

Die Abbildung 9 stellt dar, dass alle Personen dieser Stichprobe sich eine Gesundheitsförderung erhoffen, wobei die Mehrheit der Personen die Unterstützung des Rehabilitanden als besonders wichtigen Zweck des Begleitpersonprogramms betrachtet.

Die nächste Frage betraf eine zukünftige oder bestehende Verhaltensänderung und die dazugehörigen Antwortkategorien implizierten die fünf Stufen der Verhaltensänderung. Diese sind mit den Häufigkeitsverteilungen dieser Frage in dem nachfolgenden Schema grafisch dargestellt.

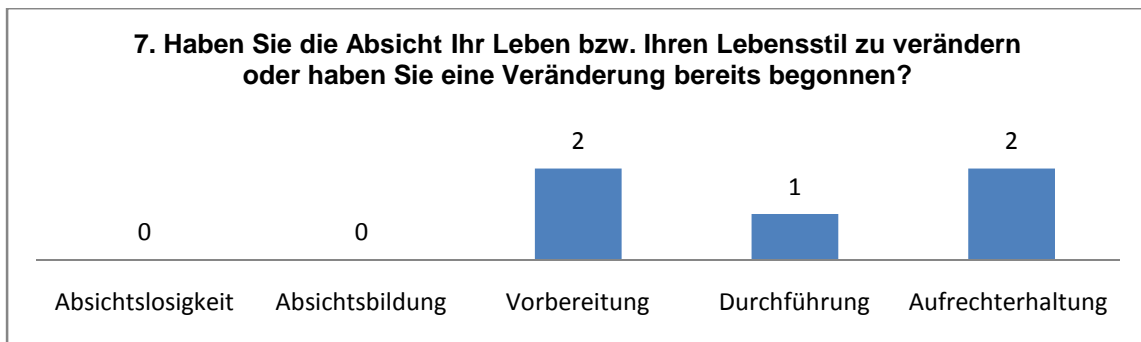


Abbildung 10: Ergebnisse Stichprobe "Rehabegleitperson" Frage 7

Eine Person wählte die zwei Antwortkategorien Vorbereitung, als auch die Handlungsstufe der Durchführung. Eine weitere Frau wählte die Stufe der Vorbereitung, und zwei Weitere die Stufe der Aufrechterhaltung bzw. Stabilisierung einer Verhaltensänderung. Keine Person befand sich in den Stufen der Absichtslosigkeit oder der Absichtsbildung. Alle Personen hatten entweder die Intention zu gesundheitsrelevantem Verhalten, mit den Maßnahmen zur Krankheitsverhütung und Verbesserung der physischen und psychischen Gesundheit oder führten dieses bereits aus. Bei den Personen, die sich in der kurzen unstabilen Phase der Vorbereitung befanden, könnte dieses Programm als Ansatz zur Durchführung einer gesundheitsbezogenen Verhaltensänderung dienen. Um das bereits vorhandene Gesundheitsverhalten genauer zu definieren, wurde dieses nachfolgend erfragt und in einem Streifendiagramm dargestellt.

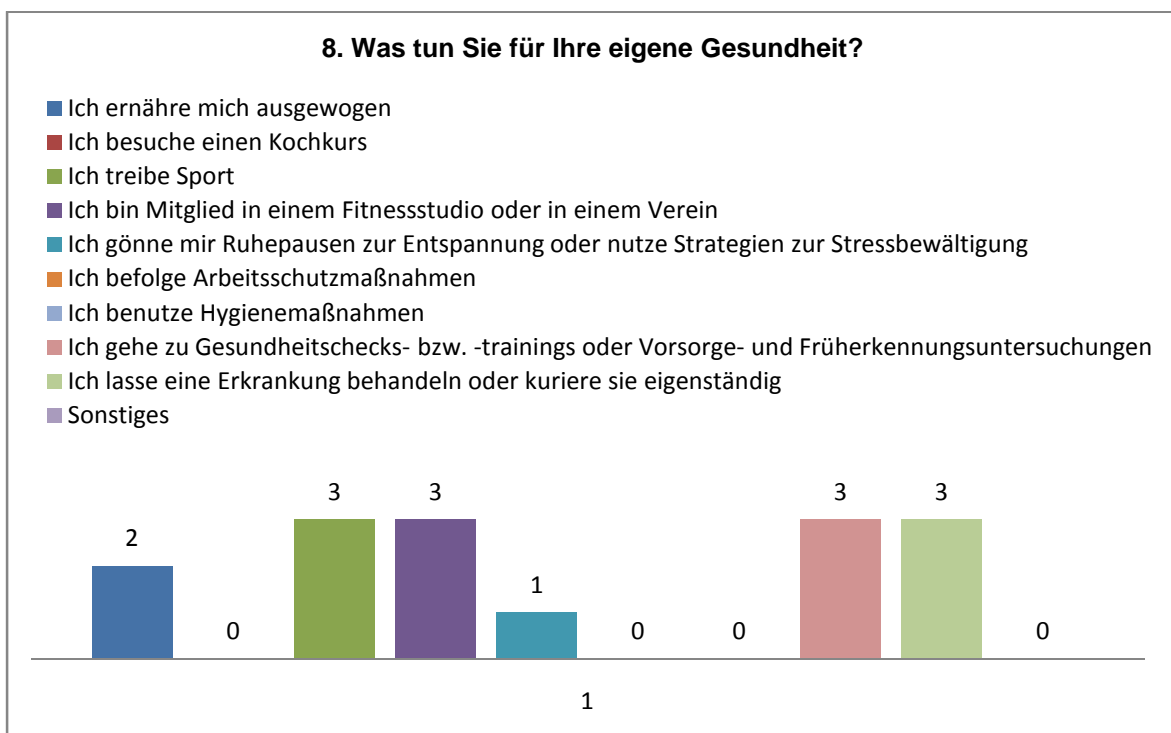


Abbildung 11: Ergebnisse Stichprobe "Rehabegleitperson" Frage 8

Rehabegleitpersonen trieben überwiegend bereits Sport und waren auch Mitglied in einem Fitnessstudio oder einem Verein. Außerdem gingen 75 % dieser Begleitpersonen zu Gesundheits-

checks bzw. -trainings oder Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen und ließen eine Erkrankung kurieren.

4.3.9 Ergebnisse der Stichprobe „Kurbegleitperson“

Die Stichprobe der Kurbegleitpersonen bestand aus drei Frauen im Alter von 43 bis 54 Jahren. Zwei weibliche Personen dieser Stichprobe sind verheiratet, eine Person lebt in einer Lebensgemeinschaft. Die Schulbildung variiert zwischen Hauptschulabschluss und Studium/ Fachhochschulstudium/ duales Studium/ Berufsakademie/ Fernstudium.

Die Themenblöcke und Fragestellungen des Fragebogens der Kurbegleitpersonen waren identisch mit denen der Rehabegleitpersonen. Die Gesamtheit der Stichprobe bewertete das Angebot des Kurbegleitpersonprogramms auf einer vorgegebenen Schulnotenskala mit „gut“ und sah darin keine Verbesserungsmöglichkeiten. Die Frage und deren Ausprägungen nach den ansprechendsten Aspekten des Angebots sind in der folgenden Grafik veranschaulicht.

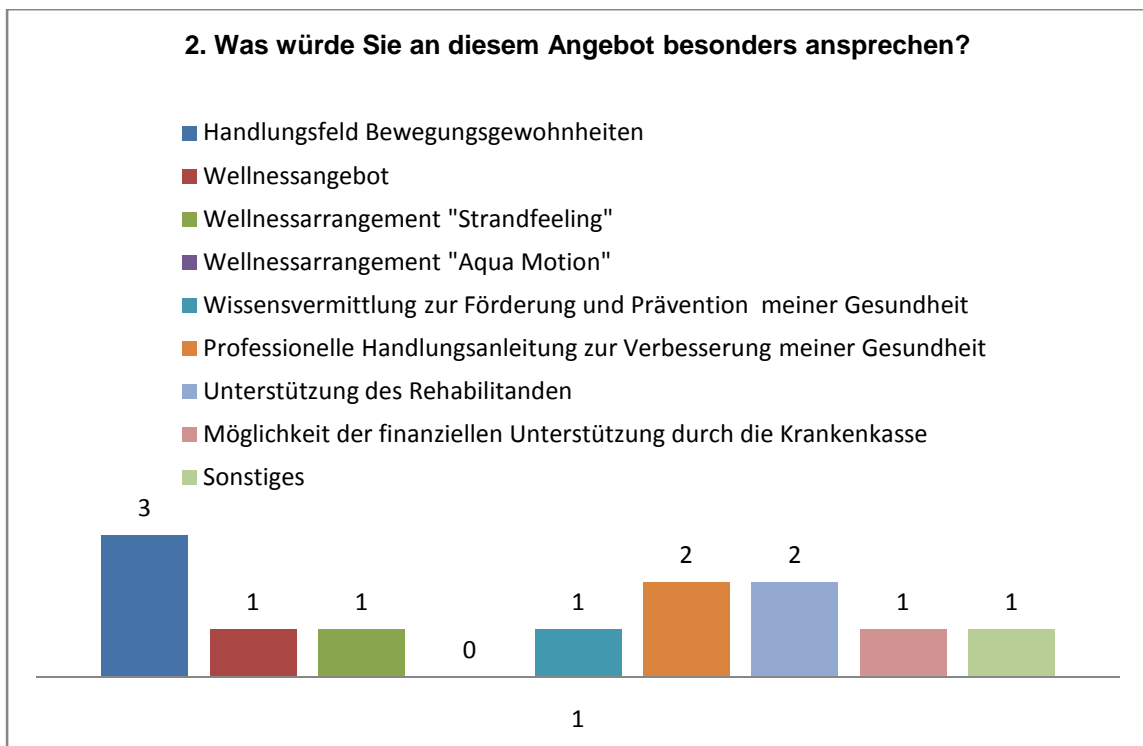


Abbildung 12: Ergebnisse Stichprobe „Kurbegleitperson“ Frage 2

In diesem Streifendiagramm wird erkenntlich gemacht, dass das Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten mit 3 Ausprägungen sowie die „Professionelle Handlungsanleitung zur Verbesserung der Gesundheit“ und die „Unterstützung des Rehabilitanden“ mit jeweils zwei Ausprägungen als ansprechendste Aspekte des Kurbegleitpersonprogramms gewählt worden sind. Anschließend gaben zwei Frauen an, dass sie dieses Programm buchen würden, nur eine Frau mit der Schulbildung des „Hauptschulabschlusses“ und die ihren Gesundheitszustand als „weniger gut „ bezeichnete, würde dieses Angebot nur vielleicht wahrnehmen. Alle Personen der Stichprobe besaßen eine hohe Investitionsbereitschaft in die eigene Gesundheit, denn die Frage nach finanziellen Ausgaben in gesundheitsförderliche bzw. präventive Aktivitäten beantworteten zwei Frauen damit, dass

sie bereits zusätzlich Geld ausgaben und eine Frau würde in absehbarer Zeit Geld dafür ausgeben. Somit ist nach den vorliegenden Ergebnissen schlusszufolgern, dass auch Kurbegleitpersonen Konsumenten von gesundheitlichen Dienstleistungen bzw. Konsumenten von Kurbegleitpersonprogrammen sind.

Die erste Frage des zweiten Themenblocks zu der eigenen Gesundheit und gesundheitsförderlichen Aktivitäten betraf die Einschätzung des eigenen psychischen und physischen Gesundheitszustandes. Dieser wurde von zwei Frauen als „3 gut“ und von einer Frau als „4 weniger gut“ eingeschätzt. Auf der Grundlage der vorangegangenen Aussagen wurde nun erhoben, was sich eine Begleitperson von einem Aufenthalt erhoffen würde. Dies ist in der folgenden Abbildung festgehalten.

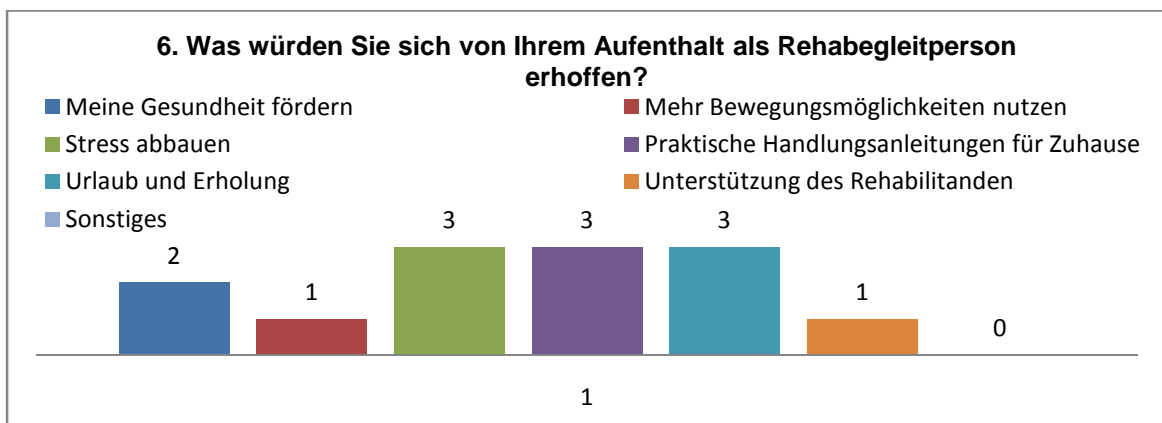


Abbildung 13: Ergebnisse Stichprobe „Kurbegleitperson“ Frage 6

Aus dieser Grafik ist zu entnehmen, dass die Thematiken des „Stressabbaus“, der „praktischen Handlungsanleitungen für Zuhause“ sowie „Urlaub und Erholung“ die bedeutsamsten Beweggründe für eine eventuelle Buchung des Kurbegleitpersonprogramms wären.

Mit der nächsten Frage und den Antwortkategorien in Form der fünf Stufen der Verhaltensänderung wurde eine zukünftige oder bestehende Verhaltensänderung erörtert. Zwei Frauen befanden sich auf der Stufe der Vorbereitung, eine auf der Stufe der Aufrechterhaltung. Die zwei Personen, die sich in der Stufe der Vorbereitung sahen, hatten die mögliche Buchung des Kurbegleitpersonprogramms mit „ja“ beantwortet. Folglich kann dieses Programm als Unterstützung zur Umsetzung einer gesundheitsrelevanten Verhaltensänderung fungieren. In Folge dessen erfragte die nächste Frage, was bisher Bestandteil des gesundheitsrelevanten Verhaltens der Personen dieser Stichprobe sei. Die Ergebnisse dieser Frage sind im folgenden Streifendiagramm bildlich veranschaulicht.

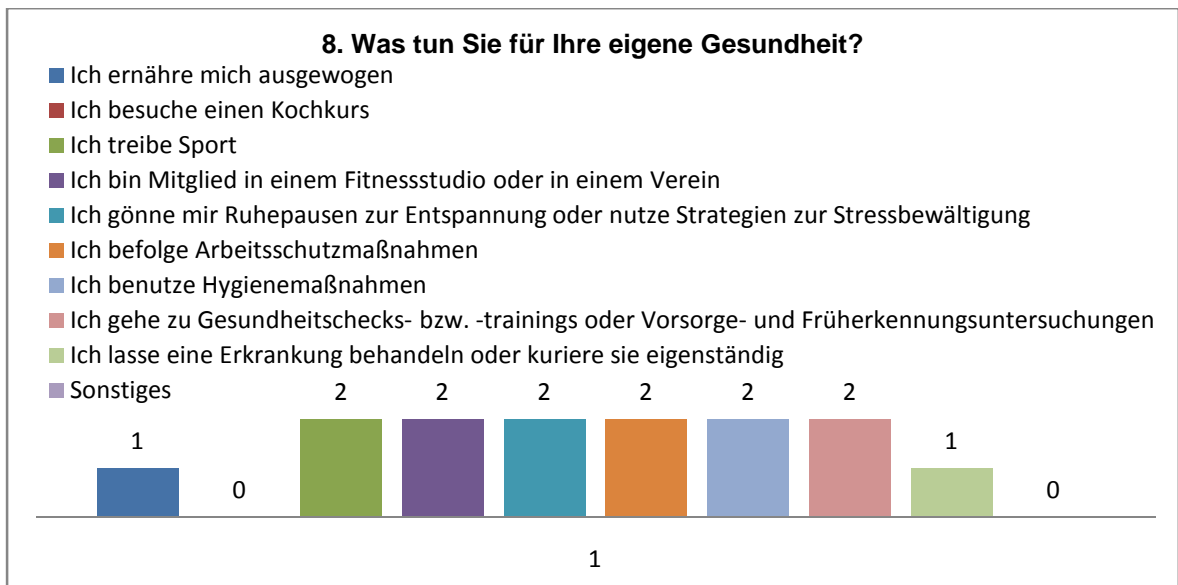


Abbildung 14: Ergebnisse Stichprobe "Kurbegleitperson" Frage 8

Die Ergebnisse in der Abbildung 14 zeigen, dass die drei Kurbegleitpersonen ein bereits gut ausgeprägtes Gesundheitsverhalten besaßen, da sie sehr vielfältige Interventionen zur Gesunderhaltung nutzten.

4.3.10. Ergebnisse der Stichprobe „Kurgast“

Die Stichprobe „Kurgast“ bestand aus 11 Gästen einer Regenerationskur der Deutschen Flugsicherung im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung des Deutschen Zentrums für Präventivmedizin. In dieser Gruppe befanden sich drei weibliche und acht männliche Teilnehmer im Alter von 31 bis 53 Jahren.

Sechs Kurgäste schätzten das Angebot des Begleitpersonprogramms mit der Ausprägung „2 gut“ und jeweils zwei Gäste mit den Ausprägungen „1 sehr gut“ und „3 befriedigend“ ein. Ein Gast hatte hier keine Antwortmöglichkeit gewählt. Somit bewertete die Mehrheit das Programm als ein gutes Angebot. Die überzeugendsten Aspekte des Angebots eines Kurbegleitpersonprogramms aus Sicht der Kurgäste sind in der folgenden Grafik veranschaulicht.

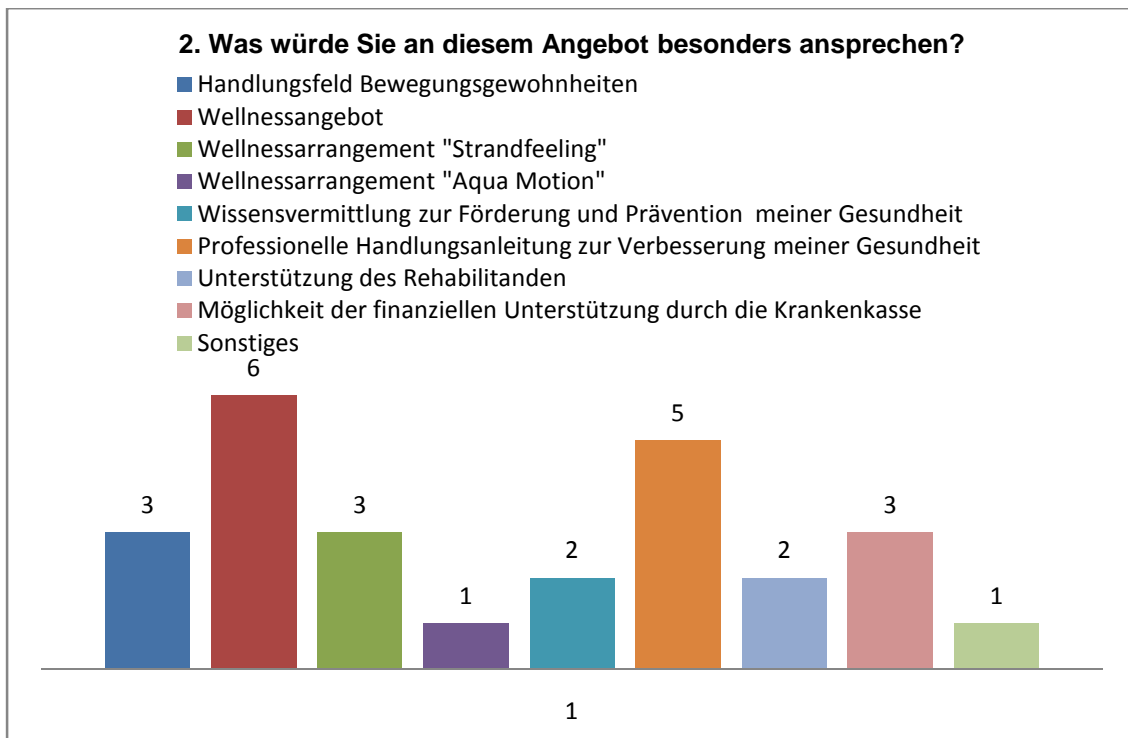


Abbildung 15: Ergebnisse Stichprobe "Kurgast" Frage 2

Die Gesamtheit des Wellnessangebots wurde als ansprechendster Aspekt des Kurbegleitpersonprogramms gewählt, wobei das Wellnessarrangement „Strandfeeling“ wiederum beliebter bei den Kurgästen war als das zweite Wellnessarrangement. Ebenfalls eine hohe Ausprägung erreichte die „Professionelle Handlungsanleitung zur Verbesserung der Gesundheit“ und stellte somit einen wichtigen Bestandteil des Angebots dar. Fünf Kurgäste fanden keine Verbesserungsmöglichkeiten für das Angebot, die restlichen sechs Gäste hatten Verbesserungsvorschläge. Sie wünschten z.B. anstatt des Handlungsfeldes „Bewegungsgewohnheiten“ noch einen Wellnessanteil, wobei eine finanzielle Subventionierung des Programms nicht mehr gewährleistet wäre. Des Weiteren wurde eine größere Auswahlmöglichkeit von Sportarten gewünscht, was sich organisatorisch und personaltechnisch schwierig umsetzen ließe und da die vorgegebenen Sportarten spezifisch ausgewählt worden sind, dass sie in ihrer Zusammensetzung eine breite Zielgruppe ansprechen und nur in dieser Kombination von der Krankenkasse finanziell unterstützt werden. Ebenfalls wünschten sich die Gäste, dass die Begleitpersonen an Angeboten der Betrieblichen Gesundheitsförderung teilnehmen könnten. Dies ist allerdings aufgrund der medizinischen Schweigepflicht untersagt. Der Arbeitgeber als Kostenträger dieser Betrieblichen Gesundheitsförderung, verbietet betriebsfremden Personen eine Teilnahme.

Sieben Kurgäste würden das Kurbegleitpersonprogramm einer frei wählbaren Person weiterempfehlen und begründeten dies z.B. mit dem Aspekt der „Gesundheitsförderung des Partners“. Zwei Kurgäste wollten während einer Kur „alleine sein“ oder „Zeit für sich haben“ und würden daher dieses Programm nicht weiterempfehlen. Zwei weitere Gäste würden dieses Angebot unter den Bedingungen einer medizinischen Intention weiterempfehlen. In der Stichprobe der Kurgäste war die finanzielle Investitionsbereitschaft in die eigene Gesundheit ebenfalls wie in den oben be-

schriebenen Stichproben sehr gut ausgeprägt. Sieben Personen gaben bereits Geld für die Gesunderhaltung aus, zwei würden dies in absehbarer Zeit tun, eine würde vielleicht Geld ausgeben und nur eine Person antwortete mit einer geringen finanziellen und zeitlichen Bereitschaft, eher kein Geld zusätzlich auszugeben. Die bisher aufgeführten Ergebnisse bestätigen auch in der Stichprobe der Kurgäste, dass eine Nachfrage des Kurbegleitpersonprogramms besteht und zahlungsfähige Konsumenten vorhanden sind.

Das folgende Streifendiagramm zeigt die Häufigkeitsverteilung der Erwartungen der Kurgäste an das Kurbegleitpersonprogramm.

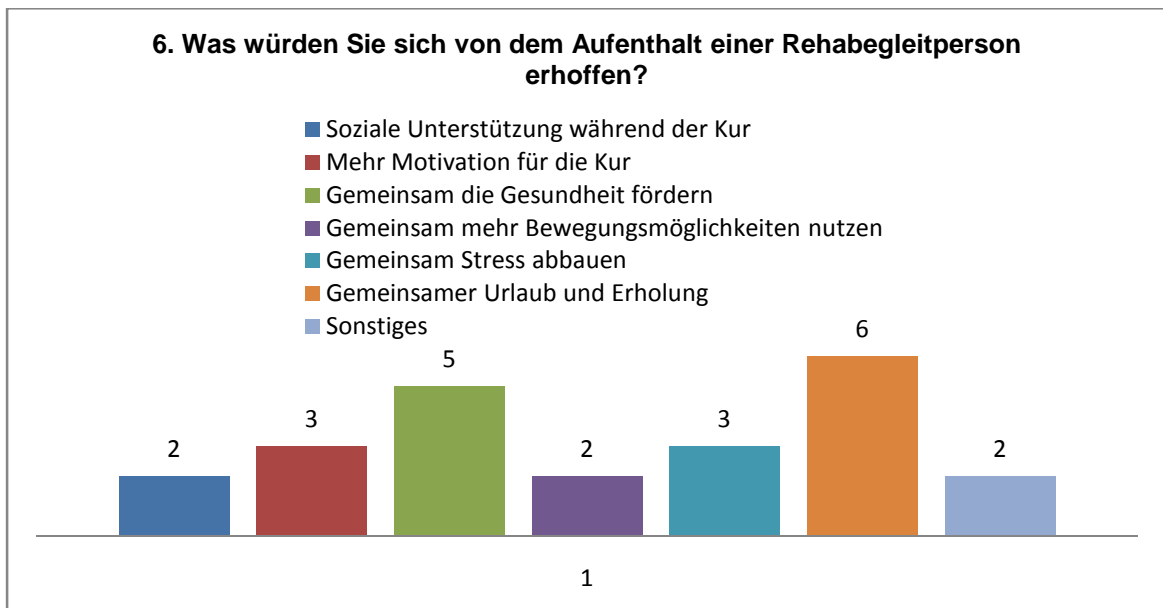


Abbildung 16: Ergebnisse Stichprobe "Kurgast" Frage 6

Der Nutzen eines gemeinsamen Urlaubs bzw. Erholung steht an erster Stelle der Erwartungen an das Begleitpersonprogramm. Ebenfalls von großer Bedeutung war der Aspekt, gemeinsam die Gesundheit zu fördern. Aber auch psychologische Komponente, wie gemeinsamer Stressabbau und mehr Motivation für die Kur wurden als Wünsche an das Kurbegleitpersonprogramm gestellt. Um auch den Gesundheitszustand und das gesundheitsrelevante Verhalten der Kurgäste beurteilen zu können und über Rückschlüsse Informationen über die, für die Erhebung relevanten Personengruppen, die nicht vor Ort sind, gewinnen zu können, wurde ebenfalls der Gesundheitszustand, eine bestehende oder zukünftige gesundheitsbezogene Verhaltensänderung und das gesundheitsrelevante Verhalten der Kurgäste ermittelt. Die Mehrheit der Kurgäste schätzte ihren psychischen und physischen Gesundheitszustand als „3 gut“ ein, nur eine Person beurteilte diesen als „4 weniger gut“. Die nachfolgende grafische Darstellung gibt Aufschluss über die Absichten einer gesundheitsbezogenen Verhaltensänderung.

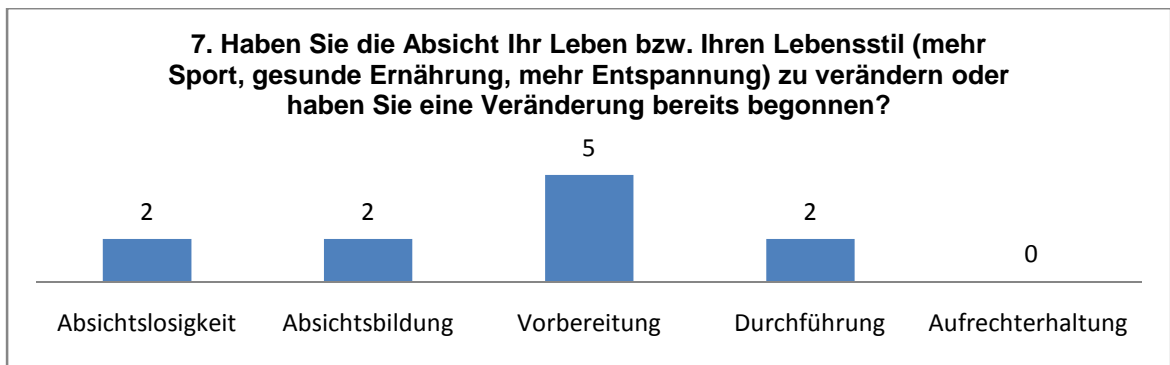


Abbildung 17: Ergebnisse Stichprobe "Kurgast" Frage 7

Die Mehrheit der Kurgäste befand sich in der instabilen Phase der Vorbereitung einer Verhaltensänderung. Die Regenerationskur der Betrieblichen Gesundheitsförderung kann unterstützend wirken, dass sich die Kurgäste z.B. in verschiedenen Sportarten ausprobieren, und somit kann das Begleitpersonprogramm die Rolle des Wegbegleiters in die Stufe der Umsetzung einer Verhaltensänderung einnehmen. Folglich kann der Kurgast eine Vorbildfunktion für seinen Partner bzw. Freund sein und diesen dann zu einer Verhaltensänderung motivieren bzw. zur Teilnahme an einem Begleitpersonprogramm als Ansatz zu einer gesundheitsbezogenen Verhaltensänderung. Um das bereits bestehende gesundheitsrelevante Verhalten des Kurgastes zu erheben, wurde die Frage nach dem bereits bestehenden gesundheitsrelevanten Verhalten gestellt. In der nachfolgenden Graphik werden die Dimensionen dieser Aktivitäten aufgezeigt, wobei „Sport treiben“ und das Wahrnehmen von Gesundheitschecks und Vorsorgeuntersuchungen von einer Vielzahl der Kurgäste getätigt wurden.

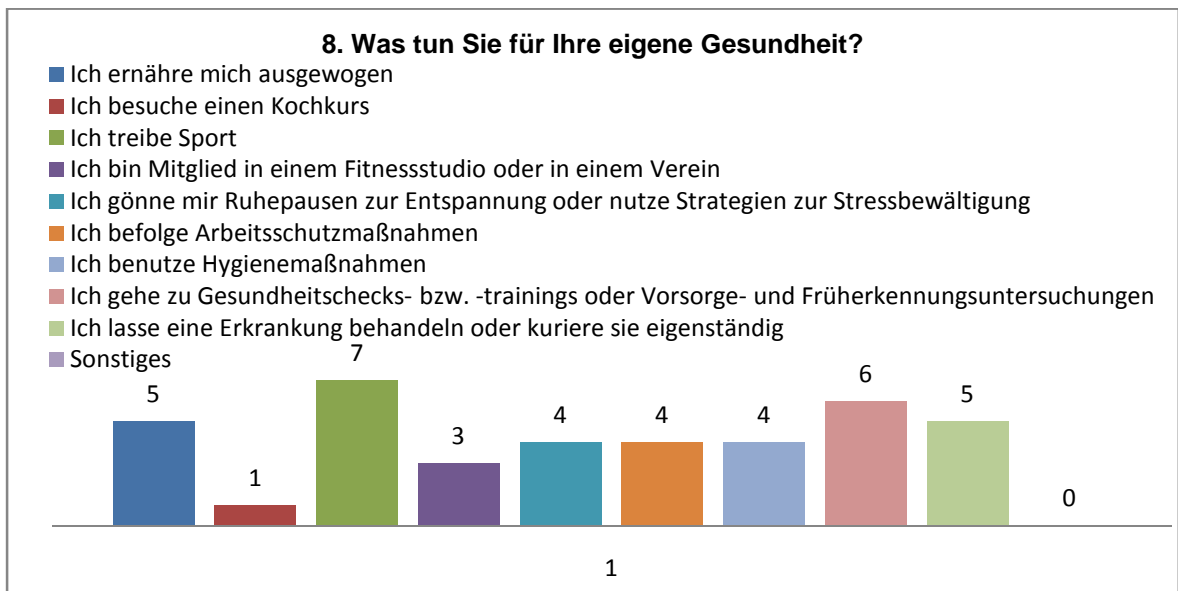


Abbildung 18: Ergebnisse Stichprobe "Kurgast" Frage 8

5. Fazit

Die Machbarkeitsstudie „Die Begleitperson- ein Konsument gesundheitlicher Dienstleistungen?“ gibt Auskunft über die Programmideen, die Einordnung von Verständnis relevanten Informationen der Thematiken, das Vorgehen, die Gesetzesgrundlagen, die Finanzplanung, die Kalkulationen, die ausgewählten gesundheitlichen Dienstleistungen sowie die Marktchancen und Risiken eines Reha- und eines Kurbegleitpersonprogramms.

Resultierend aus den Ergebnissen der Machbarkeitsstudie der Begleitpersonprogramme wird deutlich, dass die eingangs gestellte Frage „Die Begleitperson – ein Konsument von gesundheitlichen Dienstleistungen?“ positiv beantwortet werden kann. Reha- und Kurbegleitpersonen sind Zielgruppen gesundheitlicher Dienstleistungen.

Anwendungsgebiete gesundheitlicher Dienstleistungen, die in einem Zusammenhang mit den Begleitpersonprogrammen stehen, galt es vorab für die Verständlichkeit der nachfolgenden Arbeit aufzuführen. Nur unter dieser Voraussetzung von Begriffsbestimmungen und Abgrenzungen konnte die Interdisziplinarität der Konzepte des Reha- und Kurbegleitpersonprogramms verdeutlicht werden.

Wissenschaftliche Definitionen für Begleitpersonen sind in der Fachliteratur kaum vorhanden. Nur im fünften Sozialgesetzbuch wird die finanzielle Subventionierung der Mitaufnahme einer Begleitperson während eines stationären Aufenthalts eines Patienten oder Kurgastes unter bestimmten Bedingungen aufgeführt. Um den Begriff und die Rolle einer Begleitperson genauer beschreiben zu können, wurde von der Autorin unter der Verwendung der erworbenen Kenntnisse im Praxissemester, eine Definition entworfen. Diese besagt, dass eine Begleitperson eine frei wählbare Person ist, die einen Patienten bzw. einen Kurgast während seines Aufenthaltes in einer medizinischen oder auch touristischen Einrichtung einen festgelegten Zeitraum begleitet. Des Weiteren existierten bisher keine spezifischen Definitionen für Reha- und Kurbegleitpersonen. Um hier eine Abgrenzung zwischen den beiden Begriffen herzustellen, wurde auf den im Praxissemester basierenden Erfahrungen jeweils eine Definition erarbeitet.

In dieser Machbarkeitsstudie wurden die gegebenen gesetzlichen und finanziellen Rahmenbedingungen als Kriterien der Durchführbarkeit der Konzepte aufgezeigt und analysiert.

Die Gesetzesgrundlage besagt, dass gesetzliche Krankenkassen nach dem Sozialgesetzbuch V verpflichtet sind, einen Teil ihrer Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung aufzuwenden. Die Zahlung eines Begleitpersonprogramms erfolgt aus privaten finanziellen Mitteln.

Doch unter Einhaltung des Leitfadens der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des § 20 wurden die Begleitpersonkonzepte so gestaltet, dass eine Zertifizierung durch die Krankenkasse und somit eine finanzielle Subventionierung realisiert werden können. Darin spiegelt sich eine besondere Attraktivität für preisreagible Kunden wieder. In Folge dessen vergrößert sich die Breite der Zielgruppe auch auf Konsumenten, deren Zugangswege zu gesundheitlichen Dienstleistungen eingegrenzt bzw. finanziell eingeschränkt sind.

Die Kalkulation der Programme, d.h. die Zurechnung der Kosten auf eine einzelne zu erstellende Leistungseinheit, wurde von der Autorin eigenständig auf der Grundlage einer „Excel Basiskalkulationsdatei“ errechnet. Aus diesen Kalkulationssätzen ergab sich letztendlich ein Verkaufspreis von

399 Euro für das Rehabgeleitpersonprogramm und 300 Euro für das Kurbegleitpersonprogramm. Somit wird mit dem Rehabgeleitpersonprogramm ein Nettogewinn von 123,21 Euro und mit dem Kurbegleitpersonprogramm ein Nettogewinn von 86,38 Euro erwirtschaftet. Diese Gewinnspanne spiegelt die Differenz zwischen dem Gesamtwert und der Summe der Kosten wieder, die durch die Ausführung der Dienstleistungen entstanden sind.

Das Rehabgeleitpersonprogramm besteht aus den Handlungsfeldern „Bewegungsgewohnheiten“ und „Stressbewältigung und Entspannung“. Eine veränderte Zusammensetzung von Elementen besitzt das Kurbegleitpersonprogramm, welches sich aus einem Handlungsfeld „Bewegungsgewohnheiten“ und zwei Wellnesseinheiten zusammensetzt. Die Wirksamkeit der einzelnen präventivmedizinischen Elemente der Programme und deren Kombination wurden im Verlauf der Machbarkeitsstudie belegt. Nordic Walking beeinflusst die Lebensqualität positiv durch Gesundheitsaspekte wie z.B. eine Steigerung der Sauerstoffversorgung des gesamten Organismus. Aqua Jogging und der damit verbundene hydrostatische Druck des Wassers leisten z.B. durch eine Förderung des venösen Rückstroms und einer tieferen Atmung einen Beitrag zur Steigerung der Lebensqualität. Die Seminareinheit „Bewegung und körperliches Training“ des Vereins deutscher Rentenversicherungen erläutert den Zusammenhang von körperlicher Fitness und Gesundheit, die Folgen von Bewegungsmangel sowie verschiedene Trainingsformen. Somit werden hierbei kognitives Wissen und Bewältigungsstrategien miteinander verknüpft vermittelt. Brandungsgymnastik als Kombination von Interventionen der Klimatherapie und der Kneipp'schen Hydrotherapie trägt zur Gesunderhaltung, z.B. durch die Stärkung des Immunsystems, bei. Das Entspannungsverfahren der Progressiven Muskelrelaxation zielt auf eine kognitiv emotionale Entspannung durch das Vermeiden von Verspannungen und die Lockerung von Muskelgruppen. Die Seminareinheit „Stress und Stressbewältigung“ des Vereins Deutscher Rentenversicherungsträger erläutert Kenntnisse von Stressreaktionen sowie Bewältigungsstrategien und Verhaltensänderungen.

Das Angebot eines Begleitpersonprogramms muss sich nach den Wünschen und Bedürfnissen der nachfragenden Zielgruppe orientieren. Für eine Marktattraktivität des Kurbegleitpersonangebots wird neben gesundheitsbezogenen Zielen, der Fokus verstärkt auf Aspekte der Verwöhnung, Verschönerung und Genusssteigerung gelegt. Es werden passiv wahrgenommene Wellnesseinheiten der ersten konsumorientierten Wellnessphase und aktiv durchgeführte Wellnesseinheiten der zweiten an Selbstkompetenz orientierenden Wellnessphase miteinander kombiniert. Die im Programm der Kurbegleitperson erbrachten Dienstleistungen im Wellnesssektor bestehen daher aus einem Arrangement mit den Inhalten einer Wärmepackung, einer Rückenmassage und einer Sandwärmetherapie sowie einem zweiten Arrangement, mit den Komponenten einer Thalassoanwendung, einer Hydromassage und einer Moorpackung.

In der Markt- und Konkurrenzanalyse werden der bestehende Gesundheitsmarkt und seine Akteure näher betrachtet, Konkurrenten identifiziert und bewertet sowie die Nachfrage der Begleitpersonprogramme einer empirischen Untersuchung unterzogen. Daraus resultierend können dann die Durchführbarkeit und die Erfolgsaussichten der Konzepte abgeschätzt werden.

Die Verteilung des Gutes „Gesundheit“ erfolgt in Deutschland nicht nach marktwirtschaftlichen Grundsätzen. Zu erbringende medizinische Leistungen sind auf der einen Seite durch Nachfrage

und auf der anderen Seite aber auch durch die Zuweisung und das Angebot der Anbieter verursacht. Da keine Markttransparenz, als Voraussetzung einer Entscheidungsfindung, aufgrund mangelnder Informationen und Kenntnisse seitens der Nachfrager vorhanden ist, fehlt dem Gesundheitsmarkt die Konsumentensouveränität und die Anbieter besitzen eine Monopolstellung mit der Fähigkeit der Festlegung des Preises.

Das Angebot von Begleitpersonprogrammen lässt sich vorab durch Informationen der zukünftigen Kunden in schriftlicher Form und durch eine empirische Untersuchung der Nachfrage hinsichtlich etwaigen Wünschen und Erwartungen transparent gestalten. Somit bekommen die zukünftigen Nachfrager die Möglichkeit zu einer eigenständigen Entscheidungsfindung.

Die Konkurrenzanalyse der Begleitpersonprogramme in Deutschland ergab, dass der Markt von Begleitpersonprogrammen noch relativ unentwickelt ist und eine geringe Marktsättigung besitzt. Nur vier medizinische Einrichtungen bieten Angebote für Rehabegleitpersonen, allerdings ohne Zertifizierung der Programme durch Krankenkassen, an. In Folge dessen ist auch die Wettbewerbsintensität sehr gering. Das Marktwachstum wächst jedoch kontinuierlich mit Nachfragern von Gesundheits- und Wellnessdienstleistungen. Die Zahl der Interessenten am Gesundheitstourismus stieg im Jahr 2004 von 4,1 Millionen Menschen bis 2007 auf 7,2 Millionen Menschen an. All dies wirkt sich positiv auf die Akzeptanz- und Absatzmöglichkeiten der vorliegenden Begleitpersonprogramme aus.

Abschließend wurde in der Bachelorarbeit die empirische Untersuchung der Nachfrage von Begleitpersonprogrammen mit den Untersuchungszielen der Nachfrageanalyse von gesundheitlichen Dienstleistungen, der Ermittlung der Akzeptanz bzw. Annahme der Programme, der Zahlungsbereitschaft künftiger Kunden, dem Gewinnen von Erkenntnissen zur Charakterisierung der Zielgruppe wie z.B. die Einschätzung des Gesundheitszustandes, gesundheitsbezogene Handlungsabsichten und sozialstatistische Angaben, durchgeführt. Stichproben der Interessentenpopulation sind Rehabegleitpersonen, Kurbegleitpersonen und Kurgäste der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Ergebnisse der empirischen Untersuchung der Nachfrage der Rehabegleitpersonprogramme verdeutlichten, dass eine zahlungsfähige und in die Gesundheit investitionsbereite Nachfrage der Interessentenpopulation besteht. Es stellte sich durch die Nachfrageanalyse heraus, dass die zukünftigen Konsumenten in erster Linie von dem Programm Professionelle Handlungsanleitungen zur Gesundheitsförderung erwarten. Aber auch die soziale Unterstützung des Rehabilitanden, als wichtige Krankheits- und Stressbewältigungsressource, wird als besonders wichtiger Aspekt einer möglichen Programmbuchung erachtet. Ein ausgeprägtes soziales Netzwerk und der Schutzfaktor „sozialer Rückhalt“ können erkrankte Personen vor sozialer Desintegration schützen und den Therapieverlauf positiv unterstützen. Ihre eigene Gesundheit schätzen die Rehabegleitpersonen sehr unterschiedlich von „sehr gut“ bis „weniger gut“ ein. Gesundheitsrelevantes Verhalten ist ebenfalls sehr ausgeprägt, denn die Mehrheit dieser Interessentenpopulation treibt Sport oder ist Mitglied in einem Fitnessstudio oder Verein. Somit kann das Rehabegleitpersonprogramm als Ansatz bzw. Anstoß zu einer gesundheitsorientierenden Verhaltensänderung oder zur Bildung von neuem gesundheitsbezogenen Verhalten dienen.

Die Nachfrage des Konzepts des Kurbegleitpersonprogramms wurde mit den zwei Stichproben der „Kurbegleitperson“ und des „Kurgastes“ erforscht. Beide Erhebungen zeigen auf, dass auch Kurbegleitpersonen eine hohe Investitionsbereitschaft in die eigene Gesundheit umsetzen und folglich Konsumenten von gesundheitlichen Dienstleistungen sein können. Andererseits erhoffen sich Kurbegleitpersonen vorrangig mit diesem Angebot eine professionelle Handlungsanleitung zur Verbesserung der Gesundheit und zum Stressabbau während und nach der Inanspruchnahme des Programms.

Der Aspekt „des gemeinsamen Urlaubs“ während der Kur bzw. des Kurbegleitpersonprogramms erhöht die Annahme des Programms. Kurbegleitpersonen nutzen bereits vielfältige Interventionen zur Gesunderhaltung und leben daher sehr gesundheitsorientiert. Das Begleitpersonprogramm kann somit als Unterstützung zu einer gesundheitsrelevanten Verhaltensänderung fungieren.

Auch die Stichprobe der Kurgäste erhofft sich von der Wahrnehmung des Angebots eine professionelle Handlungsanleitung zur Gesunderhaltung und bevorzugt den Aspekt des gemeinsamen Urlaubs bzw. der Erholung. Von besonderer Attraktivität für die Kurgäste ist das Angebot der Wellnesseinheiten. Des Weiteren versprechen sich die Kurgäste von einem Aufenthalt einer Begleitperson mehr Motivation für die eigene Kur, aufgrund des Teilens ähnlicher Erfahrungen und Tagesabläufe während des Aufenthaltes.

Ein Kurgast, der bereits an einer Maßnahme der Betrieblichen Gesundheitsförderung teilnimmt, kann für seine Begleitperson die Rolle einer Vorbildfunktion erfüllen. Denn die Begleitperson könnte zu einer Teilnahme an einem Begleitpersonangebot als Ansatz zu einer gesundheitsbezogenen Verhaltensänderung motiviert werden.

Die Untersuchung der Fragestellung „Die Begleitperson- ein Konsument von gesundheitlichen Dienstleistungen“ in Form einer Machbarkeitsstudie der Reha- und Kurbegleitpersonprogramme stellt dar, dass die eigenständig von der Autorin entworfenen Konzepte der Begleitpersonprogramme in Theorie und in einer praktischen Durchführung umsetzbar und damit die Begleitperson ein Konsument gesundheitlicher Dienstleistungen ist.

Die Begleitpersonenprogramme sind in Form der vorliegenden Konzepte einzigartig und bisher im Gesundheitswesen und auf dem Markt gesundheitlicher Dienstleistungen noch nicht realisiert worden. Damit bilden sie eine Marktlücke, die es zu schließen gilt.

Zukünftige Forschungsansätze bestehen in der Evaluation der Umsetzung und praktischen Durchführung der Programme sowie in Umfragen zur Kundenzufriedenheit im Rahmen eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses der Programme.

Literaturverzeichnis

Akadamie, A. (2010). *Lehrbrief Aqua- Fitness- Trainer, Basisausbildung*. Hamburg: academy for health and business school.

Altgeld, T., & Kolip, P. (2007). Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, T. Klotz, & J. Haisch, *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 41- 50). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Arbeitsgemeinschaft Spitzenverbände, K. (2008). *Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §20 Abs.1 und 2 SGB V vom 21.Juni 2000 in der Fassung vom 2. Juni 2008*. Bergisch Gladbach: IKK- Bundesverband.

Bappert, S. (2008). *Aqua Fit, Theorieblock 1 Physikalische Grundlagen des Wassers*. Karlsruhe: Forschungsuniversität Karlsruhe.

Bauer, G., & Gutzwiller, F. (2006). Arbeits- und Sozialmedizin: Betriebliche Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, J. Haisch, & T. Klotz, *Medizinische Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 153- 159). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Baumgarten, K., & Joensson, N. (2005). *Wellness und Gesundheitsförderung: Konzepte, Angebote und Zusammenhänge*. Werbach- Gamburg: G. Conrad, Verlag für Gesundheitsförderung.

Bayer, S., & Beta Institut, g. G. (19. Mai 2009). *Betanet: Suchmaschine für Krankheit und Soziales*. Abgerufen am 4. April 2010 von Beta Care Wissenssystem für Krankheiten, Soziales und Recht: Die Begleitperson: http://www.betanet.de/betanet/soziales_recht/Begleitperson-52.html

Birkner, H. A., & Hackfort, D. (1997). Psychische und physische Effekte eines Aquajogging-Trainings. *SPECTRUM*, 56-69.

Brößkamp- Stone, U., Schwartz, F. W., & Walter, U. (2003). Institutionen, Systeme und Strukturen in der Gesundheitsförderung und Prävention. In F. W. Schwartz, *Das Public Health Buch Gesundheit und Gesundheitswesen* (S. 243- 268). München: Urban und Fischer Verlag.

Bullinger, M., & Kirchberger, I. (2003). SF- 36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. In J. Schumacher, A. Klaiberg, & E. Brähler, *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden* (S. 276 - 279). Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie GmbH und Co KG.

Buser, K., Schneller, T., & Wildgrube, K. (2007). *Kurzlehrbuch Medizinische Psychologie Medizinische Soziologie*. München: Urban und Fischer Verlag Elsevier GmbH.

Corsten, H. (2000). *Lexikon der Betriebswirtschaftlehre*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.

Delbrück, H., & Haupt, E. (1998). *Rehabilitationsmedizin Ambulant Teilstationär Stationär*. München: Urban und Schwarzenberg.

Diekmann, A. (2005). *Empirische Sozialforschung Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. Reinbek: Rowohlt Taschenbuchverlag.

Dill, C. M., & AG, V. d. (2008). *Damp Holding AG Geschäftsbericht 2007*. Hamburg: coast communication Dupke Tholund Winter GbR.

Dörpinghaus, S. (Juni 2009). Medical Wellness- Zukunftsmarkt mit Hindernissen. *Forschung Aktuell, Institut Arbeit und Technik*, S. 2-10.

- Doubrawa, R. (2006). Progressive Relaxation- neuere Forschungsergebnisse zur klinischen Wirksamkeit. *Fachzeitschrift Psychologische Fachgruppe: Entspannungsverfahren, Ausgabe 23* , 6-18.
- Eberle, G. (2006). Erfolgsfaktor Betriebliches Gesundheitsmanagement- betriebswirtschaftlicher Nutzen aus Unternehmenssicht. In B. Badura, & W. Kirch, *Prävention Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses Dresden 2005* (S. 325- 358). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Eichberg, S. (2003). *Sportaktivität, Fitness und Gesundheit im Lebenslauf: Grundlagen für Prävention und Gesundheitsförderung aus Sicht der Sportwissenschaft, Dissertation, Universität Heidelberg 2002*. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- Eichhorn, C., & Loss, J. (2007). Prävention und Gesundheitsförderung. In E. Nagel (Hrsg), *Das Gesundheitswesen in Deutschland Struktur* (S. 193 - 210). Köln: Deutscher Ärzte Verlag GmbH.
- Fischl, B. (2002). *Diplomarbeit Wellness als Geschäftsidee - Erstellung eines Businessplans für ein Gesundheitsdienstleistungsunternehmen*. Technische Universität München: Diplomatica GmbH.
- Franzkowiak, P., Kaba- Schönstein, L., Lehmann, M., & Sabo, P. (2003). *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo.
- Gaber, W. (2006). Ganzheitliche Prävention (GATE) auf einem internationalen Flughafen (Fraport AG)- Widerspruch zur Wirtschaftlichkeit eines Unternehmens? In B. Badura, & W. Kirch, *Prävention Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses Dresden 2005* (S. 359-373). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Gruner + Jahr, A. u. (2009, Nr. 15). G+J Branchenbild Gesundheitsmarkt: Markt, Zielgruppen, Werbung, Anbieter, Trends. *G+J Media Sales Marktanalyse* , 2-3.
- Gutenbrunner, C., & Glaesener, J. J. (2007). *Rehabilitation, Physikalisch Medizin und Naturheilverfahren*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Gutzwiller, F., & Paccaud, F. (2007). *Sozial- und Präventivmedizin Public Health*. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Hamburgische Krankenhausgesellschaft, e. (2009). *Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.v. - Glossar: Begleitperson*. Abgerufen am 4. April 2010 von <http://www.hkgev.de/glossar-detail/items/begleitperson.17.html>
- Hamm, A. (2004). Progressive Muskelentspannung. In D. Vaitl, & F. Petermann, *Entspannungsverfahren das Praxishandbuch* (S. 189 - 210). Weinheim: Beltz Verlag.
- Hurrelmann, K. (2003). *Gesundheitssoziologie Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Hurrelmann, K., Klotz, T., & Haisch, J. (2007). Einführung: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, T. Klotz, & J. Haisch, *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 11- 19). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Jolie, S., & Karsch, A. (2007). *Interventionspraktikum- Entspannungsverfahren und systematische Desensibilisierung*. Dresden: Technische Universität Dresden.

- Kampmann, R., & Walter, J. (2010). *VWL- Wissen Bachelor: Mikroökonomie: Markt, Wirtschaftsordnung, Wettbewerb*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.
- Keller, S., Velicer, W., & Prochaska, J. (1999). Das Transtheoretische Modell - Eine Übersicht. In S. Keller, *Motivation zur Verhaltensänderung: das transtheoretische Modell in Forschung und Praxis* (S. 17-44). Freiburg im Breisgau: Lambertus - Verlag.
- Kickbusch, I., Walter, U., & Schwartz, F. W. (2003). Gesundheitsförderung und Prävention. In F. W. Schwartz, *Das Public Health Buch Gesundheit und Gesundheitswesen* (S. 181- 214). München: Urban und Fischer Verlag.
- Klein- Lange, M., Schwartz, F. W., & Sperling, M. (2003). Krankenversorgung und Pflege: Rehabilitation. In F. W. Schwartz, *Das Public Health Buch Gesundheit und Gesundheitswesen* (S. 293- 296). München: Urban und Fischer Verlag.
- Koch, U., Bengel, J., Gerdes, N., Weis, J., Bürger, W., & Buschmann - Steinhage, R. (2000). *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Koyuncu, A. (2006). Prävention und Eigenverantwortung. In B. Badura, & W. Kirch, *Pävention Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses Dresden 2005* (S. 121- 139). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Kroeber- Riel, W., & Weinberg, P. (2003). *Konsumentenverhalten*. München: Verlag Franz Vahlen GmbH.
- Lambert, J., Meffert, K., & Wilken, U. (1998). Bedarf und Erwartungen: Modernisierung der Prävention. In U. Wilken, & O. Cernavin, *Zukunft der Arbeit/ Arbeit der Zukunft: Dienstleistung Prävention Bedarf, Konzepte, Praxisbeispiele* (S. 22- 43). Wiesbaden: Universum Verlagsanstalt.
- Lanz Kaufmann, E. (1999). *Wellness- Tourismus. Marktanalyse und Qualitätsanforderungen für die Hotellerie- Schnittstellen zur Gesundheitsförderung*. Bern: Forschungsinstitut für Freizeit und Tourismus.
- Leppin, A. (2007). Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention. In K. Hurrelmann, T. Klotz, & J. Haisch, *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 31- 39). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Lorenz, A. (2009). *Verhaltensempfehlungen für Beruf, Freizeit und Haushalt: Stress und Stressbewältigung*. Damp: Reha- Klinik Damp, Abteilung Psychotherapie/ Neuropsychologie.
- Mühlbradt, F. (2005). *Wirtschaftslexikon: Daten, Fakten und Zusammenhänge*. Berlin: Cornelsen Verlag Scriptor GmbH und Co. KG.
- Müller, D., Döll, S., & Schäfer, H. (2010). *Bewegung und körperliches Training, Seminareinheit*. Berlin: Verein Deutscher Rentenversicherungsträger.
- Nagel, E. (2007). Rehabilitation. In E. Nagel, *Das Gesundheitswesen in Deutschland Struktur, Leistungen, Weiterentwicklung* (S. 211 - 222). Köln: Deutscher Ärzte Verlag GmbH.
- Naidoo, J., & Wills, J. (2003). *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Lehrbuch der Gesundheitsförderung umfassend und nachschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Niehoff (et al.), J. -U. (2006). *Sozialmedizin systematisch*. Bremen: UNI- MED Verlag.

- Oehlrich, M. (2009). *Betriebswirtschaftslehre Eine Einführung am Businessplan - Prozess*. München: Verlag Franz Vahlen GmbH.
- Pepels, W. (2005). *Käuferverhalten Basiswissen für Kaufentscheidungen von Konsumenten und Organisationen*. Berlin: Erich Schmidt Verlag GmbH und Co.
- Pilz- Kusch, U. (2001). *Gesucht: Wellness. Was ist drin und dran?* Düsseldorf: Verbraucherzentrale Nordrhein- Westfalen e.V.
- Rau, H., & Pauli, P. (2004). *Medizinische Psychologie/ Medizinische Soziologie systematisch*. Bremen: UNI- MED Verlag AG.
- Reschke, K., & Schumacher, J. (2001). Sozialer Rückhalt als gesundheitlicher Schutzfaktor in der Rehabilitation - Theoretische Grundlagen und Interventionsmöglichkeiten. In H. Schröder, & W. Hackhausen, *Persönlichkeit und Individualität in der Rehabilitation* (S. 116 - 141). Frankfurt: VAS - Verlag für Akademische Schriften.
- Rommel, A., Klaes, L., Cosler, D., Mensink, G., & Lampert, T. (2008). *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Lebensführung und Sport - Eine Untersuchung in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Olympischen Sportbund und dem AOK- Bundesverband*. Berlin: Robert Koch Institut, Statistisches Bundesamt.
- Rosenbrock, R. (2006). Erfolgskriterien und Typen moderner Primärprävention. In B. Badura, & W. Kirch, *Prävention Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses Dresden 2005* (S. 3-21). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Rosenbrock, R., & Michel, C. (2007). *Primäre Prävention Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft OHG.
- Sauer, H., Oberender, P., Zerth, J., Busch, R., Kuhn, K., & Friedrich, H. (2002). *Betriebliches und persönliches Gesundheitsmanagement*. Stuttgart: Deutscher Sparkassen Verlag.
- Schäfer, H., & Döll, S. (2010). *Grundlagen der Gesundheitsbildung, Konzeption und Umsetzung*. Berlin: Verein Deutscher Rentenversicherungsträger.
- Scheuch, K., & Panter, W. (2006). Positionspapier Zukunft der Arbeitsmedizinischen Prävention und Gesundheitsförderung - Position der Vorstände der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V. und des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V. In B. Badura, & W. Kirch, *Prävention Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses Dresden 2005* (S. 315- 324). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Schott, T. (2006). Rehabilitationseinrichtungen. In K. Hurrelmann, J. Haisch, & T. Klotz, *Medizinische Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 207- 213). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Schüle, K. (2000). Von der Terrain - Kur zum Aquajogging Bewegung und Sport als Therapeutikum. In A. M. Beer, T. Goerke, & J. Lukanov, *Kompendium Klassische Naturheilverfahren Allgemeine und spezielle Balneologie* (S. 174- 184). Hattingen- Blankenstein: Verlag BAW.
- Schuller, S., Picot, A., Reichwald, R., & Franck, E. (2002). *Steigerung der Patienten - Compliance durch Koordination und Motivation - Inaugural - Dissertation zur Erlangung des Grades Doctor oeconomiae publicae an der Ludwig- Maximilians- Universität München*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag GmbH.
- Schwartz, F. W., Siegrist, J., von Troschke, J., & Schlaud, M. (2003). Gesundheit und Krankheit in der Bevölkerung: Wer ist gesund? Wer ist krank? Wie gesund bzw. wie krank sind Bevölkerungen?

In F. W. Schwartz, *Das Public Health Buch Gesundheit und Gesundheitswesen* (S. 23-26). München: Urban und Fischer.

Sheu, e. a. (2003). Effects of progressive relaxation on blood pressure and psychological status for clients with essential hypertension in Taiwan. *Holistic Nursing practice*, 17. Ausgabe , 41-47.

Siegrist, J., Bös, K., & Brehm, W. (2003). Machen wir uns selbst krank? Gesundheitsverhalten - psychosoziale Aspekte, Bewegung. In F. W. Schwartz, *Das Public Health Buch Gesundheit und Gesundheitswesen* (S. 139 - 150, 156- 162). München: Urban und Fischer Verlag.

Sommer, F., & Mathers, M. (2006). Sport- und Rehabilitationsmedizin: Sport als Therapie. In K. Hurrelmann, J. Haisch, & T. Klotz, *Medizinische Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 145-151). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Specke, H. (2005). *Der Gesundheitsmarkt in Deutschland Daten- Fakten - Akteure*. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Termühlen, S., Bartosch, S., & Schreiber, H. (2002). *Belastungsteuerung und -kontrolle beim Aquajogging - Studie zum Verhalten des Herzkreislaufsystems und des Stoffwechsels in unterschiedlichen Wassertiefen*. Fakultät für Sportwissenschaft Ruhr Universität Bochum: Schwimmverband NRW.

Uhlemann, C., Lange, U., & Seidel, E. (2007). *Grundwissen Rehabilitation Physikalische Medizin Naturheilverfahren*. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Vaitl, D. (2004). Psychophysiologie der Entspannungsverfahren. In D. Vaitl, & F. Petermann, *Entspannungsverfahren - das Praxishandbuch* (S. 21- 32). Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Vogel, H., Worrigen, U., Wagner, R. F., & Schäfer, H. (2010). *Stress und Stressbewältigung, Seminareinheit*. Berlin: Verein Deutscher Rentenversicherungsträger.

von Troschke, J. (2008). *Grundwissen Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Wilken, U., Cernavin, O., Hamacher, W., Köchling, A., & Schlütter, P. (1998). Konzepte und Grundlagen: Das dynamische Potenzial der Prävention, Schlüsselinnovationen für Präventionsdienstleister, Kundenorientierte Konzepte der Präventionsdienstleistung. In U. Wilken, & O. Cernavin, *Zukunft der Arbeit/ Arbeit der Zukunft: Dienstleistung Prävention Bedarf, Konzepte, Praxisbeispiele* (S. 71- 185). Wiesbaden: Universum Verlag.

Wöhe, G., & Döring, U. (2005). *Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre*. München: Verlag Franz Vahlen.

Wouters, E., Van Nunen, A., Geenen, R., Kolotkin, R., & Vingerhoets, A. (2009). Clinical Study: Effects of Aqua Jogging in Obese Adults: A pilot Study. *Journal of Obesity, Hindawi Publishing Corporation* , Article ID 231074, 7 pages.

Zimbardo, P., & Gerrig, R. (2008). *Psychologie*. München: Pearson Studium Pearson Education Deutschland.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne unerlaubte Hilfe angefertigt, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die in den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Hamburg, den 31. August 2010

Unterschrift (Christiana Döring)

Anhang

- I. Fragebogen Rehabegleitperson**
- II. Fragebogen Kurbegleitperson**
- III. Fragebogen Kurgast**