

# **Integrativer Gesundheitsbildung auf der Spur**

**Salutogenetische Faktoren und integrative Perspektiven in der Gesundheitsförderung anhand exemplarischer Falldarstellungen aus dem Forschungsprojekt einer musikorientierten psychotherapeutischen Kurzzeitgruppe an der Abteilung für Medizinische Psychologie der Psychosomatischen Universitätsklinik Heidelberg.**

**Inauguraldissertation zur Erlangung  
des Grades eines Doktors der Philosophie  
im Fachbereich Erziehungswissenschaften  
der Johann Wolfgang Goethe – Universität  
zu Frankfurt am Main.**

**vorgelegt von Christine Klaar, M.A.**

**Einreichungsjahr 2003**

- 1. Gutachter: Herr Prof. Dr. Micha Brumlik**
- 2. Gutachter: Herr Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Rolf Verres**



# Inhaltsangabe

<b>INHALTSANGABE .....</b>	<b>2</b>
<b>EINSTIMMUNG .....</b>	<b>8</b>
<b>DANKSAGUNG .....</b>	<b>11</b>
<b>THEORETISCHER TEIL DER ARBEIT .....</b>	<b>13</b>
<b>EINFÜHRUNG ZU PÄDAGOGISCHEN HANDLUNGSFELDERN DER GESUNDHEITSBILDUNG</b>	
1. Die Begriffe: `Gesundheit`, `Krankheit` und `Heilung`	13
1.1. Begriffsklärung und Terminologie	13
1.2. Subjektive Konzepte von Gesundheit und Krankheit	15
1.3. Störung des Wohlbefindens und Beeinträchtigung der Gesundheit	21
1.4. Erhebungs- und Analysemethoden für subjektive Gesundheits- und Krankheitskonzepte	23
1.5. Grundannahmen zur Betrachtung des Phänomens `Gesundheit`	24
2. Salutogenese	25
Informativer Exkurs zu dem Medizinsoziologen Aaron Antonovsky	25
2.1. Entstehungshintergrund des salutogenetischen Modells	26
2.2. Das Modell der Salutogenese	28
2.3. Das Gesundheitskontinuum	29
2.4. Die vier zentralen Einflussgrößen in Antonovkys Modell	30
a) Stressoren	31
b) Bewältigung	32
c) Widerstandsressourcen	34
d) Kohärenzgefühl	36
2.5. Vergleiche mit Ergebnissen der Stressforschung	39
Prozesse des Aufkommens und Bewältigens von Stress	41
2.6. Weiterführung des Salutogenese-Modells	43
2.7. Das Primary Health Care Konzept (PHC) der WHO (Erklärung von Alma Ata 1978)	44

3. Gesundheitsbildung	47
3.1. Begriffswahl und Abgrenzung	47
3.2. Die traditionelle Gesundheitserziehung	50
3.3. Ausgangslage der Gesundheitsbildung: demografische und medizinsoziologische Daten	52
3.4. Die staatliche Gesundheitsbildung und Entwicklung der Krankheitskosten	60
3.5. Die private Seite; persönliches Gesundheitsbewusstsein	63
3.6. Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsbildung	66
Grundprobleme der Gesundheitsbildung aufgrund ihrer historischen Entwicklung	66
Gefährliche Fixierung auf den Zustand von Gesundheit und Vitalität	68
Grenzen der Aufklärungskampagnen und das richtige Maß der Prävention	69
3.7. Zeitgemäße integrative Gesundheitsbildung	71
3.8. Verschiedene Wirkbereiche und konzeptuelle Richtungen der Gesundheitsbildung	73
3.9. Formulierung einer transdisziplinären Gesundheitsbildung anhand von Lebensmerkmalen	74
Prinzipien der Lebensgestaltung	75
Die polaren Lebensprinzipien des Menschen in verschiedenen Erlebensebenen	79
3.10. Gesundheitsbildende und -unterstützende Bereiche: Ernährung, Bewegung, Schlaf- und Freizeitverhalten, Kleidung, seelisch-geistige Verfassung u.a.	80
Ausgewogene Ernährung	80
Abwechslungsreiche Bewegung	80
Entspannungsphasen und Schlaf	81
Passende Ausstattung und Kleidung	82
Eigenengagement und Freude an der Gesunderhaltung	83
Die psychische Komponente - inneres Gleichgewicht	84
Sinnfindung und Bewusstheit	84
Soziales Netz und Familie	85
Arbeitsplatzbedingungen	87
Das politische System – Außenstrukturen	87
4. Angewandte Gesundheitsbildung	88
4.1. Forderungen an die Durchführung	88
Methodisch-didaktische Konsequenzen	88
Institutionell-organisatorische Voraussetzungen	89

4.2. Die Professionalisierung der Gesundheitsbildung in der Bundesrepublik Deutschland	91
4.3. Gesundheitsbildung im Rahmen der Erwachsenenbildung	94
Übersicht über die Lebensfelder aus dem Rahmenplan `Gesundheitsbildung`	95
der Volkshochschulen	95
Institutionen und Verbände der Erwachsenenbildung	98
5. Bestimmung der Handlungsfelder und –formen: pädagogische Bildung und Therapie	99
Anknüpfungspunkte der Bereiche Bildung und Therapie	99
Die Formulierung des Auftrags an eine Therapie, eine Beratung oder Weiterbildung	100
Gesundheitsbildung kann die Haltung eines Menschen beeinflussen	100
Die systemische Betrachtung des Menschen und dessen Sinnsuche	101
Ermutigung und Erweiterung der Fähigkeiten	102
5.1. Gruppentherapieforschung	103
5.2. Wirkfaktorenforschung	105
6. Das Medium Musik	107
6.1. Das Erfahrungsfeld Musiktherapie	107
Die ordnenden Parameter Klang und Rhythmus	108
a) Rhythmus	108
b) Klang	110
6.2. Kompetenzerweiterung durch Musiktherapie in der therapeutischen Kleingruppe	116
6.3. Mögliche Transferfähigkeit des Erlebten	118
6.4. Wichtige Faktoren der musikorientierten Psychotherapie	119
7. Die wissenschaftliche Untersuchung der Prozesse in einer gesundheitsbildenden psychotherapeutischen Kleingruppe	124
7.1. Voraussetzungen für qualitative Forschung	124
7.2. Therapierelevante Erfahrungen wie z. B. musikbezogene bedeutungsvolle Momente	126
7.3. Theorien über die Wirksamkeit von Musikerfahrung für die Förderung von Gesundheit	128

<b>EMPIRISCHER TEIL DER ARBEIT .....</b>	<b>130</b>
--	------------

## **GESUNDHEITSBILDUNG AM BEISPIEL DES FORSCHUNGSPROJEKTES**

### **"STIMME UND MUSIK IN DER PSYCHOTHERAPIE" („STIMMUSTHER“)**

#### **AN DER ABTEILUNG FÜR MEDIZINISCHE PSYCHOLOGIE**

#### **DER PSYCHOSOMATISCHEN UNIVERSITÄTSKLINIK HEIDELBERG**

8. Einführung zur eigenen empirischen Studie	130
8.1. Weitere aktuelle Ausführungen zur Erläuterung des Konzeptes	131
Therapeutische Zuordnung des "StimMusTher"-Behandlungsmodells	131
Multimodales Therapieangebot mit variablen Methoden	132
8.2. Teilnehmende Personen des Projektes, Ort, Modus und Behandlungsfrequenz	135
a) Teilnehmende Klienten	135
Rekrutierung	135
Auswahlkriterien und Ausschlussbedingungen	135
Der Auftrag und die Position der Klienten	137
Verlauf der Sitzungen	138
b) Wissenschaftliche Organisatoren und Mitarbeiter	138
Durchführung und Leitungsprinzip	139
8.3. Der integrative Forschungsansatz der angebotenen Kurzzeit-Gruppentherapie	140
Generelle Annahmen zur gewählten integrativen Behandlungsmethode vor Gruppenbeginn	140
Beforschung der musiktherapeutischen Psychotherapiegruppen	141
Prozessbeschreibung und eigene Forschungsperspektive	142
8.4. Mittel und Methoden	143
Anleitung zu Gruppendialogen	143
Zeitlicher Anteil der Therapiebausteine	144
Datengewinnung und Analysegrundlagen	145
Eingesetzte Forschungsmittel im zirkulären Modell des Forschungsprozesses	147
8.5. Musiktherapie in der Kleingruppe als Modell einer gesundheitsfördernden Kurzzeittherapie	149
Darstellung musikalischer Szenen während des Therapieverlaufs	149
8.6. Gesundheits- und Persönlichkeitsbildung bei aktiver Musiktherapie	151
8.7. Überblick über den Ablauf der einzelnen Therapiestunden	154

9. Klientenvorstellung und ausführliche Einzelfallstudien	166
Klientendaten	166
Stressoren / selbstgenannte Problemdefinitionen	167
Positive Aspekte der Probleme	167
Von den Klienten genannte Zieldefinitionen	168
ICD-10-Diagnosen	169
Ergebnisse der psychosozialen Beschwerdeliste (PBL) zu Behandlungsbeginn	170
9.1. Einzelfallbetrachtungen dreier Teilnehmer/-innen	170
9.1.1. Ergebnisse des Erstgesprächs und des Grid-Interviews	171
9.1.2. Die psychosoziale Beschwerdeliste "SCL-90-R"	172
Beschreibung des SCL-90-R	172
Die neun Skalen der psychosozialen Beschwerdeliste "SCL-90-R"	175
Die Ergebnisse der psychosozialen Beschwerdeliste "SCL-90-R"	176
9.1.3. Einzelbeispiele zu Entwicklungsprozessen durch musikalische Improvisation (Wendepunkte)	209
9.2. Überlegungen zu den Erlebnissen und erreichbaren Veränderungen beim Spielen improvisierter Musik (generell und an Einzelfallbeispielen der Studie)	217
9.3. Die Auswertung der Nachinterviews	224
9.4. Zusammenfassung der katamnesticen Nachinterviews (ein halbes Jahr nach Therapie) und der Nachbeurteilungen durch die Therapeuten	229
9.5. Weitere Ausführungen zu der exemplarischen Einzelfallstudie Klientin Katja Aussagen, Datensammlungen und Auswertungen zum Einzelfall Klientin Katja	232 233
9.6. Katjas Verlauf in salutogenetischer Perspektive	238
9.7. Evaluation anhand der Auswertungen der Erhebungsmittel SCL-90-R, PBL und Well-Being- Scale im Prä-, Post- und Katamnesevergleich	244
9.8. Nach-Überlegungen zum Konzept der Kurzzeit-Gruppentherapie	246
9.9. Zusammenfassung der Therapeuteninterviews mit Michael Wolfart und Sabine Rittner	248
10. Fazit und Ausblick	255
<b>LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>266</b>

<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....</b>	<b>266</b>
<b>ANHANG .....</b>	<b>275</b>
Anhang 1: „Declaration of Alma Ata“ der WHO 1978“ im Originaltext	275
Anhang 2: „Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986“	278
Anhang 3: „Die Eckpunkte des Gesundheitsreform-Entwurfes 2003“	283
Anhang 4: „Einladung zum musiktherapeutischen Forschungstag 2001“	297
Anhang 5: „Werbe- und Info-Material zur Teilnehmer-Rekrutierung“	300
Anhang 6: „Leitfaden zum Erstinterview sowie zum halbstrukturierten Vorinterview“	304
Anhang 7: „Das katamnestiche Interview der Klienten durch die Therapeuten“	306
<b>LEBENS LAUF .....</b>	<b>307</b>
<b>SCHRIFTLICHE VERSICHERUNG .....</b>	<b>308</b>



## Strukturierung der Dissertation / Kapitelüberblick

Inhaltsangabe  
Einführung in das Thema der Dissertation / Danksagung

Kapitel 1  
Gesundheit und Krankheit: Terminologie und subjektive Konzepte

Kapitel 2  
Das Modell der Salutogenese nach Aaron Antonovsky: Erläuterung und Diskussion

Kapitel 3  
Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung: Inhalte, Anwendung und Risiken

Kapitel 4  
Integrative Gesundheitsbildung / Professionalisierung der Gesundheitsförderung

Kapitel 5  
Gemeinsamkeiten von Bildung und Therapie / Gruppentherapieforschung / Wirkfaktorenforschung

Kapitel 6  
Das Medium Musik: von der musikalischen Erfahrung bis zur musikorientierten Psychotherapie

Kapitel 7  
Qualitative Forschung: bedeutsame subjektive Erlebnisse im therapeutischen Kontext

Kapitel 8  
Empirische Forschung: Projektvorstellung „StimMusTher“ / Universitätsklinik Heidelberg

Kapitel 9  
Forschungsverlauf: Klientenprozesse und Einzelfallstudien aus dem Projekt „StimMusTher“

Kapitel 10  
Schlussdiskussion / Literaturverzeichnis / Abbildungsverzeichnis / Anhang / Lebenslauf

## Einstimmung



Himmel und Erde kennen die  
Ruhe und den Aufruhr von  
Sturm und Donner, und doch  
weiss die Natur um die Harmonie  
und Stille.  
Wenn unter Menschen Unglück  
und Krankheit herrschen,  
sind auch diese dem Wandel  
unterworfen und führen  
wieder hin zu Glück und zu  
Geborgenheit.

KAIBARA EKIKEN  
㊦

(Leobuchhandlung (Hrsg.): "Quellen japanischer Weisheit." St. Gallen ohne Jahr.)

Dieses japanische Gedicht nimmt in ein paar Zeilen schon einen wesentlichen Anteil meiner Arbeit vorweg; es weist uns hin auf Ambivalenzen, auf gesundheitlich schwankende Zustände des Menschen, auf Sichtweisen, Äußere Gegebenheiten und Lebensziele, und es vermittelt uns einen hoffnungsvollen, sinnerfüllten Ausblick auf den Verlauf des Lebens mit allen Höhen und Tiefen. Umwelt und Mensch sind dem Wandel der Zeit unterworfen, Makrokosmos und Mikrokosmos unterliegen dem Gesetz der Schwingung, Körper und Geist wirken zusammen, um die Gesamtheit `Mensch` auszumachen. In der Grundlagenforschung zum Leib-Seele-Dualismus wird die Frage des Menschenbildes diskutiert, wie entsteht menschliches Bewusstsein, welche Einflüsse können das Bewusstsein prägen, welche Korrelaten können Veränderungen im Verhalten bedingen, und wie wirkt sich eine fokussierte Wahrnehmung von den Zuständen Gesundheit und Krankheit auf das menschliche System aus?

Verstärkt tritt in den Bereichen der Gesundheitswissenschaften der Begriff des `ganzheitlichen Ansatzes` auf, der physische und psychische Gesichtspunkte bedenkt, wenn über den gesundheitlichen Stand des Menschen diskutiert oder geforscht werden soll. `Ganzheitlichkeit` bedeutet auch die Einbeziehung der menschlichen Lebensfelder in die Betrachtungen - soziale Anbindung, gesellschaftliche und kulturelle Voraussetzungen, Arbeits- und Freizeitverhältnisse usw. Möchte man also den flexiblen Zustand menschlichen Befindens beobachten und nach Ursachen und Faktoren suchen, die Gesundheit oder Krankheit bedingen, müssen viele Erlebnisfelder des Menschen mit einbezogen werden, und die unterschiedlichsten Forschungsbereiche mitwirken - wie die Pädagogik, Soziologie, Medizin, Gerontologie, Anthropologie, Psychologie etc.

Dieser integrative Ansatz steht der Zersplitterung der heilkundlichen und gesundheitsfördernden Bereiche entgegen, in welchen Bewusstseinsforschung eher in neuro- und psychowissenschaftliche Gebiete verwiesen wird und wichtige Bewusstseinsphänomene, welche unterstützende Impulse für Heilungsprozesse liefern könnten, in der Pädagogik ebenso wie in der Medizin außer Sichtweite geraten. (vgl. auch Verres, R.: „Heilkunst und Bewusstseinswandel.“ In: „Verres, R.; Leuner, H.; Dittrich, A. (Hrsg.): „Welten des Bewusstseins.“ Band 7: Multidisziplinäre Entwürfe. Berlin, Verlag für Wissenschaft und Bildung 1998.)

Es bedarf eines interdisziplinären Forschungsgebietes mit unterschiedlichsten Fragestellungen und Untersuchungsmethoden, um Auffassungen von `Gesundheit` und `Gesundheitsbildung` zu überprüfen, welche sich natürlich im Laufe der Jahrzehnte genauso verändern, wie die Begriffe, die geklärt werden sollen. Insofern werde ich zuerst auf die Definitionen von Begriffen wie `Gesundheit`, `Krankheit` und `Heilung` eingehen und deren Verwendung zuordnen, subjektive Konzepte von Gesundheit erläutern und Assoziationen zu den Begriffen anhand von Daten des deutschen Gesundheitswesens vorstellen.

Mit dem Aufgreifen der salutogenetischen Überlegungen Aaron Antonovskys zum Bewusstsein für Gesundheit und der Wahrnehmung von Krankheit wird eine zentrale Frage des Forschungsgebietes Gesundheitsförderung gestellt, welche in dieser Dissertation diskutiert und als Modell zur Klientenbetrachtung angewendet wird. Die Einflussgrößen des von Antonovsky beschriebenen Gesundheitskontinuums werden bestimmt, Stressoren aufgezeigt und ein Bewältigungshandeln besprochen, eine Suche nach Sinnhaftigkeit und Aufgehobensein in einem größeren Ganzen dargestellt. Die Bedingungen für eine integrative Gesundheitsbildung müssen mit den Grundsätzen jeden lebendigen Systems in Verbindung stehen, um daraus folgend einen Gesundheitsbegriff formulieren zu können, der inklusiv, positiv und dynamisch ist. Die geistig-seelischen Belange nehmen dabei den gleichen Raum ein, wie soziale, materielle und körperliche Voraussetzungen und müssen in der professionellen Wissenschaft, Forschung und Ausbildung im Gesundheitswesen berücksichtigt werden und einer Entfremdung von Mensch und Umwelt, von Arzt und Patient, von Theorie und Praxis gesundheitsfördernder Modelle entgegenwirken.

Ebenso werde ich Wege zur Förderung der Gesundheit, der Gesundheitsbildung darstellen, im Vergleich zu früheren Vorgehensweisen der Gesundheitserziehung. Da trotz steigender Nachfrage nach gesundheitsfördernden Bildungsangeboten in der Bundesrepublik Deutschland keine einheitlichen, verbindlichen Konzepte von Gesundheitsbildung existieren, soll das Verständnis von angemessener, zeitgemäßer Gesundheitsförderung beschrieben, der Einsatz- und Bezugsrahmen von pädagogisch-sozialwissenschaftlicher Gesundheitsbildung abgesteckt und die aktuelle Problematik und mögliche Zielsetzung beleuchtet werden.

Dabei wird die Bandbreite des gesundheitspädagogischen Handelns erkennbar werden, welches dazu beitragen soll, gesellschaftspolitische Veränderungen zu erreichen, Eigeninitiative, Mündigkeit und Selbstverantwortlichkeit der Bürger zu fördern ohne sie zu manipulieren, konstruktive Modelle zur Neuorientierung zu bilden und traditionell-bewährte wie unkonventionell-neue Mittel der Gesundheitsbildung einzusetzen, um eine Verbesserung der Lebensqualität und des Gesundheitszustands erreichen zu können.

Es gilt zu untersuchen, welche Faktoren die Gesundheit beeinträchtigen können und welche Ressourcen prophylaktisch oder im Falle der Erkrankung aktiviert werden können, um Heilung oder Besserung herbeizuführen. Welche Bewältigungsstrategien können ausgearbeitet werden, um den Umgang mit Krankheit zu erleichtern? Oder könnte eher die respektvolle Gelassenheit des Gesundheitsmarktes, welche zwar Angebote bereitstellt, aber auch die Eigenwahrnehmung der Bürger akzeptiert, welche aus individuell bedingten Gründen eher Wissensvermeidung betreiben, dabei helfen, in einer Gesellschaft Vitalität und Lebensqualität zu fördern?

Hierbei ist zu klären, welchen Beitrag die Pädagogik leisten kann, welche Bildungsangebote wahrgenommen werden können und wie der Prozess des Lernens und Erfahrens stattfinden kann. Betrachtet werden sollen die staatliche und private Seite der Gesundheitsförderung sowie die verwendbaren Formen Bildung, Erziehung und Therapie. Daraus ergeben sich methodisch-didaktische und institutionell-organisatorische Konsequenzen, die mit der Professionalisierung der Gesundheitsbildung und den Gesundheitswissenschaften in der Bundesrepublik Deutschland einher gehen müssen. Alle angewandten Konzepte und Formen der Gesundheitsbildung sollten es aber zum Ziel haben, den Menschen zu sensibilisieren, zu ermutigen, seine Kompetenz und sein Bewusstsein zu erweitern, damit er eigenverantwortlich und im Hinblick auf das Gemeinwohl auf sein Wohlbefinden achten kann.

Als eine besonders erfolgreiche und gut angenommene Form der Vermittlung gesundheitsbildender Anstöße stellt sich oft nonverbales Erfahren dar, welches auf einer anderen Ebene des Verstehens und Aufnehmens Veränderungen im Verhalten von Personen erreichen kann, was über Diskussion und Erklärung allein nicht bewirkt werden kann. Durch das Erleben des Mediums Musik z. B., können auf natürliche Wahrnehmungsweise Prozesse durchlaufen werden, die innerlich reifen und nachwirken können, und dem Körper und der Seele verdeutlichen, was es heißt, bewusst, achtsam und verantwortungsvoll mit dem eigenen Selbst umzugehen.

An dem hier dargestellten Beispiel der Selbsterfahrung, der Ausbildung verschütteter Fähigkeiten, der Anleitung und Beratung in der musiktherapeutischen Kleingruppe im Rahmen des Forschungsprojektes "StimMusTher" an der Medizinischen Psychologie der Psychosomatischen Universitätsklinik Heidelberg möchte ich verdeutlichen, welche positiven Veränderungen selbst in dem relativ kurzen Zeitrahmen der Therapiedauer bei den Teilnehmern der Gruppe erreicht werden konnten. Im empirischen Teil meiner Arbeit werde ich das Forschungsprojekt vorstellen, dessen Zielsetzung und Vorgehen beschreiben und die stattgefundene Gesundheits- und Persönlichkeitsbildung in aktiver Musiktherapie anhand verschiedener eingesetzter Forschungsmittel dokumentieren. Hierzu wird Einblick in Gruppenarbeit und Prozessverläufe gewährt und detailliertes Verfolgen der Entwicklung dreier Teilnehmer ermöglicht. Die Einzelfallbetrachtungen, die jeweils den Zeitraum von circa einem Jahr von Anamnese bis Katamnese umschließen, zeigen überraschende Ergebnisse, die in Originaldokumentation und übertragener Auswertung vorliegen.

Das aus den Forschungsergebnissen gewonnene Fazit ermutigt und bekräftigt diesen gewählten Weg der gesundheitsbildenden Maßnahmen und zeigt Übertragungsmöglichkeiten in den Alltag. Pädagogische Gesundheitsförderung kann mit präventiven Angeboten verbunden, im Sinne eines lösungsorientierten Empowerment vermittelt und anhand integrativer Arbeitsweisen, selbstverantwortlichem Netzwerkaufbau und staatlicher Kooperationsförderung wirksam werden.

## Danksagung

„Selbst eine Reise von tausend Meilen beginnt mit einem Schritt“

ermutigte mich ein asiatischer Sinnspruch während der Dissertationsphase und auch die Weisheit „Keine Straße ist lang mit einem Freund an der Seite“ durfte ich stets für mich in Anspruch nehmen.

Mein Dank gilt generell den Lehrern und Freunden auf meinem Weg.

So sind wissentlich oder unwissentlich viele Menschen am Zustandekommen der vorliegenden Arbeit beteiligt, an erster Stelle Familie und Freunde, ermutigende Kollegen und Mitforschende, inspirierende Fachkräfte und Hochschullehrer sowie Pädagogen, Musiker und Lebenskünstler. Dieses Netzwerk an wohlwollenden wie fordernden Menschen, ihre Anregungen und Ermutigungen, Lebenserfahrungen und horzonterweiternde Gegenpositionen konnte ich stets als meine persönliche Kraftquelle nutzen. Nicht zuletzt boten mir die freizeitlichen Lebensgestaltungen des Musizierens und Tanzens immer wieder Rekreationsmöglichkeit von dem wissenschaftlich arbeitenden Rückzug, versorgten mich mit neuer Inspiration und körperlicher Energie, sodass aus dem Dissertieren kein `Desertieren` wurde.

Im Besonderen stellt die Welt der Musikerfahrungen für mich seit der Kinderzeit an eine Quelle für Lebensfreude und Selbstausdruck dar; im Laufe meines Lebens konnte ich Chor- und Orchestererfahrung sammeln, Theaterspiel und Kabarett erproben, Gesangs-, Querflöten- und Percussion-Unterricht durchleben, meine Bühnenpräsenz und Auftrittserfahrung erweitern und konnte ebenso frei improvisatorisch neue Instrumentenspektren und weitreichenden Stimmeinsatz, internationale Tonsysteme und tiefgreifende Klangwelten kennenlernen. Seit dem Magisterstudium der Erziehungswissenschaften und Musikwissenschaften an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg konnte ich die durch meine Eltern stets engagiert geförderten Interessen der Pädagogik und Musik wissenschaftlich ergänzen und fachlich vertiefen. Durch eine fachübergreifende Belegung eines musiktherapeutischen Seminars lernte ich die Musik-, Atem- und Stimmtherapeutin Sabine Rittner an der Abteilung für Medizinische Psychologie der Psychosomatischen Universitätsklinik Heidelberg kennen, die mich im Anschluss an den Kurs in ihr geplantes Forschungsprojekt zur Mitarbeit einlud. Von 1997 an fanden wir uns als interdisziplinäres Forscherteam für das Pilotprojekt „Stimme und Musik in der Psychotherapie“ zusammen, und die gemeinsame Konzeptentwicklung und Studienplanung, die Arbeitsdiskurse, Durchführung der Kurzzeitgruppentherapie mit Beforschung sowie die Datenauswertung vertieften meine universitären Kenntnisse theoretisch wie praktisch. Mein Dank gilt Sabine Rittner für ihre vertrauensrückmeldende Teilnahme an meinem Arbeitsprozess, dem Stimmtherapeuten Dipl.-Psych. Michael Wolfart für seine kollegiale Arbeitsweise und den Mitforschern/-innen für die kreative, freundschaftliche Zusammenarbeit.

Während der Magisterphase durfte ich in meinen beiden Hauptfachbereichen anteilnehmende Unterstützung erfahren; auch wenn das musikwissenschaftliche Institut ein musiktherapeutisches Thema nicht direkt betreuen konnte, gilt meine herzliche Erinnerung ebenso den beiden beeindruckenden Hochschullehrerinnen Frau Prof. Dr. phil. Dorothea Redepenning und Frau Prof. Dr. phil. Silke Leopold.

Mit meiner Magisterarbeit konnte ich eine erste Darstellung der Forschungsergebnisse unter dem Titel „Gesundheitsbildung im Wandel. Analyse der pädagogischen Relevanz von Gesundheitsbildung...“



(1999) vorlegen, und mein Dank gilt Herrn Dr. phil., M.A. Axel Zimmermann für seine damalige Betreuung und anschließende Bekräftigung meines Promotionswunsches.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Micha Brumlik, dem ich nach seinem Ruf an die Johann-Wolfgang-Goethe-Universität nach Frankfurt a.M. als Doktorandin folgen durfte. Als mein Doktorvater gewährte mir Micha Brumlik forschersichen Freiraum und kenntnisreiche Rückmeldung zum jeweiligen Dissertationsstand und bot meinem pädagogischen Randbereich der Gesundheitsförderung - mit dem für die Fachrichtung etwas exotisch-anmutenden empirischen Beispiel der musikorientierten psychotherapeutischen Kurzzeitgruppenforschung - stete Akzeptanz. Ebenso Dank an die Mitglieder des Frankfurter Doktorandenkolloquiums für kritisches Hinterfragen und kollegiales Diskutieren.

Ein herzliches Dankeschön möchte ich auch meinem Zweitbetreuer Herrn Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Rolf Verres, Leiter der Abteilung für Medizinische Psychologie der Psychosomatischen Universitätsklinik Heidelberg aussprechen, welcher in seinem Institut die freigeistige und wohlwollende Atmosphäre für unser Forschungsvorhaben bereitstellte, den Raum für interkulturelle und fachübergreifende Kooperation ermöglichte und mit menschlicher Anteilnahme und wissenschaftlichem Interesse ein wertvoller Begleiter unseres Projektes war. Persönlich durfte ich ihn in meiner zweieinhalbjährigen Anstellung in der Medizinischen Psychologie als ermutigenden Vorgesetzten wie als inspirierenden Musiker, Wissenschaftler und Lebenskünstler erleben. Besonders hilfreich war seine höchst detaillierte kritische wie wertschätzende Auseinandersetzung mit meinem gesundheitsbildnerischen Themenkomplex in der Abschlussphase der Dissertation.

Aus ganz privater Sicht möchte ich den größten Dank und die herzlichste Verbundenheit meinen Eltern, Christel & Hans-Friedrich Klaar aussprechen, die mir von Kindheit an kreative Erfahrungsfelder erschlossen, mich in meiner reichen Erlebniswelt und Persönlichkeitsentwicklung immer gestärkt und gefordert haben und mich mit ihrem Wissen und ihren Herzensfähigkeiten stetig mit Selbstvertrauen und lebensfroher Energie in meinem weiteren Ausbildungsgang versorgten. Äußerst entlastend und unterstützend stand mir meine Mutter mit sorgfältigem und geduldigem Korrekturlesen des Manuskriptes zur Seite und ich konnte mich immer auf Beistand und Kräftermobilisierung seitens meiner Eltern verlassen. Tausend Dank.

In mein Bedanken möchte ich auch viele Freunde auf dem Weg mit einbeziehen - meinen verständnisvollen Freund Andreas Orlamünder, die immer an meinem Schaffensprozess interessierten und unterstützenden 'Freunde fürs Leben', Bettina & Claus Fentzloff sowie die Heidelberger Sangha, die Lehrer Ole & Hannah Nydahl, Lopön Tsechu Rinpoche und Karmapa Thaye Dorje. Ebenfalls die meine Eingebundenheit akzeptierenden Bekannten und geduldigen Musikerkollegen/-innen – sie alle trugen dazu bei, dass ich in den letzten Jahren beeindruckend viel Ansporn in Rat und Tat erfahren durfte, dass sich gesundheits-wissenschaftliche Diskurse auch im privaten Umfeld ergeben konnten, meine persönlichen Ressourcen immer wieder genährt wurden und eine Tiefendimension der eigenen Sinnfindung und Lebenshaltung wachsen durfte.

Christine Klaar, M.A., Heidelberg / Oktober 2003

*Christine Klaar*

**Stichworte:**

**Gesundheit / Krankheit / Heilung / subjektive Gesundheitskonzepte / Lebenskraft / Erhebungs- und Analysemethoden / Salutogenese**

***Heile den Geist, und du heilst den Körper.***

Paracelsus (Theophrastus Bombastus Philippus von Hohenheim)  
1493 - 1541 schweizer Arzt und Naturforscher

***Reiß deine Gedanken von deinen Problemen fort,  
an den Ohren, an den Fersen oder wie immer.  
Das ist das Beste,  
was der Mensch für seine Gesundheit tun kann.***

Mark Twain  
1835 - 1903/10 US-amerikanischer Schriftsteller und Humorist

***Der Geist des Menschen überwindet die Krankheit.***

Unbekannt

***Die Erforschung der Krankheiten  
hat so große Fortschritte gemacht,  
das es immer schwerer wird,  
einen Menschen zu finden,  
der völlig gesund ist.***

Aldous Huxley  
1894 - 1963 englischer Dichter

***Der Mensch ist die Medizin des Menschen.***

Afrikanisches Sprichwort

***Nicht der Arzt  
sondern der Körper  
heilt die Krankheit.***

Hippokrates  
460 – 370 v. Chr. griechischer Arzt

# Theoretischer Teil der Arbeit

## Einführung zu pädagogischen Handlungsfeldern der Gesundheitsbildung

### 1. Die Begriffe: `Gesundheit`, `Krankheit` und `Heilung`

Oftmals herrscht im alltäglichen Sprachgebrauch eine etwas eindimensionale Verwendung der Begriffe vor; so bezeichnet eine eingeschränkte Sicht `Gesundheit` lediglich als den Zustand der Beschwerde- und Symptombefreiheit, `Krankheit` als die Störung des Zustandes, die meist von außen dem Körper zugetragen wird, und die `Heilung` nur als die Beseitigung dieser Störung, - die Gesundung von psychischen wie physischen Beschwerden.

#### 1.1. Begriffsklärung und Terminologie

Untersucht man den etymologischen Ursprung der Begriffe, erkennt man im deutschen Wort `gesund` die Herkunft aus dem germanischen `swend(i)a` bzw. `(ga)sunda`, was als `stark, kräftig, geschwind` aufgefasst werden kann. In der Verbindung mit dem Begriff der `Gesundheit` stößt man auf das Wort `Heil` und `Heilung`, wobei ersteres mehr dem Inhalt von `Glück, Gesundheit, Rettung und Beistand` gleichkommt, und das `Heilen`, die `Heilung` eher als ein `Ganzwerden von etwas Zerstörtem` gesehen wird. Im angelsächsischen Sprachraum unterscheidet sich hier z. B. auch `heal`: `heilen, heilsam` von `hale`: `frisch, munter, ungeschwächt`, die aber beide die Verbindung zu dem Wort `whole` / `hole` in sich tragen - zu dem `ganz, rund, völlig, vollständig sein`. Auch in den griechischen Sprachwurzeln `holos` sind Gesundmachung und -werdung in der Wortbedeutung eingeschlossen, - also eine reflexive wie transitive Seite. Hörmann weist in Bezug auf den Vorgang des Heilens auf destruktive wie reparative Prozesse hin, in denen sich vier Typen unterscheiden lassen:

(Hörmann, G.: "Die heile Welt des Heilens - Alternative Therapien auf Abwegen?" In: Forschungs- und Entwicklungsgruppe "Gesundheitswissenschaften" (Hrsg.) Bielefeld 1987. S. 38.)

#### Heilen als Prozess

- ❖ durch die Ausschaltung von Störungen
- ❖ mit der Wiederherstellung von defekten Funktionen von Körper und Seele
- ❖ mit der Normalisierung krankhafter Relationen des Körpers
- ❖ durch körpereigene unterstützende Kräftemobilisierung, die über Krankheit siegt

Zu unterscheiden vom Prozess der Heilung ist die Bewältigungsstrategie des Umgangs mit der Krankheit - das Coping und die Linderung von Leiden. Heilen und Heilung ist ein ganzheitlich ansetzender und tiefer gehender Prozess. Auch die Verwandtschaft des Wortes `Heil` zur Bedeutung `heilig` kann nachvollzogen werden. Im germanischen Begriff des `hailag`: `führen` und `eniag`: `einzig sein` erkennt man das `heilige, gesunde zu eigen sein`, - ein `dem Gott geweiht und damit gerettet sein`. Dies lässt sich auch in der lateinischen Wortverwandtschaft von `salvus`: `heil, wohlbehalten, gerettet` wiederfinden.



Erwähnt sei auch das lateinische `sanus`: `gesund, richtig, vernünftig` sehen – im Deutschen weist das Substantiv Sanatorium z. B. auf eine Heilanstalt hin, wobei das Heilen eher von außen an den Patienten herangetragen wird (nach lateinisch: sanare = heilen); das lateinische Wort `salus` vereint die Bedeutung von `Gesundheit, Wohl, Heil und Glück` in sich.

Im französischen Sprachgebrauch grüßt man sich mit dem Wunsch zur Gesundheit: dem `salut`. In der Wortschöpfung Salutogenese findet sich die aus sich selbst heraus entstehende Heilung als Entwicklung (`Genese` = `Entstehung, Entwicklung, Schöpfung`).

In der östlichen Tradition des Sanskrit gibt es das Wort `swasthya`: `gesund`, zusammengesetzt aus `swa`: `selbst` und `sthya`: `fest, gefestigt`, woraus man schließen kann, dass der Gesunde in seinem Selbst gefestigt ist. Damit wird ersichtlich, wie wichtig es ist, nach einem gesunden Selbst zu streben und dies in Eigenverantwortlichkeit zu erlangen. Selbstständigkeit von Körper und Geist im Sinne von Symptombefreiheit bezieht sich auf alle Bereiche des Lebens und ist Voraussetzung für eine gute Lebensqualität und Sinnfindung der gesamten Existenz. Beeinträchtigt wird der gesunde, lebenswerte Zustand durch Leiden und Krankheit, welche den üblich-gewohnten beschwerdefreien Lebensablauf hemmen. Krankheit wird als Abweichung von einer messbaren, biologisch-somatischen `Gesundheitsnorm` begriffen. Doch oftmals ist diese als störenden Faktor angesehene Körperreaktion (z. B. Fieber) eine regulierende Abfolge von Selbsthilfemechanismen, um mit eigenen Mitteln wieder einen gesunden Zustand zu erreichen.

Im Mittelhochdeutschen findet sich das Wort `kranc`, welches mit `schmal, schlank, gierig und schwach` gleichgesetzt werden kann; im Germanischen bedeutet `kranka`: `hinfällig`. `Krankheit` ist also ein Zustand, der verbesserungswürdig erscheint, und in ihm ist die Hoffnung auf das Gesunden mit eingeschlossen. Zum Prozess des Heilwerdens, zur Genesung bemerkt Müller-Elmau (Zitat) ["Krankheit könnte demnach auch als der biologische Aufbruch der Natur zur Selbsthilfe angesehen werden, zumal das Kranksein von der Hoffnung auf und dem Willen zur Gesundheit durchdrungen ist."](#) (Müller-Elmau, B.: "Heilung durch das Selbst". Fellbach 1981. S. 93.)

Ob dieses Heilwerden aus eigener Kraft oder durch Mithilfe Anderer erreicht wird, so bleibt doch der fortwährende Prozess des Erkrankens und Genesens eine lebenslange Erfahrung. Der Erziehungswissenschaftler Micha Brumlik schreibt über die pädagogische Unterstützung im Prozess des Heilens, das eigene Wissen um ein lebenslanges Lernen und die Vermittlung von Lerninhalten (Zitat): [„Ebenso, wie wir uns als hilflose Wesen erfahren haben, denen geholfen wurde, und als heranwachsende Wesen, die sich aus eigener Kraft verändern können, wissen wir, dass wir im Prinzip anderen dabei helfen können, ihre Hilflosigkeit zu überwinden, und dass diese anderen auch von sich aus imstande sind, sich aufs Neue mit ihrer Umwelt auseinanderzusetzen, also zu lernen, im Laufe eines Lebens.“](#) (Brumlik, M.: "Advokatorische Ethik. Zur Legitimation pädagogischer Eingriffe." Kritische Texte. Böllert, K. et al. Bielefeld: KT-Verlag 1992. S. 188.)

Brumlik betont die Bewusstheit menschlichen Handelns, die reflexive Wahrnehmungsfähigkeit und die Eigenverantwortlichkeit in der Lebensführung und zieht die Verbindung zum Lernen und Lehren (Zitat): „Ohne den Wunsch oder die Pflicht, anderen bei der Ausbildung, Erhaltung oder Wiederherstellung solcher Fähigkeiten, ein bewusstes Leben zu führen, (Einfügung: zu helfen,) wüßten wir nicht, was Erziehen oder Heilen bedeuten sollte. Indem wir in diesen Zusammenhängen freiwillig oder auch gezwungenermaßen anderen helfen, lernen wir zugleich, wie andere zu ihrem Leben positiv oder negativ Stellung nehmen, welche Ansprüche sie an uns richten, um ihr Leben zu führen.“ (Brumlik, M.: „Advokatorische Ethik. Zur Legitimation pädagogischer Eingriffe.“ Kritische Texte. Böllert, K. et al. Bielefeld: KT-Verlag 1992. S. 189.)

Ziel des Heilungsprozesses ist die Wiederherstellung eines harmonischen Zustands von Körper und Geist, der ein angemessen qualitatives Leben eines Individuums in seinem sozio-psychischen Rahmen ermöglicht. In diesem Sinne sprechen ebenso viele Patienten, Therapeuten oder Ärzte von Heilung, wenn zwar primär eine körperliche Erkrankung (wie z. B. Krebs) nicht beseitigt, aber ein Empfinden des Heil-Seins zumindest in der seelischen Dimension wieder hergestellt werden kann. Der Prozess des Heilens, des Annehmens von Problemstellungen, das geistige oder körperliche Bewältigen von Krisen kann selbstdynamisch verwirklicht oder durch bewusstes oder unbewusstes Lernen, durch Anleitung oder Hilfe anderer erreicht werden, woraus sich das Maß an benötigter pädagogischer Zuwendung oder therapeutischer Hilfestellung ergibt.

## **1.2. Subjektive Konzepte von Gesundheit und Krankheit**

Innerhalb der internationalen Gesundheitsforschung der letzten zehn Jahre interessierte vor allem die Frage nach den Kategorien zur Definition des Gesundheitsbegriffes, den subjektiven Gesundheitskonzepten der Menschen und den Dimensionen zur Beurteilung von Krankheit oder Wohlbefinden.

(Zum Überblick sei auf Forschungen des deutschsprachigen Raumes verwiesen auf z. B.: Faltermaier, T.; Bengel, J. (Hrsg.): "Gesundheitsvorstellungen. Subjektorientierung in der Gesundheitspsychologie." Göttingen 1998. Sowie: Flick, U.: "Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit." Weinheim 1998.)

Qualitative Studien, die in verschiedenen Ländern in unterschiedlichen Bevölkerungsschichten durchgeführt wurden, ergeben ebenfalls wie in den Überlegungen des Punktes 1.1. verschiedene Kategorien zur Einordnung des Phänomens `Gesundheit`.

(vgl. Studien nach: Calnan, M.: "Health and illness. The lay perspective." London 1987. Und: Faltermaier, T.: "Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag." Weinheim 1994. Und: Pill, R.: "Health beliefs and behaviour at home." In: Anderson, R., Davies, J.K.; Kickbusch, I. et al. (Hrsg.): "Health behaviour research and health promotion." Oxford 1988. S. 45-52. Sowie: Williams, G.: "Concepts of health: An analysis of lay logic." Sociology, 17 (2). S. 185-205.)

## Dimensionen / Bedeutungen von Gesundheit

### ❖ **Positiver versus negativer Gesundheitsbegriff:**

Das Phänomen Gesundheit definiert sich über die Abwesenheit von Krankheit, das heißt, sie wird nicht an sich wahrgenommen ('Schweigen der Organe'), sondern nur als fehlender, vermisst Zustand (Krankheit) im Vergleich zum positiven Gesundheitsstadium. Insofern mangelt es dem Begriff an einem positiv selbstverständlich zugeordneten Inhalt.

Der Philosoph Hans-Georg Gadamer spricht von der 'Verborgeneheit und Selbstvergessenheit der Gesundheit'; gerade durch das Nicht-Bemerken ist die Gesundheit gegeben.

(vgl. Gadamer, H.-G.: "Wahrheit und Bewusstsein." Vortrag beim 2. Internationalen Kongress des Europäischen Collegiums für Bewusstseinsstudien „Welten des Bewusstseins“, Februar 1996, Stadthalle Heidelberg. S. 141-148. Sowie: Hoffmeister, B.: „Referat: Über die Verborgeneheit der Gesundheit. Zu Hans-Georg Gadamer. S. 1-5.)

### ❖ **Biomedizinische Voraussetzung für Gesundheit:**

Bezogen auf die körperliche Stärke ist die Robustheit gegenüber äußeren Einflüssen eine Grundvoraussetzung zur Gesunderhaltung. Erschöpfte Energie muss immer wieder regeneriert werden, damit ein bestimmtes Potenzial an Lebenskraft dem Menschen ein gesundes Handeln ermöglicht (Fitness). Das traditionelle biomedizinische Modell interessiert sich für die Krankheit – dahinter steht ein eher mechanisches Konzept von Krankheit, in dem der Körper als Maschine definiert wird, deren Teile durch die Krankheit lahmgelegt werden.

### ❖ **Biopsychologische Voraussetzung für Gesundheit:**

Eine Dimension der Gesundheit spiegelt sich in dem Vorhandensein des Wohlbefindens, einer Art erlebten Gleichgewichts. Zufriedenheit, Belastbarkeit und innere Ruhe sind die psychisch wertvollen Komponenten eines als 'gesund' zu bezeichnenden Menschen. Eine motivierende und emotional stabile Konsistenz der Psyche ist eine harmonische Idealvorstellung, die selten erreicht wird. Die biopsychologische Sichtweise geht davon aus, dass körperliche, psychische und soziale Komponenten die Gesundheit mitbestimmen und als verursachende Faktoren zusammenwirken. Dieser Faktor spielt eine große Rolle bei der Zuspreehung der Behandlungsbedürftigkeit, z. B., ob eine Beeinträchtigung auch „als Krankheit anerkannt“ ist, so dass sie von der Krankenkasse bei der Behandlung finanziert werden kann? (Bsp.: bedürftiges Suchtverhalten im Bereich Spielsucht, Internet- oder Gewaltvideo-Konsum ... gilt das als therapiewürdig?)

### ❖ **Mehrdimensional kontinuierliche versus eindimensional dichotome Sicht:**

Eine Person wird nach dem traditionellen Gesundheitsverständnis entweder als krank oder als gesund bezeichnet, aus salutogenetischer Sicht sind aber verschiedene Gesundheitszustände möglich – sie gelten als End- oder Zwischenpunkte eines gemeinsamen Gesundheitskontinuums. Gesundheit als Prozess, nicht als statischer Zustand – das schließt die Schaffung eines gesundheitsbeeinflussenden Potenzials mit ein. Je nach dynamischen Interaktionen oder belastenden / entlastenden Faktoren ist der Mensch gesundheitlich leistungsfähig.

In variierten Zuständen können seine sozial erforderlichen Funktionen ausgeführt werden, psychische wie physische Ansprüche zur Lebensbewältigung in der Gesellschaft erfüllt werden. (z. B.: zur Anforderung der Arbeitsfähigkeit, der Einhaltung der sozialen Rolle etc.).

# Dimensionen von Gesundheit

- Abwesenheit von Krankheit  
(negativ Zuordnung des positiven Inhalts)
- Leistungsfähigkeit / Lebensbewältigung in der Gesellschaft  
(soziale Rolle etc.)
- Physische Lebenskraft  
(körperliche Stärke, Robustheit, Regeneration erschöpfter Energie)
- Psychische Stabilität  
(emotionale Zufriedenheit, Ausgeglichenheit, Belastbarkeit = Wohlbefinden)

Tafel 1: Dimensionen von Gesundheit

Befragte Bevölkerungsgruppen bilden unterschiedliche Kategorienzuordnungen zum Begriff Gesundheit, bedingt durch ihre soziodemographischen Merkmale: Alter, Geschlecht und soziale Schichtzugehörigkeit. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Frauen aller Altersgruppen die psychische Komponente der Gesundheit mehr betonen als Männer, welche häufiger unter Gesundheit die körperliche Leistungsfähigkeit verstehen, und vor allem ältere Männer eher die Abwesenheit von Krankheit - also die Negativdefinition der Gesundheit - beschreiben.

Betrachtet man unterschiedliche Schilderungen der sozialen Ebenen, überwiegt meist in den unteren gesellschaftlichen Schichten die negative und funktionale Definition von Gesundheit (Abwesenheit von Krankheit und Leistungsfähigkeit), in den mittleren und höheren gesellschaftlichen Schichten trifft man eher auf positivere, Lebensqualität beinhaltende Zuordnungen. Mit zunehmendem Alter der Befragten verschiebt sich das Hauptaugenmerk der Gesundheitsdefinition von Fitness und Stärke meist mehr in Richtung Ausgeglichenheit und Leistungsfähigkeit.

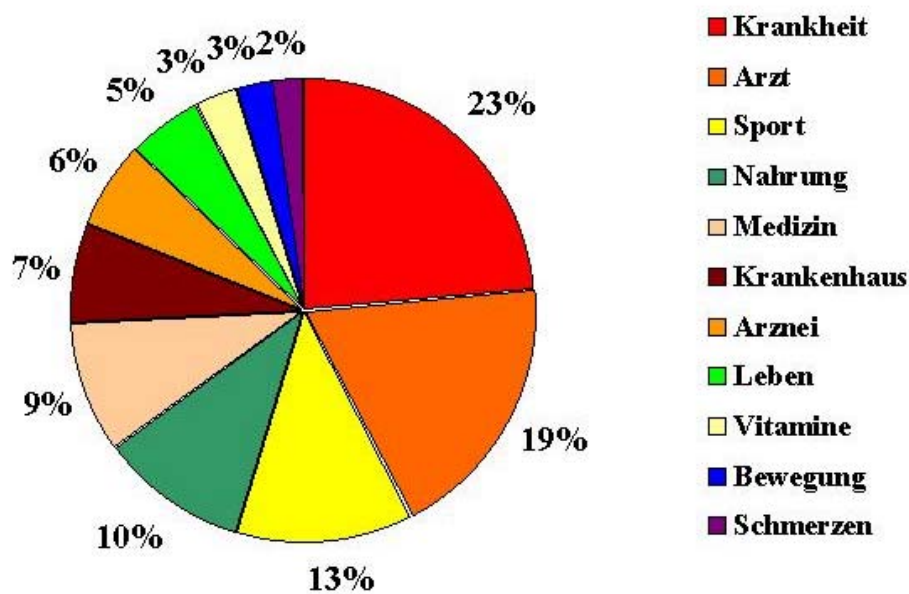
(vgl. Studien von: Blaxter, M.: "Health and lifestyles." London 1990. Und: Belz-Merk, M.: "Gesundheit ist Alles und alles ist Gesundheit." Frankfurt/M. 1995. Und: Faltermaier, T.: "Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag." Weinheim 1994. Und: Kuhlmann, E.: "Subjektive Gesundheitskonzepte. Eine empirische Studie mit Professorinnen und Professoren." Münster 1996. Und: Schulze, C.; Welters, L.: "Geschlechts- und altersspezifisches Gesundheitsverständnis." In: Flick, U.: "Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit." Heidelberg 1991. S. 70-86.)

Untersuchungen in der Bevölkerung über Assoziationen zum Stichwort `Gesundheit` ergaben eine starke Betonung der `Krankheitslastigkeit` des Begriffes - biologisch-medizinische Komponenten wurden vor psychischen und sozialen Anteilen genannt; grafisch dargestellt ergibt sich folgendes Bild:

**Diagramm 1:** Die 11 häufigsten Assoziationen zum Stichwort `Gesundheit` 1992 in Deutschland

(n = 588, Alter 14-25 Jahre, Zahlen in Prozent) (Tabelle selbst grafisch umgesetzt nach Daten aus: Schaefer, G.:

"Balanceakt Gesundheit. Die Kunst, richtig zu leben." Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 1998. S. 40.)

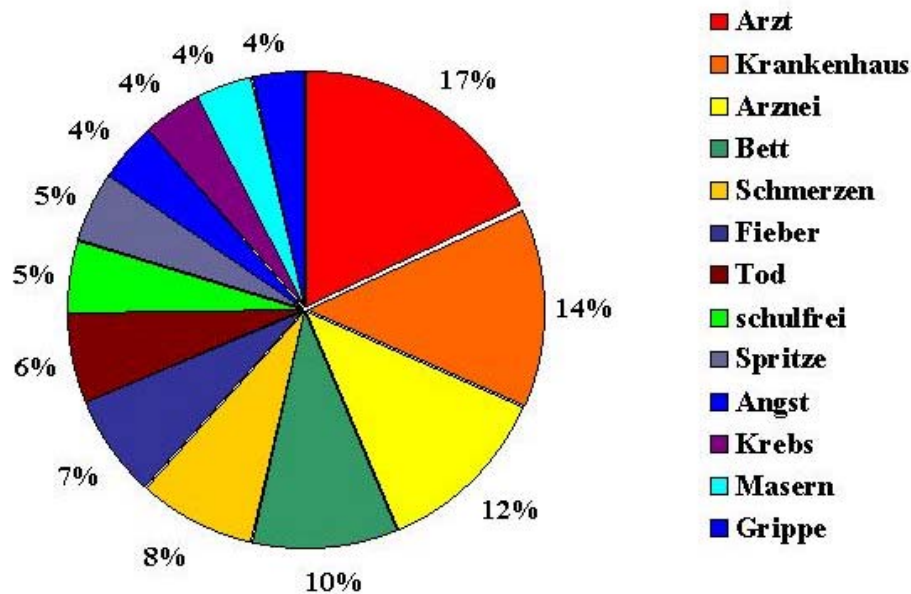


Die häufigsten Zuordnungen zum Begriff `Krankheit` einer vergleichbaren Population lassen erkennen, dass als Assoziationen zum Fehlen von Gesundheit meist eine gestörte biologische Funktion genannt wird, dann das öffentliche Gesundheitswesen und medizinische Therapien zur Behebung der Krankheit. Hauptsächlich findet das körperliche Eingeschränktheit und das Nichtfunktionieren der Organe Erwähnung, weniger die psychosoziale Umgebung als möglicher Auslösefaktor.

Diagramm 2: Die 13 häufigsten Assoziationen zum Stichwort `Krankheit` 1992 in Deutschland

(n = 129, Alter 14-25 Jahre, Zahlen in Prozent) (Tabelle selbst grafisch umgesetzt nach Daten aus: Schaefer, G.:

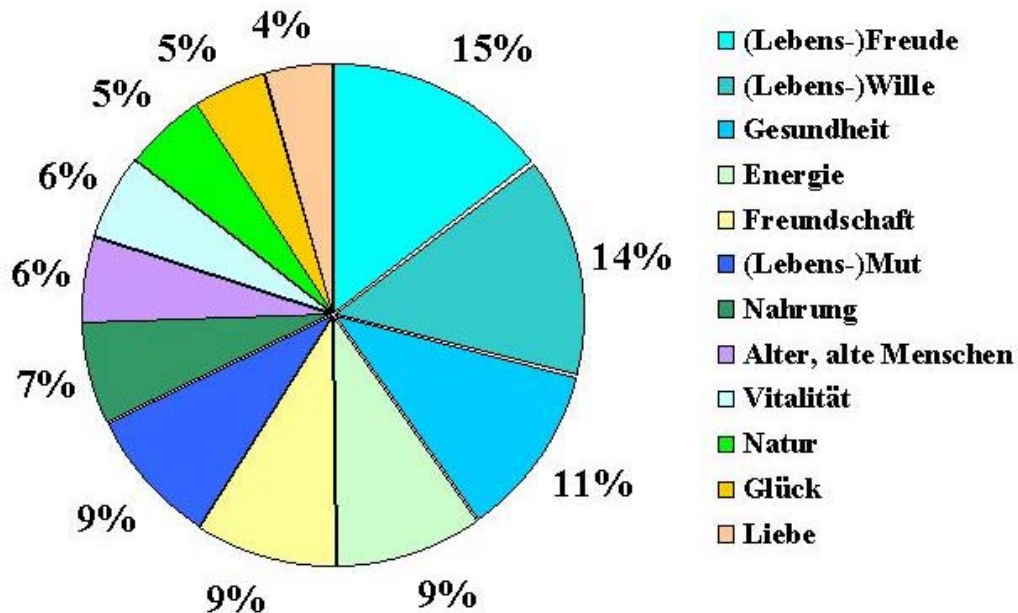
"Balanceakt Gesundheit. Die Kunst, richtig zu leben." Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 1998. S. 44.)



Vergleicht man dazu eine andere Wortwahl aus dem Gesundheitsbereich, nämlich den Begriff der `Lebenskraft`, so finden sich gegenüber dem Begriff `Gesundheit` deutlich positivere Assoziationen; vielleicht sollte unser Gesundheitsbegriff anders besetzt werden, um qualitativ hilfreicher wahrgenommen zu werden - eine positivere Einstellung zu einem Thema ist der erste Weg zu gesundheitsfördernden Maßnahmen.

Diagramm 3: Die 12 häufigsten Assoziationen zum Stichwort 'Lebenskraft' 1992 in Deutschland

(n = 129, Alter 14-25 Jahre, Zahlen in Prozent) (Tabelle selbst grafisch umgesetzt nach Daten aus: Schaefer, G.: "Balanceakt Gesundheit. Die Kunst, richtig zu leben." Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 1998. S. 46.)



**Zusammenfassend zeigen diese Studien, dass hauptsächlich drei Kriterien den Gesundheitsbegriff bedingen:**

- ❖ die Autarkie - die Selbstständigkeit, sein Leben zu führen, und die Freiheit, es körperlich und geistig planen und verwirklichen zu können
- ❖ dazu die Hoffnung auf Bewältigung eventueller Belastungen und Schwierigkeiten
- ❖ ebenso die Selbstverwirklichung und Anerkennung in der Gemeinschaft (psychosoziale Seite)

Ähnliche Ergebnisse zeigen Untersuchungen von Faltermaier mit Fragebogenmethode; er erfragt subjektive Vorstellungen über die Voraussetzungen für Gesundheit und hält positive wie negative Einflüsse auf die individuelle Gesundheit fest. Wesentlich für eine gesunde Lebensführung erscheinen psychosoziale Faktoren (positive ausgeglichene Kontakte in Familie und Gesellschaft ...), bewusste Ernährung, körperliche Bewegung und Entspannungsmöglichkeiten. In einer qualitativen Interviewstudie fand Faltermaier verschiedenste Gesundheitstheorien - Gesundheit wurde gesehen: als Schicksal, als Folge von biologischen Prozessen, als Folge von Umwelteinflüssen, in Abhängigkeit von Risikofaktoren, im Zusammenhang mit Bewegungsmöglichkeit, als ein Zustand, der bedingt wird durch Ernährung, Bewältigungsmöglichkeit und psychische Belastbarkeit (vgl.: Faltermaier, T.: "Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag." Weinheim 1994.).

Es wird deutlich, dass komplexe und differenzierte Vorstellungen über das Thema Gesundheit bestehen, die durch die Lebenserfahrung der Menschen begründet sind. Subjektive Gesundheitskonzepte und -theorien bedingen wiederum das Gesundheitshandeln und -verhalten, die präventiven Maßnahmen, die Risikowahrnehmung und die Anstrengungen zur Wiedererlangung der Gesundheit nach einer Erkrankung.

### **1.3. Störung des Wohlbefindens und Beeinträchtigung der Gesundheit**

Belastende soziale Verpflichtungen, körperliche Einschränkungen oder gestörtes seelisches Wohlbefinden sind die Auslöser, warum Menschen einen Arzt, Therapeuten oder Berater aufsuchen, um an ihrer Lebenssituation etwas zu ändern oder neue Bewältigungsmöglichkeiten zu erlernen. Neben bio-medizinischen Ursachen von Erkrankungen wirken sich ebenso emotionale Befindlichkeitsstörungen auf die Gesundheit aus z. B. empfundene emotionale Defizite, Entzugsangst oder Abstumpfungsgefühl oder zu heftige Emotionalität, unkontrollierte Gefühle, Unbeherrschtheit und Überreagieren. Als krankmachend werden auch Schuldgefühle, zwanghaftes Grübeln oder Zorn und Aggression erlebt, gerade wenn diese Emotionen den Klienten auffällig werden lassen und seine soziale Rolle stören. Unsicherheit, Zwänge, Angst und Schüchternheit als eher passive Verhaltensmuster können genauso wie Zorn, Aggressivität oder sadistische Handlungen körperliche Reaktionen mit sich ziehen: hier ist wieder biologisch und neurologisch zu erkennen, wie sich psychosomatische Erkrankungen äußern können: Bluthochdruck, Herzrasen, Rotwerden und Schwindel, Kopfweg und Schulterverspannungen, Magenschmerzen bis hin zu Übelkeit und Erbrechen, Haupterkrankungen, Störungen des Essverhaltens und Atemwegsprobleme / Asthma. Eindeutige grundsätzliche Ursache-Wirkungsmodelle greifen als alleinige Erklärung natürlich nicht, z. B. kann nicht nur Stress Magengeschwüre verursachen, sondern auch das magensäure-resistente Bakterium *Helicobacter pylori*, also sind multifaktorelle Untersuchungen notwendig, um Patienten zu diagnostizieren, und die psychische wie physische Komponente benennen zu können (vgl. Verres, R.; Bader, U.: „Krankheit, Gesundheit und Emotion.“ In: Otto, J.H.; Euler, H.A.; Mandl, H. (Hrsg.): „Emotionspsychologie. Ein Handbuch.“ Weinheim: PVU Verlag 2000. S. 535.).

Erkrankungen und Störgefühle können nun psychoanalytisch als unbewältigte lebensgeschichtliche Erlebnisse gedeutet werden, deren Fixierung und Zwanghaftigkeit in einer Therapie durchbrochen werden müssen; tiefenpsychologisch wird man eher versuchen, in der therapeutischen Arbeit das Selbstbild des Patienten neu zu ordnen, und nach psychotherapeutisch-systemischer und lerntheoretischer Sicht versucht man, nach dem Ursache-Wirkungs-Konzept die Auslöser der momentanen Situation aufzufinden, sie zu wandeln und vielleicht Veränderungen im System des Patienten zu erreichen, damit er selbstständig das Empfinden für auftretende Schwierigkeiten neu definieren kann und ihnen mit erweiterten körpereigenen Ressourcen besser begegnen kann. Die angewendeten Modelle der Tiefenpsychologie und Lerntheorie sowie systemischen Psychotherapie und medizinischen Psychologie sind durchaus nebeneinander verwendbar und können einander in der Fallbetrachtung bereichern.



Im Laienwissen und in subjektiven Gesundheits- oder Krankheitsauffassungen kommen nicht nur Vorerfahrungen, erlerntes Wissen oder emotionale Einstellung wie Abwehrmechanismen oder das Annehmen der Krankheit zusammen, auch die Abhängigkeit vom Kontext sowie die Prozesshaftigkeit des Krankheitsverlaufs finden Eingang in diese Entstehung subjektiver Konzepte. Ausschlaggebend ist die spezifische Auseinandersetzung mit einem variablen Krankheitsverlauf, mit emotionaler Motivation und dem Streben nach neuer Information, woraufhin sich subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit immer wieder neu bilden lassen. Rational-kognitives Wissen über Erkrankungen oder Störungen kann die Basis bilden, um eine Stellung bezüglich der Krankheit einzunehmen, daraufhin folgen aber immer neue Situationen der persönlichen Betroffenheit oder Involviertheit, der Assimilation neuer Informationen in die bestehende Überzeugung sowie der Prozess der Akkommodation, d.h. die Einordnung und Neuorganisation der Fakten im menschlichen Verstehen (vgl. die von Piaget 1954 beschriebenen Begriffe der Akkommodation und Assimilation in: Piaget, J.: „La formation du symbole chez l'enfant, imitation, jeu et rêve, image et représentation.“ Neuchâtel 1945.).

Je nachdem, wie das körperliche Selbstbild oder die persönliche Lebenssicht strukturiert ist, kann die Bewertung des Krankheitsstadiums entstehen und die Haltung zur Beeinträchtigung variiert werden, sich also zwischen Interesse, Akzeptanz oder Vermeidung und Verleugnung bewegen. Der Umgang mit Gesundheitsvorstellungen und Krankheitskonzepten ist also reflexiv, die Sicht der Dinge und Haltung dazu bedingen sich gegenseitig und befinden sich in einem sich ständig wandelnden Prozess. Im Coping, dem Bewältigungshandeln, können alle Verhaltensweisen von Wahrnehmungsabwehr, rationalem bis neutralem Beurteilen, Fluchtverhalten oder emotionalem Ausblenden der Krankheit vorkommen, abhängig von angstauslösendem (vielleicht sogar faktisch gar nicht begründetem) Vorwissen oder als hilfreich erlebter Umgang mit der Krankheit anderer (entkräftende und ermutigende Beispielfunktion). Die Beurteilung der eigenen Situation erfolgt immer wieder neu, entsprechend der persönlichen Wahrnehmung, dem emotionalen Sich-Stellen, der einschneidenden Konfrontation mit der Krankheit, dem Erleben von Krankheitsverläufen oder gar Todesfällen von Mitpatienten, dem Durchleben von eigenen Erkrankungen, von Vorsorge, Diagnose sowie Therapie bis hin zur Rehabilitation und Gesundung.

Im Forschungsgeschehen und Therapieprozess ist es hilfreich, wenn die Bedeutsamkeit der Krankheitsvorstellungen des Patienten erfragt werden kann, in wie weit ist er persönlich betroffen oder lagert das Problem emotional aus, welche Einschränkungen erlebt er wirklich als schwerwiegend, welche Lösungsschritte hält er trotzdem für möglich? Unterstützend für den Klienten kann die Einordnung der Krankheit in einen Bedeutungsrahmen sein, in welchem Ausmaß sein Lebensumfeld davon betroffen ist oder in welchen Bereichen seines Selbstbildes die Krankheit gar nichts verändert oder gar neuen Sinn stiften kann.

#### **1.4. Erhebungs- und Analysemethoden für subjektive Gesundheits- und Krankheitskonzepte**

Für Arzt, Therapeut und Forscher ist wichtig zu erkennen, dass auch sie sich in einem variablen Feld bewegen, nicht nur in der Patientenbegleitung, sondern auch mit ihrer (scheinbar objektiven) Sicht der Wahrnehmung des Falles. Zwar entsteht in den Heilberufen oft die professionelle `Haltung der Enthaltung`, doch letztendlich kann sich kein Mensch einer subjektiven Wahrnehmung entziehen. Warum sollten nicht der eigene Körper und die Sinne selbst als Messinstrument eingesetzt werden? Wir nehmen doch ständig die Welt mit all unseren geschulten Sinnen wahr und ordnen unsere gedanklichen Kontexte strukturierend nach ihnen. Sich dessen bewusst, bedeutet dies, dass Interviews mit Patienten und Befragungen durch Therapeuten und Forscher ebenso geprägt sind durch emotionales Involviertsein, Angstbesetztheit oder Schutzverhalten, was sich in Fragestellung, Mimik, Gestik, Körpersprache oder Tonfall, Betonungen oder Auslassungen etc. ausdrücken kann. Insofern ist es dienlich, den erforschten Ergebnissen noch Tonband- und Videoaufzeichnungen, Tagebücher der Klienten zur Seite zu stellen, um verschiedene Informationsquellen zur Beobachtung und Auswertung einsetzen und vergleichen zu können. Ein Validierungsverfahren, welches zu überprüfen versucht, ob die empirisch gewonnene Information über den Patienten mit den wissenschaftlichen gemessenen Daten übereinstimmt, kann also nur teilweise greifen. Dieses Validierungskriterium ist nicht hilfreich, wenn verlässlich Rückschlüsse von emotional erlebten Zuständen auf bewusst eingesetzt folgendes Handeln gezogen werden sollen, es können nur Korrelationen in Aussagen und Beobachtungen sowie nachträglichen Zuordnungen deutlich werden.

Subjektive Krankheitstheorien ändern sich ständig und ebenso das Verhalten des Klienten hinsichtlich der Verarbeitungsphase oder des Gesundungsprozesses. Eher eignet sich das von Groeben und Scheele vorgestellte Verfahren der `kommunikativen Validierung durch Konsensbildung` zwischen Arzt, Therapeut oder Forscher und auswertendem Team – also zwischen Erheber und Analysierendem. Dies bedeutet, dass im Forschungsprozess immer wieder alle Blickwinkel zusammengetragen werden und eine Meinung darüber gebildet wird, in welchem Stadium sich der Patient befindet, was in dieser Situation schon erreicht wurde und weiter bewältigt werden kann. Die Prozesse und die sich wandelnden Einstellungen zum Krankheits- oder Therapiesgeschehen können aber beobachtet werden und die Veränderungswerte des Patienten können durch Mehrfacherhebungen (gleiche Fragebögen in Anamnese und Katamnese, Leitfadeninterviews vor und nach der Behandlung) abgebildet werden.

## **1.5. Grundannahmen zur Betrachtung des Phänomens `Gesundheit`**

Die Zentrierung auf den Zustand der Gesundheit ist eine nicht als selbstverständlich anzusehende Sichtweise der Forschung. Oftmals wird in Forschungsansätzen der Bedeutung der Krankheit nachgespürt, der Abwesenheit von Gesundheit, und die Gesundheit ist selten selbstständig positiv definiert.

Als Rahmentheorie dieser Arbeit soll jedoch das Modell der Salutogenese (vgl.: Antonovsky, Aaron: "Health, stress and coping." London 1979. Und: Antonovsky, Aaron: "Unraveling the mystery of health." London, 1987.) dienen, welches sich mit den Fragen beschäftigt, unter welchen Bedingungen Gesundheit entstehen und gepflegt werden kann, und welche Kräfte wirken, wenn Widerstandspotenzial aufgebaut werden soll.

Das Phänomen `Gesundheit` ist somit ein medizinisches, soziales, psychologisches und subjektives Vorkommnis, und jeder zu betrachtende Organismus ist eine individuelle Ganzheit. Gesundheit wird nicht nur durch medizinische Fürsorge gebildet, aufrechterhalten oder wiederhergestellt, sondern wesentlich geprägt durch die psychosozialen, familiären und gesellschaftlichen Bedingungen. Nach pathogenetischer Sichtweise wird der Mensch erst im Falle von Beschwerden behandlungsbedürftig und gewinnt somit Patienten- bzw. Klientenstatus. Dabei kann sich ein Mensch durchaus als gesund in der Gesamtheit sehen, wenn nur z. B. ein bestimmtes Organ in seiner Funktion gestört oder eine andere körperliche Gegebenheit eingeschränkt ist. Insofern herrscht ein qualitativer Unterschied in der Beurteilung von subjektivem Krankheitsempfinden und messbaren oder statistisch gewonnenen Daten vor, der in der Gesundheitsforschung berücksichtigt werden muss. Auch die Möglichkeit des gleichzeitigen Vorkommens von Krankheit und Gesundheit wird oft übergangen.

Antonovsky vertritt in seinem Modell der Gesundheit die Anschauung, dass diese als multidimensionales Kontinuum zu betrachten sei, welches sich zwischen zwei extremen Polen hin und her bewegen kann. Es gibt also Zustände zwischen absolut vollkommener Gesundheit (health-ease) und einer totalen Erkrankung (health dis-ease). (Antonovsky, Aaron: "Health, stress and coping." London 1979. Vergleiche ebenso Uexküll, T.v.; Wesiack, W.: „Theorie der Humanmedizin.“ München Wien Baltimore: Urban & Schwarzenberg 1988.)

Maximale und minimale Gesundheit sind die Pole des multimodalen Kontinuums, dessen Dimensionen sich von Wohlbefinden und Handlungs- wie Leistungsfähigkeit über Beschwerden bis zum Stadium der Krankheit bewegen. Daraus folgt, dass der Ansatz der Salutogenese sich nicht direkt mit den Ursachen für Krankheit beschäftigt, sondern die Bewegung auf der Skala zwischen den Polen verfolgt. Hierbei werden körperliche, psychische und soziale Bedingungen berücksichtigt.

**Stichworte:**

**Salutogenese / Aaron Antonovsky / Risikofaktoren / WHO World Health Organization /  
Lebenszufriedenheit / Gesundheitskontinuum / Stressoren / Bewältigungsmöglichkeiten /  
Widerstandsressourcen / Kohärenzgefühl / Stressforschung**

***Ich habe viel in der Krankheit gelernt,  
das ich niemals in meinem Leben hätte lernen können.***

Johann Wolfgang von Goethe  
1749 - 1832 deutscher Dichter

***Ich glaube, dass Krankheiten Schlüssel sind,  
die uns gewisse Tore öffnen können.  
Denn ich glaube, es gibt gewisse Tore,  
die nur die Krankheit öffnen kann.***

Andre Gide  
1869 - 1951 französischer Schriftsteller

***Der Stress von heute  
ist die gute alte Zeit von morgen.***

Unbekannt

***Probleme sind wie Messer:  
Sie können uns nutzen oder schneiden,  
je nachdem, ob wir sie am Griff oder an der Klinge anfassen.***

Unbekannt

***Wende dein Gesicht der Sonne zu  
und du lässt die Schatten hinter dir.***

Afrikanisches Sprichwort

***Ohne die Kälte und Trostlosigkeit des Winters  
gäbe es die Wärme und die Pracht des Frühlings nicht.***

Ho Chi Minh (Nguyen That Thanh)  
1890 – 1969 Befreier Vietnams

## **2. Salutogenese**

(`salus`, latein: `Unverletztheit, Heil, Glück` / Genese, griechisch: `Entstehung`)

Terminusprägung von Aaron Antonovsky, im Gegensatz zur Pathogenese, der Betrachtungsweise des biomedizinischen Krankheitsmodells. Die Pathogenese fragt nach der Entstehung und Behandlung von Krankheiten, die Salutogenese beschäftigt sich mit dem flexiblen und relativen Zustand zwischen Gesundheit und Krankheit.

### **Informativer Exkurs zu dem Medizinsoziologen Aaron Antonovsky**

(Da ich mich im nächsten Teilabschnitt immer wieder hauptsächlich auf die wissenschaftlichen Ansätze des Medizinsoziologen und Gesundheitsforschers Antonovsky beziehen werde, verweise ich kurz auf dessen Daten und Entwicklung.)

**Aaron Antonovsky**, 1923 in Brooklyn (USA) geboren, unterrichtete von 1955-1959 Abendklassen im Brooklyn-College und war Leiter der Forschungsabteilung des Anti-Diskriminierungsausschusses des Staates New York. Danach lehrte er ein Jahr Soziologie an der Universität in Teheran (Iran) bis er 1960 mit seiner Frau Helen nach Israel auswanderte. Das entwicklungspsychologische und anthropologisch orientierte Denken seiner Frau trug später einen Großteil zur genauen Formulierung des Inhalts seines Begriffes „Kohärenzgefühl“ bei. Antonovsky arbeitete als Medizinsoziologe am Institut für angewandte Sozialforschung in Jerusalem (Israel) in den Bereichen Lehre, Stress- und Gesundheitsforschung.

1972 entwickelte er sein Konzept der generellen Widerstandsressourcen: „GRRs“ – „generalized resistance resources“. Dazu schrieb er später in seinem Buch „Unraveling the mystery of health“ über die Ergebnisse seiner medizinsoziologischen Forschungen mit Frauen aus verschiedenen ethnischen Gruppen aus Israel, die zwischen 1914 und 1923 in Mitteleuropa geboren waren und in der Zeit des Zweiten Weltkrieges im Alter von 16-25 Jahren die Qualen der Konzentrationslager überlebt hatten. Antonovsky fand trotz der psychischen und physischen jahrelangen Härtebedingungen immerhin bei 29% der überlebenden Frauen erstaunlich zufriedenstellende Gesundheitsangaben, was sein Interesse auf die heilsamen Ressourcen lenkte, die es möglich gemacht haben mussten, diesen hohen Stressoren so gut entgegenzutreten. Er forschte nach dem sogenannten Kohärenzgefühl, das dem Menschen ermöglicht, dem Erlebten eine Sinnhaftigkeit zuzuordnen und sich somit leichter in die positive Richtung des Gesundheitskontinuums zu bewegen.

Die Ben-Gurion-Universität des Negav in Beer-Sheba (Israel) beauftragte Antonovsky, zusammen mit dem Gründungsdirektor Moshe Prywes am Aufbau einer medizinischen Hochschule mitzuwirken. Antonovsky veranlasste die Titulierung „Faculty of Health Sciences“, womit er eindeutig seinen integrativen, gemeindenahen und salutogenetischen Forschungsansatz im Sinne der Gesundheit (nicht der Krankheits-Ursachenforschung) anzeigen konnte. Antonovsky starb 1994 im Alter von 71 Jahren in Beer-Sheba (Israel) - seine Thesen und Forschungsergebnisse werden international anerkannt, eingesetzt, erweitert und finden Anwendung in der Psychosomatik, der Medizinischen Psychologie und Soziologie, der Public-Health-Forschung, der Klinischen Medizin, Gesundheits- und Rehabilitationsforschung und vielen wissenschaftlichen Bereichen mehr.

## **2.1. Entstehungshintergrund des salutogenetischen Modells**

Zum Entstehungshintergrund der Thesen Antonovskys sollte berücksichtigt werden, dass sich in den Gesundheitswissenschaften in den letzten 50 Jahren folgende Themen parallel abzeichneten: die Kritik am allgemeinen System der Gesundheitsversorgung wurde laut, man setzte sich mit dem Begriff von Krankheit und Gesundheit generell auseinander, die Entwicklung eines biopsychosozialen Krankheitsmodells wurde vorangetrieben (als Ergänzung zum biomedizinischen Krankheitsmodell), ebenso wurden Forderungen nach besserer Prävention und stetiger Gesundheitsförderung laut.

Diese allgemeine Kritik am System der Gesundheitsversorgung entstand durch den Wunsch, den pathogenetischen Blickwinkel zu verändern. Bisher standen die Beschwerden, Symptome oder Schmerzen des Patienten im Vordergrund der Betrachtungen, Ärzte und Therapeuten kümmerten sich um die Diagnose und Beseitigung von Beschwerden und Krankheiten. Immer mehr wurde die Kritik an der Apparatedizin laut, denn die Technisierung der Medizin und das mechanische Betrachten des Menschenkörpers ließ die Beachtung der Person in ihrer Leib-Seele-Verbindung vermissen. Das Gespräch zwischen Arzt und Patient sollte in Zukunft höheren Stellenwert erhalten, der Patient mit seinen gesunden Anteilen besser unterstützt und gefördert werden, die psychosozialen Aspekte neben den organmedizinischen Befunden bei Diagnose und Behandlung eher beachtet werden. In der Präventionsentwicklung und Gesundheitsförderung wurde immer der Versuch unternommen, Krankheiten einzudämmen, sei es durch die hygienische Versorgung der Bevölkerung, Impfungsprogramme oder dem Entgegenwirken sogenannter Zivilisationserkrankungen durch Aufklärung und Fitnessprogramme. Seit den fünfziger Jahren versuchte man ebenfalls durch Ausschaltung von Risikofaktoren den Krankheiten vorzubeugen, doch diese statistischen Wahrscheinlichkeitsmodelle trafen eben nur einen bestimmten Prozentsatz der untersuchten Personen (also nicht jeder untersuchte Raucher mit Bluthochdruck muss definitiv eine koronare Herzerkrankung erleben). Vorhersagen über Wahrscheinlichkeit, Korrelationen, Mortalität und Morbidität helfen nicht flächendeckend in der Prävention. Risikofaktoren können verhaltensgebunden auftreten, kontext- oder verhältnisbezogen sein und wenn nach deren Feststellung dann auch etwas bewirkt werden soll in der Krankheitsvermeidung, setzt es in jedem Fall individuelle Änderungen im Patientenverhalten oder im Lebensumfeld des Gefährdeten voraus.

Die Kritik am medizinischen Versorgungssystem und an der Krankheitsvermeidung nach dem Risikofaktorenmodell läuft parallel zu der Auseinandersetzung mit der Definition von Gesundheit und Krankheit: mit Gesundheit wird im Allgemeinen Wohlbefinden und das Fehlen von Beschwerden verbunden, mit dem Begriff der Krankheit assoziiert man Schmerzen, Beschwerden oder chronische Erkrankungen. Doch dazu kommen ethische, soziale und psychische Dimensionen der Begriffe – z. B. kann mit Gesundheit auch Glück und Wohlstand gemeint sein oder wie der Organismus mit Belastungen selbstständig fertig wird. Diese Zuordnungen sind subjektiv gefunden und stehen ebenfalls in Zusammenhang mit gesellschaftlichen Normen und Werten, sozialen Verbindungen oder spezifischen Kontexten.

Nach einer „Idealnorm“ könnte Gesundheit als ein Zustand von Vollkommenheit gewertet werden, den es zu erreichen, zu halten und zu pflegen gilt, doch diese „Idealnorm“-Definition (Gesundheit des vollkommenen psychischen und physischen Wohlbefindens = Definition der WHO von 1948) wird immer subjektiv vom Betreffenden selbst überprüft werden. Siehe englischer Originaltext:

### **WHO definition of HEALTH:**

**Health is a state of complete physical, mental and social well-being  
and not merely the absence of disease or infirmity.**

The correct bibliographic citation for the definition is: Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

The Definition has not been amended since 1948.

Durchaus können sich Menschen als gesamtheitlich gesund erleben, auch wenn Teile oder Organe des Körpers Störungen aufweisen. Ein absoluter Zustand wird nie allgemein gültig fixiert werden können, auch wenn man sich nach Durchschnittswerten orientieren kann. Personen können offiziell nach Grenzwerten, der Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Krankheiten oder Eigenschaften des Organismus eingeordnet werden, doch gibt das nie endgültig Aufschluss auf die eigene Einschätzung der Person als krank oder gesund. Funktional gesehen kann geprüft werden, ob eine Person in der Lage ist, in der Gesellschaft leistungsfähig zu agieren und die soziale Rolle zu erfüllen, biomedizinisch kann untersucht werden, inwieweit Vorhandensein oder Abwesenheit von Krankheit des Körpers vorliegt, doch diese Betrachtungsweisen vernachlässigen die Dimensionen des Einzel-Empfindens, wie z. B. die Lebenszufriedenheit oder das Wohlbefinden der Person. Daraus folgt: Gesundheit ist nicht eindeutig als statisches Konstrukt zu definieren, sie muss mehrdimensional betrachtet werden. Neben körperlichem Wohlbefinden, psychischer und sozialer Leistungsfähigkeit spielen die Sinnfindungsmöglichkeit und die Wahrnehmung von persönlichen Ressourcen eine große Rolle im Umgang mit Belastungen oder Gefährdungen.

## 2.2. Das Modell der Salutogenese

Diese Strömungen griff der amerikanisch-israelische Medizinsoziologe Aaron Antonovsky in den 70-er Jahren auf, indem er im Feld der Pathogenese nach der Entstehung von verschiedenen Krankheiten forschte, und zu dem Schluss kam, dass es unmöglich sei, durch Ursachenforschung Wirkungsfaktoren herauszufinden, die dann in der präventiven Gesundheitsbildung zur Vermeidung von Erkrankungen berücksichtigt werden könnten.

(vgl.: Antonovsky, Aaron: "Health, stress and coping." London 1979. Und: Antonovsky, Aaron: "Unraveling the mystery of health." London, 1987. Sowie die zusammenfassenden Darstellungen von Becker, P.: "Psychologie der seelischen Gesundheit." Band 1: "Theorien, Modelle, Diagnostik." Göttingen 1982. Und: Faltermaier, T.: "Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag." Weinheim 1994. Und: Noack, R.H.: "Salutogenese und Systemintervention als Schlüsselkonzepte von Gesundheitsförderung und Public Health." Prävention, 19. S. 37-39.)

Antonovsky untersucht vielmehr die Frage, warum Menschen trotz auftretender pathogener Einflüsse gesund bleiben können, welche stärkenden und bewahrenden Kräfte also den erkrankungsantreibenden entgegenwirken können. Die Salutogenese erfragt die Ursachen von Gesundheit, nicht die Bedingungen von Krankheit, und sie erklärt die Bewegung eines Menschen auf dem Gesundheitskontinuum, die von bestimmten Einflussfaktoren (wie Stresssituationen, Bewältigungsverhalten, Ressourcen etc.) abhängt.

Aus der salutogenetischen Sicht der Gesundheitserziehung fand Antonovsky ein anschauliches Beispiel für sein psychologisches und systemtheoretisches Modell zur Erklärung von Gesundheit. (Zitat) „... meine fundamentale philosophische Annahme ist, dass der Fluss der Strom des Lebens ist. Niemand geht sicher am Ufer entlang. Darüber hinaus ist für mich klar, dass ein Großteil des Flusses sowohl im wörtlichen als auch im übertragenen Sinn verschmutzt ist. Es gibt Gabelungen im Fluss, die zu leichten Strömungen oder in gefährliche Stromschnellen und Strudel führen. Meine Arbeit ist der Auseinandersetzung mit folgender Frage gewidmet: Wie wird man, wo immer man sich in dem Fluss befindet, dessen Natur von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, ein guter Schwimmer?“

Antonovsky, Aaron: "Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well.", San Francisco: Jossey-Bass 1987. (seit 1997 in deutscher Übersetzung von Franke, A. : „Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit.“ 1997. S. 92.)

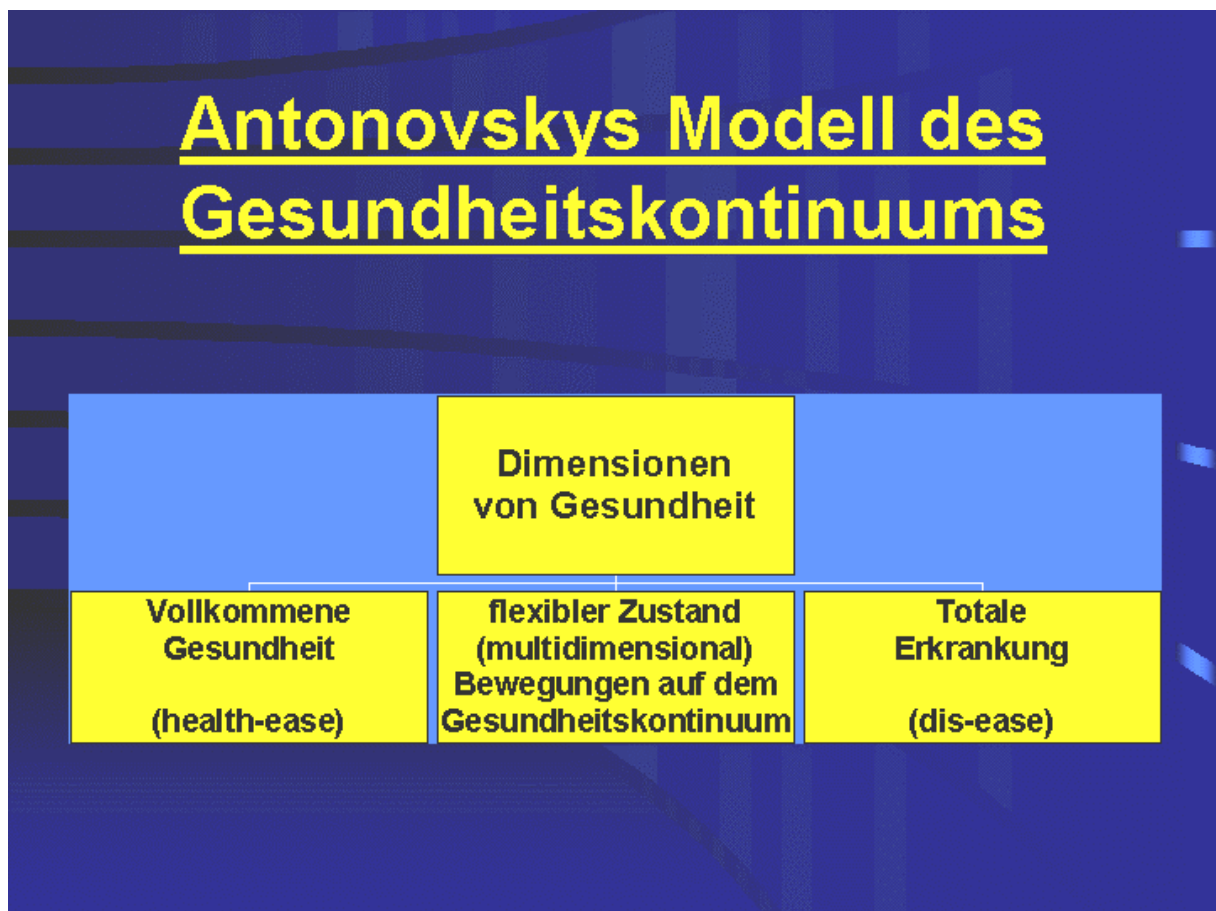
Antonovsky interessiert, wann und warum ein Organismus seine Ordnung verliert, nicht aber die spezifische Störung an sich. Statt sich rein problemzentriert um die Bekämpfung der krankmachenden Einflüsse zu kümmern, versucht er lösungs- und ressourcenorientiert vorzugehen und die jeweiligen individuellen förderlichen Lebensaspekte zu sehen. Nach Antonovskys Ansicht ist der menschliche Organismus ein System und dadurch wie eben alle elementaren Systeme der Kraft der Entropie ausgesetzt, was bedeutet, dass Elementarteilchen die natürliche Tendenz haben, in immer größere Unordnung und Durchmischung zu streben. Antonovsky bezieht diesen Begriff der Entropie - aus der Thermodynamik stammend – auf die Fähigkeit des Menschen, sein inneres und äußeres System immer wieder neu zu ordnen und zu organisieren; Gesundheit existiert also als wandelbarer natürlicher Zustand, den es ständig neu zu betrachten und aufzubauen gilt.



### 2.3. Das Gesundheitskontinuum

Da die beiden Pole des absoluten Gesundseins oder der völligen Erkrankung für lebendige Organismen nie zu erreichen sind, bewegen wir Menschen uns also flexibel auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum hin und her. Dabei können wir teilweise gesund sein und uns dennoch als krank wahrnehmen oder zeitweilig krank sein und uns doch gesund fühlen. Antonovsky beschreibt dies so:

(Zitat) „Wir sind alle terminale Fälle. Aber solange wir einen Atemzug Leben in uns haben, sind wir alle bis zu einem gewissen Grad gesund.“ (Antonovsky, Aaron: „Die salutogenetische Perspektive: Zu einer neuen Sicht von Gesundheit und Krankheit.“. Meducs, 2. 1989. S. 52.)



Tafel 2: Antonovskys Modell des Gesundheitskontinuums

Antonovsky verwendet in seinem ersten Buch von 1979 (Antonovsky, Aaron: "Health, stress and coping." London 1979.) noch den Begriff 'breakdown continuum' ('Zusammenbruchskontinuum') im Sinne eines Bewegens auf der Messlatte von Durchhaltungsmöglichkeit und völliger persönlicher Überlastung. Also wo befinden sich auf dieser Messlatte die Werte von Schmerzempfinden und tatsächlichen funktionellen Hemmnissen, welche Arzt Diagnosen werden erstellt, welche Heilerwartung hat der Patient?

Natürlich ist er nicht der erste Wissenschaftler, der das nötige Umdenken in der klinischen althergebrachten Betrachtung von Medizin und Mensch fordert; so ist schon im Jahre 1930 bei dem Medizin-Anthropologen Viktor von Weizsäcker die Forderung nach Richtigstellung eines oft missverstandenen Lehrsatzes zu finden (Zitat): „Kein Satz wurde daher so falsch angewandt, wie das alte „mens sana in corpore sano“. Soll jener Satz einen Sinn behalten, so doch nur den, dass nur in einem gesunden, das heißt menschlich belebten und beseelten Leib die Leistungen des Verstandes, Gemütes, der Sinne und der Muskulatur gesund sind. Das bedeutet aber gerade das Gegenteil der Interpretation, wonach man dadurch geistig oder seelisch schon gesund sei, dass Verdauung und Sekretion normal sind. Die Gesundheit eines Menschen ist eben nicht ein Kapital, das man aufzehren kann, sondern es ist überhaupt nur dort vorhanden, wo sie in jedem Augenblick des Lebens erzeugt wird. Wird sie nicht erzeugt, dann ist der Mensch bereits krank. Man kann den Sozialkranken daher auch als einen Menschen bezeichnen, bei dem die beständige Erzeugung der Gesundheit nicht mehr richtig erfolgt.“ (Weizsäcker, Victor von: „Gesammelte Schriften“. Band 8. Frankfurt a.M., 1930 und 1986.)

#### 2.4. Die vier zentralen Einflussgrößen in Antonovkys Modell



Tafel 3: 4 Einflussgrößen im Modell der Salutogenese

Im Folgenden sollen die vier zentralen Einflussgrößen im Modell der Salutogenese ausführlich vorgestellt werden:

- a) Stressoren
- b) Bewältigungsmöglichkeiten
- c) Widerstandsressourcen
- d) Kohärenzgefühl

### **a) Stressoren**

Viele körperliche oder seelische Erkrankungen werden durch Stressprozesse ausgelöst, wie empirische Befunde aus der Stressforschung belegen (vgl.: Adler, N.; Matthews, K.: "Health psychology: "Why do some people get sick and some stay well?" Annual Review of Psychology, 45. S. 229-259. Und: Pearlin, L.J.: "The sociological study of stress." Journal of Health and Social Behaviour, 22. S. 337-356.).

Aus äußeren Reizen oder Stimuli können sich Stressoren entwickeln, welche sich als psychosoziale oder physikalisch-biochemische Störungen manifestieren können; Reize müssen aber nicht auf jeden Fall zu unlöslichen Spannungszuständen führen. Antonovsky definiert sie folgendermaßen (übersetztes Zitat): "[als eine Anforderung der internen oder externen Umwelt eines Organismus, die sein Gleichgewicht stört, und dessen Wiederherstellung eine nicht-automatische und nicht unmittelbar verfügbare, energieverbrauchende Handlung erfordert](#)". (Nach: Antonovsky, Aaron: "Health, stress and coping." London 1979. S. 72.)

**Es können drei Arten von psychosozialen Stressfaktoren unterschieden werden:**

- ❖ langfristig chronische Stressoren (z. B. Arbeitsbelastungen oder anhaltende Familienkonflikte)
- ❖ verborgene belastende Lebensveränderungen (Krisen, Trennungen etc.)
- ❖ kleinere Alltagsbelastungen ('daily hassles')

Den Organismus des Menschen schädigen ebenso physikalische und biochemische Stressoren (z. B. Unfälle, Verletzungen durch Waffen, Hungersnot, Krankheiten durch Schadstoffe, Umwelteinflüsse, Krankheitserreger usw.). Natürlich ist bei diesen extremen Beeinträchtigungen durchaus eine pathogenetische Sicht angemessen, um grobe Störungen einzudämmen, dann sollte aber auch die psychosoziale Stressbeeinträchtigung Beachtung finden.



# Stressoren

(Spannungserzeuger)

- Psychosoziale Störungen  
(langfristig chronische Belastungen, verborgene belastende Lebensveränderungen oder kleinere Alltagsbelastungen)
- Physikalisch-biochemische Störungen  
(Schädigungen des Organismus durch z.B. Unfälle, Krankheiten, Schadstoffe, Umwelt...)

Tafel 4: Modell der Salutogenese: Stressoren

Stresserzeuger lösen im menschlichen Körper Spannungszustände aus, und das Gesundheitskontinuum muss reagieren. Kann die Anspannung ausgeglichen werden, dann bewegt sich das Kontinuum eher in Richtung positiv ('health ease'), ist der Spannungszustand nicht zu bewältigen, verschiebt sich die Gesundheitsdimension in Richtung negativ ('health dis-ease'). Dabei müssen Stressoren nicht unweigerlich die Gesundheit negativ beeinflussen, sie gehören ebenso zum alltäglichen Verlauf des Lebens und können laut Antonovsky als normale Vorkommnisse angesehen werden, womit das zugrunde liegende Welt- und Menschenbild seiner Theorie der Salutogenese auf dem herrschenden Ungleichgewicht menschlichen Befindens basiert. Der Mensch befindet sich also in einer ständigen Bewegung zwischen positiveren oder negativeren Einflüssen in seinem Gesundheitskontinuum.

## **b) Bewältigung**

Das Konzept der Bewältigung, des Copings, beschäftigt sich mit dem Umgang des Menschen mit den Beeinträchtigungen seiner Gesundheit, wobei dessen subjektive Einschätzung der Belastung ausschlaggebend ist. Antonovsky unterscheidet drei verschiedene Arten der Einschätzung des Stressors:

### **Erste Einschätzung ('primary appraisal')**


1. Wird die Anforderung / die Belastung direkt als Stressor wahrgenommen?
2. Ist der Stressor als gesundheitsgefährdend einzuschätzen, - negativ besetzt?
3. Welche Dimensionen bieten sich an, den als negativ wahrgenommenen Stressoren zu begegnen (emotionale Entscheidungen oder instrumentelle Lösungen)?

### **Zweite Einschätzung ('secondary appraisal')**

Für die eigentliche Bewältigungshandlung ist dann die subjektive Einschätzung der Gefährdung bedeutend; die Regulierung des Spannungszustandes ist abhängig von einer konkreten Situation, von spezifischen Stressoren. Je nach Copingpotenzial des Menschen vollzieht sich die Verbesserung der Umstände bis hin zur Auflösung der Beeinträchtigung. Jedes Individuum besitzt sein eigenes Repertoire an Ressourcen zur Stressbewältigung und beurteilt diese eingesetzten Möglichkeiten im Nachhinein als mehr oder weniger erfolgreich.

### **Dritte Einschätzung ('tertiary appraisal')**

Problemlösende oder emotionsregulierende Handlungen werden auf ihre realistische Verwendung selbst überprüft.



## **Bewältigung (Coping)**


- **Primary appraisal**  
Ist der Stressor gesundheitsgefährdend oder nur negativ besetzt? Wie kann ihm instrumentell und emotional begegnet werden?
- **Secondary appraisal**  
Die Bewältigungshandlung kann nach jeweiligem Copingpotential und den Ressourcen zur Stressbewältigung ausgeführt werden.
- **Tertiary appraisal**  
Die genutzten Möglichkeiten zur Stressvermeidung werden nach Erfolg beurteilt.

Tafel 5: Modell der Salutogenese: Bewältigung

Trotz der lösungsorientierten Ausrichtung des Bewältigungshandeln und des unterstützenden Charakters des Copings, welches helfen soll, Leidensdruck zu verringern und angenehme oder zumindest neutrale Gefühlszustände zu fördern, sollte auch überlegt werden, ob nicht auch einhergehend die Leidensfähigkeit eines Menschen erweitert wird und nur die Äußerung über das erlebte Problem sich verändert. Coping könnte auch bedeuten, das Fühlen von Menschen kontrollieren und eine Bewältigbarkeit von Krankheit anhand vielfältiger änderungssensitiver Messinstrumente beweisbar machen zu wollen. (vgl. Verres, R.: „Heilkunst und Bewusstseinswandel.“ In: „Verres, R.; Leuner, H.; Dittrich, A. (Hrsg.): „Welten des Bewusstseins.“ Band 7: Multidisziplinäre Entwürfe. Berlin, Verlag für Wissenschaft und Bildung 1998. S.10.)

### c) Widerstandsressourcen

Die Verwendung körpereigener Ressourcen zur Überwindung von Belastungen steht für Antonovsky an wichtigster Stelle des Bewältigungsprozesses. Zu diesen Ressourcen zählt er die Konstitution, die genetischen und psychosozialen Voraussetzungen eines Menschen, also (übersetztes Zitat): "jedes Merkmal einer Person, Gruppe oder Umwelt, das eine wirksame Spannungsbewältigung erleichtern kann". (Nach: Antonovsky, Aaron: "Health, stress and coping." London 1979. S. 99.)

 **Widerstandsressourcen**  
(generalized resistance resources)

- körperliche und konstitutionelle Voraussetzungen
- abgesicherte materielle Versorgung
- personale, interpersonale und psychische Faktoren
- soziokulturelle Verbindungen

Tafel 6: Modell der Salutogenese: Widerstandsressourcen

Zu überprüfen ist, in welchen Bereichen die allgemeinen Widerstandsressourcen (‘generalized resistance resources’) vorhanden sind, und in welcher momentanen Situation die Person sich befindet:

- ❖ Wie sind die körperlichen und konstitutionellen Voraussetzungen oder medizinisch messbaren Faktoren des funktionierenden Organismus (Zustand des Immunsystems, des vegetativen Systems etc.) einzuschätzen?
- ❖ Wie steht es mit der materiellen Versorgung – gibt es eine abgesicherte finanzielle Situation oder Rückgriffsmöglichkeiten auf Güter und Dienstleistung etc.?
- ❖ Welche personalen, interpersonalen und psychischen Ressourcen sind verfügbar?
  - kognitiver Art:  
Wissen, Gesundheitsbewusstsein, emotionale Stabilität und Wahrnehmungsfähigkeit ...
  - persönlichkeitsbezogener Art:  
Intelligenz, Identitätsbewusstsein, Selbstwertgefühl, Kontrollfähigkeit ...
  - soziale Kompetenzen betreffend: Kontaktfähigkeit, Offenheit, Einfühlungsgabe ...
  - Handlungsfähigkeit betreffend: Repertoire an Bewältigungsstilen, Flexibilität, Rationalität ...
- ❖ Bestehen soziokulturelle Ressourcen auf der gesellschaftlichen Ebene, z. B. die Eingebundenheit in soziale Netzwerke, in Glaubens- oder Philosophiesysteme?

Um die vielfachen Spannungszustände und inneren wie äußeren Anforderungen bewältigen zu können, benötigt der Mensch nach Antonovskys Ansicht eine Ansammlung von ‘generalisierten Widerstandsquellen’ (= GRR = Generalized Resistance Resources). Hat der Mensch einen stark ausgeprägten Kohärenzsinn, ist er besser in der Lage, die ihm zur Verfügung stehenden Widerstandsquellen gegen die Anforderungen einzusetzen. Die Verwendung der Widerstandsressourcen zur Beseitigung des Stresses und Bewältigung der Aufgaben kann sich wieder förderlich auf das Zutrauen des Menschen auswirken und seine Lebenserfahrung erweitern, damit er sich Folgesituationen gegenüber ebenfalls besser gewachsen fühlt.

Als Widerstandsquellen können a) personale und psychische Kompetenzen genutzt werden, z. B. ein hohes Selbstwertgefühl, schnelle Auffassungsgabe und Intelligenz; sowie b) körperliche Kompetenzen, z. B. eine stabile Konstitution, um den Anstrengungen standzuhalten, Fitness und körperliches Wohlbefinden; ebenso wie c) soziale Kompetenzen, wie z. B. das soziale Netz, das Absicherung verspricht, eine positive Rolle bei Familie und Freunden, Rückhalt und Hilfsangebote im Bekanntenkreis oder von Institutionen; auch d) soziokulturelle Einbindung kann sehr unterstützend sein, wie z. B. die Zugehörigkeit zu einer philosophischen oder religiösen Gemeinschaft und Lehre oder politischen Orientierung; und natürlich gibt es auch e) materielle Kompetenzen, wie z. B. die stabile Finanzlage oder Versorgung mit Gütern, was wiederum ermöglicht, sorgenfrei Lebensqualität aufzubauen und zu halten.

Antonovsky ordnet den Widerstandsressourcen zwei Funktionen zu – einerseits prägen sie stetig unsere Lebenserfahrungen, die sich wieder auf das Kohärenzempfinden auswirken, andererseits formen sie auch ein zugrunde liegendes Potenzial, auf das zurückgegriffen werden kann, wenn man Spannungszuständen entgegenwirken muss. Er bezeichnet das Kohärenzgefühl als eine Wirkkraft, die (Zitat): „... dieses Schlachtfeld von Kräften dirigiert und Ordnung oder Unordnung fördert.“

Antonovsky, Aaron: "Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well.", San Francisco: Jossey-Bass 1987. (seit 1997 in deutscher Übersetzung von Franke, A. : „Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit.“, S. 150.)

#### **d) Kohärenzgefühl**

Dieser dem Menschen innewohnender `sense of coherence` geht davon aus, dass das Leben begreifbar, in seinem Prinzip sinnvoll und zu bewältigen ist. Nur auf dieser Grundlage des Überzeugtseins kann ein Individuum eine geistige Orientierung und gewisse psychische Stabilität in seinem Leben erreichen; der Mensch entwickelt durch sein Teilnehmen an Lebensprozessen eine eigene Kontrollmöglichkeit über Situationen, die ihm widerfahren. Die persönlichen Ressourcen erlauben ihm, Konstanz in seinen Lebensbedingungen anzustreben und Balance zwischen den Polen von Über- oder Unterforderung zu finden. Empfinden Menschen dieses Kohärenzgefühl bewusst, sind sie eher in der Lage, den Belastungen des Lebens entgegenzutreten und Krisen im Gesundheitskontinuum wieder in die positivere Richtung auszugleichen.

Antonovsky stellt das Konzept des `sense of coherence` folgendermaßen dar (übersetztes Zitat): "Das Gefühl der Kohärenz ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Maße man ein durchgehendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl der Zuversicht hat, dass (1) die Ereignisse der eigenen inneren und äußeren Umwelt im Laufe des Lebens strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind; (2) die Ressourcen verfügbar sind, um den durch diese Ereignisse gestellten Anforderungen gerecht zu werden; und (3) diese Anforderungen als Herausforderungen zu verstehen sind, die es wert sind, sich dafür einzusetzen und zu engagieren."

(Originaltext nach: Antonovsky, Aaron: "Unraveling the mystery of health." London, 1987. S. 19.: „The sense of coherence is a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence, that (1) the stimuli deriving from one's internal and external environments in the course of living are structured, predictable and explicable; (2) the resources are available to one to meet the demands posed by these stimuli; and (3) these demands are challenges, worthy of investment and engagement.“))





## Kohärenzgefühl (sense of coherence)

- **Der Mensch hat die Fähigkeit, Geschehnisse mit Sinn zu belegen, damit entwickelt er Kontrollmöglichkeit über die Situationen, die ihm widerfahren.**
- **Mit einem Gefühl der Zuversicht und Sinnhaftigkeit kann der Mensch unvorhergesehenen Ereignissen besser begegnen und diese mit Hilfe seiner Ressourcen verarbeiten.**

Tafel 7: Modell der Salutogenese: Kohärenzgefühl

### **Die Komponenten dieses Kohärenzgefühls umschließen die**

- ❖ comprehensibility = Verstehbarkeit internaler und externaler Stimuli
- ❖ manageability = Handhabbarkeit / Machbarkeit der Problembewältigung
- ❖ meaningfulness = Sinnhaftigkeit kognitiv und emotional

Ein starkes Kohärenzgefühl kann sich also auf das Gesundheitsverhalten und die Stressbewältigung auswirken, indem die `Verstehbarkeit` interne und externe Eindrücke aufnimmt und strukturiert, und diese nicht als unwillkürliche, chaotische Hemmnisse wahrnimmt, wodurch sie eher voraussagbar, abschätzbar und weniger gefährlich wirken werden.

Als `Handhabbarkeit` setzt Antonovsky voraus, dass genügend eigene Ressourcen zur Bewältigung zur Verfügung stehen oder eine Quelle vorhanden ist (Freunde, Verwandte, Ärzte, Institutionen ...), von der Hilfe angenommen werden kann. Der dritte Aspekt des Kohärenzgefühls, die `Bedeutsamkeit` oder `Sinnhaftigkeit` kann dann emotional klären, wofür sich die Anstrengung lohnt. Hindernisse können auch Herausforderungen in sich bergen, an denen die Person letztendlich um Erfahrungen reicher wird. Hierbei spricht Antonovsky den Wunsch danach an, dass eine Tiefendimension menschlichen Erlebens in der Gesundheitsbildung und Heilkunst vertreten sein müsse, Emotionen beim Lernverhalten und Bewältigungshandeln eine große Rolle spielen würden und somit nicht von der wissenschaftlichen Welt als irrational abgetan werden dürften.

Antonovsky entwickelte aus diesen Aspekten den SOC (sense of coherence) -Fragebogen, welcher in der internationalen salutogenetischen Forschung ab den 80-er Jahren angewendet wird (er ist als Lang- oder Kurzversion mit 29 oder 13 Items einsetzbar). Hierzu merkte Antonovsky an, dass eine adoleszente Person auf der Skala des SOC nur vorläufig starke Werte erreichen könnte, was das zu erwartende Verhalten gegenüber seiner Stress-Empfindung und deren Bewältigungsmöglichkeit nur kurzfristig möglich machen würde. Ab dem Erwachsenenalter jedoch, mit Erfüllung der sozialen Rolle und familiären Verpflichtung, wären die Werte für Voraussagen verlässlicher, da inzwischen ein stabileres Lebenskonzept über längere Zeit erprobt und verinnerlicht worden wäre.

Antonovsky machte auch die Aussage, dass Personen mit starkem SOC-Wert ihre Emotionen deutlicher erlebten, besser beschreiben könnten und daher auch mit ihren Gefühlen selbstregulierender und kontrollierender umgehen könnten, als Personen mit schwacher SOC-Ausprägung. So erlebten die untersuchten Personen mit starkem SOC-Wert ihre Emotionen zwar sehr heftig, könnten sie aber schneller analysieren und bewältigen.

Er stellte auch geschlechtsspezifische Unterschiede in der SOC-Auswertung fest: so fanden sich höhere SOC-Werte bei Männern als bei Frauen, da diese mehr Identifikation mit ihrer Arbeit, materieller Versorgung, mit Lohn, Macht und Prestigeobjekten angaben. Dies führte Antonovsky auf die häufig unausgefüllte Rolle und Arbeitswelt der Frau zurück; was z. B. Bengel in seinen Forschungen mit dem SOC auch 1998 bestätigen konnte. (Bengel, J.; Strittmatter, R.; Willmann, H.: „Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand – Expertise.“ Köln 1998.)

Kritisch anzumerken ist, dass bis heute keine SOC-Normwertskala aufgestellt werden konnte und dass das Messinstrument nur bei Erwachsenen angewendet werden sollte. Auch ist der Zusammenhang zwischen dem Kohärenzgefühl und der tatsächlichen Gesundheit bei Antonovsky hauptsächlich auf körperliche Aspekte beschränkt, die seelische, psychische Gesundheit lässt er außer Acht. Hierzu gibt es aber spätere Studien (vgl. Bengel, J.; Strittmatter, R.; Willmann, H.: „Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand – Expertise.“ Köln 1998. S. 44 ff.), die auch Korrelationen des SOC mit psychischem Wohlbefinden und Lebensqualitätsauffassungen aufweisen.

Hinsichtlich des Zusammenhangs der körperlichen Gesundheitsaspekte und des Kohärenzgefühls nennt Antonovsky drei Wirkungsweisen: das Kohärenzgefühl kann sich direkt auf den Organismus auswirken und das Nerven-, Immun- oder Hormonsystem beeinflussen. Ebenso kann es die vorhandenen körperlichen Ressourcen mobilisieren und zur Stressverarbeitung dienen (z. B. die Erholungsphase steuern, die nach einer Anstrengung nötig ist, um den Stressor zu verarbeiten, wie Ruhe nach erschöpfendem Jogging oder Ausnüchterungsphase nach Alkohol- oder Rauchwarenkonsum). Antonovsky sieht auch durch seine Forschungen belegt, dass Personen mit starkem SOC-Wert sich bewusster gesundheitsförderlich verhalten, sich eher präventiv schützen oder Risiken umfassender ausschließen, wobei aber kritisch anzumerken ist, dass nicht klar zu beweisen ist, ob Personen mit zahlreichen Risikofaktoren natürlicherweise einen geringeren SOC-Wert haben als Personen mit geringen Risikofaktoren.

Ebenfalls gibt es keine Berücksichtigung des Phänomens `Glück` oder `gute Fügung des Schicksals`, was immer man auch darunter persönlich versteht, doch es wird immer noch unberücksichtigte Variablen geben, die den Forschungsgegenstand Mensch prägen, ohne in der Forschung erwähnt werden zu können. Es ist auch nicht empirisch belegt, ob mit der SOC-Skala langfristige Entwicklungsprozesse nachgezeichnet werden können. Ebenfalls muss festgestellt werden, dass Antonovsky zwar ein Messinstrument für den Kohärenzsinn entwickelte, aber keines für die Widerstandsressourcen.

Antonovsky stellte zwar nie Urheberanspruch auf die salutogenetische Theorie und Methodik, aber Becker verweist schon auf Menninger (Menninger, Karl: „Das Leben als Balance. Seelische Gesundheit und Krankheit im Lebensprozess.“ München, Piper 1968.), der bereits ein Kontinuummodell entwickelt hatte, und nennt auch Viktor Frankl, der die Sinnfindung als wichtigen Aspekt der physischen wie psychischen Gesundheitsbetrachtung ansah. Unbestritten bleibt Antonovskys Erkenntnis, dass Salutogenese und Pathogenese nebeneinander existieren, und Mediziner und Laien die Möglichkeit der Wahl des Konzeptes haben, mit denen sie gesundheitserhaltende Faktoren aufspüren und verstärken sowie schädigende Einflüsse vermeiden und kurative Maßnahmen durchführen können.

## **2.5. Vergleiche mit Ergebnissen der Stressforschung**

In der gesundheitswissenschaftlichen sowie der psychologischen Forschung sucht man nach Antworten auf die Fragen nach Ursache und Wirkung störender Ereignisse oder Stressoren und wie die Menschen im Gegenzug mit belastenden Erlebnissen umgehen können. Meist findet die anerkannte Stressbewältigungstheorie `Transaktionales Stressmodell` Anwendung, welches die objektive Belastungsseite dem subjektiven Bewältigungshandeln (Coping) gegenüberstellt.

(nach: Lazarus, R.S.: "Psychological stress and the coping process." New York: McGraw. 1966.

Lazarus, R.S.: "Stress und Stressbewältigung – ein Paradigma." In: Filipp, S.H. (Hrsg.): „Kritische Lebensereignisse.“, Bd. 1, München: Urban & Schwarzenberg. 1981. S. 198-232.

Lazarus, R.S.; Folkmann, S.: "Transactional theory and research of emotions and coping." In: Laux, L.; Vossel, G. (Hrsg.): „Special Issue.“ European Journal of Personality, 1, 1987. S. 141-170.)

**Das transaktionale Stressmodell zeigt drei Bewertungsmöglichkeiten beim Auftauchen von Stresssituationen:** (vergleichbar Antonovskys Fragen nach Coping / Bewältigungsmöglichkeiten)

- ❖ die primäre Bewertung: Einordnung der Merkmale der Situationen oder Störungen  
(Ist der Stressor als Herausforderung oder gar als Bedrohung einzuordnen?)
- ❖ die sekundäre Bewertung: Abwägen der persönlichen Ressourcen und sozialen Potenziale  
(Kann den Stressoren allein oder mit Hilfe anderer begegnet werden?)
- ❖ die tertiäre Bewertung: Korrekturmöglichkeit der Spannungsbewertung  
(Kann durch äußere Feedbacks die primäre Einstufung nachträglich oder in Zukunft beeinflusst oder gar abgeschwächt werden?)

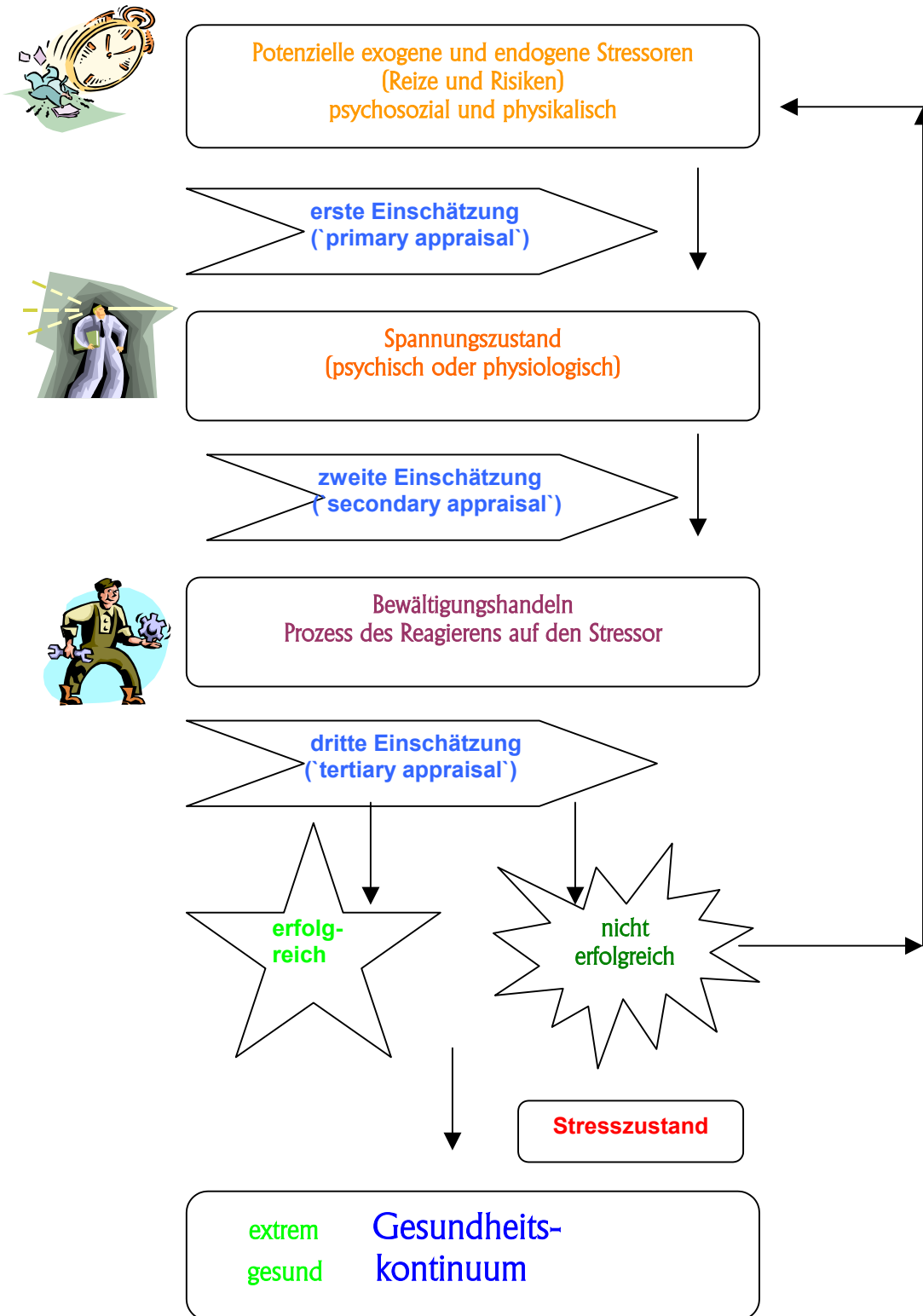
**Zum Prozess der Bewältigung benötigt der Mensch folgende Überlegungen:**

- ❖ Wo kann ich Informationen finden, um die Situation zu beurteilen oder neu zu bewerten?
- ❖ Was kann ich selbst tun, welche Verhaltensweisen stehen mir zur Verfügung, wen oder was könnte ich beeinflussen?
- ❖ Sollte ich besser gar nichts tun, verändert Abwarten die Situation von selbst?
- ❖ Wie gehe ich mit meinen Emotionen um, vermeide ich Kontakt mit dem Problem, täusche ich mich oder andere über die Situation, wehre ich bestimmte Einflüsse besser ab?
- ❖ Wie kann ich soziale Unterstützung finden und in Anspruch nehmen? Wer hilft mir?

Diese Bewältigungsschritte werden als gesundheitliche Ressourcen betrachtet, sie ermöglichen die Veränderung von Einschätzungen der Lage und eine bessere Anpassung an die aktuelle Situation. Angemessene Bewältigungsstrategien können die schädigende Stresssituation entkrampfen und vermindern, ein besseres emotionales Gleichgewicht schaffen und eine positivere Selbsteinschätzung ermöglichen. Dies schützt vor der Resignation, der Handlungsunfähigkeit oder dem Fluchtverhalten vor der Aufgabenstellung; `gesunde` Menschen – im Sinne von lösungsorientiert, flexibel und aktiv handelnd - können dem Stress also besser begegnen.

Verglichen mit der salutogenetischen Forschung kann durchaus eine Gemeinsamkeit entdeckt werden in den Punkten von Lazarus` primärer Bewertung und Antonovskys Komponente des Kohärenzsinn – der Bedeutsamkeit; ebenso wie von Lazarus` sekundärer Bewertung und Antonovskys Komponente des Kohärenzsinn – der Handhabbarkeit. Die traditionelle Stressforschung übersieht jedoch salutogenetische Prinzipien, wenn Stressoren an sich schon als Risikofaktoren angesehen werden, und nicht, wie von Antonovsky auch als vorübergehende Probleme oder nicht so tiefschürfende Einschnitte eingeordnet werden könnten. Ebenso, wenn Untersuchungshypothesen pathogenetisch aufgestellt werden, der negative Forschungsausgang gewissermaßen impliziert wird oder wenn die Erwartung einer Person nur als situationsabhängig und nicht wie bei Antonovsky als dispositionelle Orientierung (grundsätzliche, situationsunabhängige Grundeinstellung) angenommen wird.

Schaubild 1: Prozesse des Aufkommens und Bewältigens von Stress



Als Erweiterung des Transaktionellen Stressmodells von Lazarus in Verknüpfung mit der salutogenetischen Sicht von Antonovsky findet sich das 'Interaktionistische Anforderungs-Ressourcen-Modell der Gesundheit' von Becker (Becker, P.: „Seelische Gesundheit als protektive Persönlichkeitseigenschaft. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 21, S. 64-75. 1992.)

Becker erklärt den Gesundheitszustand körperlich wie seelisch, er geht davon aus, dass zur Bewältigung von externen und internen Anforderungen auch externe und interne Ressourcen genutzt werden können. Welche Faktoren bedingen den Bewältigungsprozess im gesundheitspsychologischen Modell Beckers? Die internen Fähigkeiten und Kraftquellen umfasst die 'Seelische Gesundheit als Eigenschaft' (SGE); sie steuert das aktuelle Erleben und emotionale Verhalten und ermöglicht durch ihre zeitliche und relative Stabilität das Reagieren auf die auftretenden Anforderungen. Dieses Konstrukt der 'Seelischen Gesundheit' umschließt laut Becker die Komponenten 'Seelisch-körperliches Wohlbefinden', 'Selbstaktualisierung' und 'Selbst- und fremdbezogene Wertschätzung'. In dieser Art kognitiven Triade übernimmt die Seelische Gesundheit die Verantwortung für eine positive, zukunftsweisende Lebens- und Selbstsicht.

Becker entwickelte 1989 den Trierer Persönlichkeitsfragebogen, um die Eigenschaft 'Seelische Gesundheit' (SGE) überprüfen zu können. Auf die Erkenntnisse der Untersuchungen mit dem Trierer Persönlichkeitsbogen gestützt, berichtet er 1992 über den positiven Zusammenhang zwischen gewohntem, vorsichtigem, normangepasstem Gesundheitsverhalten (ausgewogene Ernährung, Entspannung, Erholung, körperliche Fitness ...) und 'Seelischer Gesundheit'. (Stichprobe von 148 erwachsenen Befragten, Becker 1992.) Ebenfalls belegt er mit einer Studie über intrafamiliäre Ähnlichkeiten (Becker 1991), dass seelisch gesunde Menschen sich interne und externe Ressourcen besser zugänglich machen. Forschungen von Perrez (Perrez 1988) belegen, dass seelisch intakte Personen ruhiger und selbstsicherer ihren Alltagsbelastungen entgegentreten können.

Zu bedenken bei diesen Studien über selbstberichtetes Stressgefühl und seelische Gesundheit ist aber auch, dass bei den Angaben meist nur die momentane Stimmung der Untersuchten gemessen werden kann; bei katamnestischen Folgebefragungen findet retrospektiv oft eine Beurteilung und Sinnggebung über den damaligen Stresszustand statt, - dies kann im Sinne der Krankheitsverarbeitung geschehen, und dem Patienten nach dem Ursache-Wirkungs-Prinzip helfen, positive Veränderungen festzustellen, ist aber als Messwert für die Forschung schwierig zu vergleichen.

In der life-event-Forschung wurde sogar festgestellt, dass manche Grundunzufriedenheit den Menschen erst motiviert, sich neuen Herausforderungen zu stellen und Lebensumstände positiv zu verändern. Zerssen und Hecht z. B. gehen davon aus, dass ein gewisses Maß an Unzufriedenheit zeitweilig nötig sei, um sich wieder den neuen Zustand des momentanen Glücksgefühls zu erarbeiten. (Zerssen, D.v.; Hecht, H.: „Gesundheit, Glück, Zufriedenheit im Licht einer katamnestischen Erhebung an psychiatrischen Patienten und gesunden Probanden.“ Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie. 37. 1987. S. 83-96.)

Jedenfalls weisen die hier angesprochenen Modelle darauf hin, dass – wie bei Antonovsky schon angelegt – davon ausgegangen werden kann, dass bei der Verarbeitung von Störungen, Problemen, Alltagsherausforderungen oder Krankheitsbelastungen ein komplexer Einsatz interner und externer Ressourcen vonnöten ist, welcher durch eine positive Grundhaltung, Selbst- und Fremdvertrauen und Selbstständigkeit wie Handlungsbereitschaft unterstützt wird.

## **2.6. Weiterführung des Salutogenese-Modells**

Dem Modell der Salutogenese, welches in den Gesundheitswissenschaften bereits in vielen Forschungsaktivitäten eingesetzt und hinterfragt wird, ist nun noch eine weitere Komponente hinzuzufügen: die Subjektdimension. Wie reagiert ein Individuum reflexiv zur eigenen Gesundheit?

Hierbei handelt es sich nicht nur um das Auseinandersetzen mit den Stressoren, sondern mit der bewussten Orientierung und Zielvorstellung in Richtung persönlichen Gesundheitsempfindens. Eine Verbesserung des Gesundheitshandelns kann auch ohne Stressoren (oder Krisen oder Krankheiten usw.) erfolgen, aus der eigenen Erkenntnis, etwas für seine Lebensqualität präventiv tun zu wollen. Faltermaier hat diese Subjektebene in dem Modell der Salutogenese von Antonovsky ergänzt und die kognitive und selbstmotivierte Haltung des Menschen theoretisch eingearbeitet (siehe: Faltermaier, T.: "Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag." Weinheim 1994.).

Das Subjekt definiert seine Gesundheitsvorstellungen kontext- und umweltbezogen, und sein Gesundheitshandeln richtet sich nach eigenen Konstrukten und der identitätsstiftenden eigenen Biographie. Gleichzeitig ist die soziale Komponente entscheidend, um Gesundheitszustand und Belastungen einzuordnen - soziale Lebenswelt und subjektive Konstruktion von Gesundheit stehen in Beziehung zueinander. Die Gesundheit ist also kein objektiver Zustand, noch kann sie nur auf das Individuum allein untersucht werden. Das Verständnis von Gesundheit und Krankheit unterliegt dem Wandel der Zeit, hängt ab von unterschiedlichen Kulturen und Gesellschaften und wirkt sich aus auf persönliche und institutionelle Formen der Gesundheitsfürsorge. Wünschenswert wäre ein Paradigmenwechsel im Wissen von Menschen über Gesundheit und Krankheit, nämlich diese als Elemente eines `Gesamtkunstwerkes Leben` zu verstehen, in dem die Suche nach Sinnhaftigkeit, Wohlbefinden und Heilsein positiv und negativ erscheinende Extreme beleuchten kann.

Seit der WHO-Konferenz von Alma Ata (UdSSR) vom 6.9.-12.9.1978 wurde eine Ergänzung des biomedizinischen Risikofaktorenmodells gefordert, welches zumindest ab 1986 dann mit dem Lebensweisenkonzept systematisch erweitert werden konnte, welches die WHO mit der Ottawa-Charta – dem Programm zur Gesundheitsförderung vorstellte. Diese Gesundheitsförderung beruft sich auf ein sozial-ökologisches Gesundheits- und Präventionsmodell, in dem alle Personen versuchen, selbstverantwortlich ihre individuellen und gesellschaftlichen Anforderungen wahrzunehmen. Die Interaktion zwischen professionellen und privaten Ebenen der Gesundheitsfürsorge wird somit gefördert, die Kompetenzen und Selbsthilfefähigkeit von Personen und Gruppen werden genutzt.

## **2.7. Das Primary Health Care Konzept (PHC) der WHO (Erklärung von Alma Ata 1978)**

Zentral für das PHC-Konzept ist die Erkenntnis, dass Armut und Gesundheit eng miteinander verknüpft sind. Deshalb gehören Forderungen nach Gleichheit und sozialer Gerechtigkeit, Beteiligung der Mehrheit der Bevölkerung an den Entscheidungen (Partizipation) und die Ideen für eine Umorientierung des Gesundheitswesens von der Spitze zur Basis (vom Krankenhaus zu den Basisgesundheitsdiensten) unbedingt zusammen.

Die Bedeutung des Teufelskreises von Armut und der Entstehung von Gesundheitsproblemen und umgekehrt auch als Krankheit als Ursache für Armut ist erst in den letzten Jahren bewusst geworden. Die Grundsätze von Alma Ata wurden oft auch zu sehr in ihre Einzelkomponenten aufgebrochen und der Blick fürs Ganze ist teilweise verloren gegangen. Die Notwendigkeit, Gesundheit auf Grund ihrer Vielschichtigkeit systemisch zu sehen, ist noch nicht weit verstanden. Prävention und Promotion ohne funktionierende kurative Versorgung macht wenig Sinn. Trotzdem hat in den vergangenen Jahren die Kurativ- und im besonderen die Krankenhausmedizin eher eine Vernachlässigung erfahren.

Auf dem Genfer Weltgesundheitstreffen vom 16.-18. Mai 2003 erinnerte die Basisbewegung Peoples Health Movement an die Visionen der Alma Ata-Konferenz von 1978, deren Grundsätze hier kurz zusammengefasst formuliert werden:

### **Alma Ata-Charta 1978 / Drei Basisforderungen lassen sich herausarbeiten:**

1. Primärprävention durch die Verbesserung sozio-ökonomischer Bedingungen: Beseitigung von Armut und Unterentwicklung, gerechte Verteilung / gerechten Zugang zu den Ressourcen, Verbesserung bzw. Sicherung von Ernährung, Wasser, sanitären Einrichtungen, Wohnung, Bildung, Einkommen und schließlich Bewusstmachung der jeweils vorherrschenden Gesundheitsprobleme und ihrer Verhütungsmöglichkeit (z. B. Arbeitsschutzbestimmungen, Verhaltensmaßnahmen, Impfungen, Mutter-Kind-Programme).
2. Beteiligung der Bevölkerung an diesem Prozess (Partizipation), was die Formulierung der Gesundheitsprobleme wie auch der Lösungsfindungen angeht. Nutzung der vorhandenen Ressourcen personeller, sozialer und technischer Art (z. B. angepasste Technologie, Integration vorhandener Heilkunde und Traditionen).
3. Verlagerung der Aufmerksamkeit des Gesundheitswesens von der Spitze zur Basis, die dringendsten Gesundheitsprobleme der Mehrheit der Bevölkerung erhalten die höchste Priorität: statt viel Geld in wenige Hochtechnologie-Krankenhäuser zu investieren, die vor allem den kleinen städtischen Eliten zugute kommen, Versorgung der Masse der Bevölkerung durch viele Gesundheitsarbeiter / Gesundheitsposten vor Ort, die die wichtigsten, häufigsten Krankheiten und Probleme erkennen und behandeln können. Auf dieser Ebene sind Gesundheitsförderung und -beratung, Präventionsprogramme (z. B. Impfungen) und kurative Medizin (Erste Hilfe, Bekämpfung endemischer Krankheiten) besonders wichtig.



Dazu tritt als Ergänzung die zweite Ebene (z.B. Distriktkrankenhäuser) für seltenere und schwierigere Erkrankungen, die mehr Erfahrung und größere Ressourcen erfordern (stationäre Behandlung, Operationen) und als Spitze der Pyramide die großen Zentralkrankenhäuser mit dem „neusten Stand der Technik“. Hierzu gehört auch das Konzept der „unentbehrlichen Arzneimittel“ (essential drugs), die einen sicheren Zugang für alle Menschen zu den wirksamen, erprobten Medikamenten für die Mehrzahl der jeweils zu erwartenden Erkrankungen fordert.

*(Die englische Originalfassung "Declaration of Alma Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, 6-12 September 1978" wird als Grundlage 25-jähriger globaler Gesundheitsarbeit viel zitiert, steht dem Leser aber meist nicht als Quelle zur Verfügung. Daher stelle ich dem interessierten Leser diesen Originaltext als **Anhang 1** der Dissertation bereit. )*

Im Jahr 2003 ist der 25. Jahrestag der historischen internationalen Alma Ata-Konferenz über primäre Gesundheitsversorgung, die als Ziel "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" verkündet hatte. Die Peoples Health Movement ist eine Basisbewegung, die in nahezu 100 Ländern aktiv ist. Die Konsultation in Genf, die gezielt vor der 56. Weltgesundheitsversammlung durchgeführt wurde, erinnerte die Weltgesundheitsorganisation (WGO), UNICEF und die internationale Gemeinschaft an das Versprechen, das sie den Völkern der Welt in der 1978 ausgearbeiteten historischen Alma Ata-Erklärung gegeben hatten.

"Kehrt zurück zu den Prinzipien der primären Gesundheitsversorgung: die Neubelebung der Vision von Alma Ata ist der wichtigste Schritt, um 'Gesundheit für alle' zu verwirklichen", so lautete die Botschaft einer Konsultation, die der Ökumenische Rat der Kirchen (ÖRK) und die Peoples Health Movement vom 16.-18. Mai 2003 in Genf veranstaltet haben.

Um auf die globale Gesundheitskrise aufgrund von Kriegen und wirtschaftlicher Ausbeutung, der Kluft zwischen Armut und Reichtum, ökologischen Katastrophen, sozialer Ungleichheit, Diskriminierung von Frauen, Rassentrennungen, Misshandlung von Kindern und schwachen Mitgliedern der Gesellschaft etc. zu reagieren, formuliert die Peoples Health – Bewegung folgende Gesundheitscharta der Menschen: ([www.phmovement.org](http://www.phmovement.org))

## **Grundsätze der Gesundheitscharta der Völker / Peoples Health Movement** ([www.phmovement.org](http://www.phmovement.org))

- Die Verwirklichung des höchstmöglichen Maßes an Gesundheit und Wohlbefinden ist ein fundamentales Menschenrecht, ungeachtet der Hautfarbe, der ethnischen Herkunft, der Religion, des Geschlechtes, des Alters, der persönlichen Fähigkeiten, der sexuellen Orientierung oder Klassenzugehörigkeit eines Menschen.
- Die Grundsätze einer universellen, umfassenden Basisgesundheitsversorgung (Primary Health Care), wie sie in der Erklärung von Alma Ata 1978 vorgezeichnet wurde, sollte die Basis für die Gestaltung von Gesundheitspolitik sein. Mehr denn je ist heute ein gerechter, partizipatorischer und sektorübergreifender Ansatz für Gesundheit und die Gesundheitsversorgung erforderlich.
- Regierungen haben eine grundlegende Pflicht, den allgemeinen Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung, zu Bildung und anderen sozialen Diensten sicherzustellen, die den Bedürfnissen der Menschen gerecht werden und nicht von ihren finanziellen Möglichkeiten abhängen dürfen.
- Die Beteiligung der Bevölkerung und ihrer Organisationen an der Entwicklung, Umsetzung und Evaluierung in allen Feldern und Programmen der Gesundheits- und Sozialpolitik ist unverzichtbar.
- Gesundheit wird in erster Linie durch politische, ökonomische, soziale Faktoren und die unmittelbare Lebensumwelt bestimmt. Sie sollte – neben Gerechtigkeit und nachhaltiger Entwicklung – höchste Priorität in der lokalen, nationalen und internationalen Politik haben.

**Stichworte:**

**Integrative Gesundheitsbildung / traditionelle Gesundheitserziehung / ganzheitliche Gesundheitsförderung / health promotion / Prävention / Daten des Gesundheitswesens / Gesundheitszustand der Bevölkerung / Gesundheitsforschung / Ottawa-Charta der WHO / Public-Health-Movement / Prinzipien des Lebens / Gesundheitstrigon / Risiken und Grenzen**

***Bildung ist die Fähigkeit,  
sich alles anzuhören und dabei weder  
die Selbstbeherrschung zu verlieren  
noch das Selbstvertrauen.***

Robert Lee Frost

1874 - 1963 amerikanischer Lyriker

***Lernen besteht in einem Erinnern von Informationen,  
die bereits seit Generationen  
in der Seele des Menschen wohnen.***

Sokrates

470-399 v.Chr. griechischer Philosoph

***Sobald jemand in einer Sache Meister geworden ist,  
sollte er in einer neuen Sache Schüler werden.***

Gerhard Hauptmann

1862 – 1946 deutscher Dramatiker

***Einen Menschen erziehen heißt,  
ihm zu sich selbst verhelfen.***

Peter Altenberg (Richard Engländer)

1859 - 1919 österreichischer Schriftsteller

***Man lernt nur von dem, den man liebt.***

Johann Wolfgang von Goethe

1749 - 1832 deutscher Dichter

***Erziehung ist die organisierte Verteidigung  
der Erwachsenen gegen die Jugend.***

Mark Twain

1835-1910 amerikanischer Schriftsteller und Humorist

### **3. Gesundheitsbildung**

Gesundheitsbildung oder -pädagogik kann einerseits als Reflexion über Bildung und Gesundheit gesehen werden oder andererseits als das Erlernen von gesundheitsbildenden Faktoren; sie kann Gesundheit als pädagogisches Thema zur Diskussion stellen und dessen Relevanz in der Gesellschaft untersuchen, oder als Theorie in den Bildungsbereich wissenschaftlich mit eingegliedert werden. Auch die Wissenschaft von der Gesundheit, die Salutagogik, ist eine Dimension der Gesundheitsbildung, die als Forschungsgebiet hinterfragt, welche Fähigkeiten, Verhaltensweisen oder Bedingungen zur Gesunderhaltung oder zum Gesundsein und -bleiben führen. Versteht sich die Gesundheitsbildung als Lehre von den Gesundheitsbedingungen, dann ist sie ein interdisziplinäres Aufgabenfeld.

#### **3.1. Begriffswahl und Abgrenzung**

Die Begriffe der 'Gesundheitsbildung', 'Gesundheitserziehung' ('health education') und 'Gesundheitsförderung' ('health promotion') sind noch relativ jung im Bereich der Pädagogik. In den 20-er Jahren des 20. Jahrhunderts (offiziell ab 1919) wurde der Begriff der 'health education' international eingeführt, (Zitat) "[which used to represent consciously constructed opportunities for learning which are designed to facilitate changes in behaviour towards a predetermined goal](#)". (Means, R.K.: "A History of Health Education in the United States." Philadelphia 1962. S. 126. In: Haug, Christoph V.: "Gesundheitsbildung im Wandel." Bad Heilbrunn/Obb. 1991. S. 31.) – (Übersetzung: „(Gesundheitserziehung, welche bewusst konstruierte Gelegenheiten zum Lernen bereit hielt, welche so ausgearbeitet waren, dass sie Veränderungen im Verhalten zu vorher vereinbarten Zielen bewirken konnten.“)

In Deutschland gab es in den 30-er Jahren dann die Termini: 'Gesundheitsbelehrung, Gesundheitsaufklärung, Volkshygiene, Gesundheitspflege, -fürsorge oder -vorsorge'. Hier schwingt aber verstärkt die Vorstellung der Erziehungsbedürftigkeit mit; die Vorstellung, dass der Klient in einer Abhängigkeit und Unmündigkeit gegenüber dem Arzt steht, und somit Gefahr läuft, fremdbestimmt oder bevormundet zu werden, wie empirische Studien über das Verhältnis Arzt - Patient deutlich zeigen. (vgl.: Schipperges, H.: "Zur Lage der Gesundheitserziehung." In: Deutsches Ärzteblatt (4). 1979. S. 238-242. Und: Henkelmann, Th.; Karpf, D.: "Gesundheitserziehung gestern und heute." Stuttgart 1982.).

Um der reinen Krankheitsorientierung entgegenzuwirken und alltagshygienisches Wissen und Verhalten zu fördern, gewann in den letzten Jahren die 'Gesundheitsförderung' ('health promotion') an Bedeutung, der laut WHO 1981, S. 4 allerdings die klare Vorstellung darüber fehlt, (Zitat WHO): "[was unter Gesundheitsförderungsaktivitäten zu verstehen ist](#)", da der Begriff "[inzwischen eine Vielfalt von Ansätzen und Maßnahmen umschreibt, die die unspezifische Krankheitsverhütung und die Förderung einer positiven Konzeption von Gesundheit in Zusammenhang mit Lebensqualität zum Gegenstand haben](#)".

Eine Übersetzung der Ottawa-Charta for Health Promotion bestimmt die `Gesundheitsförderung` wie folgt (Zitat): "Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Lebensumstände und Umwelt zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen." (Übersetzung der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung; Internetquelle: [www.dngfk.de/html/gdoks/ottawa-charta.htm](http://www.dngfk.de/html/gdoks/ottawa-charta.htm) sowie [www.api.or.at/akis/download/whodoc/ottawa%20charter.pdf](http://www.api.or.at/akis/download/whodoc/ottawa%20charter.pdf) )

*(Persönliche Anmerkung: In der umfangreichen gesundheitsbildnerischen Literatur finden sich immer die Verweise auf die Grundquellen zur Definition der Begriffe Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung – die Zitate aus der Ottawa-Charta der WHO und der Constitution of the World Health Organization, aber nie fand ich die Originaltexte angehängt, um die Basis sämtlicher Überlegungen wirklich vorliegen zu haben. Dem möchte ich Abhilfe schaffen, indem ich dem Leser im **Anhang 2** den Beschluss der Ottawa-Charta von 1986 zur Verfügung stelle.)*

Der Begriff der `Gesundheitsbildung` sieht im Unterschied zur `Gesundheitserziehung` verstärkt die Eigenverantwortlichkeit des Individuums zur Pflege seiner Gesundheit, wobei ein möglichst umfassender sinnstiftender Horizont angestrebt wird. In Abgrenzung zur Gesundheitsförderung versteht sich die pädagogische, praxisrelevante Gesundheitsbildung als ein interaktiver Lernprozess, in dem der (Zitat) "Teilnehmer einen eigenen Zugang zu einem Gesundheitsbewusstsein finden und Handlungsschritte für gesundheitsfördernde Lebensweisen selbst erproben" kann. (Zusammenfassender Bericht der Tagung "Gesundheitsbildung an Volkshochschulen" vom 9.11.1985. S. 9. In: Haug, Christoph V.: "Gesundheitsbildung im Wandel." Bad Heilbrunn/Obb. 1991. S. 33.)

Der Sozialwissenschaftler Klaus Hurrelmann definiert kompetenzfördernde Bildung als eine pädagogische Intervention, welche einen gezielten Eingriff in den Vermittlungsprozess zwischen gesellschaftlichen Handlungsformen und individuellen Handlungskompetenzen der Gesellschaftsmitglieder darstellt. Im Spannungsfeld des Sozialisierungsprozesses begegnen sich die Ziele: Aufbau der Persönlichkeit und Auseinandersetzung mit sozialen und materiellen Lebensbedingungen. Hurrelmann sieht die Aufgabe jeder pädagogischen Intervention in einer Befähigung des Menschen, sich mit seinen konkreten Lebenssituationen effektiv auseinandersetzen zu lernen. Die Mittel der Schulung von Fähigkeiten und Fertigkeiten sind Information und Wissensvermittlung, welche in beratender Form angeboten werden können, wobei als ideelles Grundprinzip der Vermittlung die Respektierung und Stärkung der Handlungsautonomie der Adressaten gegeben sein muss. Beratung und Bildungsangebot sollte grundsätzlich eine Entscheidungs- und Argumentationsfähigkeit des zu Beratenden voraussetzen, um eine Manipulation des Adressaten zu vermeiden. Professionelle Kompetenz im Bildungswesen muss die Handlungsfähigkeit des Ratsuchenden stärken, der aktuellen Lebensumwelt des zu Beratenden entsprechen und die Selbstdefinition und Selbststeuerung – ebenso wie eine mögliche gewählte Selbstblockierung – mit einschließen. In Bildung, Beratung oder Therapie sollten Lehrer und Schüler, Beratende und Ratsuchende den Sollzustand der Verhaltensänderung gemeinsam besprechen und auf die aktuellen personalen und sozialen Ressourcen abstimmen; es muss allerdings genauso auch mit Abwehrmaßnahmen des Edukanden gerechnet werden.

Um Bildungs- und Beratungsangebote anbieten zu können, betont Hurrelmann Netzwerkförderung in familiären, sozialen, ökologischen und ökonomischen Bereichen, ebenfalls partizipatorisches Vorgehen und integrative Vermittlung. Er macht aber auch deutlich darauf aufmerksam, dass es nicht in jeder Situation für eine Person sinnvoll sein müsse, sich objektiv gesundheitsgerecht zu verhalten. Gesundheitsgefährdendes Verhalten könne so mit stabilisierenden Alltagsroutinen verknüpft sein, dass plötzliche Verbote oder der Verzicht z. B. den Ausgleich von Stress kippen lassen könnten. Ein objektiv gesehenes gesundheitsschädliches Verhalten könne also auch entlastende Funktion haben. (vgl. auch Rolf Verres: „Von der Lust an der Sünde.“ In: Verres, R.: „Die Kunst zu leben. Krebsrisiko und Psyche.“ München, Piper 1991.)

In dem Bereich der Gesundheitsbildung finden sich auch die Begriffe des `gesundheitsbildenden Handelns` und `präventiven bzw. Gesundheitslernens` (Ungerer, D.: "Präventives Lernen und Lebensgestaltung." In: Ärztezeitschrift für Naturheilverfahren 4/1983. 24. JG. S. 230-234.) Unter präventivem Verhalten versteht man ein Hinwirken auf die Verhinderung von Krankheitsprozessen, d.h., vorbeugende Maßnahmen können eingesetzt werden, um effektiv zu intervenieren, sollte ein Anzeichen einer möglichen Erkrankung wahrnehmbar sein. Krankheitsfrüherkennung wie Gesundheitsvorsorge sind also beidermaßen wichtig, um präventiv tätig sein zu können.

- ❖ Primär sollten krankheitsauslösende Faktoren erkannt und bekämpft werden, die Resistenz des Menschen gegen Erreger erhöht und die Veränderungen in der Umwelt wahrgenommen werden.
- ❖ Sekundär gilt: ist die Krankheit im frühen Stadium erkannt, sollte sie auch frühzeitig behandelt werden, damit wirksame Aussicht auf Heilung besteht.
- ❖ Tertiär präventiv kann man tätig werden, wenn die Krankheit zwar bereits ausgebrochen ist, man aber die Verschlechterung des Zustands und das Fortschreiten der Erkrankung (mit Hilfe der kurativen Medizin) verhindern kann.

Auch ist zu unterscheiden zwischen spezifischer und unspezifischer Prävention: spezifisch meint die Vermeidung bestimmter Erkrankung, während unspezifische Vorsorge auf die allgemeine gesundheitsfördernde Lebensweise zielt.

Ebenso finden sich unterschiedliche Präventionsmöglichkeiten individueller / personenbezogener oder struktureller / systemorientierter Art: entweder die Person verhindert selbst gesundheitsgefährdendes Verhalten (Rauchen, Alkoholische Getränke, fettes Essen, zuwenig Bewegung usw.) oder eine Änderung des umgebenden Systems bedingt die Gesundheitsorientierung wie z. B. die Kontrolle der äußeren Bedingungen (Reinerhaltung von Luft, Wasser, Boden ... , Geschwindigkeitsbegrenzung zur Abgasreduzierung, Alkohol- und Zigaretten-Verkaufsbeschränkungen etc.)

Hierzu sei angemerkt, dass Wissenschaftler, Ärzte und Pädagogen ebenso vor übereifriger Prävention warnen; die Autorinnen Leonardis und Mauri weisen mit ihrem kritischen Aufsatz „Der Prävention vorbeugen“ davor, dem Menschen von vornherein einen Patientenstatus zuzuordnen, zwanghaft Diagnosen zu betreiben und Personen in psychiatrischen Anstalten zu entmachten, sprich: institutionelle Pädagogik als Herrschaftsinstrument zu missbrauchen. (vgl. Leonardis, O. de; Mauri, D.: „Der Prävention vorbeugen.“ In: Wambach, M.M. (Hrsg.) „Der Mensch als Risiko.“ Frankfurt, Suhrkamp 1983.)

### 3.2. Die traditionelle Gesundheitserziehung

Die traditionelle Gesundheitserziehung verläuft in Abhängigkeit vom naturwissenschaftlichen-biomedizinischen Denken und in Form des reduktionistisch-mechanischen Modells von Mensch und Welt; z. B. bezieht sich die Biomedizin auf objektiv feststellbare, diagnostizierbare Krankheiten und definiert den menschlichen Organismus als ein mechanisches Aggregat. Dies bedingt die negative, mechanische Definition der Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit. Gesunderhaltung funktioniert dadurch, dass störende Einflüsse vom Menschen ferngehalten werden, oder wenn er erkrankt ist, kurative Mittel eingesetzt werden - pharmakologische oder chirurgisch korrigierende Faktoren, welche die `Maschine Mensch` wieder funktionstüchtig machen; Einzelteile können problemlos isoliert und repariert werden - das heißt für die Gesundheitserziehung, dass vor allem organbezogenes biologisches Detailwissen vermittelt wird und biophysiological Störungen messbar und kontrollierbar sind (für Arzt und Klient - z. B. Blutdruckkontrolle, Medikation ...). Körper, Geist und Seele existieren als getrennte Bereiche, die von Spezialisten behandelt werden müssen. Eine Auseinandersetzung mit psychosozialen Umweltbedingungen wird außer Acht gelassen bei dieser Sicht, die Krankheit und Heilung nur an molekularbiologischen, biochemischen und physikalischen Gegebenheiten festmacht (vgl. Mishler, E.G.: "Viewpoint: Critical Perspectives on the Biomedical Model. In: Mishler, E.G. et al. : "Social Context of 'Health, Illness & Client Care." Cambridge 1981, S. 1-23.).

Krankheit wird als Folge somatischer Prozesse gesehen und weitgehend unabhängig vom Verhalten betrachtet, ein linear-monokausales Ursache-Wirkungs-Prinzip liegt ihrer Entstehung zugrunde und Krankheit wird universal, allgemein gültig und über Zeit und Raum unverändert verstanden. (Dass bestimmte Krankheiten aber bis zu einem gewissen Grad kulturspezifisch auftreten können, zeigen ethnomedizinische Studien nach dem Prinzip des `cultural relativism` (vgl. Forster, G.M.; Anderson, B.G.: "Medical Anthropology". New York 1978.) .

Meist herrscht ein statischer Gesundheits- und Krankheitsbegriff vor, die Krankheit wird als Zustand akzeptiert und der Klient bekommt Anleitung zum Copingverhalten. Zur Krankheitsvermeidung wird der Mensch immunisiert durch Medikamente oder Impfungen, er lebt eher verbotsorientiert (z. B. kein Fett, kein Salz ...) und substanzorientiert (z. B. extra Vitamingabe ...), doch dieses Verhalten zielt meist nur auf Verhinderung weiterer Schäden. Zwischen Arzt und Klient existiert oft ein asymmetrisches Verhältnis (`Halbgott in weiß`, `Fachlatein` etc.), die Hierarchie zwischen Experten und Laien verunsichert und schüchtert den Klienten ein. Er lässt sich passiv behandeln mit wenig Einspruchsmöglichkeit oder gesundheitsbewusster Aufklärung und Anleitung und bekommt statt der Opferrolle die Täterposition zugesprochen (individuelles Risikoverhalten steht im Mittelpunkt der Intervention), was nicht ermutigt und meist nicht zum Heilungsprozess beiträgt.

Eine Kompatibilität von medizinisch-therapeutischem und pädagogischem Handeln ist also nicht grundsätzlich zu erwarten (Zitat): **"Schließlich bringt die Dominanz der naturwissenschaftlichen Orientierung der Medizin nach wie vor die Verengung des Gesundheits- und Krankheitsbegriffes auf somatische Zusammenhänge und eine Ausblendung der Interdependenz zwischen körperlichen, seelischen, sozialen und ökologischen Aspekten von Krankheit und Gesundheit mit sich."** (Krüger, W.: "Didaktische Aspekte der Gesundheitsbildung." In: "Volkshochschulen im Westen". 2/1984. S. 86.)

Das bedeutet für die Didaktik der Medizin ein notwendiges Bemühen, im Gesundheitswesen umzudenken und Gesundheitsbildung als Chance zu begreifen, um ein Selbst- und Wertverständnis in den Bereichen Gesundheit, Krankheit und Heilung zu erreichen. Kompatibilität zwischen naturwissenschaftlich-medizinischem und pädagogischem Bildungsverständnis ist also Voraussetzung für eine effiziente, weitreichende Praxis der Gesundheitsförderung. Der Begriff der Gesundheitserziehung kann also nur Verwendung finden, wenn die traditionelle Bedeutung, wie sie u.a. auch vom Erziehungswissenschaftler Wolfgang Brezinka verzeichnet ist, eine Umdeutung erfährt. Brezinka führt in seiner Metatheorie der Erziehung an (Zitat): „Unter Erziehung werden soziale Handlungen verstanden, durch die Menschen versuchen, das Gefüge der psychischen Disposition anderer Menschen mit psychischen oder sozial-kulturellen Mitteln in irgendeiner Hinsicht dauerhaft zu verbessern oder seine als wertvoll bezeichneten Komponenten zu erhalten.“ (Brezinka, W.: „Über Erziehungsbegriffe.“ In: Zeitschrift für Pädagogik 5/71, Weinheim 1971.“ Vgl. auch „Metatheorie der Erziehung.“ Internetquelle [www.fb12.uni-dortmund.de/wtheorie/JPEG/BREZINKA.HTM](http://www.fb12.uni-dortmund.de/wtheorie/JPEG/BREZINKA.HTM))

Um aber der rational wissenschaftlichen Begründung von pädagogischem Handeln einen ‚kommunikativen Erziehungsbegriff‘ als Grundlage einer reflexiven und integrativen Gesundheitsförderung entgegensetzen zu können, verweise ich auf den Erziehungswissenschaftler Micha Brumlik, welcher an Karl Mollenhauer erinnert, der im Sinne von Jürgen Habermas und Karl-Otto Apel ein Konzept des kommunikativen Erziehungsstils entwirft. Ein Erziehungsbegriff, welcher nicht als Verbesserung und Erhaltung der psychischen Disposition von Menschen durch andere Menschen, d.h. als kausale Einwirkung über Interventionsstrategien, verstanden werde, sondern eine spezielle Kommunikationsstruktur herstelle, an der Erzieher und Edukand gleichermaßen beteiligt seien. Laut Mollenhauer bedeute dies für das pädagogische Verhältnis, dass jeder Lernende sein Handeln dem Lehrenden gegenüber hinreichend ausweisen könne und unterstelle damit die Möglichkeit einer rationalen Sinnverständigung menschlicher Kommunikation. Somit seien gleiche Beteiligungschancen und –wirklichkeiten am pädagogischen Prozess sichergestellt. (Vgl. Brumlik, M.: „Advokatorische Ethik. Zur Legitimation pädagogischer Eingriffe.“ Kritische Texte. Böllert, K. et al. Bielefeld: KT-Verlag 1992. S. 12-26. Ebenso: Apel, K.O.: „Szientistik, Hermeneutik, Ideologiekritik.“ In: Bubner, R. (Hrsg.): „Hermeneutik und Ideologiekritik.“ Frankfurt a.M. 1971. Sowie: Habermas, J.; Luhmann, N.: „Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie.“ Frankfurt a.M. 1971.)

Micha Brumlik diskutiert die Frage nach Selbstbestimmung des Adressaten eines pädagogischen Programms und schlussfolgert (Zitat): „Kein Erziehungsakt entspricht dem angegebenen Programm, wenn die Edukanden nicht befragt werden können, ob sie ihren Intentionen nachgehen, bzw. ihr Verhalten sowie dessen Gründe und Ursachen in Übereinstimmung mit dem Programm bringen können.“ (Brumlik, M.: „Advokatorische Ethik. Zur Legitimation pädagogischer Eingriffe.“ Kritische Texte. Böllert, K. et al. Bielefeld: KT-Verlag 1992. S. 23.)

Er erläutert, dass der Begriff der ‚Selbstbestimmung‘ unter Rückgriff auf alltagssprachliche Verständigung geklärt werden müsse und wirklich geäußerte Handlungswünsche verstanden werden müssten. Mit der Definition des Begriffes ‚Selbstbestimmung‘ macht er deutlich, dass ein Individuum sich dann selbstbestimmt verhalte, wenn es durch Gründe und Ursachen veranlasst werde, ein bestimmtes Handeln auszuführen und die Gründe und Ursachen dieses Verhaltens bejahen könne.



Dadurch seien Prüfkriterien gelegt, um den Anspruch eines Erziehers, emanzipatorisch zu handeln, beurteilen zu können. In der pädagogischen Handlung müsse der Edukand zwei Fragen bejahen können, nämlich ob er die Möglichkeit habe, zu tun, was er wolle und wenn nicht, ob er einsehe, warum er diese Möglichkeit nicht habe.

Um den Erziehungsbegriff im Gesundheitswesen angemessen verwenden zu können, muss die Bedeutung eines kommunikativen Erziehungsstils und eine Sicht gegeben sein, welche den Edukanden oder Klienten selbstbestimmtes Handeln zutraut und ihnen damit die Wahl der gesundheitsfördernden Mittel und pädagogischen Angebote überlässt.

### **3.3. Ausgangslage der Gesundheitsbildung: demografische und medizinsoziologische Daten**

Betrachtet man die Bevölkerungszahlen in Deutschland, stellt man fest, dass die Bevölkerungsdichte der Einwohner je qkm innerhalb der letzten 10 Jahre von 222 auf 231 zugenommen hat, die gesamte Bevölkerung im Vergleich von 1990 zu 2001 sich ebenfalls um 2.687 (Bevölkerung in 1.000) vermehrte, wie angefügte Tabelle darstellt.

**Tabelle 1: Bevölkerungsentwicklung in Deutschland**

Deutschland				
Fläche in qkm: 357.020 <sup>(1)</sup>				
Jahr	Bevölkerung in 1.000			Bev.-Dichte Einwohner je qkm
	Ins- gesamt	männ- lich	weib- lich	
1990	79.753	38.500	41.253	222
1991	80.275	38.839	41.435	224
1992	80.975	39.300	41.675	226
1993	81.338	39.518	41.820	227
1994	81.539	39.645	41.894	228
1995	81.818	39.825	41.993	229
1996	82.012	39.955	42.057	230
1997	82.057	39.992	42.065	230
1998	82.037	40.004	42.033	230
1999	82.163	40.085	42.058	230
2000	82.260	40.157	42.103	230
2001	82.440	40.275	42.166	231

(Stand: 30.9.2001 / entnommen aus Internet-Quelle: Bundesministerium für Gesundheit: „Daten des Gesundheitswesens“ 2001. [www.bmgesundheit.de](http://www.bmgesundheit.de).)

In der nachfolgenden Tabelle sieht man innerhalb einer 10-Jahresspanne, dass die Altersgrenzen sich wie folgt verschoben haben: der Anteil der unter 6-Jährigen hat sich von 6,7% auf 5,7% reduziert, die 6-15-Jährigen sind 1991 mit 9,5% und 2000 mit 9,8% vertreten, einen größeren Teil als 1991 mit 3,0% machen die 15-18-Jährigen 2000 mit 3,3% aus, die 18-21-Jährigen sind 1991 mit 3,8% vertreten, dann 2000 noch mit 3,5%, den Hauptanteil der Altersgruppe der 21-45-Jährigen – also der meist berufstätigen Bevölkerung – bilden 1991 noch 36,6%, im Jahr 2000 nur noch 35,2%, dafür sind die 45-65-Jährigen 1991 mit 25,4% und 2000 mit 25,9% angezeigt und letztendlich die 65-Jährigen und Älteren 1991 mit 14,9% und 2000 mit 16,6%. Insgesamt ist festzustellen, dass die Anzahl der jüngeren Bevölkerungsmitglieder zurückgeht, während der Anteil ab den 45-Jährigen aufwärts deutlich zunimmt. Also werden immer weniger Jüngere die Versorgung der älter werdenden, nicht mehr arbeitenden Bevölkerung zu tragen haben.

**Tabelle 2: Bevölkerung nach Altersgruppen**

Jahr (1)	Alter von ... bis unter ... Jahren							
	un- ter 6	6- 15	15- 18	18- 21	21- 45	45- 65	65 u.ä.	
	%							
<b>Deutschland</b>								
1991	m	7,1	10,1	3,2	4,1	38,9	26,2	10,4
	w	6,3	9,0	2,8	3,6	34,4	24,7	19,1
	z	6,7	9,5	3,0	3,8	36,6	25,4	14,9
1995	m	6,4	10,6	3,4	3,3	38,9	25,8	11,5
	w	5,8	9,6	3,1	3,0	34,7	24,4	19,4
	z	6,1	10,1	3,3	3,1	36,7	25,1	15,6
2000	m	6,0	10,3	3,5	3,6	37,0	26,4	13,2
	w	5,5	9,3	3,1	3,3	33,5	25,3	20,0
	z	5,7	9,8	3,3	3,5	35,2	25,9	16,6

(entnommen aus Internet-Quelle: Statistisches Bundesamt. In: Bundesministerium für Gesundheit: „Daten des Gesundheitswesens“ 2001. [www.bmggesundheits.de](http://www.bmggesundheits.de).)

Prozentual gesehen bedeutet das für Deutschland, dass bei einer Bevölkerungszahl von 82.163.000 nach Stand des Jahres 2000 die Altersgrenzen wie folgt aufgeteilt sind: 15,7% der Gesamtbevölkerung machen die unter-15-Jährigen aus, die besonders in schulpädagogischen Maßnahmen zur Gesundheitserziehung zu präventivem Verhalten informiert werden könnten; den Großteil der Bevölkerung stellen die 15-45-Jährigen mit 42,2% dar, welche mit gesundheitsbildnerischen Ideen selbstverantwortlich in der Freizeit oder organisationsfördernd im Betriebsleben erreicht werden sollten; die 45-65-Jährigen sind ebenfalls noch stark vertreten mit 25,8%, - in dieser Altersgruppe werden vielleicht gesundheitsbildnerische Schulungen und fortführende Rehabilitationsmaßnahmen wichtig sein; und bei den 65-Jährigen und Älteren, die mit 16,1% Anteil an der Bevölkerung Deutschlands haben, werden besonders Pflege- und Versorgungsfragen in der Gesundheitsbildung vorrangig sein.

**Tabelle 3: Zum internationalen Vergleich: Bevölkerung nach dem Alter in ausgewählten Staaten**

Staat/ im Jahr 2000	Ins- gesamt	Davon im Alter von ...bis unter ... Jahren							
		unter 15		15 - 45		45 - 65		65 u. mehr	
	1.000	%	1.000	%	1.000	%	1.000	%	
Deutschland	82.163	12.897	15,7	34.684	42,2	21.231	25,8	13.249	16,1
Belgien	10.230	1.812	17,7	4.287	42,0	2.421	23,7	1.710	16,7
Dänemark	5.339	1002	18,8	2.194	41,1	1.362	25,5	781	14,6
Finnland	5.172	946	18,3	2.067	40,0	1.391	26,9	768	14,9
Frankreich	59.408	11.420	19,2	24.937	42,0	13.607	22,9	9.444	15,9
Griechenland	10.540	1.600	15,2	4.584	43,4	2.539	24,1	1.817	17,2
Irland	3.675	772	21,0	1.727	47,1	761	20,7	415	11,3
Italien	49.166	8.298	14,4	24.478	42,6	14.356	25,0	10.324	18,0
Niederlande	15.800	2.899	18,4	6.888	43,6	3.859	24,4	2.154	13,6
Österreich	8.149	1.372	16,8	3.591	44,1	1.935	23,7	1.251	15,4
Portugal	9.999	1.674	16,7	4.469	44,7	2.322	23,2	1.534	15,3
Schweden	8.894	1.646	18,5	3.449	38,8	2.256	25,4	1.543	17,3
Schweiz	7.243	1.267	17,5	3.078	42,5	1.787	24,7	1.111	15,3
Spanien	39.442	5.958	15,1	18.120	45,9	8.774	22,3	6.590	16,7
Verein. Königr.	59.288	11.360	19,2	24.838	41,9	13.858	23,4	9.232	15,6
Verein. Staaten	278.360	59.770	21,4	121.416	43,5	62.339	22,3	34.835	12,5
Japan	126.694	18.744	14,8	50.533	39,8	35.803	28,2	21.614	17,0
Indien	1.013.660	337.607	33,3	478.462	47,1	147.127	14,5	50.464	4,9
Australien	18.885	3.897	20,6	8.371	44,2	4.334	22,9	2.283	12,0
Ägypten	68.472	24.196	35,3	32.299	47,0	9.161	13,3	2.816	4,1

Nichteuropäische Länder: Stand Jahresmitte, Bevölkerungsvorausschätzungen der Vereinten Nationen. Europäische Länder: Stand Jahresanfang.

(entnommen aus Internet-Quelle: Statistisches Bundesamt. In: Bundesministerium für Gesundheit: „Daten des Gesundheitswesens“ 2001. www.bmggesundheit.de.)

**Tabelle 4: Lebenserwartung in Jahren im Alter X**

Vollendetes Alters- jahr X <sup>(1)</sup>	m w	Reichsgebiet		Früheres Bundesgebiet		Neue Länder und Berlin-Ost		Deutschland	
		1901/ 1910	1924/ 1926	1949/ 1951 <sup>(2)</sup>	1997/ 1999	1952/ 1953	1997/ 1999	1991/ 1993	1997/ 1999
0	m	44,82	55,97	64,56	74,78	65,06	73,01	72,47	74,44
	w	48,33	58,82	68,48	80,72	69,07	79,96	79,01	80,57
1	m	55,12	62,24	67,80	74,17	68,18	72,39	71,97	73,83
	w	57,20	63,89	71,01	80,05	71,40	79,29	78,44	79,91
5	m	55,15	60,09	64,47	70,25	64,87	68,50	68,09	69,91
	w	57,27	61,62	67,61	76,13	68,00	75,37	74,54	75,98
10	m	51,16	55,63	59,76	65,30	60,12	63,56	63,16	64,96
	w	53,35	57,11	62,84	71,17	63,22	70,40	69,60	71,02
15	m	46,71	51,00	54,98	60,35	55,32	58,62	58,22	60,01
	w	49,00	52,47	57,99	66,20	58,34	65,45	64,65	66,06
20	m	42,56	46,70	50,34	55,53	50,66	53,86	53,43	55,21
	w	44,84	48,09	53,24	61,29	53,59	60,58	59,75	61,15
25	m	38,59	42,70	45,83	50,76	46,12	49,13	48,71	50,45
	w	40,84	43,92	48,55	56,38	48,89	55,66	54,85	56,24
30	m	34,55	38,56	41,32	45,97	41,50	44,36	43,97	45,66
	w	36,94	39,76	43,89	51,47	44,20	50,75	49,96	51,33
35	m	30,53	34,30	36,80	41,18	36,86	39,64	39,27	40,88
	w	33,04	35,56	39,26	46,58	39,56	45,87	45,11	46,44
40	m	26,64	30,05	32,32	36,45	32,31	35,04	34,65	36,18
	w	29,16	31,37	34,67	41,75	34,99	41,06	40,31	41,62
45	m	22,94	25,90	27,93	31,86	27,87	30,61	30,13	31,62
	w	25,25	27,20	30,14	37,01	30,47	36,33	35,60	36,88
50	m	19,43	21,89	23,75	27,42	23,60	26,33	25,76	27,22
	w	21,35	23,12	25,75	32,38	26,09	31,70	31,00	32,25
55	m	16,16	18,09	19,85	23,18	19,66	22,20	21,62	23,00
	w	17,64	19,20	21,50	27,86	21,84	27,14	26,49	27,72
60	m	13,14	14,60	16,20	19,17	15,99	18,28	17,79	19,01
	w	14,17	15,51	17,46	23,44	17,75	22,71	22,14	23,30
65	m	10,40	11,46	12,84	15,49	12,62	14,74	14,34	15,36
	w	11,09	12,17	13,72	19,20	13,91	18,50	18,02	19,06
70	m	7,99	8,74	9,84	12,24	9,65	11,63	11,19	12,14
	w	8,45	9,27	10,42	15,20	10,52	14,60	14,15	15,09
75	m	5,97	6,50	7,28	9,36	7,04	8,82	8,47	9,27
	w	6,30	6,87	7,68	11,56	7,65	11,09	10,69	11,48
80	m	4,38	4,77	5,24	6,99	5,03	6,53	6,21	6,91
	w	4,65	5,06	5,57	8,42	5,48	8,12	7,72	8,37
85	m	3,18	3,50	3,72	5,13	3,58	4,69	4,47	5,06
	w	3,40	3,76	4,02	5,88	3,90	5,78	5,39	5,87
90	m	2,35	2,68	2,66	3,98	2,60	3,49	3,16	3,91
	w	2,59	2,92	2,89	4,04	2,74	4,18	3,71	4,07

1) Es beziehen sich: das Alter = 0 auf den Zeitpunkt der Geburt, die anderen Altersangaben auf den Zeitpunkt, an dem jemand genau X Jahre alt geworden ist.

2) Ohne Saarland und Berlin-West.

Es ist interessant, sich unsere stetig steigende Lebenserwartung noch einmal bewusst vor Augen zu führen, denn umso einleuchtender werden Gründe für ein selbstverantwortliches gesundheitsförderndes Verhalten, für vorsorgende Maßnahmen und eigenständiges Interesse an Fitness und Wohlbefinden im späten Lebensabschnitt. Natürlich gibt es Grenzen der Prävention und Gesundheitsbildung – mit zunehmendem Alter der Menschen wird kurative Versorgung bestimmender sein, Pflege und Hilfsangebote als Haus- und Heimdienste zur Verfügung gestellt werden müssen. Lag die Lebenserwartung eines Neugeborenen Anfang des 20. Jahrhunderts für Männer noch bei ca. 44 Jahren und bei Frauen bei ca. 48 Jahren, kann man Mitte des Jahrhunderts schon sehen, dass sich die Erwartung verbessert hatte: bei den Männern mit ca. 64 Jahren und bei den Frauen bei ca. 68 Jahren. Die neuesten Zahlen um die Jahrtausendwende sehen wieder fast 10 Jahr mehr vor: Männer liegen im Schnitt bei ca. 74 Jahren und Frauen bei ca. 80 Jahren.

Betrachtet man die Zusammenhänge zwischen der Lebensweise eines Menschen und der ursächlichen Erkrankung, kann festgestellt werden, dass viele Krankheitsverläufe durch die Verstärkung präventiver Maßnahmen hätten verhindert oder frühzeitig gemildert werden können, so im Falle von z. B. Herz-Kreislauferkrankungen, Erkrankungen der Atmungsorgane, kardiovaskulären Erkrankungen und Neubildungen von Krebs, bei Stoffwechselstörungen oder Leberzirrhose, im Falle von Diabetes mellitus sowie unnatürlichen Todesursachen (Unfälle, Selbstmorde ...), wie die vom Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit angeregten Forschungen ergaben.

Auf dem präventiv-bewahrenden Behandlungsweg setzt sich der Radiologe Dietrich H.W. Grönemeyer aus Witten/Herdecke für die sanfte Art der Medizin mit Hilfe der Mikrotherapie ein; er betont die `menschliche` Betrachtung des Patienten und wendet eine innovative und minimal invasive Behandlungsmethode der Mikrotherapie an, welche äußerst schonende Diagnostik ermöglicht. Den Menschen in seiner körperlichen, geistigen und seelischen Unversehrtheit zu erhalten, ist ein wichtiges Anliegen der Mikrotherapie, achtsame Diagnostik und gewebeschonende Behandlung können den Patienten angsteinflößende und vielleicht schmerzvollere Untersuchungen erträglicher machen, was sich wiederum psychosomatisch auf das Wohl- oder Störgefühl des Patienten auswirken könne. Anzumerken ist aber, dass aufgrund schonenderer diagnostischer Untersuchung nicht unmittelbar gegeben ist, dass sich Patienten eher zu präventiven Maßnahmen aktivieren lassen. Die möglichen Folgen des Risikoverhaltens wie Alkohol- und Rauchwarenkonsum sind bekannt und der Mensch entscheidet selbst, ob er sich einer Vorsorge oder Früherkennung unterziehen möchte, um vielleicht einen Leber- oder Lungenschaden diagnostiziert zu bekommen, aufgrund dessen er seinen ihm Genuss verschaffenden Lebensstil ändern müsste. An sich körperlich-schädliche Stoffe oder Verhaltensweisen können vielleicht in diesem speziellen Fall eine Stütze für diesen Menschen darstellen, deren Wegnahme ihn in eine andere Lebenskrise versetzen könnte. Es wird immer im Einzelfall zu prüfen sein, ob ein Mensch sich wirklich dem vielleicht erschütternden Wissen über seinen körperlichen Zustand aussetzen möchte, welches ihm in Folge eventuell eine andere Art der Lebensführung vorschreibt, eine Medikalisierung bedingt oder ihn in den Status „Raucherlungen-Patient“ oder „Krebspatient“ etc. befördert.

Nicht zuletzt geht es aber um die Bewusstmachung der enormen Potenziale und Kompetenzen, die im Bereich Medizin und Medizintechnik vorhanden sind und darum, diese als Standortfaktoren zu nutzen. Grönemeyer plädiert ebenso für eine verstärkte Position der Hausärzte, die den Patienten und dessen familiäres Umfeld kennen und nicht nach Klinikmanier in Fünf-Minuten-Abständen `Fälle` abhaken sollten. So könnten psychische, soziale und medizinische Faktoren von Beschwerden erkannt und behandelt werden. Unnötige Untersuchungen könnten unterlassen werden: viele Röntgen- und Ultraschalluntersuchungen seien medizinisch nicht erforderlich, sondern belasteten eher den Patienten. Moderne Untersuchungsmethoden wie die Kernspintomographie würden andererseits zu wenig eingesetzt. Einmal erfolgte Untersuchungen, Befunde und Patientendaten könnten via Datenleitung allen behandelnden Ärzten zugänglich gemacht werden, welches das Budget und die Patienten schonen würde. Grönemeyer fordert auch mehr Anreiz zu dauernder Weiterbildung der Ärzte. Alle fünf Jahre verdoppele sich das Wissen zur Zeit in der Medizin, da müsse der Slogan vom "lebenslangen Lernen" endlich ernst genommen werden, um immer die neusten Behandlungsmethoden zu kennen; auch sei die medizinische Weiterbildung von Entscheidungsverantwortlichen im Gesundheitswesen erforderlich. Er plädiert für eine sinnvolle Kombination solcher hochmodernen Verfahren wie der Mikrotherapie mit naturheilkundlichen Ansätzen oder einer Umweltmedizin. (vgl. Internetquelle der Universität Witten/Herdecke - "Über die Kosten die Inhalte nicht vergessen." Prof. Grönemeyer kritisiert Gesundheitsreform und warnt vor Zwei-Klassen-Medizin. Pressemitteilungen vom 15.11.1999. notesweb.uni-wh.de.)

Bezugnehmend auf die Daten des Gesundheitswesens, die relativen Veränderungen der Todesursachen im Zeitraum von 20 Jahren sowie der Verteilung der Krankheiten auf die Altersstrukturen sieht sich die Pädagogik folgenden Fakten gegenübergestellt:

- ❖ Herz-Kreislaufferkrankungen, Erkrankungen der Atmungsorgane, kardiovaskulären Erkrankungen und Neubildungen von Krebs, Stoffwechselstörungen oder Leberzirrhose und Diabetes mellitus treten mit zunehmendem Lebensalter immer häufiger auf.
- ❖ Viele dieser Krankheitsbilder zeigen sich frühzeitig und verschlechtern sich schleichend, bis sie sich chronisch-degenerativ festsetzen.
- ❖ Ein großer Teil der Erkrankung und des Verlaufs kann auf sogenanntes Risikoverhalten zurückgeführt werden, wie z. B. Stress, Rauchen, Alkohol, mangelnde Bewegung und ungesunde Ernährung, was oftmals schon im Kinder- und Jugendalter beginnt.

Vergleichend dazu gibt es Untersuchungen der Todesursachen nach Hauptkapiteln der ICD-10 Anzahl und je 100.000 Einwohner, die als Hauptursachen die Krankheiten des Kreislaufsystems nennen, darauf folgen Herzkrankheiten und Neubildungen von bösartigen Erkrankungen, Schlaganfall und Infarkt, wonach die Atemwegsstörungen, Stoffwechsel- und Ernährungskrankheiten auftauchen, dann die Krankheiten der Verdauungssysteme, plötzliche Sterbefälle wie Kindstod, Morbidität und Mortalität, Krankheiten der Nervensysteme und psychische wie verhaltensgestörte Erkrankungen, infektiöse und parasitäre Krankheiten, Unfälle etc.

**Tabelle 5: Sterbefälle nach ausgewählten Todesursachen nach Hauptkapiteln der ICD-10 Anzahl und je 100.000 Einwohner in Deutschland 1998 und 2000**

Haupt-Kapitel	Pos.-Nr. der ICD-10	Todesursache <sup>(1)</sup>	1998	2000	1998	2000
			Anzahl		je 100.000 Einw.	
I - XX	A00-T98	Alle Todesursachen	852.382	838.797	1.039,1	1.020,6
I	A00-B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	7.801	10.129	9,5	12,3
II	C00-D48	Neubildungen	218.445	216.419	266,3	263,3
	C00-C97	Bösartige Neubildungen	212.748	210.738	259,4	256,4
III	D50-D89	Krankh. d. Blutes u. d. blutbild. Organe, best. Stör. mit Beteilig. d. Immunsystem	1.605	1.815	2,0	2,2
IV	E00-E90	Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechsel-Krankheiten	23.194	23.671	28,3	28,8
	E10-E14	Diabetes mellitus	20.663	21.180	25,2	25,8
V	F00-F99	Psychische u. Verhaltensst.	9.720	8.636	11,8	10,5
VI	G00-G99	Krankh. des Nervensystem	15.916	16.096	19,4	19,6
IX	I00-I99	Krankh. des Kreislaufsystem	411.404	395.043	501,5	480,7
	I10-I15	Hypertonie (Hochdruckkh.)	15.065	18.775	18,4	22,8
	I20-I25	Ischäm. Herzkrankheiten	178.715	167.681	217,9	204,0
	I21	Akuter Myokardinfarkt	75.924	67.282	92,6	81,9
	I64	Schlaganfall	51.684	43.035	63,0	52,4
X	J00-J99	Krankh. d. Atmungs-System	49.084	51.806	59,8	63,0
	J10-J18	Grippe und Pneumonie	17.501	18.757	21,3	22,8
XI	K00-K93	Krankh. d. Verdau. -Systems	40.510	40.712	49,4	49,5
	K70-K77	Krankheiten der Leber	18.563	18.428	22,6	22,4
XIV	N00-N99	Krankh. d. Urogenital-System	10.735	10.719	13,1	13,0
XVI	P00-P96	Best. Zustände die ihren Urspr. i. d. Perinatalzeit haben	1.600	1.474	2,0	1,8
XVII	Q00-Q99	Angeb. Fehlbild., u. Chromosomenanomalien	1.822	1.643	2,2	2,0
XVIII	R00-R99	Sympt. u. abnorme klinische u. Laborbef., die a.n.k. sind	23.590	23.789	28,8	28,9
	R95	Plötzlicher Kindstod	602	482	0,7	0,6
XX	V01-Y98	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	34.578	34.523	42,2	42,0
	V01-V99	Transportmittelunfälle	7.965	7.747	9,7	9,4
	W00-W19	Stürze	7.229	7.404	8,8	9,0
	W65-W74	Unfälle d. Ertrinken	477	507	0,6	0,6
	X60-X84	Vorsätzl. Selbstbeschädig.	11.644	11.065	14,2	13,5

1.) 1998 Einführung der ICD-10. Vergleichbarkeiten mit der ICD-9 sind nur bedingt möglich.

(entnommen aus Internet-Quelle: Statistisches Bundesamt. In: Bundesministerium für Gesundheit: „Daten des Gesundheitswesens“ 2001. www.bmg.gesundheit.de.)

Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit gesundheitsbildender Maßnahmen, an denen die Pädagogik Anteil nehmen muss; die Frage ist, ob es sich bei den zuzuordnenden `Zivilisationserkrankungen` um beeinflussbare individuelle Verhaltensweisen als Auslöser der Krankheit handelt, oder ein strukturelles, gesamtgesellschaftliches Problem im Bewusstsein eines Kollektivs gelöst werden muss. Bedeutsam für jeglichen pädagogischen Einsatz ist jedoch vor allem der flexible Gesundheitsbegriff, d.h., dass Gesundheit nicht als statischer Zustand betrachtet wird, sondern als Prozess und veränderliche, beeinflussbare Entwicklung eines Kontinuums.

Einen Überblick über den Gesundheitszustand der deutschen Bevölkerung gibt exemplarisch eine Tabelle aus der Mikrozensusbefragung zum Gesundheitszustand vom April 1999: so sind 4,8% der unter 15-Jährigen in diesem Monat krank gewesen, 6,4% der 15-40-Jährigen, 11,4% der 40-60-Jährigen, 22,8% der 65-Jährigen und Älteren, woraus sich ein Bevölkerungsdurchschnitt von 10,7% bilden lässt.

**Tabelle 6: Kranke und Unfallverletzte nach Altersgruppen und Geschlecht**

Alter von ... unter ... Jahren/ Länder		Bevölkerung mit Angaben über die Gesundheit	Kranke und Unfall- ver- letzte <sup>(2)</sup>	Davon:		Nicht krank/ unfall- ver- letzt <sup>(2)</sup>	Bevölkerung ohne Angaben zur Gesund- heit <sup>(3)</sup>
				Kranke	Unfall- ver- letzte		
		1.000	Prozent				
Deutschland							
unter 15	m	5.568	4,9	4,5	0,4	95,1	13,4
	w	5.268	4,7	4,3	0,4	95,3	13,3
	z	10.836	4,8	4,4	0,4	95,2	13,4
15 - 40	m	12.192	6,5	5,4	1,1	93,5	14,1
	w	11.626	6,3	5,8	0,5	93,7	13,9
	z	23.818	6,4	5,6	0,8	93,6	14,0
40 - 65	m	12.292	11,7	10,8	0,8	88,3	12,4
	w	12.217	11,1	10,5	0,6	88,0	12,3
	z	24.509	11,4	10,7	0,7	88,6	12,3
65 u. ä.	m	4.778	21,9	21,4	0,5	78,1	10,8
	w	7.414	23,3	22,4	1,0	76,7	12,9
	z	12.193	22,8	22,0	0,8	77,2	12,1
Insgesamt	m	34.830	10,2	9,4	0,8	89,8	12,9
	w	36.525	11,1	10,5	0,6	88,9	13,1
	z	71.355	10,7	10,0	0,7	89,3	13,0

(entnommen aus Internet-Quelle: Statistisches Bundesamt. In: Bundesministerium für Gesundheit: „Daten des Gesundheitswesens“ 2001. [www.bmg.gesundheit.de](http://www.bmg.gesundheit.de).)

(2) Bezogen auf die Bevölkerung mit Angaben über die Gesundheit

(3) Bezogen auf die gesamte Bevölkerung



### **3.4. Die staatliche Gesundheitsbildung und Entwicklung der Krankheitskosten**

Zu einem gesunden Staat tragen auch die Leistungen der privaten und gesetzlichen Krankenkassen bei; die Krankheitskosten in der Bundesrepublik Deutschland stiegen allerdings in den letzten Jahren stetig an (z. B. entstand im Jahr 1995 ein Finanzierungsdefizit von 7 Mrd. DM für die deutschen Krankenkassen insgesamt). Um die Kostenzunahme zu drosseln, hat die Bundesregierung schrittweise versucht, eine Reform des Gesundheitswesens durchzuführen, Krankengeld zu kürzen, eigene Zuzahlungen zu erhöhen, die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu ändern, zweifelhafte Präventionsprogramme oder alternative Therapien nicht zu finanzieren etc. Die Klienten selbst stellen Forderungen nach Qualitätssicherung im Gesundheitswesen und erhoffen sich Kostensenkungen. Der Verbraucherzentrale Hamburg nach führen in Deutschland jährlich rund 500 000 medizinische Fehlbehandlungen zu vermeidbaren Folgekosten für Behebungsaufwand, der ca. 5 Mrd. DM im Jahr beträgt (vgl. Verbraucherzentrale Hamburg, Rundbrief Sommer 1996, "Gesundheits-Akademie").

Diese unnötigen Belastungen sollten durch bessere Vorsorge, Information und Kontrolle eingeschränkt werden. Der systematische Verbraucherschutz soll erreicht werden von Krankenhausführern, Ärzteführern, Informationsstellen, unabhängigen Beschwerde- und Schiedsstellen, durch Rat von Seiten der Anwälte und Gerichte, Klientenschutzgesetze, Verbraucherzentralen usw. Je mehr rechtliche Beratung, medizinische und fachliche Information und je weniger fehlerhafte Behandlungen und Therapien, um so sicherer könnten Kosten im Gesundheitswesen vermieden werden.

Natürlich ist ein soziales Netz auch im Gesundheitswesen unabdingbar, aber die Gemeinschaft kann nicht für jeden alle Kosten tragen, sie kann nur dazu beitragen (Subsidiaritätsprinzip). Der Ansatz zur Kostensenkung kann vorrangig mit einer Umlenkung der Kosten von Medikamentierungs- und Therapierungsbereichen in präventive Aktionen, Information und Motivierung der Bürger und Unterstützung der Erziehungs-, Bildungs- und Beratungsbereiche erreicht werden. Wandlung des `negativen Gesundheitskonzeptes` in ein positives! Außerdem würde eine Kostendämpfung im Gesundheitswesen nicht nur einen finanziellen Gewinn nach sich ziehen, sondern besonders einen qualitativen: Erhaltung der Gesundheit bedingt gesellschaftliche Leistungsfähigkeit und wirtschaftliche wie kulturelle Errungenschaften.

Früheste Prävention kann schon im Kindesalter ansetzen, positive Gesundheitsförderung in Kindergärten, Schulen, Tagesstätten, Volkshochschulen, Arbeitsplätzen, Betrieben, Universitäten; generell in allen Bildungsbereichen (siehe auch Erwachsenen- und Weiterbildung) angeboten werden. Bei den Krankenkassen selbst stehen schon gesundheitsaufklärende oder -fördernde Kurse auf dem Programm, Ärzte versuchen Prävention und Kuration in notwendigem Verhältnis zu betreiben, und durch das Inkrafttreten des § 20 SGB V (1989) werden gesundheitsfördernde Maßnahmen angeboten (Beratungen, Gruppenkurse in verschiedensten Bereichen). Diese von den Krankenkassen initiierten Schulungen und Informationen werden von der Bevölkerung auch gut angenommen; z. B. wurden 1995 ca. 50 000 Kurse der Barmer Ersatzkasse von etwa einer halben Million Menschen besucht und andere Leistungen qualifizierter Anbieter von weiteren 250 000 Bürger wahrgenommen.

Ebenso fanden 1995 gesundheitsfördernde Gemeinschaftsveranstaltungen in ca. 1000 Schulen und etwa 900 Betrieben statt, wie ein Modellversuch "Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen" belegt, welcher in 15 Bundesländern gestartet wurde. Untersuchungen und Vergleichsstudien der Krankenkassen zeigten einen deutlichen Rückgang in der Beanspruchung ärztlicher Behandlung von Klienten, wenn diese vorbeugende oder begleitende Kurse zur Gesundheitsförderung besucht hatten (z. B. Rückenschulen, Ausgleichsgymnastik etc.). So benötigten 29% der Klienten weniger ärztliche Hilfe, Krankengymnastik oder Krankschreibungen nach der Teilnahme an Rückentrainingskursen in einem Zeitraum von sechs Monaten im Vergleich zu einer nicht-trainierenden Kontrollgruppe. Ähnliche Ergebnisse zeigen sich auch bei Vergleichsstudien anderer Krankenkassen, und man kann also davon ausgehen, dass die Verschiebung der Aktivitäten von Kuration zu Prävention ein wichtiges Ziel des staatlichen Gesundheitshandelns ist. Der bei den Bürgern längst bekannte Satz "Vorbeugen ist besser als heilen" wirkt sich also gesundheitlich wie wirtschaftlich aus. Krankenkassen, Ärzte, Gesundheitsämter und sämtliche soziale Institutionen müssen zusammenwirken in ihrem Angebot gesundheitsfördernder Maßnahmen, und die Angesprochenen sollten diese Angebote auch wahrnehmen, zur eigenen und gesellschaftlichen Entlastung und Kräftigung.

Ein Votum des Bundesgesundheitsrats zur Verwirklichung der Ziele der WHO-Strategie "Gesundheit 2000" (Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung 1989) zielt auf Aktivitäten, die der Lebensverbesserung und -verlängerung dienen sollen, und die Leitlinien des Wissenschaftsrats zur Reform des Medizinstudiums (Wissenschaftsrat 1992) sprechen sich für eine umfassende Betrachtung des Menschen aus, wodurch die Integration der medizinischen Aspekte von Psychologie, Soziologie und Ökologie in Studium und Ausbildung gewährleistet werden soll. Ethische und kommunikative Kompetenzen müssen ebenso neben medizinischer Fachkenntnis vermittelt werden. Hierbei helfen können neue, integrative Lehrbücher der Medizin, in denen Erkrankungen in Zusammenhang mit psychosozialer Genese untersucht werden, wissenschaftliche Reflexionen über Behandlungsmethoden diskutiert und Arzt-Klienten-Verhältnisse beleuchtet werden.

Einzelphänomene wie z. B. Drogenabhängigkeit sollen durch gezielte präventive Maßnahmen im psychosozialen Vorfeld und Umfeld bekämpft werden, wie in diesem Falle durch den Beschluss der Kultusministerkonferenz zur Sucht- und Drogenprävention in der Schule (Kultusministerkonferenz 1991) verabschiedet wurde. Persönliche Entwicklungsmöglichkeiten der Jugendlichen sollen gefördert oder Bewältigungsstrategien erarbeitet werden, und die rein physiologische Sucht wird in Abhängigkeit zu seelischen und sozialen Faktoren gestellt - die `inklusive Sichtweise` wird wichtig.

Durch Erkenntnisse der Gesundheitsforschung könnten gesundheitsbildende Maßnahmen der Pädagogik, Medizin, Psychologie und Politik auf präventiven Einsatz abgestimmt werden, um durch gezieltere Gesundheitsfürsorge und -förderung den Erhalt eines gesunden Zustandes eines Menschen zu unterstützen. Bis heute dominieren auch hier die Vorstellungen von Vermeidung der Erkrankung, dem Abbau von Risikofaktoren und der Bewirkung einer Veränderung des gefährdenden Verhaltens.

Problematisch ist dabei, dass medizinisches Fachwissen oder epidemiologische Erkenntnisse systematisch in den Alltag von unterschiedlichsten Individuen übertragen werden soll, ohne deren subjektiven Lebensumstände zu berücksichtigen. Fortschritte in der präventiven Gesundheitspolitik konnten ab 1986 verzeichnet werden, nachdem die Weltgesundheitsorganisation die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (WHO, 1987) verabschiedet hatte, die von 61 Staaten ratifiziert wurde. Öffentliche Diskussionen über die Gesundheitsförderung und Gründungen von gesundheitsfördernden Organisationen ermöglichten neue präventive Maßnahmen (vgl.: Trojan, A.; Stumm, B. (Hrsg.): "Gesundheit fördern statt kontrollieren. Eine Absage an den Mustermenschen." Frankfurt 1992.), und gesetzliche Verankerungen im § 20 des Sozialgesetzbuches (SGB) V. halfen der gesundheitspolitischen Lage in Deutschland.

Die Ottawa-Charta der WHO formuliert Gesundheit nicht länger als Expertenaufgabe, sondern verfolgt mit ihren Zielen die Sicherung einer qualitativen gesundheitsförderlichen Lebenswelt unter Berücksichtigung einzelner menschlicher Lebenszusammenhänge. Sie unterstützt gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen, die Neuorientierung der Gesundheitsdienste und fördert die Entwicklung persönlicher Kompetenzen. Die Leitfrage der Ottawa-Charta gilt der Möglichkeit einer Verwirklichung von gesunden Lebensbedingungen und der Förderung und dem Erhalten von Gesundheit. Nach diesen Grundsätzen konnten über die Krankenkassen mehr präventive Angebote an die Bürger gemacht werden, wobei direkt neue Arbeitsfelder in pädagogischen, psychosozialen und ernährungswissenschaftlichen Berufen entstanden. Leider entkräfteten sich die anfänglichen Erfolge der Gesundheitsförderung mit der weitgehenden Rücknahme des § 20 des V. Sozialgesetzbuches (SGB) im Jahr 1996. Diese begründete sich durch die meist doch wieder risikovermeidend angesetzten präventiven Maßnahmen (Raucherentwöhnung, Ernährung, Entspannung usw.) oder auf Gesundheitsförderung, die sich auf einen sehr vagen Gesundheitsbegriff stützte, nach dem Motto: `alles, wobei sich der Mensch wohlfühlt, ist förderlich für die Gesundheit`. Ab 1997 wurden unglücklicherweise die meisten neu aufgebauten Infrastrukturen der Krankenkassen für Gesundheitsförderung wieder aufgelöst und zwei beschlossene Neuordnungsgesetze zur Gesetzlichen Krankenversicherung konsequent verabschiedet, womit nun mehr Geld in das System floss (anstatt traditionelle Dienstleistungen und Medikamente weiterhin zu finanzieren). Obwohl die Schaltstellen der Gesundheitsförderung nicht allein bei den Gesetzlichen Krankenkassen lagen, sondern verteilt waren auf Gesundheitsämter, Landesvereinigungen für Gesundheit, Betriebe, Schulen und Einrichtungen auf der Bundesebene (Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung / BZgA und Bundesvereinigung für Gesundheit / BVGe), hatten doch die Krankenkassen seit dem Erlass der Ottawa-Charta 1986 die Errichtung wichtiger Infrastrukturen erreichen können. Nun ist der nach nur fünfzehn Jahren begonnene Wiederabbau der Präventionsprogramme wirklich als bedauernder Fehlschlag anzusehen, obwohl die Zielvorstellungen der Charta und die Voraussetzungen für Gesundheit weiterhin bestehen: zu den grundlegenden Bedingungen zählen Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, ausgewogene Ernährung, ein stabiles Ökosystem, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit und der sorgfältige Umgang mit den natürlich vorhandenen Ressourcen. Diesen Grundsatz der Charta, dass personale und lebensweltliche Faktoren den Erhalt der Gesundheit bestimmen, unterstreicht Antonovskys Salutogenese mit dem Modell des flexiblen Gesundheitskontinuums.

### **3.5. Die private Seite; persönliches Gesundheitsbewusstsein**

Werden der Bevölkerung nun tatsächlich genügend informative und wirksame Methoden und Systeme angeboten, liegt es an der Bedürftigkeit und Einsicht jedes einzelnen Menschen, diese auch in Eigenverantwortlichkeit zu nutzen. Eigene Motivation ist hierbei die treibende Kraft, etwas für Körper und Seele zu tun, bevor Schäden aufkommen und die Schmerz- und Belastungsgrenzen erreicht sind. Vermeintliche Beschwerdefreiheit und Bequemlichkeit lassen vielleicht keine Behandlungsbedürftigkeit erscheinen, doch gerade hier ist der Punkt erreicht, wo der Mensch umdenken muss. Das private Gesunderhalten, präventive Kümmern um das eigene Wohlergehen und die Selbstbeobachtung sind die Kriterien, die das Streben nach Selbsterkenntnis, Sinnfindung und einer angemessenen Lebensqualität mit sich bringt.

Diese Bereitschaft des Verbrauchers, des Bürgers, spricht ein Sondergutachten des `Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen` vom Jahr 1995 an, wenn es in einem Ausblick (für die Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung des Jahres 2000) anstrebt, Erkrankungen vermeidbar zu machen, Vorsorgemaßnahmen wirksam einzusetzen und unnötige Kosten zu dämpfen. Genauso wie medizinisch-technische Voraussetzungen geschaffen und wirtschaftliche Aspekte bedacht werden müssen, sollte der Verbraucher seine private Leistung erbringen und mit seiner Gesundheit nicht leichtfertig umgehen. Das heißt, die gesamte Gesundheitsmentalität müsste überdacht werden. Primär kann dabei frühestmöglich die Erziehung von Kindern und Jugendlichen in Familie und anderen Institutionen ansetzen, die Erwachsenen sollen das Verhalten begreifen und vorleben, so dass ein gesundheitsfördernder Grundsatz verinnerlicht und weitergetragen werden kann. Prävention sollte nicht als Vermeidungstaktik gesehen werden, sondern als positive Verhaltensweise und stärkende Kraft, welche das Bejahen von Widersprüchen im Lebensverlauf mit einschließt.

Betont man die private Seite der Gesundheitsbildung, stellt sich die Frage nach Eigenverantwortung und Motivation; welche individuellen Werte und Leitsätze lassen sich aktivieren, um einem Menschen die `Selbstsorge` nahe zu legen, um gesundheitlich einen Zustand von Wohlfühl und Leistungsfähigkeit zu erreichen?

#### **Der Begriff der Tugenden im Sinne individueller und gesellschaftlicher Motivation**

Der Erziehungs- und Geisteswissenschaftler Micha Brumlik erinnert an menschliche Verhaltensdispositionen, die sich unter dem Begriff der `Tugenden` fassen lassen. (Zitat): „Tugenden lassen sich - unabhängig davon, ob man das klassische Gespann von Gerechtigkeit, Mut, Klugheit, Besonnenheit sowie Glaube, Liebe und Hoffnung oder einen anderen Kanon in Betracht zieht – als das Ensemble jener individuellen Verhaltensdisposition analysieren, deren Zusammenspiel ein befriedigendes menschliches Leben verheißt. In der antiken Philosophie bezeichnete der Begriff Tugend (griechisch `Ärete`, lateinisch `virtus`) ganz allgemein die spezifische Leistungsfähigkeit oder Tauglichkeit – heute sprechen wir von Funktionalität – von Dingen, Organen, Menschen oder auch Handlungen, von der Tauglichkeit des Leibes, eines Nutztieres, der Dienlichkeit argumentativer Praxis, ja sogar von Diebstählen.“

„Bei Aristoteles erst wird Tugend zum Begriff für eine spezifisch menschliche Eigenschaft, zu einer anthropologischen Kategorie. Vor allem stehen die so ausgewiesenen menschlichen Fähigkeiten für ihn immer im Horizont der Frage nach dem Glück.“ (Brumlik, M.: "Bildung und Glück. Versuch einer Theorie der Tugenden." Berlin Wien: Philo Verlagsgesellschaft 2002. S. 14.)

In dieser Verwendung meint Tugend nicht eine moralisierende gesellschaftliche Wertevermittlung, sondern umreißt Handlungskompetenzen und Schlüsselqualifikationen, um gemeinsam die Bedingungen für ein glückliches Leben in Angriff nehmen zu können. Nach Brumliks Ansicht hat dies zur Folge, dass ein Allgemeinwohl ebenso pädagogisch wie politisch die Vorstellung von Lebensglück und Wohlergehen des Einzelnen beinhalten müsse. Nur das spannungsreiche Miteinander von Individuum und Gemeinschaft könne ein Streben nach Glück, Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit ermöglichen. Eine universalistische, abstrakte Ethik, welche als moralische Haltung den Forderungen nach Recht und Wohlergehen nachginge, ohne den Menschen konkrete Verhaltensvorschriften aufzuzwingen, könne auch Erziehern, Lehrern, Pädagogen und Therapeuten als Grundlage eines Erziehungs- oder Bildungsprozesses dienen (vgl. Brumlik, M.: "Bildung und Glück. Versuch einer Theorie der Tugenden." Berlin Wien: Philo Verlagsgesellschaft 2002. S. 22-23.).

Pädagogik und psychosoziale Wissensvermittlung solle, laut Brumlik, Verantwortung einüben und ausüben, deren Reichweite im Einzelfall zu klären bleibe. Er weist auf die Bandbreite von permissiven und autoritären Erziehungsstilen hin und stellt klar, dass eine zeitgemäße Erziehung im Wesentlichen im Aushandeln von Bedürfnissen und im Verzicht auf Gehorsam bestehe. Im Sinne einer `Werteerziehung` seien Werte der persönlichen Lebensführung, Werte des öffentlichen Zusammenlebens, faktische, legale und legitime Werte zu unterscheiden. Brumlik zieht die Konsequenz, dass (Zitat): „in komplexen, ausdifferenzierten und pluralistischen Gesellschaften mit konkreten Werten allein nicht auszukommen ist und es mindestens so sehr prinzipieller, eher abstrakter Haltungen und Einstellungen bedarf, etwa der Fähigkeit der Reflexion, zur Distanz, zum hypothetischen Denken – Eigenschaften, die ich vorläufig als `Tugenden` bezeichnen möchte.“

(Brumlik, M.: "Bildung und Glück. Versuch einer Theorie der Tugenden." Berlin Wien: Philo Verlagsgesellschaft 2002. S. 27.)

Damit benennt er individuelle Lernziele und die Aufgabenstellung der Eigenverantwortlichkeit und beruft sich auf Rousseaus pädagogische Anthropologie von Tugenden und Selbstliebe, eines angeborenen Egozentrismus (in seiner `natürlichen Form` als Selbstliebe – amour de soi – und in seiner `denaturierten` Erscheinung als Eigenliebe – amour propre – bezeichnet), welcher geistige und moralische Interessen auf das Wohl der Seele, des Selbst abstimmte. Ein `gesundes Maß` an Eigeninteresse solle in Theorien von Moral, Gerechtigkeit und Bildung also grundsätzlich vorkommen. Micha Brumlik betont (Zitat): „Dass es in der Erwachsenenbildung vor allem darum geht, die Zumutung des gesellschaftlichen Umfelds für den erwachsenen Menschen zu sehen, ist der oft übersehene existentialistische Kern der neuen Theorie der Erwachsenenbildung. Sie zielt auf eine Theorie des Lebenslaufs, die jene Haltung analysiert, die es Menschen ermöglicht, den Kontingenzen des Lebens in der Moderne zu entsprechen, also auf jene Kompetenzen und Performanzen, die zu einer angemessenen `Realitäts- und Identitätsarbeit` führen können.“ (Brumlik, M.: "Bildung und Glück. Versuch einer Theorie der Tugenden." Berlin Wien: Philo Verlagsgesellschaft 2002. S. 42.)

So entsteht ein formaler Rahmen für eine Vorstellung von `gelungenem Leben` und bemühter Lebensführung, welches die Forderung von Anerkennung der Subjektivität in Sozialisations- und Bildungsprozessen nach sich zieht. Pädagogische Bildung sieht sich vor eine reale Herausforderung gestellt, Glück und Wohlbefinden für den Einzelnen zu ermöglichen und für universale Gerechtigkeit und Solidarität einzutreten.

Micha Brumlik erfragt die Pflichten des Menschen seiner selbst gegenüber – ob wir aufgrund der eigenen Suche nach Sinnhaftigkeit unseres Lebens und Tuns dazu verpflichtet seien, jene Bedingungen zu schaffen, die unserem Handeln erst Sinn verleihen könnten. Bedingt sich dadurch ebenfalls eine Pflicht zur Glückssuche? (vgl. Brumlik, M.: "Advokatorische Ethik. Zur Legitimation pädagogischer Eingriffe." Kritische Texte. Böllert, K. et al. Bielefeld: KT-Verlag 1992. S. 74-77.)

Lebensglück, Zufriedenheit und tiefe Freude seien Empfindungen, welche den Menschen meist als spontanes, müheloses Ereignis widerfahren würden. Zustände, die nicht aufgrund absehbarer Handlungen verlässlich einträten. Glück, Heilsein, Ganzheitlichkeit, Sinnhaftigkeit und Aufgehobensein werde in der Wahrnehmung vieler Menschen eher als zufällig erlebt, führt Brumlik an. Dazu möchte ich ergänzen, dass in bestimmten kulturellen, religiösen und philosophischen Anschauungen aber auch Ursache-Wirkungs-Prinzipien für das Zustandekommen bestimmter Bedingungen und Folgen als verantwortlich gesehen werden können, welche die Eigenverantwortlichkeit der Person nicht ausschließen, sich gerade in diese Wirkungskreise zu stellen oder sich neue Auswege aus der zustande gekommenen Situation zu suchen.

Laut Brumlik trage die Erwartung des Glücks die Gewissheit über ein mögliches Scheitern bereits in sich. Auch meiner Ansicht nach ist so ein sensibles Gebilde wie Lebensglück weder vorhersagbar oder erzwingbar, das Streben nach Glück kann aber individuell auf vielfältige Weise umgesetzt werden. Bestimmt doch letztendlich jeder Mensch seine Definition von Glücksempfinden, Heilerfahrung und Lebenszufriedenheit, fasst jeder seine Blickwinkel enger oder weiter, benötigt Gelassenheit oder Anstrengung zur Annäherung an seine selbstgesteckten Ziele. Auch die zeitliche Dimension von Glückserfahrung, grundlegender Zufriedenheit oder gesundheitlicher Stabilität ist abhängig von subjektiver Wahrnehmung und gedanklicher Einordnung im Nachhinein. (Dauert ein Glücksmoment über das Erleben hinaus an, ist er abrufbar, kann er in einer völlig anderen Situation wieder abgerufen werden? Ist der Mensch in der Lage, sich in einer tieftraurigen Situation der Vergänglichkeit bewusst zu werden, Gedanken kommen und gehen lassen, sich selbst Positives vor Augen führen? Dies sind meiner Meinung nach Dispositionen der geistigen Fähigkeit eines Menschen, welche in einem lebenslangen Prozess erweitert und geübt werden können.

Der Erziehungswissenschaftler Micha Brumlik bemerkt zur Reflexion von Glückserleben und Lebensfreude (Zitat): „Im Unterschied zur Lust ist ein Glück ohne Reflexion nicht denkbar! ... Jeder als glücklich empfundene Augenblick wird stets vor dem Hintergrund des ganzen bereits gelebten Lebens als glücklich interpretiert wie auch umgekehrt ein ganzes Leben immer auch aus seinen einzelnen Augenblicken, Situationen, Kontexten und Momenten heraus konstruiert werden wird, ohne indessen lediglich die Summe dieser einzelnen Erfahrungen zu sein.“

(Brumlik, M.: "Advokatorische Ethik. Zur Legitimation pädagogischer Eingriffe." Kritische Texte. Böllert, K. et al. Bielefeld: KT-Verlag 1992. S. 76.)

Die Begriffe Glück und Lebensfreude tragen ein Paradoxon in sich, wie ein fernöstlicher Sinnspruch verdeutlicht: „Glück ist ein Gut, welches sich verdoppelt, wenn man es teilt.“, sie beinhalten also eine Vermehrung des guten Gefühls und der Zufriedenheit durch ein Geben und nicht durch ein Nehmen. Ebenso kann sich der paradoxe Umstand ergeben, dass ein Mensch mit einer `lebenskünstlerischen` Haltung auch im Krankheitsfalle Gutes erkennen und positive Aspekte aufgreifen kann, eine Schwierigkeit annehmen, sie in seinem Bewusstsein wandeln, mit motivierenden Erlebnissen von Lebenskraft und Zuversicht verknüpfen und zumindest eine geistige Heilung oder Genesung erstreben kann, und in der Sichtweise handeln, dass er nicht neue Probleme bekommt, sondern Krisen angeht oder bewältigt und dadurch zumindest einen Teil der vorhandenen Schwierigkeiten aus dem Weg räumt.

Eigenantrieb zur `Selbstsorge` und einem gesundheitsbefürwortenden Lebensstil kann entstehen durch moralische Überzeugung, Anreize zur Luststeigerung und Qualitätsgewinn, aus dem Vertreten von Eigeninteressen, aus Vernunft, Sittlichkeit oder Handeln aus allgemeingültigen normativen Prinzipien mit Furcht vor Beschämung, Missachtung, Bestrafung oder gesellschaftlichem Ausschluss. Die Dispositionen zur Handlungsbereitschaft werden gesellschaftlich mitbestimmt, doch im Endeffekt individuell bewertet und situativ gewählt.

### **3.6. Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsbildung**

#### **Grundprobleme der Gesundheitsbildung aufgrund ihrer historischen Entwicklung**

Die Gesundheitserziehung bewegte sich im Lauf der Jahrhunderte zwischen Lebenskunst und Krisenmanagement; abhängig von religiös-philosophischen Bedingungen, von Naturgesetzen, von den Spezialisten, die sich überhaupt mit dem Thema beschäftigen konnten; wie z. B. im Mittelalter die Philosophen, Geistlichen und Gelehrten eher auch als Heilkundige angesehen waren. Gesundheitsfürsorge bedeutete im Altertum neben der Gesunderhaltung eine Erhöhung der Lebensqualität - eine Verbesserung und Pflege der Gesundheit von Körper und Geist durch pädagogische Unterweisung. Natürlich beschränkte sich diese Fürsorge und Bildung vor allem auf die privilegierte Oberschicht und blieb eher individuumszentriert. Motivation und Inhalt der Gesundheitsbildung änderten sich dann deutlich mit der Hinwendung an eine breitere aufzuklärende Masse der Bevölkerung.

Gesundheitsschutz wurde verknüpft mit ökonomischen, politisch-militärischen Gesichtspunkten, denn das Interesse an der Gesunderhaltung der Bürger diente auch den Leistungs- und Wehransprüchen des Staates. Waren Arbeits- und Kampfeinsatzfähigkeit gewährleistet, galt der Staat als gesichert. Man betrieb also unpersönliche Gesundheitserziehung zum Wohl der Bevölkerungsmasse, aber diese richtete sich nach Verwertungsmöglichkeit von Leistung und Körperkraft und nicht nach persönlicher Steigerung der Lebensqualität und Einzelbildung. Erst langsam entwickelte sich aus einer reagierenden, krankheitsverhindernden Gesundheitserziehung eine positive Gesundheitsbildung mit dem Ziel einer gesünderen Lebensweise der Menschen.

Der Misstand, dass primäre Gesundheitsbildung seit der Aufklärungsepoche oftmals nur als `verlängerter Arm der kurativen Medizin` funktioniert, lässt sich u.a. auf ökonomische und wirtschaftliche Zwänge zurückführen, die einseitige Orientierung an Arbeits- und Leistungsfähigkeit fordern. Ebenso auf die Förderung eines Spezialistentums und die Entwicklungen der Pharmakologie und Apparatedizin, welche nach einer Art "Lebensexier-Auffassung" (nach Paracelsus) den Anschein geben, der Klient nehme eine passive Rolle in der Krankheitsbekämpfung ein.

Auch führt die zunehmende spezialisierte, mikroprozessuale Teilgebetsforschung dazu, dass nicht integrativ und interdisziplinär im Sinne der Gesundheitsbildung gearbeitet werden kann, sondern eher reduktionistisch-manipulierbar vorgegangen wird, ohne den Gesamtkontext zu überblicken. Zergliederte Wissenschafts- und Weltbildauffassungen erschweren eine gesamt-informative Aufklärung.

Aus soziologischer Sicht hinterfragen Christa Schulz und Manfred Max Wambach den Begriff der Prävention im Hinblick auf Früherkennungsmöglichkeiten und Konzepten zum Risikoverhalten. In ihrem Sammelband „Der Mensch als Risiko.“ sprechen sie neueste Methoden und wissenschaftlich-technische Voraussetzungen zur Früherkennung von Gefährdungen an, welche den Menschen als ein `Paket an Risikofaktoren` ausweisen würden (Zitat): „Eine Fülle von Institutionen und Disziplinen haben das Konzept des Risikos bzw. der Risikofaktoren übernommen und arbeiten oder jonglieren mit ihm. Addiert man ganz naiv deren `Erkenntnisse`, so gelangt man zu dem Schluß, daß der Mensch, der – angeblich zu seinem höchstpersönlichen Nutz und Frommen – als Gegenstand dieser Forschungen und Ausforschungen erhalten muß, aufgrund all der nunmehr `wissenschaftlich` festgestellten unberechenbaren, normwidrigen, abweichenden, sich selbst und andere gefährdenden Verhaltensweisen, die er wider jede, ihm von der Aufklärung noch unterstellte Vernunft von der Wiege bis zur Bahre produziert, nur noch in Gestalt eines wandelnden Risikos adäquat erfassbar ist.“

(Wambach, M.M. (Hrsg.) „Der Mensch als Risiko.“ Frankfurt, Suhrkamp 1983. S.8-9.)

Das Risikofaktorenkonzept entlaste den praktischen medizinischen Bereich, da seine Methodik versuche, somatische, psychische oder soziale `Fehlentwicklungen` im Keim zu ersticken. An die Stelle der in Kontakt mit den Patienten diagnostizierten manifesten Krankheit trete die potentielle Krankheit als statisch virtuelles, als prognostizierbares, kalkulierbares und eventuell vermeidbares Faktum. Das medizinische Risikofaktorenmodell erlaube bei immer weitläufigerer Datenerfassung eine Ausweitung auf polizeiliche Bereiche, wie z. B. Fahndungen. Gesellschaftlich stelle sich die Frage, wie mit diagnostizierten `Risikogruppen` umgegangen werden müsse, wie die Subjekt-Funktion in fortgeschrittenen Industriegesellschaften gehandhabt werde und welche Eingriffe in die Persönlichkeitssphäre der Menschen anhand entsprechender `Screenings` (Erfassungen und Durchleuchtungen) möglich würden. Die Autoren gehen in ihren Überlegungen sogar soweit, in einem `Dunkelfeld` von Bestrebungen für soziale Chancengleichheit und Risikofaktorenerfassung ein wissenschaftlich legitimes System der Sortierung, Selektion und Platzierung der Menschen, ihrer zusätzlichen Diskriminierung oder Privilegierung erkennen zu wollen. Sie fordern die Entwicklung eines Reflexionspotenzials, um die Logik und Konsequenz von Sozialtechniken zu überprüfen, die in das gesamte menschliche Leben eindringen wollten.



## **Gefährliche Fixierung auf den Zustand von Gesundheit und Vitalität**

Aus dem Blickwinkel seines Arbeitsfeldes Psychiatrie und Medizinethik vertritt Klaus Dörner den kritischen Standpunkt, dass allein schon die Frage nach der Gesundheit diese zerstören könne, wie das für ähnlich sensible Gebilde wie Vertrauen, Liebe, Gnade oder auch das Schlafbedürfnis oder das Sättigungsgefühl gelte. (vgl. Dörner, K.: „In der Fortschrittsfalle. Leiden an der Gesundheit.“ In: Deutsches Ärzteblatt. Themen der Zeit. Heft 38. Herausgeber: Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern) und Kassenärztliche Bundesvereinigung 2002. B 2104 – B 2108. und Dörner, K.: „Die allmähliche Umwandlung aller Gesunden in Kranke. Warum die Gesundheitsgesellschaft ihre Vitalität verliert.“ Frankfurter Rundschau. Druck- und Verlagshaus Frankfurt a.M. 2002.)

Auch könne sich eine paradoxe Situation ergeben: je mehr man für seine Gesundheit tue, umso weniger gesund könne man sich fühlen. Mit dieser Ansicht beruft sich Dörner auf den von Gadamer geprägten Begriff der `Selbstvergessenheit` von Gesundheit. Als Gesundheitsfalle könne sich, laut Dörner, eine hypochondrische Überaufmerksamkeit auf das Selbst ergeben; Gesundheit könne für einen Stoff gehalten werden, von dem man immer mehr bekommen wolle oder zum höchsten Ziel des Lebens und der Gesellschaft erklärt werden, so als ob jeder ein einzuklagendes Recht auf Gesundheit besitze. Dörner nennt Forschungsergebnisse, die besagen, dass mit zunehmenden schmerztherapeutischen Verfahren die Zahl der Schmerzpatienten ansteige, wie gerade Therapieerfolge ein Recht auf Schmerzfreiheit fordern ließen. Schmerzen würden dadurch intensiver erlebt und nicht mehr nur als aushaltbare Beeinträchtigung empfunden oder als natürliches Warnsignal des Körpers begriffen. Er beklagt auch den Verlust des Leidensdruckes, Schmerzes oder Störgefühls als Quelle kreativer Schaffensprozesse und die Begierde nach absoluter Schmerzfreiheit. Klaus Dörner stellt einen enormen Zuwachs an Krankheitslastigkeit in Form von Ess-Störungen, Schlafstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen, unerfülltem Kinderwunsch oder Schönheitsmängeln fest und bezeichnet die Verschiebung vom Gesunden zum Kranken als `Devitalisierung`.

Ebenfalls macht er auf das Top-Down-Prinzip der Medizin aufmerksam, wenn z.B. des größeren Marktes wegen bei geringer Intensität der Krankheit ein stärkeres Medikament verordnet wird (wenn für eine leichte Beeinträchtigung, wie einer Erkältung, ein Antibiotikum verschrieben wird). Es könne leicht geschehen, dass aus der gesunden Bevölkerungsgruppe eine noch-nicht-krank gemacht werde. Andererseits würden auch Pflegebedürftige, Behinderte, Alte und Altersverwirrte sowie Sterbende aus der vitalen Gesellschaft ausgegrenzt und unsichtbar gemacht werden.

Für chronisch Kranke fordert der Arzt und Psychiater eine biografische Begleitung durch Mediziner und Pflegepersonal. Er beklagt, dass auf dem wirtschaftlichen Markt Gesundheit zur Dienstleistung und somit zur Ware deklariert werde, dass sachlich nicht notwendige Spezialisierungen entstünden, unreife Produkte den Gesundheitsmarkt überschwemmten und die medizinischen Einrichtungen verstärkt auf Gewinnmaximierung durch Leistungsexpansion ausgerichtet sein könnten.

Klaus Dörner befürchtet auch, dass ambulante Hilfsangebote eher mit Nachteilen bestraft würden, dass große Profite im stationären Bereich von Krankenhäusern, Heimen und Rehabilitationsreinrichtungen locken können, was die Maxime `ambulant vor stationär` entwapfen könnte. Es würden auch immer neue Marktnischen für Krankheitszuschreibungen entdeckt, z. B. der falsche Umgang mit Angst.

Aus den USA führt er das Beispiel Depression an, wonach in einer Art Rasterfahndung nach Depressiven von 1987 – 1997 die Zahl der als depressiv Behandelten von 1,7 auf 6,3 Millionen Menschen anstieg, laut Dörners Meinung aufgrund suggestiver Aufklärungskampagnen und aggressiver Werbung für Antidepressiva.

Ebenso weist er auf den Anspruch der Psychotherapie hin, möglichst alle traumatisierten Erlebnisse wegtherapieren zu können, wobei öffentlichkeitswirksame Aufmerksamkeitsfixierung, medienträchtige Berichterstattung und Diskussionen von Krisen (Amokläufen, Flugzeugunglücken etc.) ein Bewältigen und Vergessen in Stille unmöglich machten.

Dörner greift auch den präventiven Gesundheitsmarkt an, nennt ein Überangebot von Wellnessprodukten, Fitnessangeboten, Trainingsstätten, Ernährungsplänen und gesundheitsfördernden Freizeitangeboten, welches aber ohne Sozialisierungsarbeit und Integration in die biografische Alltagswelt der Menschen nur äußerlich bleiben könne. Es fehle ebenfalls an einem Gleichgewicht zwischen Entlastung und Belastung – die Entlastungshilfen in Medizin, Technik und Industrie hätten den körperlichen Bewegungsraum und anstrengende Alltagsbetätigungen eingeschränkt und würden damit Folgeschäden wie z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen unterstützen.

### **Grenzen der Aufklärungskampagnen und das richtige Maß der Prävention**

Auf dem deutschen Gesundheitsmarkt findet sich eine variantenreiche Vermittlung von Werbebotschaften: unsere Aufmerksamkeit wird im Alltag an verschiedensten Orten auf das Thema `Prävention` gelenkt, sei es auf der Autobahn, im Vorbeifahren an Werbeplakaten zur Temporeduzierung (Prävention im Verkehrsleben), durch Werbespots für Vitaminpräparate in Funk und Fernsehen (Prävention im Bereich Ernährung), mit Kampagnen zur Raucherentwöhnung oder Aufklärung zu Alkoholmissbrauch (Prävention vor körperlichen Schäden durch Risikofaktoren Tabakwaren und Alkohol), durch jugendlich `coole` Spots für Kondome in der Kinowerbung (HIV-Aufklärungskampagnen), durch Flyer in der Haushaltspost, die neue Fitness-Studios bewerben (Prävention im Bereich körperlicher Kondition) oder auch durch Plakatwerbung in der Fußgängerzone für Sonnenschutzmittel (Prävention zum Thema Hautkrebs). Die Vorgehensweise kann sehr differenziert angelegt sein, es können Warnungen ausgesprochen, Aufklärung und Information betrieben, Risikofaktoren direkt bekämpft werden oder man bewirbt besondere Produkte als Gegenmaßnahme und Schutzfaktor-Erhöhung.

Ebenso kann auch die Art der Präsentation variieren, von humorvoll gestalteten TV-Spots, witzigen Werbeslogans, eindrücklich gedrehten jugendlichen (auf die Zielgruppe in Wort und Bild abgestimmten) Trailern bis hin zu `entgleisten` Schock- und Negativkampagnen, wie ich sie selbst in der internationalen Cannes-Rolle preisgekrönter Werbespots erlebt habe. Unter anderem blieb mir ein skandinavischer, mit dem Tod kokettierender Anti-Raucher-Spot in Erinnerung, in der ein Zigarettequalmendes Skelett mit einem Baby auf dem Arm dieses grinsend anpustete.

Mit einem Schockeffekt sollte wohl ebenso ein Plakat der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention arbeiten, welches einen Sensenmann zeigt, der ein schreiendes Kind vom Spielplatz aus der Sonne reißt, mit den Worten: „Holen Sie Ihr Kind aus der Sonne, bevor es jemand anderes tut.“



**Plakat 1:** Werbung der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention

Foto: Johannes Hüsing / Quelle: Hüsing, J.; Stang, A.: "Mit der Sense zur Vernunft bringen?" In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 100, Heft 38. Herausgeber: Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern) und Kassenärztliche Bundesvereinigung 2003. B 2020.

Im Deutschen Ärzteblatt weisen die Mediziner Johannes Hüsing und Andreas Stang darauf hin, dass dieses negativ-Plakat in eine weitreichende Werbestrategie zur Vermeidung von Hautkrebsrisiken ([www.unsererahut.de](http://www.unsererahut.de)) eingebettet sei, deren andere Werbemittel subtiler gestaltet seien. Dieses Motiv verfehle jedoch neben der geschmacklich fraglichen Darstellung auch den Informationsgehalt, da es suggeriere, dass Melanome schon im Kindesalter auftreten würden. Nach Aussage der beiden Ärzte könnten Melanome jedoch erst im Erwachsenenalter auftreten, unabhängig davon, wann die Kinder aus der Sonne geholt würden. Zu begrüßen seien hingegen Kampagnen wie „Sonne mit Verstand“, die nicht mit grundsätzlicher Vermeidung des Sonnengenusses, sondern auf einen maßvollen Umgang zielten. Auch seien Thesen zur Vermeidung und Beschränkung im Bedarfsfalls abzuwägen. Johannes Hüsing und Andreas Stang beziehen sich z. B. auf Vitamineinnahmen, welche generell zahlreiche physiologische Funktionen erleichtern und unterstützen könnten, aber ebenfalls in der Schwangerschaft beim heranwachsenden Kind einen Neuralrohrdefekt verursachen könnten. Sonnenlicht fördere die Entstehung von Melanomen, aber sei auch für die Produktion des körpereigenen Vitamins D zuständig, auch hier gebe es also doppelte Wirkungsweisen, so dass man nicht pauschal etwas verordnen oder verbieten dürfe.

Die beiden Mediziner betonen (Zitat): „Wir waren schon einmal weiter: Die Aids-Aufklärung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wurde schon vor 15 Jahren nicht mit Gevatter Hein und dem Ruf nach Enthaltbarkeit und Treue betrieben, sondern mit Ingolf Lück als schüchternem Supermarktkunden. Dem der Lebensfreude eher förderlichen Verhalten, ob Spiele im Freien oder Sex, können Regeln zur Seite gestellt werden, die schützen, ohne das Vergnügen zu trüben.“ (Hüsing, J.; Stang, A.: „Mit der Sense zur Vernunft bringen?“ In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 100, Heft 38. Herausgeber: Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern) und Kassenärztliche Bundesvereinigung 2003. B 2020.)

### **3.7. Zeitgemäße integrative Gesundheitsbildung**

Befand sich die Gesundheitsförderung der letzten Jahrzehnte im Umbruch: weg von der Erziehung, hin zur mündigen Gesundheitsbildung, stellt sich die Frage für die heutige Pädagogik, nach welchen Bezugssystemen und normativen Wertvorstellungen die Gesundheitsförderung ausgeführt werden kann. Die Anforderungen an ein Konzept für pädagogische Gesundheitsbildung sind bildungsbezogener und medizinisch-aufklärender / gesundheitsorientierter Art; wobei als Grundlage ein allgemeines Bildungsverständnis der Bevölkerung vorausgesetzt werden muss, das Bildung als ein notwendiges, lebenslanges Lernen anerkennt, welches dazu führen soll, dass Selbsthilfe, Eigenverantwortlichkeit und Sinnfindung in einer freiheitlich-demokratischen Gesellschaft erreicht werden kann. Den normativen Bezugsrahmen hierzu bildet der sogenannte Grundwertekatalog oder wie Weber anführt: die Orientierung am "demokratischen Ethos" und die Heranbildung von "verantwortlicher Mündigkeit" (vgl.: Weber, E. "Erziehungsstile." Donauwörth 1978. S. 63.).

Der anthropologische Ansatz sieht den Menschen als eine freie und verantwortliche Person, die sich im Spannungsfeld von Individualität und Vergesellschaftung bewegt und die demokratischen Grundwerte der Menschenwürde, Freiheit und Gleichberechtigung genießt. Diese Grundwerte schließen mit ein: die Respektierung der Persönlichkeit eines Menschen, die Anerkennung seiner Würde und Freiheit, das Recht auf individuelle Selbstentfaltung und Lebensgestaltung (soweit die Rechte anderer geschützt bleiben) und die Beschränkung der Herrschaft und Regierungsmacht auf ein notwendiges Minimum. Den Menschen sollen gleiche Chancen in ihrer Lebensgestaltung zuteil werden (nach ihren persönlichen Fähigkeiten), ihre materielle und geistige Lebensqualität zum Interesse der Gemeinschaft soll vom Staat unterstützt und gefördert werden. Die moralischen Leitvorstellungen beinhalten auch das Recht auf Selbstkontrolle und Selbstbeherrschung, Mitverantwortung und Beteiligung an der Erhaltung und Förderung des Allgemeinwohls. (vgl. ebenso das Kapitel „Zur Lust an der Sünde“ In: Verres, R.: „Die Kunst zu leben. Krebsrisiko und Psyche.“ München, Piper 1991. und das Kapitel „Skizze einer Theorie des Lasters“ In: Brumlik, M.: „Bildung und Glück. Versuch einer Theorie der Tugenden.“ Berlin Wien: Philo Verlagsgesellschaft 2002.)

Micha Brumlik bringt die Begriffe von Laster und Sünde oder Sucht in Zusammenhang mit einem Verstoß gegen die Selbstsorge, einem Verlust der Selbstkontrolle, aber nicht der Selbstachtung. Verliert ein Mensch die Souveränität sich selbst gegenüber, wird er meist von dem ihn umgebenden Lebensfeld missbilligt, bestraft, gedanklich verurteilt oder mit Ausschluss geahndet, was zu Schuld- und Schamgefühlen führen kann.

Brumlik erinnert an Rousseau, der mit seinem 1762 erschienenen Erziehungsroman `Emile` ein Programm der negativen Erziehung entwarf, welches dem zu Erziehenden zunehmend Autonomie zutraute. Rousseau strebte nach Erreichung von Würde, einer Gefühlsbildung, die gemeinsame Freiheiten und Tugenden ermöglichte und wollte subjektiv reflektierende Lernprozesse auf affektiver Basis erreichen. Dahingegen postulierte z. B. Marquis de Sade einen völlig anderen Tugendkatalog: 1795 forderte er in seiner moralphilosophischen Schrift `Philosophie im Boudoir` ein Verlernen von Vorurteilen, die fälschlicherweise als natürliche Affekte galten, wie das Schamgefühl. Er hielt an zu Sittenlosigkeit, Unmoral und Begierde und kultivierte alle selbstbezogenen Bedürfnisse und eine Theorie des widerspruchsfreien lasterhaften Lebens. (vgl. Brumlik, M.: "Bildung und Glück. Versuch einer Theorie der Tugenden." Berlin Wien: Philo Verlagsgesellschaft 2002. S. 60-64.)

Rousseau erkannte, weiterführender als de Sade, die Widersprüchlichkeiten im Seelenleben real an, verband die Idee einer individuellen Gefühlsbildung mit dem Streben nach Gemeinwohl und Nächstenliebe und erhoffte sich eine Neubestimmung der Tugenden. Diesen Gedanken unterstreicht Micha Brumlik (Zitat): „Wenn eine derartige Theorie ethischer Bildung in Form einer `éducation sentimentale`, wie sie Rousseau und Kant nahe legten, zeitgemäß reformiert werden soll, kommt es zunächst darauf an, die moralische Bedeutung der Gefühle zu entfalten.“ (Brumlik, M.: "Bildung und Glück. Versuch einer Theorie der Tugenden." Berlin Wien: Philo Verlagsgesellschaft 2002. S. 64.)

Den Erziehungszielen und Grundwerten sollte also der Leitsatz der Menschenwürde und Toleranz zugrunde liegen, welche sich in langen kulturellen Wachstumsprozessen herausgebildet haben. Er garantiert dem mündigen Bürger mit Erreichen der Volljährigkeit, nicht mehr `erzogen` zu werden, sondern die Freiheit wahrnehmen zu können, sich selbst mit eigenem Bestreben nach Sinnfindung und Verantwortlichkeit mit Hilfe angebotener Orientierungswerte weiter zu bilden. Natürlich darf das wahrgenommene Grundrecht auf Selbstentfaltung (Art. 21 GG) nicht den Rahmen des Grundkonsenses sprengen.

**Zusammenfassend können folgende Merkmale der Gesundheitsbildung festgestellt werden:**

- ❖ Gesundheitsbildung verläuft als dynamischer Prozess, ist mit individuellem und sozialem Wandel verbunden und durchzieht alle Lebensalter und Gesundheitsniveaus.
- ❖ Gesundheitsbildung widmet sich der `Einheit Mensch`, erkennt die Verbindung von Geist und Körper an und zielt auf eine gute oder zu verbessernde Lebensqualität. Diese erreicht der Mensch mit Hilfe der Gesundheitsförderung aktiv und selbstbestimmt, wobei er lernt, auch eigene Ressourcen wahrzunehmen und einzusetzen.
- ❖ Gesundheitsbildung unterstützt auch die Entfaltung menschlich-individueller Potenziale, die im Rahmen gesellschaftlicher Werteorientierung genutzt werden sollen. Mündigkeit und Mitverantwortung in gesundheitlichen Bereichen sind ein Gewinn für die Gestaltung der Gesellschaft.

### **3.8. Verschiedene Wirkbereiche und konzeptuelle Richtungen der Gesundheitsbildung**

Neuere Wege der Gesundheitsbildung, die im Laufe der letzten Jahre geschaffen wurden, versuchen gegen den Exklusivismus der heutigen Medizin anzutreten und beachten fünf große Bereiche, von denen die Gesundheit abhängt: den körperlichen, seelischen, transzendenten (religiösen), sozialen und ökologischen Bereich. Zwar verknüpft schon die Psychosomatik die körperlichen und seelischen Phänomene miteinander, die Sozialmedizin bezieht soziosomatische Umweltfaktoren in die Betrachtung einer Erkrankung mit ein, und aufgrund des wachsenden Umweltbewusstseins untersucht die Umweltmedizin die ausschlaggebenden Faktoren der Mensch-Natur-Beziehung. Doch gibt es noch nicht viele konsequente Ansätze, die versuchen, alle genannten fünf Bereiche in ihr Konzept zu integrieren.

Dorthin zielende Bestrebungen sind zu erkennen in z. B. der Integrativen psychosomatischen Medizin (vgl.: Uexküll, T.v.; Adler, R. (Hrsg.): "Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik." Stuttgart New York 1992. Und: Tress, W.; Junkert, B.: "Psychosomatische Medizin zwischen Naturwissenschaft und Geisteswissenschaft - tertium non datur?" PpM 42. 1992. S. 400-407. Und: Bertram, W.: "Integrierte Psychosomatische Medizin. Bilanz einer Entwicklung." In: Uexküll, T.v.; Adler, R. (Hrsg.): "Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik." Stuttgart New York 1992. S. 3-15.). Diese versucht, den Dualismus `körperlose Seele - seelenloser Körper` zu überwinden und ebenfalls die soziale Situation kranker Menschen zu berücksichtigen.

Die integrative `Public Health` Bewegung, eine anglo-amerikanische Initiative, hat es sich zum Ziel gemacht, die Bevölkerung besser gesundheitlich aufzuklären und aktiv weiterzubilden. Das etablierte Gesundheitssystem (in Krankenkassen, Betrieben, Gewerkschaften etc.) soll eine ansprechbare Kontaktstelle für die Bürger darstellen, und gemeinsam sollen Umweltbedingungen verbessert und Lebensqualität erhalten und gesteigert werden. Man versucht, die Zahl der Krankheitsbilder zu verringern (vgl.: Laaser, U., Wolters, P.; Kaufmann, F.X. (Hrsg.): "Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung. Aktuelle Modelle für eine Public-Health-Ausbildung in der Bundesrepublik Deutschland." Berlin / Heidelberg / New York 1990. Und: Kickbusch, I.: "Aktionsmöglichkeiten der Gesundheitsförderung." In: Trojan, A.; Stumm, B. (Hrsg.): "Gesundheit fördern statt kontrollieren. Eine Absage an den Mustermenschen." Frankfurt 1992.S. 96-116.).

Auch gibt es Ansätze, welche die bisher zu stark theoretische, individuum-zentrierte Gesundheitserziehung auf eine aktive, gesellschaftspolitische Gesundheitsförderung im Sinne Antonovskys Salutogenese ausweiten möchte: der Bürger trägt Eigenverantwortung gegenüber seiner Gesundheit und bezieht psychosoziale wie ökologische Umweltbedingungen in sein Gesundheitskonzept mit ein (vgl.: Ottawa-Charta 1986 und Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V. (Hrsg.): "40 Jahre Gesundheitserziehung in der Bundesrepublik Deutschland. Rückblick - Ausblick - Perspektiven." Bonn 1989.).

Klaus Hurrelmann und Bernhard Bandura beschreiben zwei Konzepte der Gesundheitsförderung – Gesundheitsbildung durch Verhaltensmodifikation sowie die Vorgehensweise der Arbeits- und Organisationsgestaltung - `Gesundheitsbildung durch Strukturgestaltung`, welche sich gegenseitig nicht ausschließen, aber jeweils andere Akzente setzen würden. Sie verweisen auf die notwendige Organisationsentwicklung durch Projektmanagement, welche in der Gesundheitsförderung in Großbetrieben, Schulen und Krankenhäusern eingesetzt werden könne und nennen die Entwicklungen der `Gesunde-Städte-Projekte` der WHO.

Ebenso beziehen sie sich auf beispielhafte betriebliche Gesundheitspolitik, Personalpflege und Organisationsentwicklung in mittelständischen Betrieben, Handwerksberufen, Umweltsparten und Unternehmerwelten. Sie zeigen Pflegereformpläne auf und schlagen Stationsreorganisationen im Klinikbereich vor. Im Bereich der integrativen Gesundheitsförderung an Schulen und Bildungseinrichtungen regen sie zu Innovationen und Selbsterneuerungen, Lehrerverkooperation und Schulklimaverbesserung an, welche Veränderungsprozesse in der Vermittlung von Gesundheitsförderung in geschlossenen Systemen nach sich ziehen könnten.

(Zur weiterführenden Literatur verweise ich auf:

Pelikan, J.M.; Demmer, H.; Hurrelmann, K.: „Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen.“ Weinheim München: Juventa Verlag 1993. Sowie:

Altgeld, T.; Laser, I.; Walter, U. (Hrsg.): „Gesundheitsfördernde Handlungskonzepte und gesellschaftliche Hemmnisse.“ Weinheim München: Juventa Verlag 1997.)

### **3.9. Formulierung einer transdisziplinären Gesundheitsbildung anhand von Lebensmerkmalen**

Die Prinzipien des Lebens vereinen seit den Anfängen der Menschheitsgeschichte die Inhalte von Wachstum, Fortpflanzung und Bewegung in sich; seit der biologischen Erkenntnisse des letzten Jahrhunderts auch die genaueren Merkmale: Stoffwechsel, Reizbarkeit und Vererbung. Doch allein mit der Beschreibung der biologischen Voraussetzungen für Leben ist die Definition noch nicht erfüllt, es fehlen die transdisziplinären Kriterien, die über eine organische Basis hinaus einen Lebens- und damit auch Gesundheitsbegriff für Pflanzen, Tiere, Menschen und Ökosysteme schaffen können. So nennt Piaget die Aequilibration (die ständige Gleichgewichtsbildung) durch Akkommodation (Anpassung des Organismus an die Umwelt) und Assimilation (Anpassung der Umwelt an den Organismus) als wichtige Prinzipien des Lebendigen in Psyche und Physis (vgl.: Piaget, J.: "Die Äquilibration der kognitiven Strukturen." Stuttgart 1976.).

Maturana und Varela sehen die Autopoiesis (Selbstmachbarkeit) als das wichtigste Lebensmerkmal an, da sich das Selbst durch Abgrenzung erst einmal konstituiert (mit Hilfe von Biomembranen etwa), dann selbst steuert (Selbstregulation) und sich dann selbst fortpflanzt (Selbstproduktion). Diese drei Entwicklungsschritte beinhaltet die Autopoiesis, welche nicht nur als biologisches Prinzip angewendet werden kann (vgl.: Maturana, H.R.; Varela, F.J.: "Der Baum der Erkenntnis." Bern München Wien 1984.).

Das wesentlichste Lebensprinzip kann aber auch definiert werden, als die Entstehung und systematische Weitergabe von Information, wie es Küppers beschreibt (vgl.: Küppers, B.O.: "Der Ursprung biologischer Informationen." München 1986.), oder die Eigenschaft eines Systems, sich komplex zu organisieren, wie Nicolis und Prigione annehmen (vgl.: Nicolis, G.; Prigione, J.: "Die Erforschung des Komplexen. Auf dem Weg zu einem neuen Verständnis der Naturwissenschaften." München 1987.).

Die Basis des Lebens lässt sich auch mit dem Prinzip der Ordnung-Chaos-Polarität bilden, wie Cramer es bezeichnet: als "**deterministisches Chaos**" (Cramer, F.: "Chaos und Ordnung. Die komplexe Struktur des Lebendigen." Stuttgart 1988.). In diesen Begriffszuordnungen zu Prinzipien des Lebens sind biologische, psychologische wie soziologische Überlegungen enthalten, jedenfalls unterliegen sie dem ständigen Suchen nach Gleichgewichtsbildung.

Um nicht reduktionistisch die Merkmale des Lebendigen zu bestimmen, sondern einen Gesamtansatz (materiell und immateriell / physisch und psychosozial) zu finden, sollten zwölf Lebensprinzipien (nach Schaefer, Gerhard: "Balanceakt Gesundheit. Die Kunst, richtig zu leben." Darmstadt 1998. S. 69.) Erwähnung finden, die transdisziplinär die konzeptionelle Basis bilden, um aus den Lebensmerkmalen einen Gesundheitsbegriff formulieren zu können, der inklusiv, positiv und dynamisch ist.

Ein Prinzip kennzeichnet alle Vorstellungen vom Lebendigen - das Polaritätsprinzip, welches das `sowohl / als auch` des Lebens einschließt. Jedes lebende System bewegt sich zwischen zwei extremen Polen, die beide in ihrem Vorkommen anerkannt werden müssen; nur so ist Austarieren zwischen beiden möglich, um sich ungefähr (und immer flexibel) bei einer Mitte einzupendeln.

### **Prinzipien der Lebensgestaltung**

(nach Schaefer, Gerhard: "Balanceakt Gesundheit. Die Kunst, richtig zu leben." Darmstadt 1998. S. 69.)

#### 1. Das Polaritätsprinzip: Einheit / Gegensätzlichkeit

Die Überwindung von Gegensätzlichkeiten in einer Einheit, das `dialektische Prinzip` ist eine binäre Angelegenheit - es strebt einerseits nach Zielgerichtetheit / Finalität, und zwar zum Extrempol, andererseits zu einer Integration, dem Zusammenschluss von Teilen zu einem Ganzen. Aufgesucht wird der `point between`, um ein Lebensgleichgewicht zu erreichen.

#### 2. Das Verwandlungsprinzip: Veränderung / Konstanz

Aktive Verwandlungsprozesse bedingen materielle Umgestaltungen (z. B. den Stoffwechsel), die sich dann wieder in einem Zustand relativer Konservierung einrichten. Fixierung und Festlegung (z. B. die Speicherspeicherung und Formhaltung) sind die entgegengesetzten Komponenten zur Wandelung.

#### 3. Das Ordnungsprinzip: Ordnung / Chaos

Leben schafft aktiv Ordnung, aber auch Zerstörung, Unordnung, Chaos, woraus dann wieder neue Ordnung entstehen kann (durch Umwandlung, siehe 2. Prinzip).

#### 4. Das Autonomieprinzip: Innensteuerung / Außensteuerung

Leben ist autonom gegenüber seiner Umwelt, ist aber doch ein Teil dieser und tauscht sich mit ihr aus. Selbststeuerung und interne Rückkopplung stehen scheinbar der Fremdsteuerung gegenüber - sie bedingen sich gegenseitig nach dem `kybernetischen Lebensprinzip`.

#### 5. Das Abgrenzungsprinzip: Grenzöffnung / Grenzschießung

Lebendiges hat die Eigenschaft, sich in Teilbereichen offen abzugrenzen (z. B. die Kompartimentierung im organischen Bereich: durchlässige Kammerung durch Membrane). Die Grenzen können je nach Bedarf verändert, ausgeweitet oder zurückgenommen werden.



#### 6. Das Komplexitätsprinzip: Verflechtung / Entflechtung

Lebende Phänomene können sich miteinander vernetzen oder diese Vernetzung wieder aufheben - Zellen, Gewebe, Individuen oder ganze Gruppen von Personen sind in der Lage, Zusammenschlüsse herzustellen oder sich und andere wieder aktiv zu isolieren.

#### 7. Das Variabilitätsprinzip: Variabilität / Uniformität

Leben kann sich unterschiedlich und variabel zeigen, aber auch gegengesteuerte Prozesse sind möglich: Vereinheitlichung oder Uniformierung (z. B. durch menschliche Modeerscheinungen) sowie Monotonisierung (z. B. durch genetische Festlegung von Reaktionsnormen) können durchaus lebensnotwendige oder -erleichternde Funktionen haben. Allerdings führt die ständige Variationsmöglichkeit von Strukturen und Prozessen zur besonderen Individualität und Einzigartigkeit eines jeden Organismus.

#### 8. Das Adaptionsprinzip: Anpassung / Beharrung

Leben ist gezielte Veränderung (= eine Erweiterung des Punktes 7: nicht nur blinde Variation). Die Veränderung kann von außen, umweltbeeinflusst stattfinden oder durch aktives Selbstangleichen. Dieses Anpassen an die Umwelt zielt genauso auf die Selbsterhaltung eines Organismus, wie dessen Verweigerung der Angleichung. Zielgerichtete Modifikation und auffälliger Widerstand gegen Änderungen wechseln sich je nach Notwendigkeit für das Überleben eines Organismus ab.

#### 9. Das Bewegungsprinzip: Bewegung / Ruhe

Lebewesen entscheiden über aktives Bewegen mit eigenen Impulsen und Energien sowie über aktives Aufsuchen von Ruhesituationen. Spannung und Entspannung müssen nicht äußerlich erkennbar sein, sie bestehen abwechselnd neben- und nacheinander.

#### 10. Das semantische Prinzip: Bedeutungsbildung / Bedeutungsabbau

Was in biologisch-medizinischen Lehrbüchern in Form von `Translation`, `Transmitter`, `Transfer-RNA` ... auftaucht, in der Ethologie mit `Schlüsselreiz`, `Kommunikation`, in der Physiologie mit `Reiz` und `Hormon` zusammenhängt, beinhaltet immer das gleiche Grundprinzip: die Deutung von Zeichen durch Zuordnung eines Zeichensystems. Bedeutungen können gebildet, umgebildet oder wieder aufgehoben werden.

#### 11. Das Informationsprinzip: Reproduktion / Extinktion

Leben existiert durch bestimmte Grundinformationen (z. B. genetische Codes), welche die Voraussetzungen für jegliche Identität stellen, daher ist das Kopieren von Information ein lebenswichtiger Mechanismus. Auch das aktive Löschen von Information gehört zum Vorgang des Lebens - beide Prozesse beruhen auf der Grundeigenschaft der Information, aus dem Nichts entstehen zu können und sich wieder in Nichts aufzulösen - einer physikalischen Substanzlosigkeit.

## 12. Das Bewertungsprinzip: Prioritätensetzung /Prioritätenänderung

Lebewesen beurteilen Situationen und gewichten sie unterschiedlich. Die Verschiedenwertigkeit der Dinge und Vorgänge bedingt das Verhalten der Lebewesen, sie können aber auch Situationen wertfrei betrachten, indifferent-neutral sein.

Dass diese Prinzipien den Menschen unterschiedlichster Kulturen schon seit Jahrtausenden bekannt sind und die heutige ganzheitliche Gesundheitsbildung auf altes Menschheitswissen zurückgreift, welches im Laufe der Zeit verloren schien, zeigt z. B. eine Übersetzung der sieben Wahrheitsprinzipien einer ca. 5000 Jahre alten ägyptischen Quelle, des Kybalions. Ägypten und Griechenland sind Wiegen europäischer Welterkenntnis und menschlicher Selbsterkenntnis; vielleicht können wir ja heute doch etwas von den geistigen Konzepten und seelischen Grundlagen lernen. Eine der wesentlichsten tradierten Quellen abendländischer Weisheit ist die sogenannte hermetische Wissenschaft. Das Wort hermetisch ist abgeleitet von Ihrem Stifter Thot (in Ägypten), der in Griechenland Hermes genannt wurde.

Diese Quintessenz einer intensiven mystischen Welterkenntnis, die uns teilweise heute wieder sehr zeitgemäß und modern anmutet, wurde ursprünglich nur von Mund zu Ohr weitergegeben, um sie vor Missbrauch zu schützen. Sie wurde später im sogenannten Kybalion aufgeschrieben. Das Kybalion beschreibt eine fundamentale Selbsterkenntnis, die gleichzeitig Welterkenntnis ist, und die in sieben hermetischen Prinzipien dargelegt wird. (Zitat aus dem Kybalion): ["Es gibt sieben Prinzipien der Wahrheit. Der diese kennt mit vollem Verständnis, besitzt den magischen Schlüssel, bei dessen Berührung sich alle Tore des Tempels öffnen"](#).

- Das Prinzip der Geistigkeit

"Das All ist Geist, das Universum ist geistig."

- Das Prinzip der Entsprechung (Analogie)

"Wie oben so unten, wie unten so oben um das Gesetz des Ureinen zu bezeugen."

- Das Prinzip der Schwingung

"Nichts ist in Ruhe, alles bewegt sich (im Herzen des Ureinen in der furchteinflößenden Magie des Rhythmus), alles ist in Schwingung."

- Das Prinzip der Polarität

"Alles ist zweifach, alles hat zwei Pole, alles hat sein Paar von Gegensätzlichkeiten; Gegensätze sind identisch in der Natur, nur verschieden im Grad."

- Das Prinzip des Rhythmus

"Alles fließt aus und ein, alles hat seine Gezeiten. Das Maß des Schwunges des Pendels nach rechts ist das Maß des Schwunges nach links. Rhythmus kompensiert."

- Das Prinzip der Ursache und Wirkung

"Jede Ursache hat ihre Wirkung, jede Wirkung ihre Ursache; alles geschieht gesetzmäßig; Zufall ist nur der Name für ein unbekanntes Gesetz."

- Das Prinzip des Weiblichen und des Männlichen

"Alles hat weibliche und männliche Prinzipien, die sich auf allen Ebenen offenbaren."

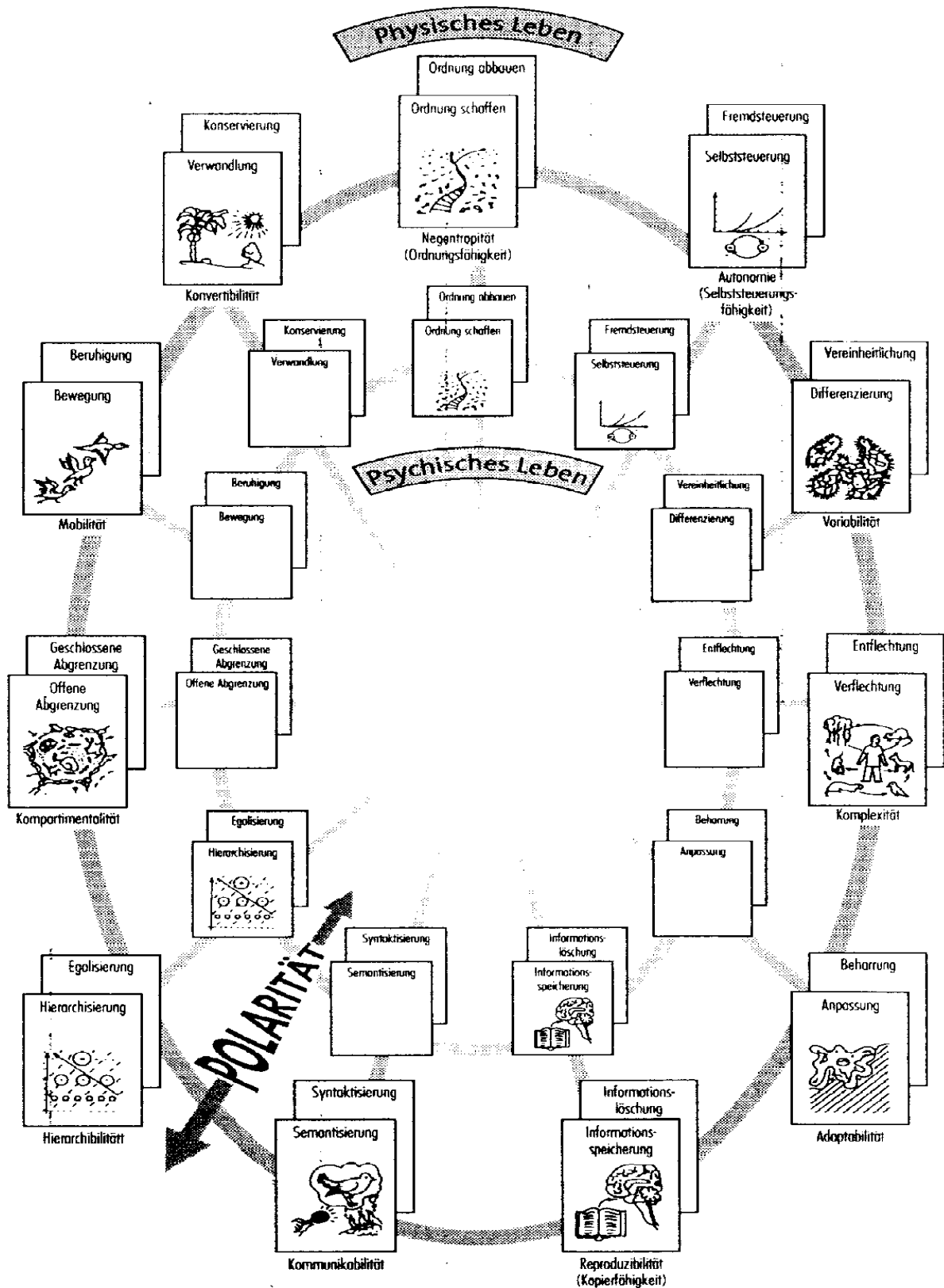
(Internetquelle: [www.home.t-online.de/home/Guenter.Stock/kybal.htm](http://www.home.t-online.de/home/Guenter.Stock/kybal.htm))

Wie kann man nun jahrtausendaltes Wissen für heutige Lebensprinzipien nutzen? Die dargestellten Prinzipien finden sich seit den Anfängen der Evolution in allen biologischen Systemen, in der menschlichen Psyche und in sozialen und ökologischen Systemen. Der Prozess des Lebens wird verständlich als eine dynamische, sensible Kraft, die positiv situationsangemessen ihre Polaritäten richtig gewichtet und weder erstarrte Ordnung noch ungesteuertes Chaos wählt. Diese Bestimmung des im Moment richtigen `point between` kann nur von einem Organismus oder Individuum selbst durchgeführt werden, deshalb bedeutet Gesundheitsbildung eine Form von Bedürfnisschulung - ein Hören auf die `innere Stimme`, die ein Warnmechanismus ist, die jedes Lebewesen in sich trägt.

Der `Balanceakt Gesundheit` gelingt nur durch ein ständiges Beobachten und Abwägen der polaren Kräfte im psychischen, physischen und sozialen Leben, welche Gerhard Schaefer benennt als:

- Autonomie (Selbststeuerungsfähigkeit)
- Variabilität
- Komplexität
- Adaptabilität
- Reproduzierbarkeit (Kopierbarkeit)
- Kommunikabilität
- Hierarchibilität
- Kompartimentalität
- Mobilität
- Konvertibilität
- Negentropität (Ordnungsfähigkeit) (stammt von „negative Entropie“)

Schaubild 2: Die polaren Lebensprinzipien des Menschen in verschiedenen Erlebisebenen



(entnommen aus: Schaefer, Gerhard: "Balanceakt Gesundheit. Die Kunst, richtig zu leben." Darmstadt 1998. S. 69.)

### **3.10. Gesundheitsbildende und -unterstützende Bereiche: Ernährung, Bewegung, Schlaf- und Freizeitverhalten, Kleidung, seelisch-geistige Verfassung u.a.**

#### **Ausgewogene Ernährung**

Wie erklärt, produziert ein `zu viel oder zu wenig - Zustand` ein körperliches Ungleichgewicht, Unwohlsein oder Krankheit, wobei geordnete biologisch-chemische Reaktionen im Körper für die Stabilität und Konstanz sorgen, indem sie eine Art innere Uhr des Organismus bilden. Aber auch die chaotischen Reaktionen sind für den Organismus überlebenswichtig - sie halten ihn flexibel und adaptionsfähig nach dem Prinzip `trial and error` und bewahren die Kreativität und Weiterentwicklungsmöglichkeit. Regelmäßigkeit und Störung des Gleichgewichts sind zu bedenken, wenn es um den körperlichen Bereich in der Gesundheitsbildung geht; z. B. in Ernährungsfragen. Auch hier gilt das Prinzip des Regelmäßigen und der Ausnahme von dem Gewohnten. Zu beachten sind natürlich unter anderem die Reduzierung von Süßwaren, tierischen Fetten und damit Cholesterin, das einigermaßen regelmäßige Essen eher kleinerer Mengen über den Tag verteilt, keine schwer im Magen liegenden Nahrungsprodukte vor dem Schlafengehen, die Orientierung des Gewichts an ungefähren Sollwerten, um den Körper weder Mangelerscheinungen bei Unterernährung noch Überfettung oder Knochen- und Gelenkproblemen bei Übergewicht auszusetzen.

Jedenfalls sollte eine dynamisch-polar angelegte Gesundheitsförderung nicht generell Verbote und Vermeidungstaktik vermitteln, sondern bei der Entwicklung eines sensiblen, differenzierten Bewusstseins für die eigene Gesunderhaltung helfen. Die Pädagogik kann in der Gesundheitsbildung schon im Vorfeld und Umfeld einsetzen, wenn hinterfragt wird, warum sich manches individuell gestörte Essverhalten überhaupt so entwickeln kann - oftmals werden andere Mangelerscheinungen ausgeglichen durch krankhaftes Überfressen oder Hungern; den meisten Erkrankten fehlt eine soziale oder familiäre Einbindung in das Geschehen - Ausgleich und Förderung in gesellschaftlichen Bereichen könnte die Manifestierung der Essstörung oft verhindern. Pädagogen können hier in allen Berufsfeldern aufmerksam auf Fehlverhalten sein, z. B. wenn Kinder im Kindergarten schon Süßigkeiten in sich hineinstopfen, oder in der Schule die Magersucht eines Schülers offensichtlich ist etc. Einzelne Bereiche der Gesundheitsbildung können nicht isoliert betrachtet werden, sondern müssen von der Pädagogik miteinander verknüpft werden. So ist neben der bewussten Ernährung auch die Bewegung des Menschen mit ausschlaggebend, in welchem körperlichen Bereitschaftszustand sich das Individuum befindet.

#### **Abwechslungsreiche Bewegung**

Das wichtigste Werkzeug der Heilung und Gesunderhaltung liegt in uns selbst und die passende Auslastung und Entlastung durch Sport, Anstrengung und Bewegung ist der Einzelperson überlassen. Generelle Angebote gesellschaftlicher Einrichtungen (Schulsport, Sportvereine, Fitnessclubs, Volkshochschulangebote usw.) können wahrgenommen und durch privates Engagement ergänzt werden. Und da der Mensch leider oft zu Bequemlichkeit neigt, da ihm durch die Hightech-Entwicklungen viele Bemühungen abgenommen werden, sollte er den Gruppenanreiz nutzen, um sich selbst etwas zu disziplinieren und mit Spaß und sozialer Kommunikationsmöglichkeit der Bewegung nachzugehen.

Es ist nicht leicht festzulegen, wann ein Mensch unter Bewegungsmangel bewusst leidet, aber die zunehmende Zahl der Haltungsschäden und Rückenprobleme - gerade bei Jugendlichen - ist ernst zu nehmen. Die Technik hat uns inzwischen fast jede körperlich-anstrengende Bewegung abgenommen, der bequeme und intelligente Mensch hat es geschafft, durch den Wunsch nach Entlastung von körperlichem Kraft- und Energieaufwand Maschinen zu erfinden (industrielle Revolution), die ihn von harter Arbeit entbanden, seine Arbeitszeit verkürzten und ihm mehr Freizeit verschafften. Oft wird diese freie Zeit nicht gerade gesundheitsfördernd genutzt - der Mensch unterhält sich meist passiv durch die gewachsene Vergnügungsindustrie. Seit einigen Jahrzehnten verschafft die Entwicklung der informationsverarbeitenden Maschinen / Computer dem Menschen auch noch Entlastung von gedanklicher Arbeit (Datenspeicherung, -vernetzung, -verarbeitung ...). Die Kommunikation und das logische Denken verlagert sich auf digitale Daten. Insofern sind die Bequemlichkeit, der Erfinderdrang und die ökonomischen gesellschaftlichen Interessen auch schuld an gewissen `Domestikationserscheinungen` des Menschen. Technologische und ökonomische Interessen verknüpfen sich mit psychologischen, biologisch-medizinischen und sozial-politischen Gründen, die eine Degeneration körpereigener Funktionen mit sich bringen. Nicht nur Kinder verbringen ab dem jüngsten Alter oft schon zu viele Stunden vor dem Fernseher oder der Playstation am Computer, es gibt auch in Erwachsenenkreisen das `Bedröhnen` durch TV und PC, Film, Video oder andere Medien, die dabei nicht aktiv-kreativ zur Wissenserweiterung genutzt, sondern meist passiv konsumiert werden.

Schnell kann auch ein Interessenskonflikt von Wirtschaft und Gesundheitsförderung entstehen, der die Reform des Gesundheitswesens behindert. Letztlich stellt sich eine Wertediskussion um die Bedeutung der Gesundheit ein, im Hinblick zum Hang nach Bequemlichkeit, Freizeit, Reisen, Kleidung, Luxusgütern, Feinkost etc. Hier ist die Initiative des Einzelnen gefragt, welchen Verzicht und welche Disziplin er zu Gunsten der eigenen Gesundheit aufbringen kann und will. Oder es macht zumindest ein Eingreifen der Pädagogen erforderlich, wenn es darum geht, Kinder und Jugendliche zu schützen, in deren Familien- und Freundeskreis kein kontrollierendes Beobachten gewährleistet ist. Erwachsene sind aufgrund ihrer Mündigkeit oft noch schwieriger von pädagogischen Maßnahmen zu erreichen, mit ihnen sollte gezielt über Verständnis und Aufklärung gearbeitet werden, um Verhaltensänderungen aus eigener Einsicht bewirken zu können.

### **Entspannungsphasen und Schlaf**

Die Lebenspolarität Bewegung / Ruhe sollte ausgeglichen gestaltet werden, manchmal schlägt aber die Bekämpfung der Trägheit um in das Gegenteil: die körperliche Verausgabung in übertriebenem Leistungssport. Ein richtiges Maß und Geduld sollten dem Sporttreibenden zu eigen sein, er sollte nicht verbissen ohne Freude trainieren. Aufmerksamkeit, Achtung und Liebe dem eigenen Körper gegenüber sind die Grundvoraussetzungen zu einem verantwortlichen Umgang mit sich selbst.

Auch die emotionale Basis spielt eine wichtige Rolle, denn ein mechanisches Abrackern an Fitnessgeräten verhilft nicht zu einer psychischen Gelöstheit; wenn der Körper trainiert wird, sollte die Seele, die Psyche auch nicht zu kurz kommen (Entlastung und Entspannung durch Yoga, Meditation, Qi Gong ...).

Eine besondere Regeneration erfährt der Körper auch durch ein angemessenes Schlafverhalten, der tägliche Rhythmus zwischen Wachen und Schlafen, bewusstem Erleben und zurückgezogenem Traumbewusstsein ist ein Beispiel für das Abgrenzungsprinzip. Im Schlaf ist der Mensch mit sich allein, den Ort und die Zeit des Schlafens wählt er selbst. Es gibt keine allgemein gültigen Regeln über das Schlafverhalten, ungefähres Verhältnis von Wachen und Schlafen ist aber 2 : 1. Jedes Individuum bestimmt je nach Bedürfnis die Mindestmenge an Schlaf, der nicht dem Tag-Nacht-Rhythmus folgen muss. Der Mensch durchläuft die Pole `aktives Wachsein` und `regenerativen Rückzug` nacheinander und erfüllt so das Abgrenzungsprinzip wie das Öffnungsprinzip des Lebens. Schlafen bedeutet hierbei nicht einfach nur das Abtauchen ins Unbewusste aufgrund totaler Erschöpfung, sondern der Körper zeigt rechtzeitig an, dass er nicht mehr funktionieren will und sich vor dem Nicht-mehr-Können regenerieren möchte. Die Durchdringung der beiden Pole Wachsein und Schlafen zeigt sich allerdings auch: jeder kennt den Zustand, wenn der Körper bei alltäglichen Handlungen funktioniert und der Geist aber an ganz andere Dinge denkt. Oder wenn der Mensch `tagträumt`, das heißt, wenn sich sein Bewusstseinsfokus verengt, und er sich geistig auf die Lösung eines Problems konzentriert, während er ohne merkliche Ablenkung Auto fährt. Ebenso kommt es vor, dass der Körper sich in einem völlig ruhig-ausgeglichenen Zustand befindet, alle Funktionen auf das niedrigste, lebenserhaltungsnotwendigste Niveau gedrosselt hat, und der Geist ganz hellwach aktiv ist und nicht zur Ruhe kommen kann. Dieser Koexistenzzustand kann sich auch beim Meditieren oder bei bestimmten Entspannungsübungen einstellen (gewollt oder ungewollt). Eine totale Aufgabe jeglicher Aktivität von Körper oder Geist würde allerdings zum Tode führen, denn auch wenn wir schlafen, arbeiten doch Herz und Lunge etc. in einer umgeschichteten Aktivität weiter. Für den Zeitraum eines Urlaubs, Ferien von der Arbeit und Freizeit sollte eine Art Umschichtung von Aktivität erfolgen, aber keine völlige Aufgabe von Betätigung von heute auf morgen. Nach anstrengenden Arbeitszeiten wird empfohlen, langsam die Beschäftigung in den Freizeitbereich zu verlagern, sonst gleiten Körper und Geist schnell in eine träge Leere.

### **Passende Ausstattung und Kleidung**

Zur Pflege des eigenen Wohlfühls tragen auch Aspekte der Kleidung und des Stylings bei. Was vielleicht modisch-oberflächlich klingt, kann doch einen großen Teil des Körpergefühls mit ausmachen. Denn der Mensch erfüllt hiermit neben dem eigenen Sich-gerne-Haben und Sich-zeigen-Wollen auch soziale Ansprüche der ihn umgebenden Gesellschaft. Kleidung, Frisur, Styling, Mode etc. lassen dem eigenen Präsentationsbedürfnis freien Raum und tragen ihren Teil dazu bei, wie der Mensch sich in einer Gemeinschaft bewegt, ob er sich als dazugehörig oder abgrenzend kennzeichnen möchte. Individualität und Kreativität sind gefragt, obgleich oder vielleicht gerade obwohl sie sich oft im Gegensatz zum gängigen Modediktat befinden. Welche Ansprüche richtet nun der neue Gesundheitsbegriff an die Kleidung? Kann man trennen nach gesunder und ungesunder Art, sich zu kleiden? Sicher dient Kleidung heute nicht mehr allein dem Abgrenzungs- und Schutzprinzip des Lebewesens zur Umwelt; Wärmeregulation, Luftdurchlässigkeit, Schutz vor äußerlichen Verletzungen, Stützung der Organe, Förderung der Haltung etc. sind bestimmt natürliche und erwünschte Aufgaben der Kleidung, doch dazu kommt die Signalwirkung der eigenen Person, die Deutung und Bewertung zulässt.

Auf jeden Fall sollte natürlich keine gesundheitsbeeinträchtigende Mode unterstützt werden, wenn man bedenkt, welche Damenschuhmode mit hohen Absätzen Wirbelsäulenschäden, Beckenschiefstand oder ein Umknicken des Fußes zur Folge haben kann, oder wie bauch- und rückenfreie Oberbekleidung leicht eine Nierenentzündung oder Zugbeschwerden nach sich ziehen kann. Wieder gilt allerdings, dass keine Verbote aufgestellt oder grundsätzliche Vermeidungsvorschriften postuliert werden können, denn die Person sollte je nach Bedarf selbst entscheiden, was zu welcher Zeit ein verträgliches Outfit darstellt.

### **Eigenengagement und Freude an der Gesunderhaltung**

Auch im Bereich des Seelischen - im Denken, Fühlen und Wollen - muss die Gesundheitsbildung den Menschen erreichen. Die kognitive Ebene, das Wissen und Nachdenken über Gesundheit, ermöglicht dem Einzelnen, die Chance zu nutzen, zu begreifen, wie wichtig es ist, sich um die eigene Gesunderhaltung zu kümmern; natürlich stellt sich durch das Wissen allein nicht das richtige Handeln gleichermaßen ein. Das Denken unterliegt aber den Lebenspolen Verwandlung, Ordnung, Chaos, Variabilität, Flexibilität, Autonomie, Anpassung und einem Suchen nach dem Gleichgewicht und muss durch ein Fühlen, Erspüren und Wollen, Streben nach Erreichen bestimmter Ziele ergänzt werden. Wie bei dem Ansatz der Lebensprinzipien geht es hier auch um Komplexität und Abgrenzung; alle drei Bereiche sollten nach Bedarf gewichtet werden und dürfen nicht isoliert eingesetzt werden.

**Das Gesundheitstrigon:**  
**Die drei kognitiven Kräfte (Denken, Fühlen, Wollen)**  
**müssen gemeinsam wirken, denn:**

Wollen ohne Denken führt zu blindem Aktionismus,  
Denken ohne Wollen zu kluger Handlungsunfähigkeit,  
Fühlen ohne Denken führt zur Verworrenheit des Gemüts,  
Denken ohne Fühlen zu geistiger Kälte.  
Fühlen ohne Wollen führt dazu, sich treiben zu lassen,  
Wollen ohne Fühlen zu Härte und Brutalität.

(nach: Schaefer, Gerhard: "Balanceakt Gesundheit. Die Kunst, richtig zu leben." Darmstadt 1998. S. 131.)

Aus Bequemlichkeit neigt der Mensch leicht dazu, nur einer Seite des `Gesundheits-Trigons des menschlichen Bewusstseins` (Denken, Fühlen, Wollen) isoliert nachzugeben, so dass er Gefahr laufen kann, sich nur in ein Denken und Tagträumen zurückzuziehen, die Realität aus den Augen zu verlieren und sich nicht einem verantwortlichen Handeln zu stellen. Oder vielleicht strebt manche Person oft blind voller Tatendrang nach Erreichbarkeit eines egoistischen Ziels, ohne Mitgefühl für Mitmenschen, ohne die Konsequenzen des eigenen forschen Handelns zu berücksichtigen.



Was hilft einem Menschen dabei, für die eigene und gesellschaftliche Gesundheit Sorge zu tragen? Sicher hilft ihm ein grundlegendes Wissen über notwendige Voraussetzungen zur Gesunderhaltung, aber nicht als steriles Fachlatein, sondern als anwendungspraktisches Wissen, welches mit Natürlichkeit, Freude, Sensibilität und Bewusstsein im Alltag umgesetzt werden kann. Dafür ergeben sich in der Schule viele Möglichkeiten: im Sportunterricht, in Kunst, Musik, Geographie, Gemeinschaftskunde usw. - zu oft läuft das Lernprogramm in der Schule als isolierte Kopfarbeit ab, zu wenig sind Gespür und Körperbewusstsein am Lernen beteiligt. Dabei arbeitet die bewusste wie unbewusste Wahrnehmung im täglichen Leben an allen Lern- und Verstehensprozessen mit.

### **Die psychische Komponente - inneres Gleichgewicht**

Der Anteil des seelischen Wohlbefindens darf in der Gesundheitsbildung nicht unterschätzt werden; wie schon C.G. Jung in seinem 'Eisberg-Modell' veranschaulicht, ist oftmals nur ein kleiner Teil des seelischen Befindens von außen erkennbar (wie die Spitze des Eisbergs aus dem Wasser emporragt), doch die gesamten Ausmaße der psychischen Bedingungen sind meist verborgen (wie sich der Großteil des Eisberges fast 5/6 unter Wasser befindet). Insofern versteht unser bewusstes Ich, welches im Alltag souverän reagieren und handeln muss, oft nicht, welche unbewussten Verdrängungen, Neurosen, Psychosen usw. es dabei beeinflussen oder behindern. Hier versuchen die Erkenntnisse der psychosomatischen Medizin den Menschen in seinem gesamten seelisch-geistigen wie körperlichen Dasein zu erspüren und in die gesamte Therapie miteinzubeziehen (vgl. Uexküll, T.v.: "Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin." 4. Aufl. München Wien Baltimore 1990. Und: Uexküll, T.v.; Adler, R. (Hrsg.): "Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik." Stuttgart New York 1992.).

Das gestörte innere Gleichgewicht kann in einem Menschen Ängste, Unsicherheit, Fehlreaktionen und Beklemmungen hervorrufen, die sich zu psychosomatischen Beschwerden manifestieren können; einzelne Organe oder die Psyche sind nicht trennbar vom gesamten Organismus, sondern wirken gegenseitig aufeinander ein und können sich bei Erkrankung in Mitleidenschaft ziehen. Unbewusste Abwehrmechanismen erlauben zeitweise Verdrängung von Problemen in seelische Tiefen, die dort allerdings nicht durchlebt und beseitigt werden, sondern sich anreichern und das Selbstkonzept und seelische Gleichgewicht erheblich stören können. Die Gesundheit stärken kann aber nur eine nicht in sich gesplante Psyche; so selbstverständlich innere psychische Polaritäten bestehen, sollten Bewusstes und Unbewusstes als zusammengehörig begriffen werden und 'Tag- und Nachtseite', Wachen und Träumen, weibliche und männliche Anteile, kollektives und persönliches Bewusstsein etc. akzeptiert werden. Selbstbeobachtung, Selbstentdeckung und das Achten auf die Sprache des eigenen Körpers sind der persönliche Beitrag zur Gesundheitsförderung.

### **Sinnfindung und Bewusstheit**

In die Überlegungen zu den Dimensionen der Gesundheit kann auch eine transzendente Ebene einbezogen werden: religiöse Aspekte oder der Glaube an einen Sinn, eine Erlösung, an die Nächstenliebe oder moralisch-ethische Grundsätze können dem Menschen helfen, einen positiv-heilenden Kraftschub zu mobilisieren oder auch das Leiden in umfassende Sinnzusammenhänge zu integrieren.

In allen Kulturen nehmen Menschen ihre Umwelt mit Gedanken, Ahnungen und Gefühlen wahr und stellen sie und sich selbst immer wieder neu in Frage - der Mensch erlebt sich so als ein transzendentes Wesen und setzt sich in Bezug zu einem `Etwas`, einem Gott, einem Weltengeist, zu der Natur oder etwas Immateriellen, Geistigen, Zeitlosen, Raumlosen etc. Die Vorstellung einer Bindung oder Rückführung eines Individuums an eine große Existenz oder Macht kann den Einzelnen aus der Einsamkeit lösen; die Suche nach dem Sinn und der Versuch der Erklärung einer Lebenskrise trägt etwas Heilendes in sich; der Glaube an ewige Gesetzmäßigkeiten, Kreisläufe, Erlösungen und einen Frieden der Seele unterstützt die Person im Umgang mit momentanen Behinderungen, langfristigen Erkrankungen und dem Sterben. Wissenschaft und Glaube treffen zusammen und können gemeinsam an Heilungs- und Gesundheitsprozessen wirksam werden.

### **Soziales Netz und Familie**

Auch die soziale Anbindung eines Menschen in einer Gemeinschaft und Gesellschaft ist ein wichtiger gesundheitsförderlicher Punkt. Ist die Gesellschaft eher ein rationaler Zweckverband, der gemeinsame Ziele verfolgt und von seinen Gründern `gemacht` wird, so muss eine Gemeinschaft erst richtig wachsen - sie umfasst Menschen, deren Denken, Fühlen, Wünschen oder Verhalten aufeinander abgestimmt ist. Gemeinschaft und Gesellschaft, in welchen Zusammensetzungen oder Größen auch immer, sind Systeme, in denen auch Gesundheit, Vertrauen, Wohlgefühl herrschen sollte, sonst kann sich die Missstimmung auf die einzelnen Mitglieder übertragen (z. B. ist ein stressiges Betriebsklima im Beruf leicht der Auslöser persönlicher Überforderung und Erkrankung). Ebenso ist das System Familie ein bestimmender Gesundheitsfaktor. Beruhend auf einem biologisch-genetischen Wachstumsvorgang ist sie eine Gemeinschaft, die ungeheure Nähe und Intimität bieten kann. Eine intakte Familie ermöglicht die gesunde Form des Zusammenlebens der Generationen, Zusammenhalt, Sicherheit, seelische Entlastung und Verwurzelung und fördert die Entwicklung eines stabilen Selbstbildes des Individuums. Familien und kleine Gemeinschaften können in ihrem Zusammenwirken selbst kranke einzelne Mitglieder tragen - nicht jedes Individuum muss gesund sein, damit die Gemeinschaft insgesamt funktioniert: es gibt durchaus gesunde Familien, in deren Mitte ein Behinderter, ein Schwerkranker oder gebrechlicher alter Mensch bis zu seinem Tode leben kann. Dieses gegenseitige Unterstützen und Mittragen ist die Kraft und Macht der persönlichen Verbindung, die damit sogar die Gesamtgesellschaft sozial entlastet.

Das tradierte Idealbild eines gesunden Familienverbandes ist in der heutigen westlichen hochtechnisierten Welt nicht allzu oft vertreten: ein Drittel aller geschlossenen Ehen werden geschieden, immer mehr Mütter oder Väter sind alleinerziehend, oder zerrüttete Ehen werden z. B. nur aufgrund der Kinder oder der wirtschaftlichen Lage aufrechterhalten. Das engste Gemeinschaftsleben ist in den Grundfesten erschüttert, wenn man Scheidungswaisen, Heimkinder oder Adoptionsfälle berücksichtigt und erkennt, wie viele Erwachsene sich nicht mehr den Rückhalt für ihr tägliches Leben und Arbeiten im Kreise einer intakten Familie holen können. Ist die Gesellschaft erkrankt oder beinhalten diese Störungen einer normativen Vorstellung von Familie und Gemeinschaft auch neue Lebensstile und Patchwork-Modelle? Wie zuvor beschrieben, entsteht Krankheit als Folge eines lang andauernden verschobenen Gleichgewichts zwischen zwei Polen, und extreme Störungen in den Kleinsystemen Familie und Gemeinschaft verändern das Gesamtbild Gesellschaft.

Kann in Familie und Freundeskreis schon nicht mehr das nötige Gleichgewicht hergestellt werden und bleibt die Harmonisierung zu einem Ganzen aus, tragen die Familien- und Gruppenmitglieder die ungelösten Konflikte oder empfundenen Störungen in ihre Betätigungsfelder mit hinaus (Schule, Arbeit, Freizeitbereiche etc.). Damit können sie wiederum die Gesundheit der anderen Systeme trüben. Manchmal gelingt allerdings ein Ausgleich in den Systemen untereinander: Stress im Beruf, Abreagieren im Freizeitbereich, dadurch keine Auswirkung auf den Familienfrieden usw.

Die westliche Zivilisationsgesellschaft erkrankt möglicherweise an folgenden Faktoren: an dem übertriebenen Individualismus, der privaten Entfaltung auf Kosten des Gemeinschaftslebens, an dem inneren Rückzug (seelisch-geistige Emigration in Vorstellungswelten wie TV, Video, PC und Internet) und an der Verweigerung des Austausches mit den Familien- und Gemeinschaftsmitgliedern sowie der mangelnden Zeit für gemeinsame Erlebnisse und Gespräche.

Auch sollte man hinterfragen, was passieren kann, wenn man selbst nicht mehr in der Lage ist, zu entscheiden, ob man in einem menschlich würdigen Grundzustand lebt, z. B. im Falle mentaler Einschränkungen? Sind soziale Dienste legitimiert, für ein gesundes, glückliches Leben Sorge tragen zu können? Wenn wir uns ein Verbleiben in einem positiv empfundenen Lebenszustand wünschen, ihn aber geistig nicht mehr selbst mitbestimmen können, überantworten wir meist Familie und Angehörigen eine Entscheidung zur angemessenen Unterbringung, durch die eine vernünftige und sorgetragende Betreuung gewährleistet werden soll. Micha Brumlik sieht dies als gerechtfertigt, indem er anführt (Zitat): „Das prinzipiell nicht dispensierbare Interesse an meiner eigenverantwortlichen vernünftigen Lebensführung, die auch noch die zeitweise aussetzende Aufgabe vernünftigen Lebens regelt, impliziert sowohl ein Interesse daran, in ein vernünftiges Leben eingeführt zu werden (Bildung und Emanzipation), als auch ein Interesse daran, zu einem vernünftigen Leben gegebenenfalls zurückgeführt zu werden (Therapie oder Rehabilitation).“ (Brumlik, M.: „Advokatorische Ethik. Zur Legitimation pädagogischer Eingriffe.“ Kritische Texte. Böllert, K. et al. Bielefeld: KT-Verlag 1992. S. 246.)

Der Erziehungswissenschaftler Micha Brumlik betont das Interesse an der bestmöglichen Aufrechterhaltung seelischer und körperlicher Integrität, auch in Umständen der `Nicht-Vernünftigkeit`, welches die Einführung ebenso wie die Rückführung zu Zuständen vitaler Lebensteilnahme ermöglichen sollte. Sofern soziale Dienste als der Bildung, der Therapie, der Schmerzentlastung oder Rehabilitation und der Pflege dienen, resultierten sie aus einem Interesse der Vernunft an sich selbst und seien damit gerechtfertigt. Das Eindringen der Institutionen sozialer Kontrolle in die alltägliche Lebenswelt sollte immer im jeweiligen Ermessensspielraum des Einzelfalls überprüft werden.

## **Arbeitsplatzbedingungen**

Dies gilt auch für den Bereich Arbeitsplatz, an dem die Menschen ein Großteil ihrer Zeit verbringen: auch hier sollte durch ein gutes Zusammenarbeiten und menschliche Arbeitsbedingungen ein Gleichgewicht zu Wettbewerb, Erfolgsstreben und Konkurrenzdenken geschaffen werden. Wichtig ist, dass sich die Arbeitenden mit ihrer Aufgabe identifizieren oder einen Sinn in ihrem Beruf sehen können, sonst ist der Einzelne nur ein funktionierendes Rad in der Maschinerie des Betriebs und sich selbst entfremdet. Gut durchdachte physiologische und psychologische Bedingungen, Motivation, Selbsterfüllung, soziales Prestige, angemessene Entlohnung und die Hoffnung auf Verbesserung der Lebensqualität sind auch hier wieder die Grundvoraussetzungen für einen gesunden Bereich der Gesellschaft.

## **Das politische System – Außenstrukturen**

Die politische Ebene über den Systemen Familie, Gemeinschaft und Betrieb bildet der Staat, der die Gesellschaft repräsentiert und (im Idealfall) vom Volk konstruiert ist. Da Staat und Regierung aber gemachte Systeme sind (nicht gewachsene, wie das Volk), erscheint er manchen Bürgern nicht als natürlich, sondern aufgesetzt, fremd, unverständlich, was sie gegen staatliche Bestimmungen revoltieren lässt. Ein gesunder Staat kann sich nur etablieren in der fortdauernden Auseinandersetzung mit den Bürgern und Instanzen, und nur ein Zusammenwirken und Integrieren aller Teilbereiche kann ein ausgeglichenes Gefüge schaffen. Bevor ein Staat und eine Gesellschaft grundlegend erkranken, gibt es jedoch viele Ansatzmöglichkeiten der Gesunderhaltung und -bildung, wobei Kompromissbildungen, Respektieren unterschiedlicher Meinungspole und ein Hoffen und Wollen der Beteiligten, einen gesunden flexiblen Zustand des Daseins zu finden, nötig sind.

*Da nun aktuell im Sommer 2003 die zur politischen Diskussion stehende Gesundheitsreform alle Nutzer und Belieferer des Gesundheitsmarktes betrifft, möchte ich die grundsätzlichen Änderungsvorschläge (Stand August 2003) im **Anhang 3** festhalten, anhand der Dokumentation der Ärzte-Zeitung und der Presse-Nachrichten folgende Auswirkungen der Gesundheitsreform zu Informationszwecken wiedergeben, aber nicht ausführend auf die jeweiligen Punkte im Diskurs eingehen.*

Momentaner Stand (August 2003) der Einigung über eine gemeinsame Gesundheitsreform von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) und Unions-Verhandlungsführer Horst Seehofer (CDU), in Absprache mit CDU-Chefin Angela Merkel und Bundeskanzler Gerhard Schröder (SPD), ist der Entwurf eines Gesetzespaketes, welches bei Zustimmung der Koalitions- und der Unionsparteien im September 2003 in den Bundestag eingebracht wird und nach Verabschiedung der Zustimmung des Bundesrates bedarf, um Gesetzesgültigkeit zum 1.1.2004 zu erlangen.

**Stichworte:**

**Auswirkungen der Gesundheitsreform / Ziele der Gesundheitsbildung / Professionalisierung und Ausbildung / Erwachsenenbildung / Rahmenplan der Volkshochschulen**

***Den Stil verbessern,  
das heißt den Gedanken verbessern.***

Friedrich Wilhelm Nietzsche  
1844 - 1900 deutscher Philosoph

***Das Chaos will anerkannt, will gelebt sein,  
ehe es sich in eine neue Ordnung bringen lässt.***

Hermann Hesse  
1877 - 1962 deutscher Schriftsteller

***Wenn du eine weise Antwort verlangst,  
musst du vernünftig fragen.***

Johann Wolfgang von Goethe  
1749 - 1832 deutscher Dichter

***Wenn sich zwei begegnen  
und jeder will bekommen,  
geht jeder mit leeren Händen.  
Doch wenn sich zwei begegnen,  
um dem anderen etwas zu geben,  
dann sind beide beschenkt  
und gehen nicht leer aus  
der Begegnung heraus.***

Unbekannt

***Der Mensch opfert in der ersten  
Hälfte seines Lebens  
seine Gesundheit für den Reichtum,  
um in der zweiten Hälfte zu versuchen,  
den Reichtum wieder  
in Gesundheit zu verwandeln...***

Francois Marie Voltaire  
1694 – 1778 französischer Schriftsteller und Philosoph

## **4. Angewandte Gesundheitsbildung**

In der Vielzahl der gesundheitsbezogenen Dienstleistungen muss zuerst eine Einordnung und Abgrenzung der theoretischen Konzepte und `ausführenden Organe` stattfinden, um Zuständigkeiten zu regeln und der pädagogischen Gesundheitsbildung eine Rolle zuzuordnen (als Ergänzung oder Verbesserung bestehender Disziplinen und Konzepte). Das zu Rate ziehen epidemiologischer Daten kann Aufschluss über das Vorkommen bestimmter gesundheitlicher Probleme in der Bevölkerung geben, worauf die Gesundheitspädagogik ihr Angebot abstimmen kann; dies wird in den USA im Sinne eines Meilensteins für die Gesundheitsbildung ("cornerstone for health education") (Markellis, V.C.: "Epidemiology: Corner for Health Education." In: "Health Education". Dez 1985 / Jan 1986. S. 14-17. In: Haug, Christoph V.: "Gesundheitsbildung im Wandel." Bad Heilbrunn/Obb. 1991. S. 321.) betrachtet und liefert gute Einschätzungsmöglichkeiten der ontogenetisch, evolutionär-geschichtlichen und normativen Einflüsse auf die Population. Vor allem lassen die gewonnenen Daten auf längere Sicht die Notwendigkeit und den Erfolg gesundheitsbildender Maßnahmen erkennen.

### **4.1. Forderungen an die Durchführung**

#### **Methodisch-didaktische Konsequenzen**

Es sollte genau geklärt werden, welche Aufgaben den einzelnen Einrichtungen zukommen - den Krankenhäusern, Krankenkassen, Praxen, Gesundheitsämtern, Bildungsstätten und Beratungseinrichtungen. Wobei eine klar abzugrenzende Positionierung zwischen rein pädagogischen Aufgaben und medizinisch-therapeutischen Zielen oftmals schwierig sein wird. Dennoch sind Kompetenzen und Aufgabenstellungen zu erörtern, um nicht kontraproduktiv untereinander zu wirken, sondern zu ermöglichen, Wissen und Fähigkeiten fachübergreifend zu nutzen. Natürlich sind Bildungsveranstaltungen etwas anderes als heilmedizinische Behandlungen und sie können auch keine Therapie ersetzen, doch das frühe Vermitteln gesundheitsförderlichen Verhaltens und Aufklärung kann im Vorfeld Erkrankungen vermeiden und den Anstoß geben, sich untersuchen und behandeln zu lassen. So können gesundheitsbildende Vorträge oder Kurse als Impulsgeber dienen, sich selbst zu beobachten und bei Bedarf ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Sind theoretisch-konzeptionelle Grundlagen gemäß den Anforderungen an eine zeitgemäße Gesundheitsbildung erstellt, dann wird in der Praxis und Anwendung der gesundheitsfördernden Maßnahmen auch ein Selbst- und Rollenverständnis der Gesundheitspädagogen erforderlich. Denn sie treffen Entscheidungen über Methodenauswahl oder didaktische Vermittlung des Stoffes; d.h., eine fundierte Ausbildung und Anleitung ist unabdingbar. Auch sollte seitens der Bildungsträger nicht vergessen werden, das ausbildende Personal zu beobachten und dieses selbst weiterzubilden bei Bedarf. Kontrolle und Kritikfähigkeit sind immer wieder gefordert. Es stellt sich hiermit die Frage nach einer spezifischen Ausbildung für Gesundheitspädagogen und nach den bestimmenden Voraussetzungen, die ein Gesundheitsbildender als Grundqualifikation bieten muss!

Es muss auch festgestellt werden, in welchen alltäglichen Bereichen des Lebens die Menschen einfach erreicht werden können von gesundheitsbildenden Maßnahmen; relevante (direkte und indirekte) Lernbereiche sollten genutzt werden, um Prävention durch Aufklärung und Bildung zu ermöglichen. Bildungsangebote sollten direkt mit den Lebenslaufbezügen der Interessierten verknüpft werden können, kritische Lebenseinflüsse können erkannt und angegangen werden (Herausforderung zur Bewältigung). Den Teilnehmern an gesundheitsbildenden Projekten sollte klar sein, dass Lernen in manchen Bereichen durchaus Zeit kostet, dass Ausdauer und kontinuierliches Erscheinen oftmals die Voraussetzungen für einen Lernerfolg sein werden, genauso wie für bestimmte Verhaltensänderungen längere Übungsphasen in Kauf genommen werden müssen (z. B. für Yogaübungen, Autogenes Training, vollwertiges Kochen und Ernähren etc.). Unrealistische Erwartungen der Teilnehmer sollten zu Kurs- oder Übungsbeginn geklärt, Selbstüberschätzung gedämpft und übertriebene Hoffnung auf den Kursleiter (‘heilender Guru’) abgebaut werden.

### **Institutionell-organisatorische Voraussetzungen**

Im freien Bildungsmarkt konkurrieren viele Anbieter mit Programmen zur Gesundheitsbildung oder was sich im breitesten Rahmen darunter fassen lässt. Die Gefahr besteht also, dass der Innovationszwang und das Verlangen der Interessenten nach vielfältigen Angeboten zu unreflektierten Kurs- und Programmangeboten führen kann, weshalb die veranstaltenden Organisationen ihre Maßnahmen immer wieder auf Relevanz prüfen sollten. Auch darf der private, präventive Gesundheitsmarkt nicht mit traditionellen Anbietern der Gesundheitsförderung kollidieren; gegenseitige Ergänzung ist wünschenswert, nicht gegenseitige Abwerbung der Teilnehmer. Das Angebotsprofil sollte gut durchdacht und fachlich fundiert seriös präsentiert werden, sonst kann sich beim Teilnehmer das Gefühl des ‘Etikettenschwindels’ ergeben, was nicht förderlich für Organisation und Anbieter wäre.

Unklarheit herrscht, wie erwähnt, über die Berufsbezeichnung ‘Gesundheitspädagoge’, denn es liegt keine verbindliche Qualifikationsstruktur vor. Verschiedenste Experten oder nicht direkt spezifizierte Anbieter können sich als ‘Gesundheitspädagogen’ darstellen, seien es nun Ernährungswissenschaftler, Masseur oder Geistheiler usw. Das erschwert für den Interessenten und Konsumenten die Einschätzung der Seriosität der Angebote und Kursleiter. Leider werden aufgrund dieser Angst vor Scharlatanerie und Geschäftemacherei viele Angebote im Vorfeld abgelehnt, die dieser Markt einfach noch nicht genügend kennt, wie durchaus hilfreiche ‘unorthodoxe’ Methoden aus anderen Kulturkreisen. Zu dieser Problematik sind eindeutige Werte-Entscheidungen gefragt, ob die bestimmte Methode oder Thematik überhaupt gesundheitsrelevant, in unseren Kulturkreis übertragbar und fundiert vermittelbar ist. Angebote sollten auf vier Grundkompetenzen hin überprüft werden: Basieren sie auf methodisch-organisatorischen Konzepten, passt die inhaltlich-fachliche Thematik zur Problemstellung, können die Angebote eine kommunikativ-soziale Unterstützung bieten und ist die persönlich-ethische Kompetenz des Anbieters gewährleistet?

## **Zusammenfassung der Ziele und Aufgabenstellungen angewandter Gesundheitsbildung**

### a) Förderung und Verbesserung der Lebensqualität

Vorhandenes Potenzial sollte genutzt und unterstützt, gesundheitsrelevante Fähigkeiten gefördert und erweitert werden, damit die qualitativen Lebensumstände im privaten und gesellschaftlichen Bereich von den Menschen aktiv verbessert werden können.

### b) Stabilisierung und Erhaltung des gesundheitlichen Zustandes

Durch gesundheitsförderndes Verhalten könnte ein flexibles Gleichgewicht des Wohlbefindens von Körper und Geist erreicht werden. Um diesen pendelnden Zustand nicht in äußerst extreme Richtungen verrutschen zu lassen, sollte jeder Einzelne gesundheitschädliche Faktoren bestmöglich einschränken.

### c) Prophylaxe

Gesundheitsbildung könnte ein Bewusstsein schaffen, im gesunden Zustand etwas zur Förderung des Gesundseins zu tun, nicht erst gesundheitsfördernde Maßnahmen im Falle der Erkrankung einzusetzen.

### d) Wiederherstellung und Restitution

Information, Behandlung, evtl. kurative Maßnahmen und eigene Aktivitäten ermöglichen die Wiederherstellung eines gesunden Befindens und die Erholung von einer Erkrankung.

### e) Selbsteilung

Die Gesundheitsbildung sollte Lernhilfen anbieten, die Sensibilisierung und Selbstkontrolle jedes Bürgers unterstützen und dazu ermutigen, die selbsteilenden Potenziale und Kräfte der Klienten hervorzubringen.

### f) Krisenmanagement / Coping

Bei akuten und chronischen Erkrankungen sollte die Gesundheitsbildung Hilfen anbieten im Umgang mit der Krankheit, in Selbstschulung und Selbstversorgungsmöglichkeit und Angehörigen sowie Pflegenden der Kranken helfen, Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Nur durch Akzeptanz, Integration und Sinnsuche kann eine schwere Krankheit, eine anhaltende Belastung oder ein Todesfall im alltäglichen Leben der Menschen kompensiert werden.

### g) Gesellschaftspolitische Interessenvertretung

Die Gesundheitsbildung sollte auf sozialer und politischer Ebene in verschiedenen Instanzen vertreten sein, kollektiv und zwischen mehreren Institutionen und Fachkräften solidarisch übergreifend zusammenarbeiten.



## **4.2. Die Professionalisierung der Gesundheitsbildung in der Bundesrepublik Deutschland**

Hilfreich bei den Überlegungen zu besserer Ausarbeitung und Vermittlung der Gesundheitsbildung könnten für Deutschland die bisherigen Ergebnisse der amerikanischen `health promotion` sein; der professionalisierten Gesundheitsförderung in den USA, durch deren landesweiter Standardisierung von Studiengängen und Berufsqualifikationen Maßstäbe gesetzt wurden. Was in der Bundesrepublik oft unter ehrenamtlicher gesundheitsbildender Arbeit geleistet wird oder noch unstrukturiert in verschiedenen Berufsfeldern als Gesundheitsförderung mitschwingt, sollte gründlicher organisiert und mit qualifizierterer Ausbildung und Unterstützung den Bürgern angeboten werden können. Erste Entwicklungsschritte trug hierzu z. B. die Universität Bielefeld bei, die seit dem Wintersemester 1988/89 den Diplom-Studiengang "Gesundheitswissenschaften" anbietet, doch im Gegensatz zu den USA existiert in Deutschland kein staatlich anerkannter offizieller Beruf "Gesundheitspädagoge".

Die Bildungsangebote beschränken sich bis jetzt meist auf berufliche Zweitausbildungen oder Spezialisierungen zum Gesundheitspädagogen; akademisch-universitäre Erstausbildung ist (noch) nicht möglich, allerdings gibt es Angebote an Universitäten und Fachhochschulen, Studienfächer und Schwerpunkte gesundheitsbildender Relevanz wahrzunehmen. (Weitere Beispiele hierfür: Gesamthochschule Wuppertal: Diplomstudiengang Erziehungswissenschaften / Schwerpunkt "Umwelt- und Gesundheitsbildung". Technische Hochschule Aachen: Diplompädagogik-Studiengang / Wahlpflichtfach Didaktik der Biologie mit Schwerpunkt "Gesundheitserziehung". Universität Köln: Weiterqualifizierung mit Schwerpunkt in "Gesundheitserziehung" im Fachgebiet Biologie für Lehrer mit erstem Staatsexamen oder graduierten Pädagogen (Dipl. / MA). Pädagogische Hochschule Flensburg: Studiengang "Erziehung und Gesundheit" für Lehramts- und Pädagogikstudenten.)

Auch existieren Vorschläge des wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer, einen Postgraduiertenstudiengang in "Öffentliche Gesundheit" (`Public Health`) einzuführen, der unter der Verantwortung medizinischer Fakultäten in Kooperation mit anderen Disziplinen durchgeführt werden soll. Die Lehrinhalte werden aus verschiedensten medizinischen und nicht-medizinischen Bereichen zusammengestellt sein: Arbeitsmedizin, Dermatologie, Epidemiologie, Gesundheitserziehung, Gerontologie, Humangenetik, Hygiene, Immunologie, Medizinische Biometrie und Informationsverarbeitung, Medizinische Ethik, Mikrobiologie, Virologie, Notfall- und Katastrophenmedizin, Orthopädie, Pädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychiatrie und Psychosomatik, Rechtsmedizin, Sozial- und Sportmedizin, Toxikologie, Zahnerhaltungskunde sowie Betriebswirtschaftslehre, Ergonomie, Kommunikationswissenschaften und Publizistik, Krankenhausbetriebslehre, Lebensmittelkunde, Rechts- und Verwaltungswissenschaften, Stadt- und Verkehrsplanung, Verfahrenstechnik und Volkswirtschaftslehre.

Berufsbegleitende Weiterqualifizierungen werden schon länger in der Bundesrepublik angeboten, z. B. führt die LVA Württemberg zusammen mit der Sozial- und Arbeitsmedizinischen Akademie der Universität Ulm den Weiterbildungslehrgang "Qualifikation für Gesundheitspädagogik" für Angehörige medizinischer, pädagogischer und psychologischer Berufe durch.

In der Hochschule Lüneburg und Fachhochschule Nordostniedersachsen (FB Sozialwesen) kann ein einjähriger berufsbegleitender Weiterbildungsstudiengang "Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung" belegt werden, und Interessierte können an dem Modellversuch "Berufsfelderweiterung für Erwachsenenpädagogen" an der Universität Hannover und dem Arbeitskreis Universitäre Erwachsenenbildung (AUE) teilnehmen. Den Einstieg in das Berufsleben sollen berufsbezogene Weiterbildungsaktivitäten des Bildungsinstitutes Sozialwissenschaften und Gesundheit (BISO) in Hamburg erleichtern, die eine Zusatzqualifikation in "Prävention und öffentliche Gesundheitsförderung" vermitteln. Nicht-universitäre Kurse und Veranstaltungen bieten auch die Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung in Bonn und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Köln an sowie Landesinstitute und Akademien für öffentliches Gesundheitswesen. Daneben gibt es zahlreiche Angebote privater Weiterbildungsinitiativen und die Qualifizierungsmöglichkeit zum "gemeindenahen Gesundheitsratgeber", wie sie die Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Baden-Württemberg vorstellt.

Die Angebote deutscher Gesundheitsbildung reichen also von universitärer Schwerpunktbelegung über bis zu vierjährigen Vollzeitaufbaustudiengängen, akademischen und berufsbezogenen Zusatzqualifikationen, bis hin zu besonderen Fortbildungsmöglichkeiten frei- oder nebenberuflicher Gesundheitsberater. Diese Vielzahl der angebotenen Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen zeigt ausdrücklich, welcher Bedarf besteht, allerdings ist Übersichtlichkeit und Strukturierung, Organisation und Qualifikation gefragt.

Das amerikanische Modell der `health promotion` könnte also Vorbildcharakter haben, wenn es um die Organisationsform, das berufliche Selbstverständnis, die Akademisierung und Anerkennung des Forschungs- und Arbeitsbereiches geht. In den USA existieren akademische Abschlüsse schon seit den 20-er Jahren in `school health education`, und Ausbildungsprogramme ermöglichten die `community health education`. Organisationsformen und Dachverbände unterstützen das berufliche Selbstverständnis der amerikanischen `health educators`, der anhand eines `health educator's self assessment survey form`, einer Art Selbstbefragungsbogen, seine Fähigkeiten und Schwächen überprüfen kann. Um die ethisch-moralische Verantwortung des `health educators` zu sichern, veröffentlichte die Society for Public Health Education (SOPHE) schon 1978 einen Leitfaden: "Code of Ethics", welchen man sich ebenfalls für deutsche Organisationen und Berater vorstellen könnte.

Generell ist wünschenswert, dass dem Integrationsfach Gesundheitspsychologie mehr Beachtung geschenkt wird. Im Vergleich zu der bevölkerungsweit ansetzenden Public Health Bewegung, deren Prävention und Gesundheitsförderung eher auf methodenorientierte Epidemiologie gestützt ist, womit sie sich oft den Vorwurf der Theorielosigkeit einhandelt, ist die Gesundheitspsychologie mehr individuum- oder gruppenorientiert, handelt eher nach den theoretischen Grundlagen der Sozial- und Persönlichkeitspsychologie, und gilt dadurch manchmal etwas praxisfern. Es wäre anzustreben, dass diese beiden Bewegungen zusammen als Partner Prävention und Gesundheitsförderung sowie Lehrgänge zur Krankheitsbewältigung anbieten könnten.

Auch Gesundheitspsychologie kann bevölkerungsweit eingesetzt werden und in den Gebieten der Klinischen Medizin, Verhaltensmedizin oder Medizinischen Psychologie mitwirken, da sie in primärer, sekundärer bis tertiärer Versorgung benötigt wird und die spezialisierten Teilfächer verbinden kann.

In der Public Health – Richtung gibt es viele postgraduierte Studiengänge, die auch politisch gefördert werden, doch in der Sparte Gesundheitspsychologie existiert selten die Möglichkeit, sich direkt im Studiengang Psychologie auf die Gesundheit spezialisieren zu können, eher findet die Ausbildung über Personen statt, als über Institutionen.

**Arbeitsgebiete für die Gesundheitspsychologie und Gesundheitsförderung  
finden sich in folgenden Bereichen:**

- Prävention, z.B. Aufklärung in Schulen, Kindergärten (Steigerung der Impfmoral...), Bevölkerungsaufklärung durch Krankenkassenveranstaltungen und –Werbung, durch Thematisierung von Prävention in den Medien, der Politik und Kunst
- betriebliche Gesundheitsförderung, z.B. der Entwicklung und Optimierung von Patientenschulungen in der Primärmedizin und den Kliniken
- Unterstützung bei dauerhafter und selbstverantwortlicher Krankheitsbewältigung, Pflegeunterstützung und Rehabilitation
- Evaluation von getroffenen Maßnahmen

Kritische Ausgangslage ist allerdings immer, dass die Gesundheitspsychologie meist dem Mediziner nachgeordnet und der Psychologe weisungsgebunden ist. Politisch gefördert werden sollte die Stellung des Hausarztes sowie auch der Verbund stationärer und ambulanter Patientenversorgung zur Entlastung des Gesundheitswesens. Hierbei ist in der Durchsetzung allerdings zu bedenken, dass Patienten oft nicht genug eigenmotiviert handeln: Sie akzeptieren z. B. sehr selten kostenlose Angebote zu Gesundheitschecks ihrer Hausärzte. Bessere Wirkung erzielt man mit der Bildung von Gesundheitszentren, in denen Ärzte, Sportpädagogen, Gesundheitspsychologe etc. zusammen Programme zur Gesundheitsförderung anbieten. Ebenso zahlen sich ambulante Gruppenangebote zur poststationären Stabilisierung und Rehabilitation aus, denn Patienten können oft die in der kurzen Zeit des Reha-Zentrum-Aufenthaltes erlernten Reha-Maßnahmen nicht alleine weiterführen.

Bei meist nur geringer Compliance ist es wichtig, dass die Motivation zur Mitarbeit und Selbstverantwortung gestärkt wird, damit eine Kognitionsänderung beim Klienten selbst erfolgen kann, sich seine individuelle Einschätzung gegenüber persönlichen Stärken und Schwächen ändert, er die Konfrontation mit Mitpatienten sucht, die Erfahrungen seiner Vergangenheit zur Bewältigung mit einsetzt und er Verlockungssituationen zu gesundheitsschädlichem Verhalten besser widerstehen kann. Diese Kognitionsänderung kann z. B. nach dem Health-belief-Modell (siehe: Bengel, Jürgen, Belz-Merk, Martina: „Subjektive Gesundheitskonzepte“. In: Schwarzer, Ralf (Hg.): „Gesundheitspsychologie.“ Hogrefe, Göttingen 1990, S. 105-115.) erfolgen, wenn z. B. die Krankheit als schwer anerkannt wird und die Vorbeugung zur Vermeidung leicht fällt.

Oder nach der Theorie der Schutzmotivation: Wenn man die Belohnung für förderndes Gesundheitsverhalten und die Kosten bei schädigendem Verhalten begreift und die persönliche Gefährdungsmöglichkeit als hoch einschätzt. Am besten ist bevölkerungsweite Intervention der Gesundheitspsychologie möglich durch 'kognitives Framing' der Gesundheitsinformation, d.h., je nach Gesundheitsverlust oder –gewinnmöglichkeit wird der Klient sein gesundheitsförderliches oder gesundheitsschädigendes Verhalten bestimmen.

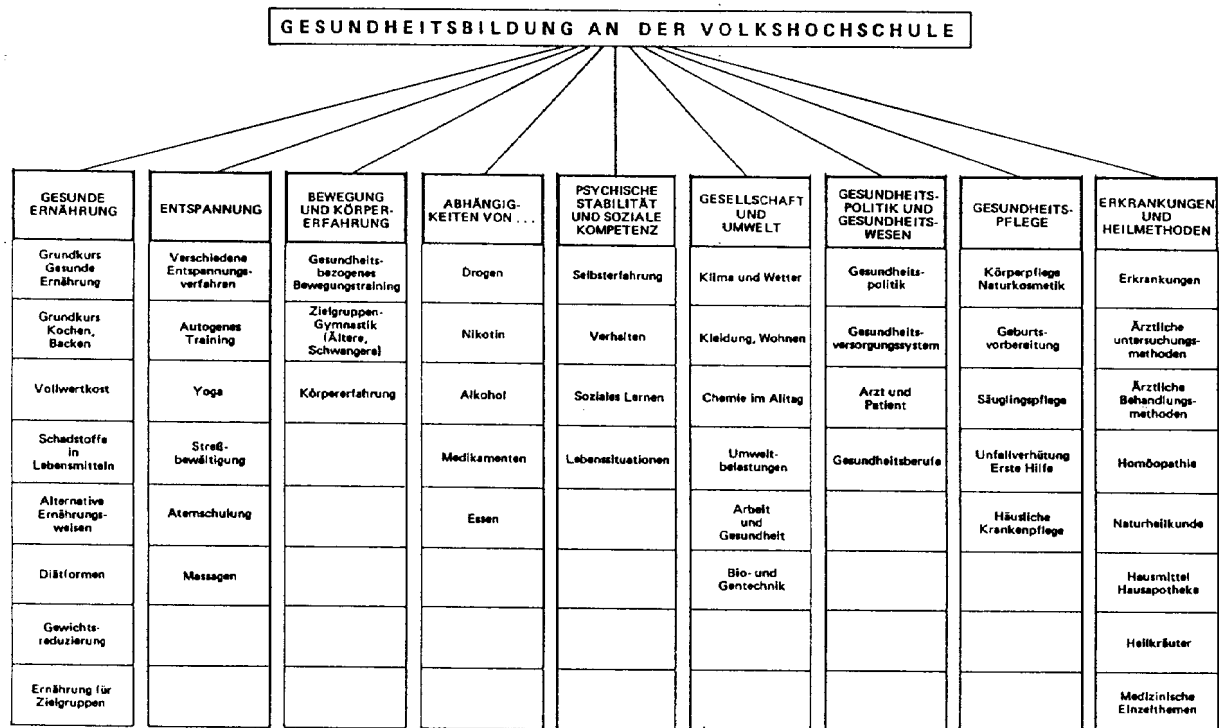
#### **4.3. Gesundheitsbildung im Rahmen der Erwachsenenbildung**

Mitte der 80er Jahre expandierte der Markt der Gesundheitsbildung im Feld der Erwachsenenbildung – viele soziale Bewegungen, vor allem die Frauenbewegung, startete neue Motivationskonzepte in Abkehr von früheren pädagogischen Erziehungsversuchen. Die neue Gesundheitsbildung sprach geschlechtsspezifische Lerninteressen an, was anhand von Belegungsquoten von über 80% Frauen in Kursen bestätigt wurde. In der Gesundheitsforschung wird seitdem und immer wieder aktuell hinterfragt, ob geschlechterdifferenzierte oder –neutralisierende Fortbildungskonzepte benötigt werden. Diese Ergebnisse werden in diesem relativ jungen Markt Auswirkungen haben auf die Teilnehmerorientierung, Angebotsplanung, Kurskonzeption und –durchführung.

Die Gesetzeslage verpflichtete auch die Krankenkassen zur Gesundheitsprophylaxe, und auf dem Gesundheitsmarkt klinkten sich ebenso „bildungsfremde“ Institutionen wie die Kassen selbst, Krankenhäuser, Sportvereine oder Betriebe mit ein – hieraus entstanden Kooperationsmöglichkeiten wie auch Konkurrenzen untereinander. Um den vielfältigen Qualitätsansprüchen der Gesundheitsbildung gerecht zu werden, mussten Kriterien, Standards und Instrumente entwickelt werden, welche aber kein festgeschriebenes Bildungsverständnis bedienen, sondern die Optimierung der Qualitätsstandards gewährleisten sollten. Hierzu können immer wieder Angebote formuliert werden, Empfehlungen ausgesprochen, aber keine generellen Normen gesetzt werden. Prinzipiell gilt die Forderung nach Teamarbeit in der Bildungspraxis, in konzeptionellen Grundsätzen wie didaktischen Wegen.

Erfolgversprechende Gesundheitsbildung muss sich in Bezug setzen zu der Lebenswelt und Alltagswelt der Menschen, sie muss die Wünsche und Bedürfnisse der Bevölkerung aufgreifen und versuchen, spezifische Lebensbedingungen zu schaffen, durch welche gesundheitsbeeinträchtigende Phänomene gemildert oder beseitigt werden können. Gesundheitsprobleme betreffen persönliche und soziale Lebensbereiche der Bürger, so dass sie nicht allein durch Institutionen gelöst werden können, sondern eine Mithilfe und Veränderung im sozialen Umfeld nötig haben. Der Arbeits- oder Ausbildungsplatz sowie der nicht-professionelle Erlebnisrahmen ist das Feld, in dem gesundheitliche Schwierigkeiten behandelt und bewältigt werden können. Lebens- und Denkweisen, soziale Netze und Beziehungssysteme müssen überdacht werden, wenn die Gesundheitsbildung wirklich 'das Übel an der Wurzel greifen', und nicht der Bevölkerung einen politischen Rahmenplan von oben aufstülpen will. Ein gutes Beispiel gibt das gesundheitsbildende Programm der Volkshochschule, welches die besonderen und alltäglichen Lebensfelder der Menschen berücksichtigt, was in folgender grafischer Darstellung verdeutlicht werden soll.

**Schaubild 3: Übersicht über die Lebensfelder aus dem Rahmenplan 'Gesundheitsbildung' der Volkshochschulen**

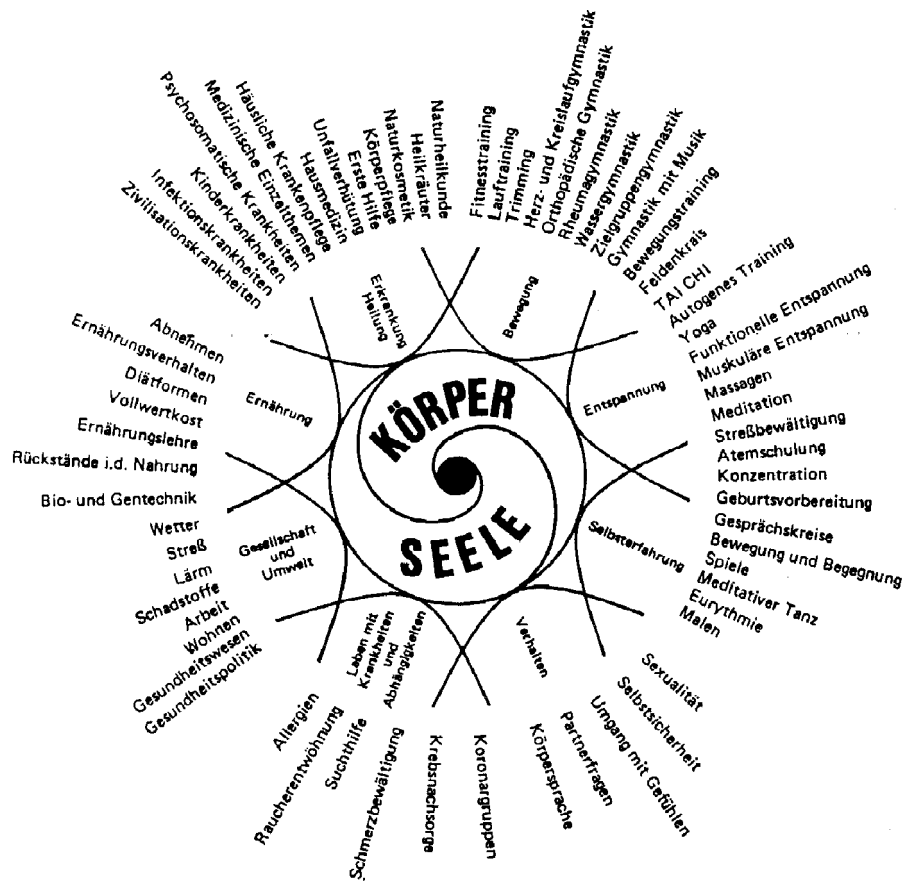


(entnommen aus: Pädagogische Arbeitsstelle des Deutschen Volkshochschulverbandes (Hrsg.): "Rahmenplan "Gesundheitsbildung" an Volkshochschulen". Bonn 1985a. S. 8. In: Haug, Christoph V.: "Gesundheitsbildung im Wandel." Bad Heilbrunn/Obb. 1991. S. 392.)

Zu diesen Lebensfeldern bietet der Rahmenplan der Volkshochschule vielfältige Inhaltsbereiche zur Gesundheitsbildung an, die in lebenslangen Lernprozessen in den unterschiedlichsten sozialen, öffentlichen oder privaten Bereichen erfahren werden können. Hierbei wird der ganzheitliche Ansatz des Programms deutlich, der Umwelt und Mensch zueinander in Beziehung setzt und die Wechselwirkung vieler einzelner Faktoren auf das Entstehen von Gesundheit und Krankheit berücksichtigt.

Die integrative Gesundheitsbildung bezieht mehrere Dimensionen und Ausprägungen von gesundheitsförderlichem Verhalten in ihre Planung mit ein, wie in der nachfolgenden Darstellung aufgeschlüsselt ist:

**Schaubild 4: Gesundheitsfördernde Angebote der VHS**



(entnommen aus: Pädagogische Arbeitsstelle des Deutschen Volkshochschulverbandes (Hrsg.): "Rahmenplan "Gesundheitsbildung" an Volkshochschulen". Bonn 1985a. S. 3. In: Haug, Christoph V.: "Gesundheitsbildung im Wandel." Bad Heilbrunn/Obb. 1991. S. 393.)

**Zusammenfassend kann festgestellt werden:**

**Die VHS-Gesundheitsbildung umfasst derzeit u.a. die Bereiche**

- Gesunde Ernährung
- Entspannung
- Bewegung/Körpererfahrung
- Abhängigkeiten/Psychosomatik
- Gesundheitspolitik, -wesen
- Gesundheitspflege/Erste Hilfe/Krankenpflege
- Erkrankungen, Heilmethoden



Der Rahmenplan zielt auf den Aufbau einer Laienkompetenz und die Förderung der Selbstverantwortlichkeit der Bürger in Fragen der Gesundheitsbildung. Gesundheitsförderliche Erwachsenenbildung der Volkshochschule richtet sich an die Allgemeinheit, verbessert die gesellschaftliche Bildung und ermöglicht ebenso die Information und Kommunikation über relevante Gesundheitsthemen. Sie vermittelt sachbezogene Erkenntnisse in gemeinsamer Kursarbeit und ermutigt die Teilnehmer, selbstbestimmte Entscheidungskompetenzen zu entwickeln und umzusetzen. Im Bereich der Gesundheitsbildung soll das Programm erreichen, dass der Laie die Medizin kritisch hinterfragt, selbst Hilfemaßnahmen und Früherkennungsmöglichkeiten von Krankheiten wahrnimmt, Abhängigkeiten und gesundheitsgefährdendes Verhalten erkennt und durch gezielte Lebensführung die eigene und gesellschaftliche Gesundheit besser erhalten kann. Die Gesundheitsbildung kann eine Veränderung des Bewusstseins im Kontext des sozialen Lernens bewirken und den Lernenden ermöglichen, diese Erfahrungen kognitiv, motorisch, emotional und methodisch zu leben (vgl.: Venth, A.: "Gesundheitsförderung durch Erwachsenenbildung an Volkshochschulen". In: bag-Mitteilungen 33, Jan. 1989, S. 3-9.).

#### **Selbstformulierte Eigendarstellung der VHS im Internet für Interessierte:**

Das Spektrum der Bereiche hat nicht nur sogenannte "klassische Themen" oder Fragen der anerkannten westeuropäischen Schulmedizin zum Inhalt. Auch alternative Heilmethoden und gesundheitsfördernde Verfahren aus anderen Kulturkreisen, wie etwa China oder Indien gehören dazu - wenngleich nicht immer als "Lernkurs", sondern als Veranstaltung, in der Sie sich kritisch mit einer solchen Methode oder Verfahren meinungsbildend auseinandersetzen können.

Und - wir bieten Ihnen ein aktuelles und qualitätsgesichertes Programm mit unterschiedlichen Veranstaltungsformen: außer Semesterkursen finden auch Vorträge, Intensivseminare wie Wochenendseminare, Wochenseminare, auch als Bildungsurlaub, sowie langfristige Prüfungskurse (Qualifikationslehrgänge) statt. Dabei arbeiten wir mit verschiedenen Einrichtungen, Organisationen, Verbänden etc. zusammen – etwa Krankenhäusern, Praxen und Krankenkassen.

VHS ist auch für Ihren Betrieb ein kompetenter Partner, wenn es darum geht, Krankheiten zu vermeiden bzw. Gesundheit zu stärken und damit Krankenstände zu reduzieren, Motivation zu heben und bessere Arbeitsqualität zu erreichen. Inzwischen gibt es hierfür viele gelungene Beispiele – auch in der Zusammenarbeit mit Krankenkassen. Die VHS bietet Ihnen hierfür maßgeschneidert auf Ihre Bedürfnisse ein attraktives Angebot. Dazu gehört es natürlich auch, dass die VHS auch zu Ihnen in den Betrieb kommt und das zu Zeiten, die für Sie möglich sind. Fragen Sie doch bei Ihrer VHS einmal nach!

(Internet-Quelle: [http://www.vhs-sh.de/pb/pb\\_ge.html](http://www.vhs-sh.de/pb/pb_ge.html))

Bezugnehmend auf die eben von mir genannte ehemalige Pädagogischen Arbeitsstelle des deutschen Volkshochschulverbandes (nun: DIE / Deutsches Institut für Erwachsenenbildung) möchte ich auf eine Auswahl von Weiterbildungsinstitutionen im Rahmen der Erwachsenenbildung verweisen, über die man im deutschsprachigen Raum Informationen zur Gesundheitsbildung beziehen kann:

## **Institutionen und Verbände der Erwachsenenbildung**

Sämtliche Links zur Servern und Webseiten von [Bund und Ländern](#). Direkte Links hier zum [Bundesministerium für Bildung, Forschung und Entwicklung](#) und zum [Hessischen Bildungsserver](#)

Das DIE [Deutsches Institut für Erwachsenenbildung](#) - die ehemalige Pädagogische Arbeitsstelle des deutschen Volkshochschulverbandes

Das BIBB [Bundesinstitut für Berufsbildung](#)

Im unabhängigen Verzeichnis [deutsche Volkshochschulen](#) sind alle Volkshochschulen mit ihren Verbänden enthalten. Als direkte Links finden sich auf der Internetseite die [VHS in Gießen](#), der [hessische Volkshochschulverband](#) und der [Deutsche Volkshochschulverband](#)

Der Bundesverband [katholischer Akademien für Erwachsenenbildung](#) und deren [Pädagogische Arbeitsstelle](#)

Die [Schweizer Erwachsenenbildung](#) ist über eine gemeinsame Homepage erreichbar. Darunter findet sich der Verband der [Schweizer Volkshochschulen](#). Die Schweizer Vereinigung für Erwachsenenbildung (SVEB) bietet das Zentrum [ALICE - Adult Learning Information Center CH](#) an.

Die Gewerkschaft [GEW](#)

Die [EB-Wolfbach](#) ist eine öffentliche Einrichtung für allgemeine und berufliche Erwachsenenbildung in Zürich mit einem umfassenden Internet-Angebot. Die dort angebotenen Internet-Kurse werden durch Web-Seiten unterstützt. Daneben ist die Information und die Anmeldung für das gesamte Kursangebot im Netz möglich. Außerdem gibt es eine Online-Ausgabe der Hauszeitung.

Das [Goethe-Institut](#) mit weltweiten Links und viel Kulturwerbung

[Weiterbildung im Web](#) mit dem Bildungszentrum Oberjosbach, der Arbeit und Leben e.V. in Hamburg etc.

Die [Akademie Remscheid](#) ist die bundeszentrale Einrichtung für Kulturelle Bildung und bietet Fortbildung und Kongresse zu den Bereichen Musik, Theater, Tanz, Medien, Spiel, Kulturmanagement, Literatur und Bildende Kunst



**Stichworte:**

**Lernformen / Bildung und Therapie / Veränderungsprozesse / systemische Orientierung /  
Wirklichkeitskonstruktionen / Empowerment / Gruppentherapieforschung / Erfolgsmessung /  
diagnostische Methoden / Wirkfaktorenforschung / curative factors and change mechanisms**

***Wahrlich beständig ist allein der Wandel.***

Unbekannt

***Das Leben eines Menschen ist das,  
was seine Gedanken daraus machen.***

Marcus Aurelius

121 – 180 römischer Kaiser und Philosoph

***Die Gedanken von heute  
sind die Wirklichkeit von morgen.***

Unbekannt

***Mens agitat molem.***

***(Der Geist bewegt die Materie.)***

Vergil (Publius Vergilius Maro), Aeneis, 6,727

70 – 19 v. Chr. römischer Philosoph

***Wir sind einander nah durch die Natur,  
aber sehr entfernt durch die Bildung.***

Konfuzius

551 - 479 v.Chr. chinesischer Philosoph

***Nicht die Umstände bestimmen uns,  
sondern wir bestimmen unsere Umstände.***

Johann Wolfgang von Goethe

1749 - 1832 deutscher Dichter

***Fordere viel von dir selbst  
und erwarte wenig von anderen.  
So wird dir viel Ärger erspart bleiben.***

Konfuzius

551 - 479 v.Chr. chinesischer Philosoph

## **5. Bestimmung der Handlungsfelder und –formen: pädagogische Bildung und Therapie**

### **Anknüpfungspunkte der Bereiche Bildung und Therapie**

Die exakte Trennung zwischen Lernen und Heilen (Bildung und Therapie) ist schwer zu ziehen, wenn man erkennt, dass beide Vorgänge versuchen, aus einem sozialem System heraus zu einem psychischen System durchzudringen, um etwas zu bewirken. Psychotherapie und (Gesundheits-) Bildung unterscheiden sich augenmerklich durch verschiedene Settings, nicht aber in der Annahme, dass der Zustand der betreffenden Person verändert werden kann. So kann man einen kognitiven pädagogischen Lernbegriff nicht klar abgrenzen von einem therapeutischen Lernbegriff. Dies findet auch Entsprechungen in beiden Bereichen: Gestalttherapie - Gestaltpädagogik, Musiktherapie - Musikpädagogik, Gesprächstherapie - Gesprächsführung in der Bildungsarbeit usw. (Auf interne Abgrenzungsquerelen zwischen den Fachrichtungen möchte ich hier nicht eingehen, sondern die gemeinsame Motivation des Lernens als verbindendes Element heranzuführen!)

Auch messen Therapieeinrichtungen ihren Erfolg unter anderem daran, ob ein Lernprozess stattgefunden hat, der wiederum zu Verhaltensänderungen des Menschen führen konnte. Diese Lernprozesse können natürlich während der Therapie auch außerhalb des bewussten Settings stattfinden, als nicht organisiertes Lernen. Veränderungsprozesse bestimmen kontinuierlich den Lebensverlauf des Menschen. Therapeutische Intervention ist dann notwendig, wenn die alltäglichen Veränderungen und Anpassungen des Menschen an seine soziale Umwelt stagnieren oder nicht mehr funktionieren, so dass er gesellschaftliche Konventionen nicht mehr erfüllen kann oder ihn Störphänomene erkranken lassen. In Bezug auf die Dauer (Langzeit- / Kurzzeittherapie oder Kursdauer der Bildungsangebote) und auf die Gruppenorientierung (Einzel- / Gruppentherapie oder Weiterbildungsangebote in Einzeltraining / Gruppenarbeit) bestehen unterschiedliche Angebote, und je nach Lern- oder Therapieziel gibt es verschiedene Settings. Die Beziehung zwischen Kursleiter / Kursteilnehmer und Therapeut / Klient differiert im Grad der Verantwortlichkeit, aber in beiden Bereichen geht es um Vermittlung von Lernhilfen und verantwortlichem Umgang mit der Psyche der Teilnehmer (wobei in der Therapie meist intimere Probleme bewältigt werden). Schwierig ist auch der Punkt zu bestimmen, ab wann Therapie eher in die (Seelen-)Tiefe eines Menschen dringt oder Bildung in die (Wissens-) Breite zielt. Gefühle beim Lernen zu haben ist ein Vorkommnis, das nicht gleich therapeutisch sein muss. Während frühere Annahmen davon ausgingen, Bildung sei ein Vorgang mit Gegenwartsbezug, und Therapie setze grundsätzlich an Kindheitserfahrungen an, existieren heute genügend Beispiele, wie therapeutische Intervention in der Gegenwart greift und Bildung sich den Ansatz des Biografischen Lernens zunutze machen kann. Auch im Berufsfeld gibt es Bereichsüberschneidungen, wenn Therapeuten z. B. als Kursleiter in Erwachsenenbildungsangeboten arbeiten. Die Erwachsenenbildung kann ebenso für bestimmte Teilnehmer problembewältigend sein, weil sie Hilfestellung bei Berufsaus- und Weiterbildung gibt und somit aufkommenden Schwierigkeiten im Berufsleben entgegenwirken kann. Therapeutische Prozesse fördern persönliche Fähigkeiten, bilden Kompetenzen der Klienten aus und trainieren Fertigkeiten und Selbstvertrauen durch Wissensvermittlung, Übung und Lernen, wie man mit bestimmten Situationen und Strukturen umgehen kann. Dies sind genauso Bildungsaufgaben.

### **Die Formulierung des Auftrags an eine Therapie, eine Beratung oder Weiterbildung**

Ein Unterschied findet sich, wenn man in den Therapiebereich die Definitionen von `krank` und `gesund` mit aufnimmt; darüber urteilt bei der Bildung niemand - es geht eher um `Wissen` und `Nichtwissen`. Beim Heilerfolg der Therapie muss der Klient allerdings genauso mitwirken wie der Lernende beim Vermitteln der Bildung. Wahrscheinlich können nur die Teilnehmer, die sich in dem jeweiligen System gerade befinden, genauestens definieren, wo sie ihr Mitwirken, ihr Verantwortungsgefühl, ihr Vertrauen, ihre Machtverhältnisse und ihre Ziele beim jeweiligen Setting sehen. Wichtig ist also die momentane Kommunikation und die Klärung der Erwartungen und Anforderungen, damit es nicht zu Missverständnissen kommt - wenn ein Klient z. B. Therapieerwartungen an eine Fortbildung gestellt hat, oder ein Mensch, der Selbsterfahrung und Wissenserweiterung sucht, sich in einer Therapiegruppe zu festgelegt wiederfindet.

Es besteht eine soziale Übereinkunft darüber, was als Gesundheit und Krankheit definiert werden kann - störende Phänomene im Verhalten und im sozialen Kontakt oder in der Struktur des Organismus, Seins oder Aussehens des Menschen wird mit Krankheit in Verbindung gebracht. Wenn kein störendes Phänomen auftritt oder auffällt, wird von Gesundheit gesprochen, wobei die Erklärung für Störfaktoren historisch oder kulturell variiert. Festgestellt werden als Störungen Über- oder Unterfunktionen bestimmter Parameter. Betrachtet man aber das psychische System an sich, wird deutlich, dass es nicht Wirklichkeit abbildet, sondern sich seine eigene Wirklichkeit konstruiert. Somit ist die Wirklichkeit eines jeden psychischen Systems subjektiv, und das Verständnis eines jeden Menschen über Gesundheit und die Meinung über angemessenes Gesundheitshandeln sehr unterschiedlich (abhängig von der eigenen Lebensgeschichte oder der Wissenschaftsgeschichte eines untersuchten Bereichs).

### **Gesundheitsbildung kann die Haltung eines Menschen beeinflussen**

Die Gesundheitsbildung sollte also nicht darauf zielen, den Menschen ihre Unterschiedlichkeit ausreden zu wollen, sondern untereinander zu kommunizieren und verschiedene Sichtweisen darzustellen und gelten zu lassen. Eigenverantwortlichkeit bedeutet, die Reichweite eigener Lebensentscheidungen abschätzen zu können und insbesondere auch die möglichen Risiken und Nebenwirkungen des eigenen Handelns zu kennen; nur dann ist die freie Wahl von Wissen oder lieber nicht Wissen-Wollen gegeben. Übungen in Wahrnehmung körperlicher und seelischer Vorgänge können helfen, den Personen klarzumachen, welche eigenen Strukturen und Muster sie bisher gewählt haben, um mit Situationen umzugehen. Und Selbstbeobachtung und Ausprobieren neuer Wege des Umgangs mit Störungen oder vorhandenen Strukturen können ein selbstbestimmtes gesundheitsförderliches Handeln ermöglichen. Psychisches System, Organismus, soziales und ökologisches System wirken hierbei immer ineinander und sollten in ihrer Komplexität betrachtet werden. In der Gesundheitsbildung können Körper- und Geisteshaltungen erprobt werden, so dass aus dem einfachen Beispiel des gesunden Sitzens und gesunder Körperhaltung auch eine Lebenshaltung entwickelt werden kann.

Der Erwachsene lernt z. B. außer dem Sitzen, Stehen und Gehen, das Liegen, Krabbeln, Sich-Bücken, Biegen, Auf-dem-Kopf-Stehen etc. und kann dann auch sein ihn umgebendes System einmal aus einer anderen Perspektive betrachten. Körper- und wahrnehmungsorientierte Lernformen lassen Raum für Möglichkeiten der Selbstbeobachtung und Reflexion in der Interaktion.

### **Die systemische Betrachtung des Menschen und dessen Sinnsuche**

Im Zentrum der Gesundheitsbildung steht also die Person mit ihrer Konstruktion der Wirklichkeit, ihrer Wahrnehmung von Stress, von Kompetenzen, von sozialer Unterstützung, von Einflussmöglichkeiten und Auseinandersetzung mit der Umwelt. Das psychische System lernt wie folgt: es unterscheidet soziale, körperliche und ökologische Phänomene, erklärt sie sich, bewertet sie nach Störung oder Nichtstörung, betrachtet die eigenen Gefühle dabei (angenehm oder nicht) und stuft sie dann als Herausforderung oder Bedrohung ein. Danach bedenkt das psychische System die Einflussmöglichkeiten und überlegt sich, welche Ressourcen zur Bewältigung zur Verfügung stehen, oder welche Unterstützung es erwarten kann. Das Phänomen wird eher problembezogen oder emotionsbezogen eingeordnet und erhält einen Namen, das Verhalten der Umwelt darauf wird weiter beobachtet, Veränderungsmöglichkeiten überdacht - danach richtet sich die Konstruktion der eigenen Wirklichkeit. Zur Bewältigung werden erst einmal bereits bekannte und erprobte Muster angewandt, und erst wenn die erlernten Muster nicht zur Lösung beitragen, wird nach neuen Bewältigungsstrategien gesucht. Das ist der auslösende Punkt, an dem der Mensch wahrscheinlich nach Angeboten der Gesundheitsbildung suchen wird, die ihm bei der Lösung seiner persönlichen Krise helfen können.

Die Gesundheitsbildung sollte dann mit der Überprüfung der Wirklichkeitskonstruktionen ansetzen: welche Bilder und Bedingungen benötigt die Person zur Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit? Wie glaubt der Klient situationsangemessene Formen und Wege zu finden, um seine Absichten im sozialen Umfeld umsetzen zu können? Schätzt der Mensch die ihn umgebende Situation als bedrohlich oder herausfordernd, sinnhaft oder sinnlos ein? Wie erklärt er sich selbst die beobachteten Phänomene? Gibt es fortführende Betrachtungen zu weiteren Kontexten und Möglichkeiten der besseren Handhabung und des bewussteren Handelns?

Um unterschiedliche Sichtweisen zur Sprache zu bringen und die Wahl zwischen verschiedenen Alternativen zu verdeutlichen, eignet sich besonders die Gruppenarbeit, in welcher komplexe Systeme nachgestellt werden können, diverse Lebenshintergründe und Erfahrungswerte mit einfließen und gemeinsam differierende Blickwinkel getestet werden können. Das Lernen neuer und Verlernen fester Gewohnheiten findet zwar auch alltäglich (und damit unorganisiert) statt, aber bewusste Gesundheitsbildung kann helfen, besondere Kompetenzen in der gesunden Lebensbewältigung herauszubilden und auf Phänomene aufmerksam zu machen, bevor sich diese als Störung manifestieren. Möglichkeiten eines anderen Bewegens, Atmens, Essen, Hörens und Klingens usw. können ausprobiert werden, Phänomene thematisiert, beschrieben und bewertet werden. Gemeinsam kann nach Erklärungen und Lösungen oder Alternativen gesucht werden, die spielerisch umgesetzt in der Gruppe erprobt werden können. Sinnliches Erleben neuer Möglichkeiten erweitert den sozialen Rahmen, nicht nur in der Gruppe, sondern auch im Transfer in den alltäglichen Lebensfeldern.

Das Erleben und Handeln kann Modell- oder Beobachtungslernen sein und über den gesamten Wahrnehmungsbereich ablaufen, kann ein Bekräftigungslernen bereits bestehender Verhaltensweisen sein, kann ein Verlernen von gewohnten Verhaltensweisen beinhalten oder eine Gegenkonditionierung (z. B. Angstabbau) als Ziel haben. Konstruktivistisch gesehen, findet Lernen durch Nachmachen, Ausprobieren und Für-gut-Befinden oder durch das Verwerfen von Störendem statt und wird von Interaktion und Kommunikation begleitet.

### **Ermutigung und Erweiterung der Fähigkeiten**

Die Didaktik des Ermöglichens und das Konzept des Empowerment gehen davon aus, dass Menschen unterstützt werden können in ihren Fähigkeiten und ermutigt werden sollten, diese auszuprobieren, zu erweitern und einzusetzen. Nach Definition von Stark läuft Empowerment als ein Prozess in kleinen Gemeinschaften ab, in wechselseitiger Fürsorge und Achtung, mit kritischer Reflexion und Bewusstwerdung (vgl.: Stark, Wolfgang (Hrsg.): "Die Menschen stärken. Empowerment als eine neue Sicht auf klassische Themen von Sozialpolitik und sozialer Arbeit." 1996, S. 16 ff. In: Blättner, Beate: "Gesundheit lässt sich nicht lehren." Theorie und Praxis der Erwachsenenbildung. Bad Heilbrunn 1998. S. 196.).

Die Personen finden in der Gruppe den Zugang zu sozialen Ressourcen und erlernen Möglichkeiten, den eigenen Rahmen zu erweitern, indem sie mehr auf eigene Kompetenzen achten und sich nicht so problemzentriert festlegen. Das Konzept des Empowerment wurde für psychosoziale Arbeit im Kontext der Gemeindepsychologie von Rappaport entwickelt und findet erfolgreiche Verwendung in den Bereichen der Gesundheitsförderung und Selbsthilfebewegung. (Verweis auf: Rappaport, Julian: "Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit: Ein sozialpolitisches Konzept des Empowerment anstelle präventiver Ansätze." In: "Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis." Heft 2. Stuttgart 1985. S. 257-278.)

Mängel und Fähigkeiten eines Menschen werden betrachtet und akzeptiert, wobei der Fokus auf die Potenziale zur Lebensbewältigung gerichtet ist. Gefördert werden kann ressourcenorientiertes Verhalten im Gegenzug zum oft defizitären Vorgehen und Erleben, womit eine Balance geschaffen werden soll zwischen dem wirklichen Empfinden von Leid und Problemstellung und der möglichen Sicht des Vorhandenseins von Kompetenzen. Menschliche Widersprüchlichkeiten finden Berechtigung und führen dazu, dass unterschiedlichste Lösungsvorschläge für Störungen oder Probleme zum Zuge kommen können. Das Aushalten von Ambivalenzen und der Umgang mit divergenten Situationen bekräftigt den Menschen in seinem Selbstwertgefühl und seiner Selbsteinschätzung und ermöglicht Weiterentwicklung zwischen Kontinuität und Flexibilität.

## 5.1. Gruppentherapieforschung

Bernhard Strauß (Strauß, B.; Eckert, J.; Tschuschke, V. (Hrsg.): „Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung.“ Ein Handbuch. Opladen: Westdeutscher Verlag 1996) spricht von einem Forschungsdefizit im Bereich der Gruppentherapie, wobei diese Behandlungsform aber in der klinischen Praxis, ob ambulant oder stationär, in Kurzzeit- oder Langzeitangeboten hauptsächlich eingesetzt wird. Strauß begründet den schwierigen Forschungsstand der Gruppentherapien mit einem hohen technischen und personellen Aufwand, der großen Komplexität der Behandlungsinhalte und der heterogenen Zusammensetzung der Gruppen, welche einen empirisch-wissenschaftlichen Zugang zum Forschungsfeld erschwert. Er erwähnt jedoch im Sinne MacKenzie's (MacKenzie, K.R.: "Introduction to Time-Limited Group Psychotherapy." Washington D.C.: American Psychiatric Press 1990.), dass die Gruppentherapie eine höchst ökonomische Form in der Behandlung psychischer Probleme sei, welche dem gesellschaftlichen Phänomen der `Vereinzelung` entgegenrete.

Es existieren inzwischen verlässliche Studien, die Prozess-Ergebnis-Zusammenhänge in Gruppentherapien darstellen (vgl. z. B. Yalom, 1994; Eckert; Biermann-Ratjen, 1985; Tschuschke, 1993, Strauß; Burgmeier-Lohse, 1994 und weitere). Um einen Überblick über empirische Gruppentherapieforschung zu nennen, verweise ich auf die wichtigen grundlegenden Handbücher „Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“ und das „Handbook of Group Psychotherapy“. (Bergin, A.E.; Garfield, L.S. (Hrsg.): "Handbook of Psychotherapy and Behavior Change." New York: Wiley 1978 + 1994. sowie Fuhrman, A.; Burlingame, G.M.: "Handbook of Group Psychotherapy". An Empirical and Clinical Synthesis. New York: Wiley & Sons 1994.)

In der Ergebnisforschung im Bereich der Gruppentherapie, in welcher die Frage nach den Effekten verschiedener Psychotherapieformen gestellt wird und die externe wissenschaftliche Forderung nach Qualitätssicherung auftritt, wird klar, dass die unterschiedlichen Angebote von Gruppentherapie auch immer zu variierenden Ergebnissen führen, die zwar konzeptuell und prozessbezogen beschrieben werden können, welche aber auch eine allgemeine Wirkzuschreibung schwer ermöglichen. Fuhrman & Burlingame (Fuhrman, A.; Burlingame, G.M.: "Handbook of Group Psychotherapy". An Empirical and Clinical Synthesis. New York: Wiley & Sons 1994.) stellen zusammenfassend fest, dass Gruppentherapie effektiv ist, im Vergleich zu Kontrollbedingungen ohne Behandlung, ebenbürtig oder gar mehrleistend im Vergleich zu Einzeltherapie. Sie erfassen zwar eine höhere Abbruchquote von Gruppen- zu Einzelbehandlungen, können aber im Hinblick auf ca. 700 Studien der letzten 20 Jahre konsistieren, dass Gruppensetting bei unterschiedlichen Störbildern und mit verschiedenen Behandlungsmodellen grundsätzlich positive Effekte produziert (vgl. Strauss, A.; Corbin, J.: "Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung." Weinheim 1996. S. 33.).

Yalom nennt als wichtigstes Kriterium für die Geeignetheit eines Patienten dessen eigene positive Motivation, als kontraindizierend und ausschlussrelevant für Gruppenpsychotherapie ordnet er Patienten ein, welche Diagnosen wie hirnganische Schädigungen, Paranoia, akute Psychosen oder Borderline-Persönlichkeitsstörungen etc. aufweisen.

Gruppentherapie kann sich auch besonders für Patienten eignen, welche viele negative prognostische Merkmale für Psychotherapie mitbringen oder für Patienten, welche Angst vor einer Paarbeziehung mit sich tragen oder an einer ichbezogenen Charakter-Störung leiden. Ebenso können auch regressive und schweigende Klienten von der Gruppe profitieren.

Diese bietet Ablenkung von Ich-Zentriertheit, sie ermöglicht Kommunikationstraining, Autoritätsbewusstheit oder -verweigerung und Rangordnungs- und Rivalitätskämpfe. Allerdings stellt schon Buchard (Buchard, E.; Michaels, J.; Kotkov, B.: „Criteria for the evaluation of group therapy.“ Psychosomatic Medicine. 10. 1948. S. 257-274.) in seinen Studien fest, dass die Grenze schwer zu ziehen ist zwischen dem Erfolg einer Therapiegruppe und den gelungenen Versuchen, das Verhalten oder die Persönlichkeit von Menschen durch die Teilnahme an Gruppen zu ändern (Gruppenwirksamkeit als veränderungsrelevanter Faktor ).

Schulte (Schulte, D.: „Wie soll Therapieerfolg gemessen werden?“ Zeitschrift für Klinische Psychologie. 22. 1993. S. 374-393.) greift die Frage der Psychotherapie-Evaluation auf, wie denn der Therapieerfolg festgestellt werden könne, und setzt als Kriterium die Multidimensionalität, Multimethodik und die Multimodalität für das Forschungsgeschehen.

### **Drei bedeutsame Bereiche für die Systematik der Erfolgsmessung müssen gegeben sein:**

- a) die Datenquelle (Patient, Beobachter, Therapeut)
- b) die Datenebene (Erleben, Verhalten, Leistung, körperliche Funktionen)
- c) der Funktionsbereich (Inhalt, Thema der Erfolgsmessung: z.B. Wohlbefinden, Symptomatik, Persönlichkeitsmerkmale, Funktionsniveau etc.)

Für die Erfolgsmessung auf der inhaltlichen Ebene müssen laut Schulte folgende Aspekte betrachtet werden: die Krankheitsursachen und Defekte, die Symptomatik und die Krankenrolle sowie die Krankheitsfolgen (Einschränkung normaler Rollen). Diese Variablen ermöglichen einen Prä-Post-Vergleich auf allen Betrachtungsebenen (Patient, Beobachter und Therapeut). Methodisch ist die Evaluation anhand der gewählten Aspekte für die Kennzeichnung des Therapieerfolges zu sehen, wobei auch das zeitliche Design der Studie berücksichtigt werden muss (z. B. Veränderungsmessungen über längere Zeiträume, Eignung von Kurz- oder Langzeitbehandlungen ...)

Bestimmbar ist der Therapieerfolg am besten auf der Ebene des symptomatischen, verhaltensrelevanten, intra-psychischen und interpersonalen Funktionsniveaus, - hierbei ist der Untersuchte Experte seiner Selbst und sollte mit seinen Wahrnehmungen und Beurteilungen der wechselnden Zustände ernst genommen werden.

Als Orientierungsmöglichkeit an einem gewissen Standardrepertoire für Gruppenevaluation existiert die sogenannte CORE Battery der American Group of Psychotherapy Association (vgl. Dies, R.R.; MacKenzie, K.R.: „Advances in group psychotherapy.“ New York: International Press. 1983.). Dieses Inventar arbeitet mit der Symptomatikcheckliste (SCL-90-R), einer Skala zur Einschätzung der sozialen und emotionalen Situation (Emotions Profile Index), der Skala zur globalen Einschätzung der psychosozialen Beeinträchtigung (Global Assessment Scale + General Improvement Rating) und der Skalierung individueller Problemstellungen durch Klient und Therapeut.

Um die Zielorientierung der Klienten zu berücksichtigen, kann die Erhebungsmethode des Goal Attainment Scalings verwendet werden (vgl. Kordy, H.; Scheibler, D.: „Individuumorientierte Erfolgsmessung.“ Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie. 32, 1984. S. 218-233 + S. 309-318.).

Allgemein kann auf die diagnostischen Methoden zur Auswahl verwiesen werden, welche im Bereich der stationären Psychotherapie und klinisch-medizinischen Psychologie und Verhaltenstherapie etabliert sind:

<b>Überprüfungsmöglichkeiten des Behandlungserfolges</b>	
<b>Variable</b>	<b>Instrumente</b>
Persönlichkeit	Gießen-Test-S (Prä-Post-Vergleich)
Selbstsystem	Narzissmus-Inventar (Prä-Post-Vergleich)
Symptome	Symptom Checklist (SCL-90-R, Prä-Post-Vergleich)
Angst	State-Trait-Angst-Inventar (STAI, Prä-Post-Vergleich)
Interpersonale Probleme	Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP, Prä-Post-Vergleich)
Konfliktbewältigung	Fragebogen zur Konfliktbewältigung (FKS, Prä-Post-Vergleich)
Therapieziele	Goal Attainment Scaling (für Klient + Therapeut)
Individuelle Beschwerden	Skalierung von „target complaints“ (durch Klient + Therapeut)
Globale Beurteilung	Abschlussbeurteilung des Behandlungserfolges (durch Klient + Therapeut)
Profit durch die Gruppe	Einschätzung der veränderungsrelevanten Dynamik (durch Klient + Therapeut)
Fremdbeurteilungen	Bewertung der Klienten durch soziales Umfeld, wenn möglich

(vgl.: Strauß, Bernhard; Eckert, Jochen; Tschuschke, Volker (Hrsg.): "Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung." Opladen 1996. S. 42.)

## **5.2. Wirkfaktorenforschung**

Einen Zugang zum Prozessgeschehen möchte der Forschungsansatz der Befragung von Patienten zu den Wirkfaktoren eines psychotherapeutischen Vorgehens leisten, indem nach den maßgeblich veränderungsrelevanten Momenten gesucht wird („change mechanisms“).

Als Definition für einen Wirkfaktor legten Corsini & Rosenberg 1955 fest, worauf sich Blouch & Crouch 1985 mit ihrer Formulierung beziehen

(Zitat): **“An element of group therapy that contributes to improvement in a patient`s condition and is a function of the actions of the group therapist, the other group members, and the patient himself.”**

(Übersetzung:) Ein Element der Gruppentherapie, welches zur Weiterentwicklung des Zustandes eines Patienten beiträgt und welches aus den Aktionen des Gruppentherapeuten, der anderen Gruppenmitglieder und des Patienten selbst heraus entsteht.

(Bloch, S.; Crouch, E.C.: Therapeutic factors in group psychotherapy“. Oxford: Oxford University Press. 1985. S. 4.)



Aus dem dynamischen Gruppenprozess können zwischen den Gruppenmitgliedern oder zwischen Therapeuten und Klienten spezifische, manchmal stark affektive Ereignisse („critical incidents“) entstehen, auf die eine Art kathartische Einsicht folgen kann, die dem Erleber ermöglicht, wirkungsvolle Erkenntnisse in der Gruppe oder der Außenwelt umzusetzen. Die verschiedensten Wirkfaktoren können hierbei zusammenkommen – es existiert ein allgemein akzeptiertes Set von zwölf oder dreizehn zu nennenden Wirkfaktoren, über die Forscher und Therapeuten gemeinsam kommunizieren können. (vgl. zum Konzept der Wirkfaktoren ausführlich:

Bloch, S.; Crouch, E.C.: „Therapeutic factors in group psychotherapy“. Oxford: Oxford University Press. 1985. / Tschuschke, V.: „Wirkfaktoren stationärer Gruppentherapie – Prozess-Ergebnis-Relationen.“ Göttingen: Vandhoeck & Ruprecht. 1993. / Yalom, I.D.: „The theory and practice of group psychotherapy.“ New York: Basic Books 1975. (dt.: München: Piper 1989/1994))

Yalom fand nach der Untersuchung gruppenpsychotherapeutischer Forschungen und eigener Studien in den 70-er Jahren ca. 10 Faktoren, die er zunächst als „curative factors“ bezeichnet, also als sogenannte Heilfaktoren, die er später in seinem Buch 1985 revidierte mit der allgemeineren Bezeichnung „Wirkfaktoren“ („therapeutic factors“).

**Yalom nennt folgende allgemein gültige Faktoren, die während einer Gruppenbehandlung als wirksam erachtet werden und ineinander fließen können:**

- ❖ Altruismus
- ❖ die korrigierende Rekapitulation der primären Familiengruppe
- ❖ Entwicklung von Techniken des mitmenschlichen Umgangs
- ❖ Imitationsverhalten (Identifikation)
- ❖ Mitteilung von Informationen (Anleitung)
- ❖ Einflößen von Hoffnung
- ❖ Universalität des Leidens
- ❖ Interpersonales Lernen
- ❖ Gruppenkohäsion
- ❖ Katharsis

Zusätzlich können noch tiefenpsychologisch die folgenden Faktoren ergänzt werden:

- ❖ Einsicht
- ❖ Existentielle Faktoren

Therapeutische Wirkfaktoren sind nicht linear-kausal zu verstehen, sie sind abhängig von der Art der Gruppenbehandlung, den jeweiligen Zielen, dem Stand des Gruppenprozesses, dem Gewinnen einer Einsicht etc. Nach Yaloms Beschreibung sind fast alle Faktoren miteinander verwoben, bedingen sich wechselseitig und stellen ein Konglomerat aus verschiedenen Therapietheorien dar – manche sind auch für Einzeltherapien festzustellen und nicht ausschließlich nur im Gruppenzusammenhang wirkungsvoll (z. B. Katharsis oder Einflößen von Hoffnung). Am relevantesten für den jeweiligen persönlichen Erfolg eines Klienten ist jedenfalls immer dessen eigene Schilderung und Zuordnung.

**Stichworte:**

**Musik und musikbezogene Erfahrung / Improvisation / Tönen und Singen /  
Kompetenzerweiterung / Transferfähigkeit / Lösungsorientierung / Veränderungsrelevanz /  
musikorientierte Psychotherapie / Wirkfaktoren**



## **6. Das Medium Musik**

Musik kann einem Menschen als Ausdrucksform des Seelischen, Emotionalen dienen und ist wie die auftauchenden und abklingenden Empfindungen und Gedanken immer in Bewegung und Schwingung. Dieser Prozess gestalteter Bewegung lässt sich in der Betrachtung der Improvisation nachvollziehen, in welcher sich seelische Zustände, Konstruktionen und ihre Störungen abbilden können. Erleben und Aufdecken von Qualitäten wie von fehlenden oder beeinträchtigenden Anteilen der seelischen wie körperlichen Ausdrucksfähigkeiten können zur Verbesserung der Lebensgestaltung führen. Variationen, Verwandlungen, Verdeckungen, Wiederholungen oder Widersprüchlichkeiten können durchlebt und neu gestaltet werden. Das Medium Musik stellt einen der kreativen Erfahrungsbereiche menschlichen Erlebens und Ausdrucks dar und kann, wie z. B. auch Poesie und Literatur, Bildende Künste oder Tanz eine sinnstiftende Lebensgestaltung unterstützen. Exemplarisch stelle ich in meiner Dissertation musikbezogene Aktivitäten und musikalische Formen des Ausdrucks vor, die einen Zugang zu emotionalem Erleben und verfeinerter Sinneswahrnehmung eröffnen und als kreative Methoden in das Angebot professioneller gesundheitsfördernder Lernangebote und Behandlungsmaßnahmen mit hinzugefügt werden können.

### **6.1. Das Erfahrungsfeld Musiktherapie**

Da sich die Person (von per-sonare: lateinisch = hindurch tönen) durch Musik in den nonverbalen musikpsychologischen Wirkungskreis Mensch-Schall stellt (in Ergänzung zu sprachlichem Klangerleben), kann das Medium Musik dem Individuum dazu dienen, mit sich und seiner Umwelt besser zurechtzukommen (therapeuein heißt aus dem Griechischen übersetzt: pfleglich behandeln, sorgen für, dienen). Die musikalischen Parameter Klang und Rhythmus gestatten dem Menschen eine räumlich-zeitliche Wahrnehmung jenseits der Worte.

Unterschieden werden die rezeptive (Musik hören, aufnehmen) und die aktive (aktivierende, mit Instrumenten und Körper umgehende) Musiktherapie, wobei bei der rezeptiven Musiktherapie durch das Musikhören Gefühle, Stimmungen, innere Bilder und Konflikte ausgelöst und aufgearbeitet werden können; durch die aktive Musiktherapie soziales Lernen direkt erfahrbar gemacht werden kann: das praktische Musizieren, Instrumente Ausprobieren, Spielen usw. bildet eine soziale Beziehungsebene der Gruppe (der Umwelt, der Gesellschaft usw.) ab, in der man sich einfügen, wehren, auflehnen, streiten oder behaupten kann. Dabei ist es wichtig, sich `spielen zu lassen von der Musik`, seine Überlegungen und Kontrollfunktionen bewusst auszuschalten (das Über-Ich weitgehend zu reduzieren), sodass Un- und Vorbewusstes zugelassen werden kann (das Es). Somit erreicht die Person, dass Instinkte und Intuition hervortreten und wahrgenommen werden können. Beim Musikmachen findet ein interpersoneller Austausch miteinander statt (Musizieren kann Kommunikation ausdrücken), emotional-konfliktreiche Erlebnisse können später im Gruppen- und Therapeutengespräch aufgegriffen und besprochen werden. Im Lern- und Schutzraum der Gruppe kann sich der Teilnehmer eher öffnen und aufgefangen fühlen, als im Alltagsfeld.

Psychische Selbsterfahrungsarbeit, Abbau von Hemmungen, Fördern der Kreativität und Ausdruckvielfalt, Verbesserung der Selbst- und Fremdwahrnehmung sowie der Konflikt- und Kritikfähigkeit werden angestrebt. Auch sozialintegrative Ziele wie die Kommunikation verbaler und nonverbaler Art oder Kooperationsbereitschaft und Beziehungsfähigkeit können erprobt werden.

Der Hörer, Spieler und Erleber einer musikalischen Situation bringt ein organisiertes System von Hintergrundwissen und Erfahrung über die Musik mit, er hat ein bestimmtes erlerntes und angeeignetes Gefühl für Raum und Zeit, - für Klang und für Rhythmus, für ein kulturelles Tonsystem, für die Färbung eines Klangs, die Lautstärke, die angewandten Floskeln und Verzierungen, - also eine Art Leseschlüssel oder Hörschlüssel für die zu erwartende Musik. Mithilfe dieses musikalischen Schemas oder Systems organisiert sich seine Wahrnehmung und Verarbeitung; musikalische Parameter wie z. B. Harmonie und Tonalität ordnen das Erlebte einem Genre oder Kulturkreis zu.

## **Die ordnenden Parameter Klang und Rhythmus**

### **a) Rhythmus**

Wir leben innerhalb von verschiedensten Rhythmen, ob wir diese als solche in der Alltagswelt oder in uns wahrnehmen, oder nicht. Rhythmus entsteht dadurch, dass man ein bestimmtes Geräusch, eine hörbare oder spürbare physikalische Schwingung in Wiederholung wahrnimmt, woraus sich eine gewisse Struktur der Abfolge ergibt. Dabei entstehen Perioden, Pausen, Wechsel, Variationen, und Überlagerungen, die man als Rhythmusstrukturen innerlich ordnet. Die Wiederholungen von Schwingungsimpulsen bezeichnen lebendige Prozesse: Schwingung ist Leben, und Rhythmus macht Zeiträume (Zeit und Raum als Faktoren) klar. Der Herzschlag im 2-er Rhythmus und das Atmen im 3-er Takt bilden schon die Grundrhythmik ab und setzen sich fort in der Vielzahl von 2-er und 3-er Rhythmen im Gehen, Sprechen, Ess- und Arbeitsverhalten, in den Schlaf- und Wachphasen, aktiven und passiven Perioden, den Tagesrhythmen, dem eigenen schöpferischen Tun, in der Dynamik oder konsumierender Haltung. Jeder Mensch hat dabei seinen ganz persönlichen Rhythmus und eigene Ablauffolgen.

Eine Erkenntnis, die wir uns viel zu selten klar machen, die aber unschwer deutlich macht, wie leicht man bei Zuwiderhandlung gegen natürliche Rhythmen `aus dem Takt` oder `in`s Stolpern` geraten kann. Sicher wird man nie jedem Bedürfnis jedes einzelnen Menschen nach für ihn stimmigem Rhythmus (Zeit- und Raumgestaltung) in der Lebens- und Arbeitswelt nachkommen können, doch wo es möglich ist, kann ein bewusster Umgang mit den eigenen kreativen Ideenphasen oder der besten Lernzeit, der stimmigsten Konzentrationsperiode genutzt oder auch trainiert werden. Nicht nur beim Jet-Lag (nach langen Flugreisen, dem Wechsel der Zeitzonen) ist ersichtlich, wie uns täglich gewohnte Rhythmen beeinflussen – auch geografische und klimatische Gegebenheiten, Sonnen- und Mondzyklen, Jahresperioden etc. wirken sich körperlich und geistig auf die Schaffens- und Lebenskraft aus.

In unterschiedlichen Kulturen bemerkt man andere Lebensrhythmen, gesellschaftliches Tempo, Hektik oder Gelassenheit – es existieren andere Grundfrequenzen in westlichen und östlichen, nördlichen oder südlichen Gesellschaften. Oft ist diese rhythmische Verhaltensgrundfrequenz philosophisch untermauert und bedient sich bestimmter Lebenshilfen: Musik, Meditation, Kunst, bewusstem Freizeitverhalten, ganzheitlicher Medizin, pädagogischer und therapeutischer Verfahren...

Ur-Rhythmen zeigen sich in den Anfängen der kulturellen und sozialen Menschheitsentwicklung immer in Bewegung, Tanz und Musik, in Entwicklung von Arbeit, Jagd und Kunst, im Malen, Schreiben und Lesen. Diese natürlichen Grundimpulse sollten wieder in dem Arbeitsablauf unseres heutigen Lebens sinnvoll zugelassen werden; Bewegung lockert einen hauptsächlich geistig, am Schreibtisch arbeitenden Menschen auf; rhythmische Einheiten sollten sich natürlich abwechseln und zur Harmonisierung der Lebensabläufe beitragen: denken - bewegen, sitzen - gehen, anspannen – lockern, denn so beugt man den modernen Zivilisationsstörungen vor (Fettleibigkeit, Herzerkrankungen, Atemflachheit, Kreislaufbeschwerden, Verkrampfung und Haltungsschäden, Schlafstörungen, Sucht oder Depression).

Musikalisch gesehen gibt es die einfache Parabel zu einem harmonisch empfundenen Lebensablauf: Man beachte die Saite eines Instruments, die, wenn sie zu schlaff angespannt ist, nicht klingt, und wenn sie zu straff angezogen ist, reißt. Sie muss immer neu gestimmt werden, bevor die Musik stimmig erklingen kann. Einmal angezupft schwingt sie bis zum nächsten Impuls.

Lebendigkeit, Dynamik und Ruhepole drücken sich musikalisch aus im Puls, Schlag, Beat, Metrum, Groove, Swing, Off-Beat, - in der Schwingung, der Vibration als Teil eines Zyklus, einer Periode oder Epodie des Zeitmaßes. Man spricht vom `Puls der Zeit`, den man in den musikalischen Rhythmen der Kulturen deutlich schlagen hört, welcher die Zeitstrukturen der jeweiligen Gesellschaft und Epoche darstellt (Rock-, Pop-, Funk-, Punk-, Jazz-, Swing-, Disco-, Techno-, Soul-, Samba-, Salsa-, `klassische, europäische` Musik...). So wie man verschiedenste Stile aus den jeweiligen Volksmusikulturen deutlich zuordnen kann, lassen sich auch Stilvermischungen erkennen, in latein-amerikanischen-, cubanisch-afrikanischen, spanisch-portugiesischen etc. Rhythmen und Stilen... Diese musikalischen Stile können also durchlässig werden, Mischung und Kombination zulassen, eine ethnische Vielfalt ausdrücken und sich weiterentwickeln.

Diese prozessuale Entwicklung von Stilen, der inspirierende Stilpluralismus entsprechen einer ganzheitlichen Lebensgestaltung in einer eher zirkulären Zeitgestalt (im Gegensatz zum linear-zeitlichen Denken). Rhythmus, Bewegung, Tanz und viele Ausdrucksformen mehr entstehen auseinander, ändern die zeitliche oder räumliche Wahrnehmung des Hörenden oder Ausübenden und gliedern dessen Auffassung neu: in einem Moment kann es Wahrnehmungen von Zeitlosigkeit oder Stillstand ebenso aber auch das Empfinden von Zeitgewinn geben.

Ein stimmiger Gegenpol zur oft so hektisch oder stressig erlebten Alltagswelt mit ihren starren zeitlich festgelegten Abläufen. Stress äußert sich in der nicht zu koordinierenden Leistungsanforderung der äußeren Zeitgeber gegenüber der inneren Uhr des möglichen Schaffenspotenzials. Wie entspannend und entlastend können also die subjektiven Zeitgewinn-Erlebnisphasen in musikalischer Improvisation, körperlichen Bewegungsabläufen oder tranceartiger Meditation erlebt werden – sie rücken oft das `aus den Fugen geratene innere Uhrwerk` wieder zurecht, und der Mensch ist harmonisierter und leistungsfähiger.

(Ich sehe hier bewusst vom beschleunigenden, anregend-positiven Stress ab, welcher den Menschen zeitweise aktivieren und beflügeln kann; gemeint ist ein Druck erzeugender, unzufrieden machender Stress, eine Überlastung und andauernde, sich verfestigende Überforderung.)

Hektik kann falsche Atmung bewirken, ebenso Druck, Verspannung, Gereiztheit, Leben gegen die eigenen körperlichen und geistigen rhythmischen Ansprüche; sie bringt den Menschen in ein ökonomisches Ungleichgewicht, mindert Leistungs- und Ausdruckskraft. Äußerer unstimmgiger zeitlicher Druck wird oft unterstützt durch Überreizung der Sinne, undynamische, technische, kalte Rhythmen (wie Motoren- oder Maschinengeräusche – leblose Metrik in digitaler Datenverarbeitung auch in der Musikindustrie, dauernder Verkehrslärm etc. ). So ist der Mensch gezwungen, seine Wahrnehmung einzuschränken, zu filtern, zu verdrängen, `stumpf-sinnig` zu werden. Umso wichtiger scheint es, entgegenwirkende Hilfen, Mittel und Quellen zu nutzen, damit sich die Hör- und Erlebnisqualität wieder lebendig entfalten kann, und die Beziehung zum stimmigen rhythmischen Selbstbild ermöglicht. Das Spiel mit den rhythmischen Elementen gestattet, Ausdruck zu finden für äußeres und inneres Erleben, Nähe und Distanz, Raum und Zeit wahrzunehmen.

Das Lebensgefühl findet Umsetzung in rhythmischen Parametern, kann Offenheit, Schutzbedürfnis, Freude und Beweglichkeit, Einseitigkeit oder kreative Vielfalt anzeigen. Ebenso können im Spiel diese Parameter geändert oder ausprobiert werden, was sich rückwirkend auf die eigenen gewohnten und erlebten Muster überträgt. Voraussetzung dafür ist die Einstellung, Dinge geschehen lassen zu können, Sich-spielen-zu-Lassen, positive Neugier und Gelöstheit mitzubringen, um kreative Energien nutzen zu können. Ebenso eigener Nicht-Anspruch, äußere Abkehr von Leistungszwang und Freude an Unerwartetem, Genuss des momentan Schöpferischen. So kann sich Dynamik entwickeln, können sich Spannungsphasen auf- und abbauen, Impulse gesetzt werden, Grenzen abgesteckt oder versunkene Zeit- und Bewusstseinszustände erlebt werden.

## **b) Klang**

Klang nehmen wir wahr als immaterielles, unstoffliches Phänomen; Rhythmus können wir messen in Zeitabläufen, Impulsen, Pausen, Wiederholungen; Melodie kann erkannt werden in der Tonfolge, in Intervallfolgen und Tonsystemen – wie beschreibt man aber einen Klang?

Musikalische Spielanweisungen ordnen ihm Angaben wie `forte, piano, ausdrucksvoll, lieblich` usw. zu - also Lautstärkenverhältnisse, Dynamik oder emotionale Zuschreibungen. Wie kommt man dem Charakter des Klangs deskriptiv nah – bei Geräuschen, Schall, Tonfarben, Ober- und Zwischentönen? Ist Klang allein durch physikalisch messbare Tonkurven zu umreißen? Klingt Lärm anders als `schöne Musik`?

Klang steckt in urältester Form in allen Naturlauten, vom Brodeln der Geysire, dem Donnern der Wolken, in den Tiergeräuschen, menschlichen Sprach- und Ausdrucksformen, bis hin zur modernsten physikalisch-elektronischen Schallerzeugung des 21. Jahrhunderts. Denn Klang entsteht durch die zueinander in Beziehung gesetzte Schwingung von Tönen und ihren Obertönen. Instrumente setzen die gleichen angespielten Töne technisch so verschieden um, dass jedes Mal so unterschiedliche Obertöne mitschwingen, was zur Folge hat, dass jedes Instrument in unseren Ohren anders klingt.

Schwingen mehrere Töne zusammen in bestimmten Intervallverhältnissen, nehmen wir Akkorde oder Harmonien / Disharmonien wahr. Tonmischungsverhältnisse können für uns als wohlklingend oder störend empfunden werden – ja nach Obertongebäude und Zahlenverhältnis zueinander. Musikalisch lässt sich für uns intuitiv erkennen, wie sich mathematische Zahlen- und Teilungsverhältnisse in Mikro- und Makrokosmos zeigen. Die einfachsten Zahlenkombinationen und –Teilungen empfinden wir natürlich harmonisch, sie äußern sich z. B. in folgenden Konstellationen:

- \* 1:2 = (Instrumenten-Saitenteilung: halbieren), 1. Oberton = Oktave  
1 steht für Einheit, 2 für Teilung, es begegnen sich Ganzheit und Polarität,  
Yin und Yang, Objektives und Subjektives, männlich und weiblich etc.
  
- \* 2:3 = (Instrumenten-Saitenteilung: dritteln), 2. Oberton = Quinte  
die 2 ist der Übergang vom Prinzip Klang zum Prinzip Rhythmus,  
Klang ist räumliche Ganzheit, Rhythmus ist zeitliche Teilung
  
- \* 3:4 = (Instrumenten-Saitenteilung: vierteln), 3. Oberton = Quarte  
die erste Zusammensetzung des 2-er Rhythmus ist die 4,  
als erste gerade verdoppelte Größe der Grundeinheit 2  
sie steht in Polarität zur einfachen ungeraden Grundeinheit 3;  
in der Multiplikation von 3 mit 4 ergibt sich die für uns in der Sinnes-  
wahrnehmung wichtige Zahl 12: 12 Stunden Tag und Nachtzeit,  
12 Monate im Jahr, ein Dutzend, 12 Halbtöne der Oktave, 12 Tierkreiszeichen,  
12 als Grundzahl vieler Aufbaustrukturen von Mineralien, Molekülen, Kristallen
  
- \* 4:5 = (Instrumenten-Saitenteilung: vierteln), 4. Oberton = Große Terz  
5 ist die Verbindung von 2 +3, Polarität und Dreieck,  
man zählt 5 Grundintervalle: Oktave, Quinte, Quarte, Terz, Sekunde  
die meisten natürlichen Strukturformen in Blättern, Blumen, Kristallen  
beruhen auf der Zahl 5; der goldene Schnitt wird mit  $3:5 = 5:8$  angegeben  
( $a:b = b:(a+b)$ ), welcher die Analogie der Zahlenverhältnisse,  
der menschlichen Körperproportionen (Abstände von Fuß zu Beinansatz zu Bauch  
zu Brust zu Arm zu Augen zu Scheitel), der Planeten unseres Sonnensystems  
(Bahnabstände von Merkur, Venus, Erde, Mars, Jupiter, Saturn, Uranus, Pluto)  
sowie des Obertongebäudes in den gleichen Grundzahlen von 1 bis 12  
zueinander darstellt.
  
- \* 5:6 = (Instrumenten-Saitenteilung: vierteln), 5. Oberton = Kleine Terz
  
- \* 8:9 = (Instrumenten-Saitenteilung: vierteln), 6. Oberton = Große Sekunde
  
- \* 15:16 = (Instrumenten-Saitenteilung: vierteln), 7. Oberton = Kleine Sekunde

Die natürlichen weltlichen und kosmischen Gebilde stehen im Bezug der Grundzahlenverhältnisse des Obertongebäudes. Und dieser Formaufbau nach den Grundzahlenverhältnissen lässt sich klingend umsetzen in Intervallverhältnisse, die der Mensch als stimmig, harmonisch empfindet. Klang ist trotz seiner physikalischen Bestimmbarkeit ein amorphes Ereignis, eine formlose Erscheinung, veränderlich, prozesshaft, in Bewegung, an- und abschwellend, in Worten vergleichbar mit anderen Schwingungseindrücken wie Farbe, Licht, Berührung... Er ist abhängig von allen Stimmungsfaktoren – Stimmung des Klangerzeugers, vom Raumklang, der Akustik, dem Bau des Instruments.... und er ist lebendig, im Gegensatz zu rein elektronisch hergestelltem Geräusch eines Tongenerators, Synthesizers, einer fixierten Starrheit und Gleichheit. Natürlicher Klang lässt sich nicht festhalten, ist Gefühl, Empfindung, Emotion, Atmosphäre, Schwingung, Fantasie...

Klang kann wohl tun: Schwingungen können als schön oder harmonisch klingend empfunden werden, man kann sich `im Einklang` erleben, etwas kann `sang- und klanglos` untergehen, d.h. ohne emotionale Beachtung. Etwas kann `anklingen`, am Klang der Stimme erkennen wir die Stimmung und emotionale Befindlichkeit des Sprechers, an der Klangfarbe eines Instruments die Beschaffenheit, sein Material, seinen Zustand. Material hat kein wahrnehmbares Gefühl, aber seine molekularen Schwingungen können den Zustand der inneren Beschaffenheit transportieren.

Klang als lauter Schrei kann ungeahnte Energien freisetzen, Lachen kann eine Masse von Menschen anstecken, trauriges Erklingen von Melodien oder Harmonien kann die Energie herabsetzen und gedrückte Stimmung erzeugen. Klang kann nicht überall und in jeder Situation kontrolliert oder eingefangen, gemessen oder fixiert werden, ist intensiv, spontan, flexibel, energetisch, unbegrenzt, unberechenbar... auch kann er künstlerischer Ausdruck menschlichen Gefühls sein, des emotionalen Zustands, Quelle der Improvisation und Lebenskunst.

**Zu Klang und Rhythmus ergeben sich die weiteren musikalischen Parameter wie Lautstärke, Artikulation, Dynamik, Tonfarbe etc. sowie musikbezogene Konzepte extramusikalischer Bedeutung.**

Stammt ein Musikstück aus der europäischen Klassik, vergleicht das geschulte Ohr vielleicht mit einem Werk von W.A. Mozart, dem galanten Stil der frühen klassischen Schreibweise, sieht man vor dem inneren Auge die Mode der Zeit dazu, spielt diese Musik optisch in einem dazu passenden Bauwerk, erwartet man eine der Zeit entsprechende Instrumentierung und Aufführung etc. Das Wissen über die soziale Rolle, kulturelle Erfordernisse, Zeitumstände, Handlungs- und Wertennormen usw. werden also in das Erleben der Musik impliziert und es entstehen Analogien zwischen der erlebten Musik, der musikalischen Szene und der bezogenen Erwartung.

(Anschauliches Beispiel: wahrscheinlich kann sich jeder vorstellen, sich beim Hören eines klassisch-galanten Orchesterwerks Ende des 18. Jahrhunderts in beherrschten, leichten tänzerischen Schritten durch den Raum zu bewegen, was durch unser Vorwissen über Musik- und Kulturgeschichte der Zeit sowie der Schwingung der Musik mit verursacht wird. Automatisch werden sich die Bewegungen wohl ändern, wenn als nächstes Musikstück ein rhythmisches Trommelsolo auf einer afrikanischen Djembe erklingt, welches unsere Bewegungen bestimmt heftiger, erdiger, stampfender, ausladender werden lässt, da wir mit den Percussionsounds die Lebendigkeit, Wildheit, Dynamik und Freude verbinden.)



Die im Moment erfahrene Musik bildet die Ausgangsbasis für das musikbezogene Erleben: das direkte Gestalten einer musikalischen Aktion, die persönliche Wahrnehmung des musikalischen Phänomens erlaubt einem Individuum, eine subjektive Erfahrung zu machen und diese nur für sich mit allen Bewusstseinsanteilen augenblicklich aufzunehmen. Erst in der Verarbeitungs- oder Rekapitulationsphase kommen die erwarteten oder erlernten Deutungsmuster, Leseschlüssel und sozialen Schemata zur Interpretation der musikalischen Erfahrung dazu. Eine direkte Erfahrung eines musikalischen Ereignisses wird immer subjektiv erlebt anhand der psychologischen und physiologischen, neurologischen wie motorischen Strukturen, die ein Mensch besitzt.

Die Forschung muss sich also bewusst sein, dass sie den „Gegenstand Musikerfahrung“ immer in Bezug zu allen situativen Eindrücken dieses musikalischen Erlebens setzen muss und nicht isoliert von äußeren und inneren Handlungs- und Erlebnissträngen erfassen kann. Dieses Erlebnis des emotionalen, kognitiven, motorisch-sensitiven Moments ist nicht wiederholbar, nur rekapitulierbar, ist flüchtig und im Nachhinein nur beschreibbar, ist spontan und vielseitig und später nur auszuwerten mit dem Einsatz anderer Sinne, wenn man z. B. ein Videoband oder eine Tonaufzeichnung oder medizinische Messungen an dieser Person während der musikalischen Aktion (Messung des Blutdrucks, der Herzfrequenz, des Hautwiderstands etc.) betrachtet. Alle Organe und Zellen eines Körpers sind dem Gesetz der Schwingung ausgeliefert und sind deshalb schon rein bio-physiologisch natürliche Resonanzträger.

Der Moment des Musikentstehens und –Erlebens kann qualitativ durchaus in seiner Wirkung beschrieben werden, durch das Berichten über wahrgenommene Emotionen, soziale Empfindungen, ästhetische Bedeutsamkeit, aufgetauchte innere Bilder sowie durch die Beschreibung des Zustandes körperlichen wie seelischen Wohlbefindens etc. des Klienten wie auch als Rückmeldung der Gruppe oder Therapeuten oder betrachtenden Teams, welche z. B. die Körpersprache des Agierenden, den Klang seiner Stimme, die Bewegungsfreudigkeit, den künstlerischen Ausdruck usw. nachzeichnen können.

Musik und Klänge, Rhythmus und Geräusche umgeben uns täglich, jeder Mensch hat einen eigenen Bezug dazu, hört Musik und drückt sich musikalisch aus, ist vielleicht mit prägenden musikalischen Ritualen aufgewachsen und erlebt sie entweder als triviale Erfahrung, als ursprüngliche Selbstaussdrucksmöglichkeit, als religiös-mystische Entrückung, als stilvolles gesellschaftliches Kulturgut, als professionell-künstlerische Leistung oder ähnliches.

Geräusche, Klänge und bestimmte Erscheinungsformen musikalischer Schwingung können aber auch als sehr störend und belastend empfunden werden. Z. B. begegnet uns im Alltag oft eine `Musiktapete` - Kaufhausmusik, Fahrstuhlbeschallung, Hintergrundklänge im Restaurant und des weiteren mehr. Worauf manche Menschen vielleicht gar nicht reagieren, keine Beeinträchtigung wahrnehmen oder was sie als angenehme Begleiterscheinung konsumieren, kann andere Personen mit geringerer Reizschwelle direkt belästigen. Ein verstimmtes Bar-Piano kann einem Menschen mit absolutem Gehör vielleicht innerlich wehtun, ein Konzertmusiker ärgert sich möglicherweise über seinem Empfinden nach dilettantisch klingendem `Gedudel` im Warenhaus, ein Tinnitus-Patient erträgt keine Hintergrundmusik auf einer Veranstaltung, da diese seine Ohrgeräusche verstärkt.

**Klientenbeispiel:**

Der Teilnehmer Lars der musikorientierten Kurzzeit-Psychotherapiegruppe, über welche im empirischen Teil der Dissertation berichtet wird, nennt im Nachinterview sein Empfinden über die `ungewollte Musik`:

„Ich kann heute auch nicht mehr so Musik hören, wie ich damals Musik gehört habe, weil ich dazu einfach nicht die Zeit habe. Ich habe zwar schon öfter mal Musik laufen. ... Ich hasse es zum Beispiel, wenn ein Radio einfach dudelt. Also Musik als Hintergrund ist für mich etwas fürchterliches, einfach nur ... wenn ich hier ins Hallenbad gehe, am Bismarckplatz, im Darmstädterhof-Zentrum, da dudelt sogar im Schwimmbad, während dem Schwimmen, ich weiß nicht, ob es heute noch so ist, aber da ... ist sogar das Radio an ... Dieses Totschmeißen mit Geräuschkulisse, das finde ich entsetzlich ...“

Und eines wird mir in Erinnerung bleiben: Wir haben irgendwann eine Klangreise gemacht, wo die Frau Rittner (Anmerkung: die leitende Musiktherapeutin) da auf dem, ich weiß nicht wie das Obertoninstrument heißt ... Monochord ... gespielt hat. Und das habe ich als total entsetzlich empfunden. Den Klang, da habe ich, habe ich den Tag ... das war ein Schock für mich gewesen. Weil ich habe mich darauf gefreut, eigentlich. Und an dem Tag ging nichts. Das Instrument das klang dermaßen schrecklich. Ich könnte es mir nur so erklären, dass da halt irgend etwas an dem Tag bei mir anders war, als es an anderen Tagen ist ... Ich, ich ... wie gesagt ... aus der Musiktherapie von der Schule aus kenne ich das Monochord schon, und da war es eigentlich immer angenehm gewesen. ... An dem Tag ... es war nur metallisch und hart. Da war auch keine Entspannung gewesen und kein Abschalten möglich. Und das hat mich sehr erschreckt, muss ich sagen... Da konnte ich also absolut nicht mit umgehen an dem Tag.“

Eine gefährdende Wirkung der Musik in Verbindung mit Abhängigkeit und Suchtverhalten beschreibt die israelische Forscherin Tsvia Horesh in ihrem Vortrag auf dem zehnten Weltkongress für Musiktherapie in Oxford, im Juli 2002: sie nennt eine als heilsam und als zerstörerisch empfundene Kraft der Musik. (vgl. Horesh, Tsvia: „Dangerous Music – Working with the destructive and healing powers of popular music in the treatment of substance abusers.“ Vortrag – Oxford, 10th world conference of music therapy, July 2002.)

Ihre beforchten Klienten hatten einhergehend mit Betäubungsmitteln ebenso bestimmte Musik konsumiert, welche den Rahmen der Abhängigkeit zog, ja in Zeiten der Abstinenz sogar als Drogenersatz von den Abhängigen genutzt wurde. Umgebung, Freunde, Plätze und Dinge nennt Tsvia Horesh als das Suchtverhalten mitbestimmende Faktoren; die Musik ermöglichte, diesen Rauschzustand zu halten, das obszessive Abtauchen, das Wegdriften in den Schlaf zu erleichtern oder Gefühle wegzudrönen, wie die Klienten Auskunft gaben. Spezielle Musik füllte die Lücke, half ihnen, Bewusstwerdung zu vermeiden und in einem emotionalen Vakuum zu versinken. In diesem Sinnzusammenhang kann Musik also auch dazu benutzt werden, in einer Art ritueller Trance den Geist auszuschalten, kriminelle Handlungen zu begleiten, soziale Milieus zu untermalen etc.

Eine Genesung der Abhängigen war schon durch bestimmten Musikkonsum gefährdet, da die Personen diese Stimmungen und Schwingungen direkt mit der Musikerfahrung transportierten, das heißt z. B. bei heavy metal, rap, rave, techno oder house music ein psychisches und physisches Suchtverlangen spürten. Die Patienten nannten starke Musikbezogenheit zu genau definierten Stilen, dem damit erlebten Zugehörigkeitsgefühl zu der Raver-Generation, den Ghetto-Kids, der Club-Kultur – eine Identifikation mit totaler Selbstaufgabe und Wirklichkeitsverlust in Verbindung mit ihrer Drogensucht. Klienten berichteten aber auch von heavy music – Konsum mit Tranquilizer-Wirkung, sie konnten aggressiv Klingendes zum Spannungsabbau nutzen. Andere fühlten sich von der gleichen Musik in noch größere Aggression versetzt, zu Gewaltausbrüchen animiert oder aber in Depressivität gestürzt. Musik kann also unter anderem je nach ihrer kulturellen Rolle, ihrer Nutzung für Gruppenzugehörigkeit oder in Verbindung mit Suchtverhalten eine sehr gefährdende Komponente darstellen.

Das Medium Musik ist universal einsetzbar, kulturell-sozial oder individuell erlebbar, subjektiv deutbar und kann sehr schwer in einem allgemein gültigen Kontext gefasst werden. Im therapeutischen Umfeld wirkt sie zusammen mit nicht-musikalischen Ereignissen der Szene, mit der Erwartungshaltung der Teilnehmer, mit vorformulierten Klientenwünschen, mit therapeutischen Interventionen, mit Wechselwirkungen innerhalb der Gruppenmitglieder und des weiteren. Dies erschwert natürlich die Erforschung von musikbezogenen veränderungsrelevanten Faktoren innerhalb musikpsychotherapeutisch arbeitender Gruppen, musikpädagogischer Angebote, musikalischen Unterrichts oder improvisatorischer Musik-Freizeitangebote.

Im therapeutischen Kontext kann aber durchaus die Wertung erfolgen, ob eine musikalische Aktion bestimmte Prozesse des Erkennens, Verstehens, Wachsens und Entwickelns anstoßen konnte, woraufhin für den Klienten veränderungsrelevantes Handeln möglich wird. Therapeut und Klient bestimmen ein erwünschtes Ziel, auf das mithilfe von psychotherapeutischen verbalen und nonverbalen Methoden hingearbeitet werden kann, um bewusst und geplant Prozesse zu durchlaufen, die Persönlichkeitsentwicklung, Symptomreduzierung, strukturelle Veränderungen in der inneren und äußeren Organisation des Klienten zugänglich machen sollen.

Musiktherapie wird hier nicht als ein Teilgebiet der Medizin gesehen, sondern als ein kulturelles, soziales und Veränderungsprozesse anstoßendes Phänomen. Insofern findet mit dieser Gruppe (wie im späteren Forschungsverlauf beschrieben) eine musikalische wie soziale, künstlerische wie therapeutische Szene statt. Es öffnet sich eine musikalische Darstellungsplattform, die Spieler präsentieren sich im sozialen Spiel auf der Bühne, agieren untereinander und stellen sich der Beobachtung der Therapeuten, womit die Handlung den Rahmen „therapeutisches Geschehen“ bekommt. Das Musikerleben im therapeutischen Kontext in methodischer Offenheit und experimenteller Arbeitsweise, in der strukturelle Anteile, soziale Bedingtheiten und psychosoziale Funktionen betrachtet werden können, ermöglicht ein neues Erleben eines aktiven persönlichen Gestaltens einer Situation. Hierbei wirkt nicht allein eine spezielle Musik als Medikament zur Heilung gewisser Störung oder Änderung eines früheren Unvermögens, eine Szene zu gestalten, erst die Verbindung von persönlichem situativen Gestalten, Musikwahrnehmen und letztlich auch Deuten und Verarbeiten schafft Grenzerweiterungen oder Selbsterkenntnis.

Die komplexen Prozesse des rezeptiven Musikhörens oder des aktiven Musizierens und Improvisierens erfordern ein Zusammenspiel emotionaler, kognitiver, physiologisch-motorischer wie soziokultureller Fähigkeiten, um zu einem ganzheitlichen Bild einer musikbezogenen Erfahrung zu verschmelzen.

Eine besondere Rolle nimmt hierin die stimmliche Improvisation, das Tönen und Singen ein, - als ein ganzkörperlich-sinnliches Erlebnis kann es gesundheitsfördernde Wirkfaktoren auf verschiedenen Ebenen aktivieren. Vokale Improvisation wirkt über das Hören des Schalls von außen nach innen, wird über das Organ Haut ganzkörperlich aufgenommen und dringt ebenso über die Übertragung des Knochenschalls in tiefste Regionen unseres Körpers ein, ist also ein intrapersonelles Geschehen, welches den ganzen Leib in Resonanz versetzt.

Stimmforschung belegt, dass durch das Singen und Tönen psychologisch wie physiologisch Selbstheilungsprozesse freigesetzt oder gefördert werden, indem die Endorphinproduktion des Körpers ansteigt, die Atemintensivierung und Arbeit mit dem Zwerchfell eine Stimulierung der weiteren Organe auslöst, die Durchblutung und Sauerstoffanreicherung im Blut verbessert wird, bestimmte Resonanzwirkungen im Körper z. B. dazu führen können, die Produktion überschüssiger Magensäure zu vermindern und vieles weitere mehr. Da sich das Gehör im entwicklungsphysiologischen Sinne früher entwickelt als manch andere Organe und Sinne, ist Stimme und Klang für das Ungeborene im Mutterleib die erste Möglichkeit zur Orientierung und Kontaktaufnahme.

So erklärt sich auch das tranceanregende Potenzial der Arbeit mit der Stimme und dem eigenen Körperklang: der Tönende, Singende kann sich in den eigenen Klangraum zurückziehen und in tiefste Frühphasen der Entwicklung eintauchen, was z. B. als Gruppenerfahrung beim gemeinsamen Tönen in Klangtrauben mit geschlossenen Augen sehr schnell genutzt werden kann. Die Stimme kann Mittel wie auch Indikator für Selbstveränderungsprozesse sein, indem sie hilft, sich selbst wahrzunehmen mit versteckten internen Bereichen zum Klingen zu kommen sowie es sich auch an der Stimme ausmachen lässt, dass bei Kratzen, Brechen, Wegrutschen des Tones, Heiserkeit und Atemnot der Klient sich in einer Situation von Angst, Überforderung oder immensem Druck befindet. Die eigene Stimme kann als ein Schlüssel zu seelischen Zuständen genutzt werden.

## **6.2. Kompetenzerweiterung durch Musiktherapie in der therapeutischen Kleingruppe**

Durch das Spielen, Mitspielen, Sich-Zeigen und Sich-Einlassen geht der Klient oder der Ausführende einen Schritt auf dem Weg des Verinnerlichens, Erkennens und Lösens seiner ihn behindernden Probleme. Wilhelm Salber bezeichnet diesen inneren Vorgang als die **"geheime Intelligenz des Seelischen"** und meint damit eine dem Seelischen eigene Logik, die unser Handeln unbewusst strukturiert. Parallel dazu kann auf Victor von Weizsäckers Begriff von dem **"unbewussten Verstand in der Wahrnehmung"** und der **"Logik der Sinne"** verwiesen werden (Weizsäcker, Victor von: "Wahrheit und Wahrnehmung. Über das Nervensystem." Leipzig 1943. In: Tüpker, Rosemarie: "Ich singe, was ich nicht sagen kann. Zu einer morphologischen Grundlegung der Musiktherapie." Regensburg 1988. S. 21.)

Durch die Nutzung der in der Gruppe vorhandenen Ressourcen und unterschiedlichen Erfahrungs- und Lebenswelten können Lösungsvarianten gemeinsam gesucht und bestehende Systeme bewusst gemacht oder verändert werden. Während einer musikalischen Erfahrung kann die von einem Teilnehmer produzierte Musik Bedeutungen transportieren, genau wie seine Gestik, Mimik oder Körperbewegung – als Gesamtheit aller Eindrücke wird dieses wiederum von den anderen Teilnehmern wahrgenommen und vielleicht auch beantwortet. So entsteht ein aktiver Selbstaussdruck, ein Zusammenspiel, ein Reagieren, ein Diskurs. Um das Erlebte zu deuten, wird wieder auf alle Sinne zurückgegriffen, man kann seine Hörerfahrung beschreiben, sein Körpergefühl, seine Beweglichkeit und eigene Gestik, die an dem anderen erkannten Signale und Darstellungen etc.

Das nach außen wirkende aktive Musizieren kann Strukturen verdeutlichen, Rollenbesetzungen aufzeigen, als Handlungsaufforderung dienen, als nonverbales Ausdrucksmittel zum Erklingen des Unsagbaren eingesetzt werden, eine Art Lernen durch Entdecken und Ausprobieren mit sich tragen.

**Klientenbeispiel:**

Im Voraus möchte ich auf ein Therapiebeispiel verweisen, in dem die Teilnehmerin Miriam der später beschriebenen musikorientierten Kurzzeittherapiegruppe „StimMusTher“ ihre Familienstruktur musikalisch nachstellen konnte, indem sie andere Gruppenmitglieder mit Instrumenten ausstattete und mit ihnen ihre Ursprungsfamilie nach Platzhalterart besetzte. Beim Erklingen der Improvisation der Teilnehmer konnte Miriam zum ersten Mal ihre eigene Position in der Familie ausmachen, diese verlassen und anhand neuer Instrumentenpositionierung im Gesamtklang umbilden. Sie bekam die Innensicht der anderen Familienmitglieder dargestellt und konnte ein Verständnis für diese entwickeln.

Das von außen nach innen gerichtete rezeptive Musikhören kann innerliche Erfahrungen von Emotion, sinnlichem Erleben, Spontaneität und Kreativität ermöglichen, dient eher der Bewusstwerdung und Wahrnehmungsverarbeitung, kann natürlich auch von körperlicher Aktion begleitet sein – mit Durch-den-Raum-Gehen, Tanzen, Rhythmus-Klopfen, Mitschwingen des Körpers usw. Durch beide Erlebnisarten (aktiv oder rezeptiv) werden gesellschaftliche wie individuelle, psychische wie kommunikative Prozesse gefördert, welche im Anschluss in kognitiver Rekapitulation und sprachlicher Beschreibung mit den anderen Teilnehmern geteilt und diskutiert werden können.

### **6.3. Mögliche Transferfähigkeit des Erlebten**

Durch diese frei gestalteten Situationen von Empfindungen, Expressionen, sozialen Botschaften, persönlichen Zuständen usw. können therapierrelevante, für den Klienten bedeutsame Erfahrungen gemacht werden, welche nachvollziehbar werden durch dessen Schilderung, Veränderung in seiner angegebenen Symptomatik, seiner fortlaufenden Lebenszufriedenheit oder in der Erreichung seiner vorher bestimmten erwünschten Änderungen und Fortschritte. In der musikalischen Erfahrung hat er vielleicht individuelle Zeichen gegeben, persönliche Strukturen dargestellt, Personen stellvertreterhaft erklingen lassen, Zeitsysteme nachgebildet, Räume umrissen, - also das Geschehene mit Inhalt belegt oder Intentionen nach außen getragen.

Was auf der musikalischen Ebene ablief, war die wirklich erklingende Ton- und Rhythmuswelt (intentional oder unbewusst gestaltet), also externer Reiz – dazu der interne Erlebnishorizont und momentane Kontext der Szene sowie deren gedankliche Verarbeitung im Nachhinein. Daraus kann ein selbstständiger Transfer des Erlebten für die Tauglichkeit in Alltagssituationen folgen, je nachdem wie die Wahrnehmungsorganisation über die Spielmotorik, die soziale Begegnung, die Absprache durch Blickkontakt, Gestik oder Mimik untereinander abgelaufen ist.

Um das komplexe System dieser musikalischen Erfahrung auszuwerten, können empirisch qualitativ-deskriptive sowie quantitative Daten herangezogen werden (Patienteninterviews vergleichend über den Zeitraum von 6 Monaten, Angaben über psychosoziale Beschwerden, Symptomatiklisten der Klienten während des Verlaufs der Forschungsgruppe).

#### **Klientenbeispiel**

Die im vorigen Klientenbeispiel vorgestellte Miriam berichtete, dass sie sich in der musikalischen Familienaufstellung symbolisch und stellvertreterhaft von ihrer Kindchenfigur gegenüber den Eltern verabschieden konnte, dass sie im weiteren Wochenverlauf eine Abgrenzung zuhause erreichen und als selbstbewusstere Tochter eine andere Position für sich im Familienbild sehen konnte.

Natürlich muss man sich dessen bewusst sein, dass für jeden einzelnen Klienten eine andere Hörerfahrung und Lernmöglichkeit, ein unterschiedliches Resonanz erleben und eine variierende Wunschvorstellung darüber existieren wird, wie die musikbezogene Erfahrung wahrgenommen werden kann, doch entstehen auch ähnliche Erlebnisse, Resonanzphänomene in der Gruppe und übergreifende Stimmungen in musikbezogenen Szenen. Inmitten von vielen subjektiven Spielarten und Ausdrucksqualitäten kann sich ein gemeinsam erfahrbarer Raum für die Gruppe entwickeln, Übertragungen von Strukturen oder musikalisch-sozialen Rollen können möglich werden, je nachdem, welche assoziativen Fähigkeiten, welche Aufnahme- und Wiedergabefähigkeit oder welches Selbstdarstellungspotenzial und welche Resonanztiefe die involvierten Teilnehmer einsetzen können.

Der Arzt und Psychotherapeut Rolf Verres beschreibt ein ganzheitliches kohärentes Kraft-Erleben, welches auftreten könne, wenn Resonanz zwischen körperlichen und seelischen Lebensenergien in Fluss komme und welches als Lebens-Mut einen Einfluss auf vitale Lebensentscheidungen haben könne. (vgl. Verres, R.: „Heilkunst und Bewusstseinswandel.“ In: „Verres, R.; Leuner, H.; Dittrich, A. (Hrsg.): „Welten des Bewusstseins.“ Band 7: Multidisziplinäre Entwürfe. Berlin, Verlag für Wissenschaft und Bildung 1998. S.18.)

Resonanz im Hinblick auf die Förderung von Lebenskraft bedeute, physikalisch wie psychologisch, sich aufeinander einzustellen, aufeinander bezogen zu sein, im Einklang zu schwingen, im Gegensatz zur Entropie, der Tendenz von Zerfall und Chaos, eine Ordnung aufrecht zu erhalten.

Daraus leitet sich die Forderung nach einem vertrauensfördernden Gesundheitssystem ab, in welchem Anbieter und Nutzer miteinander in Resonanz treten sollten, um vorhandene Bedürfnisse zu erkennen und mit angemessener Motivation Begegnungsräume zu nutzen.

#### **6.4. Wichtige Faktoren der musikorientierten Psychotherapie**

Um klientenorientiert praxisnah und wissenschaftlich theoriefundiert Forschung betreiben zu können, müssen unterschiedlichste Anteile der wissenschaftlichen Teilbereiche Psychologie, Psychotherapie, Pädagogik, Soziologie, Verhaltensforschung, Kunst- und Bewegungstherapie, Musikpsychologie, Musiktherapie, Musikethnologie und Musikwissenschaft und vieler mehr zusammen betrachtet werden. Die Prozessforschung in der internationalen Psychotherapie betont grundsätzlich die Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen, ohne einer der genannten Disziplinen den Hauptanteil an einem Ursache-Wirkungs-Prinzip zuschreiben zu können (vgl. Strauß, Bernhard; Eckert, Jochen; Tschuschke, Volker (Hrsg.): "Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung." Opladen 1996.).

Sinnvolle Evaluation der Ergebnisse kann qualitativ wie quantitativ präsentiert werden, wenn klientenorientiert festgelegt Veränderungen erreicht werden, welche danach beurteilt werden können, ob sie genannte Stressoren verringern helfen, neue Bewältigungsmöglichkeiten für Spannungen aufzeigen, Widerstandsressourcen (re-)aktivieren und ein Kohärenzgefühl für das Geschehene entstehen lassen können. Die Analyse und Transkription eines musikpsychotherapeutischen Geschehens kann von Klient, Therapeut und externem Beobachtungsteam erfolgen, indem diese eine Abfolge von Tönen, Improvisationen, Gesten und Bewegungen, Klängen und Rhythmen, gewählten Instrumenten, Ausdruck und Intensität und unterschiedlichste Parameter mehr beschreiben und diese in den zeitlichen Ablauf strukturierend einordnen, letztendlich zur Deutung auch die Ereignisse gewissen kausalen Zusammenhängen zuordnen.

Es gibt die Beobachtungs- und Wiedergabeebene sowie die Deutungsebene, in der Äußerungen verbaler und nonverbaler Art nach ihrer Sinnhaftigkeit untersucht werden können. Unterschieden werden können die Parameter nach Ausdruck und emotionaler Involviertheit, nach musikalischem Zusammenspiel und kommunikativem Austausch, nach koordinierten sozialen Mustern, nach Bewegung und Motorik, nach symbolischem Gehalt oder ritualisierten Abläufen im Spiel und weiteren mehr.

**Verglichen mit Erkenntnissen über Wirkfaktoren aus der Verhaltenstherapie können grundsätzlich drei Denkrichtungen unterschieden werden:**

(vgl. nach Verres, R.: „Wirkfaktoren in der Verhaltenstherapie.“ In: Lang, H. (Hrsg.): „Wirkfaktoren der Psychotherapie.“ 3. Auflage. Würzburg 2003. S. 107.)

- a) eine psychopathologische Betrachtungsweise des Klienten, hauptsächlich entstanden aus der traditionellen Psychiatrie, welche eher deskriptiv den momentanen Zustand des Patienten erfasst, weniger zukunfts- und lösungsorientiert arbeitet;
- b) eine konflikt- oder belastungsorientierte Denkrichtung, eher psychoanalytisch vorgehend und achtend auf mögliche Veränderungsprozesse des Patienten; Probleme werden durchgearbeitet und Lösungen werden anhand einer zeitlichen Perspektive gemeinsam mithilfe der Therapeuten-Patienten-Beziehung entwickelt;
- c) eine eher unterstützende, kompetenzerweiternde Denkrichtung, systemische Betrachtung des Patienten in seinem Umfeld mit dem Versuch, Ziele, Wünsche und Erwartungen zu erfassen und neue Fähigkeiten zu entdecken. Anhand geklärter Therapieziele sollen die Handlungsmittel des Klienten erweitert werden, um diesem zu ermöglichen, Kontexte neu zu gruppieren, seinen Platz in verschiedenen Systemen zu verändern und weitere Kompetenzen zur Bewältigung seiner Schwierigkeiten zu erlangen. Die Betonung liegt auf Eigenverantwortlichkeit, aktivem Gestalten der Situationen, konstruktiven Ideenfindungen für zukunftsorientierte Lösungen.

In einem wie in c) genannten lösungsorientierten, kompetenzfördernden Entwicklungsangebot kann der Klient Veränderungen erreichen, indem er mithilfe eines Therapeuten zwar Belastungssituationen anerkennt, aber diesen auf systemischem Hintergrund ressourcenorientiert im Therapieprozess begegnet. Die kompetenzerweiternde Methode der Verhaltenstherapie kann nach den salutogenetischen Prinzipien Antonovskys die Stressoren oder Störungen feststellen, das Bewältigungshandeln entwickeln, die Widerstandsressourcen aufbauen, Handlungen mit Sinn belegen und eine Zielorientierung formulieren.

In Ergänzung zu der früheren verhaltenstherapeutischen Strömung des radikalen Behaviorismus ist heute eine differenziertere Haltung zu erkennen, welche (vgl. Miltner, M. Birbaumer, N.; Gerber, W.D.: „Verhaltensmedizin.“ Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo. 1986.) eher psychophysiologisch orientiert arbeitet, d.h. nach den klassischen Lernexperimenten, den manipulativen Forschungshaltungen und den von externem Determinismus geprägten Methoden, die mit Belohnung, Entzug und Bestrafung vorgingen, nun eher auch die Entwicklungsmöglichkeiten des Patienten berücksichtigen und motivierende Handlungen mit einbeziehen.



Daneben entstand die sozial-kognitiv interessierte oder auch handlungsorientierte Verhaltenstherapie (vgl. Bandura, A.: „Sozial-kognitive Lerntheorie.“ Stuttgart 1979. oder auch: Bandura, A.: „Social foundations of thought and action.“ Prentice-Hall, Englewood Cliffs. 1986.), in welcher der Klient aktiv mit seinen Erwartungen, Wünschen oder Prognosen in den Behandlungsprozess mit einwirken kann, und in der das prozessuale Geschehen von Empfinden, Handeln, Denken und Wiedergeben berücksichtigt wird.

Betrachtet wird immer wieder die aktuelle Situation des Klienten selbst, der nicht mehr einfach nur von außen (Umwelt, Therapeut, Gruppe, Störungen ...) beeinflusst oder gar fremdbestimmt wird, sondern der in Absprache mit dem Therapeuten gezielt seine Empfindungen und Gedanken erkennen, bewerten und wieder einsetzen lernt. Durch die Transferfähigkeit der einfachen Denkmodelle hat der Klient die Möglichkeit zu begreifen, dass sich internes Erleben und externes Verhalten gegenseitig bedingen kann, und die `äußere Wirklichkeit` mitbestimmbar wird durch die eigene Gestaltbarkeit der Eindrücke und die Wahl der Mittel. Die handlungstheoretische Verhaltenstherapie gestattet dem Menschen also ein selbstverantwortliches, ja – selbststeuerndes Erleben und Bewegen im Prozess der Veränderung, sie gibt dem Klienten die `Zuordnungsmacht` über den Sinn von Ereignissen und fördert positive zukunftsweisende Erwartenshaltungen den veränderbaren Störungen gegenüber.

**Folgende Gegebenheiten müssen bestehen, um therapeutische Prozesse nach (für den Klienten) veränderungsrelevanten Faktoren untersuchen zu können:**

- a) Ein vorformuliertes Ziel zwischen Klient / Gruppe und Therapeut, Rollenzuteilung und Rahmen der Behandlungsabläufe, Grenzen und Aufgaben der Teilnehmer müssen geklärt sein.
- b) Eine zeitliche Orientierung für den Verlauf der gesamten Sitzungen (inklusive Vor- und Nachuntersuchungen) und einzelnen Handlungssequenzen während der Therapiestunden (Anteile der Methoden, Gespräche, Improvisationen, Freiräume ...) sollte festgelegt werden.
- c) Die therapeutischen Interventionen und pädagogischen Methoden, die Gruppenführung und therapeutische Stile, die Mittel der Durchführung (Medien, Instrumente, Objekte) müssen gewählt werden.
- d) Das Therapeuten-Klienten-Verhältnis und die Bindungsqualität während der Behandlung müssen besprochen und eine Vereinbarung über das persönliche Involviert-sein-Wollen getroffen werden. Es sollte eine offene Auskunft über den Leidensdruck und das mögliche eigene Engagement zur Erreichung der Therapieziele erfolgen. Angestrebt wird eine Übertragungsmöglichkeit der gemachten Erfahrungen in das externe Lebenssystem.

Nur unter Berücksichtigung aller Faktoren, die den Verlauf einer musikalischen Szene mitgestalten und umrahmen, können Wirkungen ausgemacht werden, wobei niemals „die Musik als solche an sich“ einfach nur wie ein Medikament wirkt und verabreicht werden kann (missglückter Behandlungstipp: „Hören sie Mozarts leichte Klassik bei Depressionen ...“), sondern nur die im Moment entstehenden Wirkungsfelder benannt werden können (selbstständige Patientenaussage: „Der dunkle warme Klang der Pauke erinnerte mich an die fürsorgliche Stimme meines Großvaters ...“).

Nicht alleine das Vorhandensein bestimmter musikalischer Parameter hält sofort für jeden Hörer oder Spieler die gleiche Aussage bereit, erst das aktive In-Verbindung-Treten mit der musikalischen Szene kann pädagogisch wertvolle oder klinisch bedeutsame Effekte mit sich bringen. Musik an sich ist auch nicht gleich mystisches Tönen oder heilsames Ritual, erst die gestaltende Handlung erlaubt vielleicht eine Verbindung zu transzendenten Erlebnissen, religiösen Empfindungen oder intensiven Heilanstößen. Genauso wenig wie das in der Musiktherapie möglicherweise eingesetzte Rasseln und Trommeln einen Menschen nicht sofort in Trance fallen lässt, wirkt eine reine Methode an sich: Kunsttherapie birgt nicht an sich das Selbsterkenntnis-fördernde Farbenspiel oder die Methode der Bewegungstherapie an sich beseitigt nicht automatisch Kontaktschwierigkeiten oder Verhaltensauffälligkeiten.

Bastine unterscheidet Wirkfaktoren in der Psychotherapie nach ihren für den Klienten wichtigen Veränderungsbereichen, wie der Emotionsverarbeitung, der kognitiven Verarbeitung, der Kompetenzerweiterung und der Selbstakzeptanz. (Bastine, R.: „Klinische Psychologie.“ Band 1: Grundlagen und Aufgaben Klinischer Psychologie. Definition, Klassifikation und Entstehung psychischer Störungen. Stuttgart: Kohlhammer 1990. / Bastine, R.: „Klinische Psychologie.“ Band 2: Klinische Psychodiagnostik, Prävention, Gesundheitspsychologie, Psychotherapie, Psychosoziale Intervention. Stuttgart: Kohlhammer 1992.)

### **Von Bastine genannte Wirkfaktoren beim Prozess der Veränderung von Klientenerlebnissen**

(Bastine, 1990, ebenda, S. 354; in Anlehnung an Revenstorf und Grawe sowie Yalom) beschrieben:

- Emotionsverarbeitung (Katharsis, emotionale Selbsterfahrung, Exposition in der Gruppe)
- Kognitive Verarbeitung (Einsicht und mögliche kognitive Umstrukturierung)
- Selbstakzeptanz (Integration der bewirkten Veränderungen in eigenes Selbstbild)
- Kompetenzerweiterung (Aneignung und Ausbau von Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Stärkung sozialer Beziehungen und Netze sowie Nutzung von Ressourcen zur Bewältigung und Prävention)

Diese Wirkfaktoren und die möglichen Veränderungsanstöße können im Verlauf der Studie beobachtet und wiederum in das Methodengeflecht miteinbezogen werden. Wirkfaktoren sind allgemein abhängig von den grundsätzlichen Voraussetzungen der Gruppentherapie, dass Menschen zusammenkommen, die aufgrund ihrer Problematik, ihrer Störungen oder Beeinträchtigungen in dem Maße Leid erfahren, dass sie dieses ändern möchten, Problemstellungen in der Gruppe teilen und dazu Rückmeldung erfahren können, um die Situation zu durchleben und zu verändern.

Mittel wie Musik, Farbe, Bewegung etc. und Methoden des Rollenspiels, der Improvisation, der Entspannungs- und Bewegungsübungen, der verbalen wie nonverbalen Kommunikation können katalysierend eine Erkenntnis unterstützen und intendiert vom Therapeuten zur Verfügung gestellt werden; die Erfahrung mit den Medien oder Methoden muss aber vom Klienten selbst gemacht werden, um später vielleicht zu grenzerweiternden Schritten umfunktioniert werden zu können, um soziale oder resonanzfördernde Erlebnisse zu ermöglichen, um in der Gruppe ein verbindendes Wir-Gefühl zuzulassen und Kommunikationsfähigkeit und Selbstdarstellungsmöglichkeit zu fördern.

Mittel und Methoden können also eine Beschleunigungstendenz beinhalten, um nonverbal einen Ausdruck für inneres Erleben zu finden, welches verbal bis jetzt so nicht formuliert werden konnte. Yalom fand in seinen Prozess- und Ergebnisstudien heraus, dass in Gruppentherapien nicht ein starkes emotionales Erlebnis per se genügt, um Veränderungsprozesse durchzusetzen, sondern vielmehr kognitive Komponenten als Anlassgeber funktionieren. Als (Zitat): „wahren Kern“ des gruppentherapeutischen Prozesses nennt Yalom die eigene Einsicht des Klienten – eine „affektiv geladene interpersonale Aktion ...“, „die das Nachdenken über das eigene Selbst fördert“. (Yalom, E.D.: „Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie.“ 4. Auflage. München: Pfeiffer 1996. S. 99.)

Unbestritten als die Genesung unterstützende Faktoren im psychotherapeutischen Prozess sind allerdings generelle Einstellungen (‘common factors’) wie die grundsätzliche Offenheit des Patienten – dessen Bereitschaft, sich wirklich auf eine Therapie einlassen zu wollen – sowie die therapeutische Arbeitsbeziehung – sprich das Arzt-Patienten-Verhältnis oder auch weitreichender formuliert: die Beziehung zwischen Lernendem und Lehrendem oder zwischen Vermittelndem und Erfahrendem (vgl.: Lang, Hermann: Vorwort und Einführung. In: Lang, Hermann (Hrsg.): „Wirkfaktoren der Psychotherapie.“ 3. Auflage. Würzburg: Verlag Königshausen & Neumann 2003. S. 1-14.).

Zu den therapeutischen oder betreuenden Pflichten gehören Eigenschaften wie Empathie, Zuhören-Können und die Fähigkeit, beständig und zuverlässig die Ausbrüche oder Rückzüge des Patienten mitzutragen; Lang bezeichnet dies als ‘holding function’. Der Therapeut übt also eine bewahrende wie korrigierende Funktion aus und reagiert auf die heftigen Emotionen des Patienten nicht ebenso persönlich emotional, wie dieser das als Rückmeldung aus dem Alltagsgeschehen kennt. Somit hat der Klient die Möglichkeit, in der therapeutischen Praxis und professionellen Lernsituation, Alltagskommunikation auf neue Weise umzusetzen und neue Reaktionsmuster auszuprobieren. Die erklingende Musik, die gewählten Instrumente, die Teilnehmergruppierung in der Improvisation stellen eine neue Erlebnisebene dar, und der Klient kann Impulse aufgreifen und weitergeben.

**Stichworte:**

**Qualitative Forschung / teilnehmende Beobachtung / psychotherapeutische Kleingruppe /  
therapeutische, pädagogische, medizinische, mathematische und resonanz-  
phänomenologische Wirkung von musikalischer Erfahrung**

***Die Dinge haben immer nur den Wert,  
den man ihnen verleiht.***

Jean Baptiste Molière  
1622 - 1673 französischer Dichter

***Es hört doch jeder nur, was er versteht.***

Johann Wolfgang von Goethe  
1749 – 1832 deutscher Dichter

***Der Mensch hat zwei Ohren und einen Mund,  
weil er mehr hören als reden soll.***

dänisches Sprichwort

***Man ist nie so lächerlich durch die Eigenschaften,  
die man besitzt,  
wie durch jene, die man zu haben vorgibt.***

Francois Duc de La Rochefoucault  
1612 - 1680 französischer Schriftsteller

***Ordnung ist die Lust der Vernunft,  
aber Unordnung ist die Wonne der Phantasie.***

Paul Claudel  
1868 - 1955 französischer Diplomat

***Nichts ist in Ruhe, alles bewegt sich,  
alles ist Schwingung.  
Alles fließt aus und ein, alles hat seine Zeiten,  
alle Dinge steigen und fallen,  
das Schwingen des Pendels zeigt sich in allem;  
das Maß des Schwunges nach rechts  
ist das Maß des Schwunges nach links;  
Rhythmus kompensiert.***

Kybalion (altägyptische Quelle der hermetischen Wissenschaft)  
ca. 3000 v. Chr. (ursprünglich mündlich, später schriftliche Überlieferung)

## **7. Die wissenschaftliche Untersuchung der Prozesse in einer gesundheitsbildenden psychotherapeutischen Kleingruppe**

Qualitative Forschungsmethoden sind auf das Nachvollziehen von konkreten und einzigartigen Vorgängen gerichtet (das Geschehen einer musikalischen Improvisation, einer bestimmten Charakteristik einer Situation, eines gruppenspezifischen Geschehens, einer persönlichen Entwicklung durch ein besonderes, aufdeckendes Erlebnis). Die Forderung der Reproduzierbarkeit eines Geschehnisses als Kriterium der Wissenschaftlichkeit in den Naturwissenschaften wird hier ersetzt durch die Forderung der Unmittelbarkeit und Nachvollziehbarkeit (in psychologischen, sozialen und pädagogischen Forschungsfeldern) - das heißt: ein Vorgang oder Ereignis muss betrachtbar, beschreibbar und begreifbar sein. Individuelle Prozesse sind nicht reproduzierbar oder auf die Allgemeinheit übertragbar. Doch können sie nachvollzogen und im Sinne der qualitativen Forschung nach ihrer Bedeutung hinterfragt werden. Die seelischen Prozesse, die im Erleben von Musik, Trance, Körperarbeit, Bewegung, Tanz und anderen improvisatorischen Formen der Gruppentherapie ablaufen können, sind verbunden mit dem Ausdruck, dem Verhalten, der Kommunikation und Kontaktaufnahme, welche wiederum erfasst und beobachtet werden können. So ergeben sich Erfassungsprozesse, die Phänomene strukturieren und dem innewohnenden Sinn eines Verhaltens nachspüren lassen. Musikalische Ereignisse werden im pädagogisch wertvollen Kontext gedeutet, Musik an sich stellt nicht allein das Mittel zur Beseitigung von Störungen oder Problemen dar.

Die Therapiebedürfnisse der Klienten sind vorab transparent und ein Behandlungsziel oder Entwicklungswunsch ist genannt und kann im Verlauf oder zum Abschluss der Therapie untersucht werden. Musikalische Szenen oder Improvisationen, Instrumentenwahl oder Klangausdruck sind nicht für sich Abbild des Seelischen, können aber unter psychotherapeutischen, entwicklungspsychologischen, biomedizinischen, motorisch-physischen und weiteren Gesichtspunkten analysiert werden. Außermusikalische Kontexte sind immer Grundbestandteil der Aktionen, es müssen immer Individuum und System, Rahmen der Gruppe und Setting der Therapeuten mit ausgewertet werden.

### **7.1. Voraussetzungen für qualitative Forschung**

Untersucht man die Innen- und Außenposition in der Forschung, kommt die Rolle des Forschenden selbst zum Tragen: ohne Eingriff in die (Lern- oder Bildungs-) Prozesse selbst werden der Betrachter wie die Forschungsmittel doch mitbewegt in ihrer Betrachtung (z. B.: der Forschende, der den Kameraausschnitt wählt etc.), - wie schon E.H. Erikson in "Kindheit und Gesellschaft" (Zürich 1957) In: Tüpker, Rosemarie: "Ich singe, was ich nicht sagen kann. Zu einer morphologischen Grundlegung der Musiktherapie." Kölner Beiträge zur Musikforschung. Niemöller, Klaus Wolfgang (Hrsg.). Band 152. Regensburg 1988. S. 16.) betont, ist nicht nur der Erwachsenenbildner oder Therapeut an der Entstehung der Prozesse selbst beteiligt, die er untersucht. Insofern ist es in den beobachteten Projekten wichtig, dass Forscher eine Art `Außenposition` einnehmen, um den in der Gruppe ablaufenden Prozess (bei Teilnehmern wie Gesundheitsbildnern oder Therapeuten) zu verfolgen.

Die Gruppenleiter liefern dazu eine wichtige `Innenposition` und stellen ihre Wahrnehmung, ihre Erfahrung und ihr therapeutisches oder pädagogisches Wissen als Quelle zur Verfügung. René König führt in "Das Interview" (Köln 1957) In: Tüpker, Rosemarie: "Ich singe, was ich nicht sagen kann." ebenda. S. 16.) den Begriff des `teilnehmenden Beobachters` ein und begründet diese Position als Notwendigkeit in qualitativen Interviewverfahren.

Auch im Bereich der Biologischen Forschung und den Naturwissenschaften schreibt Victor von Weizsäcker in "Der Gestaltkreis" (Stuttgart 1950) In: Tüpker, Rosemarie: "Ich singe, was ich nicht sagen kann." ebenda. S. 17.) schon (Zitat): "Um Lebendes zu erforschen, muss man sich am Leben beteiligen. Man kann zwar den Versuch machen, Lebendes aus Nicht-Lebendem abzuleiten, aber dieses Unternehmen ist bisher misslungen. Man kann auch anstreben, das eigene Leben in der Wissenschaft zu verleugnen, aber dabei läuft eine Selbsttäuschung unter." Insofern wird hier eine `Scheinobjektivität` verlassen zu Gunsten der `kontrollierten Subjektivität`.

Ausgehend von einer Theorie- und Hypothesenbildung kann in Studien und Pilotprojekten qualitativ beschreibend und quantitativ analytisch sichtbar gemacht werden, was zielgerichtet kasuistisch (in Einzelfallpräsentationen) oder prozessual (im Gruppenkontext und dynamischer Entwicklung) mit bestimmten Methoden und Settings erreicht werden kann, woraufhin die Ausgangsthesen überprüft, widerlegt oder bestätigt werden können. Ist auch das Forschungsgeschehen prozessorientiert, entwickelt sich die These anhand des Vorwissens der Forscher, werden theoretische Modelle anhand praktischer Durchführung untersucht, entstehen neue Fragen in der Forschung aufgrund der Verlaufserkenntnisse, können neue Gegenstandsbezüge aufgedeckt werden und konstruktive Fragestellungen für weitere folgende Projekte festgehalten sowie kritische oder störende Anteile des vergangenen Forschungsprozesses dargestellt werden. Die Komplexität des Forschungsgeschehens erfordert als zentrale Grundlage die `offene Haltung dem Prozess gegenüber`, das heißt, dass die Beobachtungen und Datenauswertungen während des Therapieverlaufes wiederum in die Gestaltung des weiteren Geschehens miteinbezogen werden, neue Konzepte gebildet und weiterführende Theorien aufgestellt werden können. Mit dem Offenlegen der Erkenntnisse können Klient, Gruppe, Therapeut und Beobachtende zusammen Daten auswerten und diese in die gewählten Methoden und Mittel mit einflechten. Der Verlauf einer qualitativ angelegten empirischen Studie kann also inkonsequent oder instabil erscheinen, da er nicht auf eine durchgezogene Standardhaltung festgelegt werden kann, doch diese Vorgehensweise erlaubt, auf intensive Situationen während der Therapie reagieren zu können, den Erfahrungshorizont aller Beteiligten ständig zu erweitern, neue Wirkzusammenhänge zu berücksichtigen und möglicherweise im Prozess Anfangsthesen zu verwerfen und zu ersetzen sowie sinnvollere Forschungsgegenstände vorzuziehen. Aufgrund der qualitativen Offenheit dürfen ebenfalls verschiedene subjektive Konzepte und Thesen nebeneinander existieren, es muss kein übergreifender Konsens gespannt werden, sondern gerade die Vielfältigkeit (die nicht Beliebigkeit meint) hat Platz in dieser Forschungshaltung, die Kompetenz, Kritikfähigkeit und Toleranz vereint. (vgl. zur grundsätzlichen Einführung in die Theorie und Methodik qualitativer Forschung die gängigen Standardwerke wie z. B. Glaser, B.; Strauss, A.: „The discovery of the grounded theory.“ Chicago: Adline 1967.

Strauss, A.; Corbin, J.: "Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung." Weinheim 1996.

Strauss, A.; Corbin, J.: „Grundlagen qualitativer Sozialforschung.“ Weinheim 1996.

Flick, Uwe (Hrsg.): „Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften.“ Reinbek bei Hamburg 1995.)

## **7.2. Therapierelevante Erfahrungen wie z. B. musikbezogene bedeutungsvolle Momente**

Erlebt ein Teilnehmer einen für ihn relevanten Moment in einer musikalischen Szene, kann er sie im Nachhinein mit Sinn belegen, Bedeutungen zuordnen und sie mit emotionalen oder kognitiven Kontexten in Verbindung bringen. Eine Szene wird also dadurch therapierelevant, wenn sie im Erleber oder Betrachter etwas auslöst, dass dieser einschätzen, dem Umfeld zugehörig erachten oder bedeutsam für sich verwenden kann. In musiktherapeutischen empirischen Untersuchungen wurden dazu Momente der interpersonellen Ebene genannt, also wenn besondere Bindungen zwischen Gruppenmitgliedern oder Therapeuten musikalisch oder physisch während der Zusammenarbeit entstanden. Oder wenn in der inneren Erlebniswelt der Teilnehmer Momente der Öffnung, Entrückung, Ekstase, Trance, Freiheit und Ganzheit, Schönheit und Verbundenheit, oder auch Empfindungen wie Ärger, Wut und Schmerz auftauchten (vgl. Amir, D.: „Research in Music Therapy – quantitative or qualitative?“ Nordic Journal of Music Therapy 2(2). 1993.).

Im Schutzraum der Gruppe, im Kontakt mit dem Therapeuten, vielleicht sogar im freien musikalischen Spiel außerhalb des intendierten geleiteten Sitzungsablaufes können also Empfindungen ausgelöst werden, die „Transferfähigkeit“ bereithalten, d.h., die auf persönliche Problemstellungen hilfreich angewendet werden können; ja Katalysatorwirkung haben können in der Erkenntnis über sich selbst. Qualitative Forschung verwendet nachvollziehbare subjektive Erlebnisse, um zu einer `relativ-objektiven` Betrachtung zu gelangen. Inner- und außermusikalische Erfahrung greift in einem kreativen, intimen wie öffentlichen Prozess ineinander und kann aus dem Blickwinkel des Erlebers, des Beobachters oder anhand eines räumlich-zeitlichen Ablaufschemas im Nachhinein beschrieben werden. Die subjektive Erfahrung kann also von verschiedenen Ebenen aus strukturiert, analysiert und gedeutet werden, es können musikalische und außermusikalische Parameter untersucht und verglichen werden.

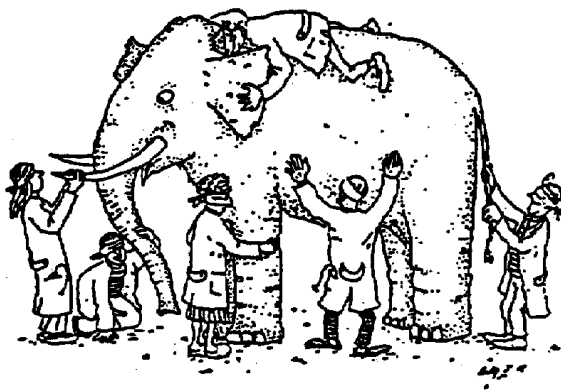
### **Für die Betrachtung des musikalischen Geschehen sind folgende Ebenen zu unterscheiden:**

- a) das Geschehen im Augenblick / die musikalische Aktion
- b) die Erlebnisebene der Teilnehmer / subjektive emotionale und kognitive Erkenntnisse
- c) die von außen wahrgenommene Betrachtung der Szene (außen stehende Teilnehmer, nicht-involvierte Therapeuten, ein nicht-teilnehmendes Forschungsteam) – hier ist das `Messinstrument` meist der eigene Körper, die eigene Sinneswahrnehmung
- d) systemische, strukturierte, analysierende, wissenschaftliche Untersuchung des Forschungsgegenstandes anhand festgelegter Parameter (musikalische Muster, Klang, Lautstärke, Intensität, Dynamik, Melodie, Rhythmus, gewähltes Instrument ...) – hier werden meist technische Aufzeichnungsgeräte wie Ton- und Videobänder verwendet

**Diverse Erklärungen zur therapeutischen, pädagogischen, medizinischen, mathematischen, resonanzphänomenologischen Wirkung von Musik existieren nebeneinander.**

Verschiedene Perspektiven der jeweiligen Fachgebiete beschreiben die Thematik aus ihrem speziellen Blickwinkel; je nach Vorwissen und Fragestellung sind andere Erkenntnisse möglich und bestehen diverse `Wirklichkeiten` nebeneinander. Dessen sollten sich Mediziner, Pädagogen, Soziologen und Leitende in Wirtschaft und Politik bewusst sein.

(Dargestellt nach einem ursprünglich buddhistischen Gleichnis über die Blinden, die alle denselben Elefanten beschreiben, aus deren Einzelbeschreibungen sich erst das Gesamtbild ergibt, von dem jeder aber eine Teilwirklichkeit eindeutig erkennen kann. (entnommen aus Scharfetter, Christian: „Welten des Bewusstseins und ihre Kartographen. In: curare 18, S. 161-171. Berlin: VWB, 1995.)



*Ein Elefant ist ...  
ein Speer ...  
eine Schlange ...  
ein Baum ...  
ein Fächer ...  
eine Wand ...  
ein Seil ...*

Mit einer musikalischen Aktivität entsteht menschlicher Ausdruck, ein spielerischer Austausch, eine geistige Begegnung in einem Experimentierfeld, im Schutzraum der Gruppe, in einer festgelegten Zeit in einem bestimmten Raum zu klaren Konditionen, und alle Teilnehmer können daraus weitere Zugänge zu den unterschiedlichsten Lebenswelten oder Personenkreisen oder geistigen Idealen knüpfen. Während der Aktionen wird mit Vorstellungskraft, Körperausdruck, geistiger Offenheit, Begegnungsfreude, Selbstdarstellungsfähigkeit und vielen weiteren Aspekten des menschlichen Erlebens und Ausdrucks mehr gearbeitet, und natürlich können diese Ressourcen und Potenziale der mentalen Prozesse auch in anderen Zusammenhängen erinnert und eingesetzt werden. Die nonverbalen musikalischen Prozesse können also die Qualität des Hervorrufens, Katalysierens und Übertragens beinhalten, doch muss immer genau der Kontext, der außermusikalische Rahmen, die private Problemstellung oder Zielorientierung untersucht werden, es gibt kein „Rezept“, welche Musik für wen, in welcher Zeit, mit welchen Mustern heilsam funktionieren kann.



### **7.3. Theorien über die Wirksamkeit von Musikerfahrung für die Förderung von Gesundheit**

Über die generelle therapeutische Wirksamkeit von Musik bestehen unterschiedlichste Erklärungsversuche nebeneinander, so das schon genannte missverständliche Prinzip a) ‘Musik als Medizin’, als ob musikalische Parameter direkte bestimmbare psychologische oder physische Auswirkungen hätte und als quasi-Heilmittel verabreicht werden könnten. Daneben die Vorstellung, b) Musik wirke an sich schon eigenständig auf die menschliche Psyche, oder weiterführend c) die Idee ‘Musik als Magie’ - Musik sei ursprünglich magisch, schamanistisch, göttlich oder religiös. Ebenso besteht das d) Prinzip der Resonanzphänomenologie, welches auf neuraler oder biophysikalischer Ebene Wirkungszusammenhänge bedingt (Frequenz-Übereinstimmungen, Oktavierungsgesetz ...), z. B.: So wie das Trommelfell in einem bestimmten Frequenzbereich mitschwingt und diese Resonanz uns in Form von Hören bewusst wird, so schwingen die Zäpfchen im Auge in einem viel höheren Frequenzbereich mit, der uns in Form von Sehen bewusst wird. Über Oktavierung lassen sich Resonanzphänomene erreichen, denn alles ist Schwingung und kann in den winzigsten Elementarteilchen angestoßen werden, wodurch Analogien in Makro- und Mikrokosmos entstehen. Resonanz meint ein sehr komplexes Vermögen, das zwischen dem körperlichen Innenraum und dem ihn umgebenden Außenraum physio-psychische Korrespondenzverhältnisse herstellen kann.

(Ein Verfechter dieser Resonanzphänomenologie ist beispielsweise der in der Musikpsychologie durchaus kritisch betrachtete schweizer Musikforscher Hans Cousto: „Die kosmische Oktave. Der Weg zum universellen Einklang.“ Essen, Synthesis-Verlag 1994. S. 34-36: Erklärendes kurzes Beispiel zur Resonanzwirkung im Sinne von Coustos physikalischen Berechnungen: Die Farbe Orangerot hat eine starke dynamisierende Wirkung auf den Betrachter, ihre Frequenz beträgt ca. 450-500 Hertz und ihre Wellenlänge läuft auf ungefähr 600-710 Nanometer. Diese Farbe Orangerot mit 702 Nanometern, kann in der ersten Oktave mit einer Wellenlänge von 351 Nanometern mit dem Resonanzmaximum der menschlichen DNS verglichen werden (Untersuchungen von Fritz Popp, Universität Marburg, legten die äußerste Schwingungsresonanz der Träger unserer Erbmasse auf 351 fest), insofern aktiviert die Farbe Orange durch ihre Obertonschwingung die Schwingungsresonanz der DNS. Siehe Beweis durch Prof. Max Lüscher anhand seines Klinischen Farbttests, dass junge Erpel unter verschiedenfarbigem Licht großgezogen wurden, wobei die Jungvögel unter orangefarbenem Lichteinfluss schneller aufwuchsen und zügiger fortpflanzungsfähig waren, als diejenigen, die unter blauem Lichteinfluss aufwuchsen. Diese anregende Wirkung der Farbschwingungen machen sich Geistliche unterschiedlichster Kulturen beim Tragen der orange-rot-braunen Farbabstufungen zunutze, siehe z. B. tibetische Mönchsroben. Durch Analogien zwischen Ton- und Klangstrukturen mit den Spin-Resonanzen der Atome vertont Wilfried Krüger harmonisch die Beziehung der Schwingung der DNS mit dem Ton g (oder G) (G ist das Basiselektron der DNS-RNS-Fäden.) Die Farbe Orangerot, als 65. Oktave der Tagesperiode, in der 23. + 24. Oktave mit den Tönen g und G, hat eine vitalisierende Wirkung auf den Menschen. Farbe und Ton in Resonanz wirken als Verstärker der Tagesschwingung und der DNS-Aktivität, was benutzt werden kann für Meditationen, die einen dynamisch-intensiven, klärenden Charakter tragen sollen. / Zur weiteren Vertiefung der Resonanzwirkung verweise ich auf die genannten Autoren.)

Übergreifende Konzepte werden nur erfolgreich angenommen, wenn sie subjektiv erlebten Wahrnehmungen nicht entgegenstehen. Forschende, die den Bereich des gesundheitsbezogenen Denkens und Erlebens von Menschen untersuchen, versuchen durch ihre Erkenntnisse anwendungsbezogene Lösungen für die Gesundheitsbildung zu gewinnen, was natürlich dadurch erschwert wird, dass medizinische, psychologische wie soziologische Erkenntnisse nun am Rande der akademischen Wissenschaftlichkeit umgesetzt werden müssen. Oftmals stehen die subjektiven Gesundheits- oder Krankheitstheorien der Bevölkerung den gewonnenen Einsichten der Forschenden entgegen und müssen in Gesundheitskonzepte eingebracht werden, wenn diese die Menschen erreichen wollen.

Die qualitativ erforschte Erkenntnis, dass präventive Untersuchungen und Maßnahmen die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten entscheidend beeinflussen können, bringt nicht grundsätzlich mit sich, dass jedes Individuum der Gesamtbevölkerung nun Prävention als sinnvoll erachtet und betreibt. Denn dieses Verhalten könnte der eigenen Lebensphilosophie auch widersprechen: wenn sich bei einer Krankheitsfrüherkennung der Klient weigert, den Tatsachen zu stellen, weil er für sich ein Verdrängungskonzept praktiziert und vielleicht den Endpunkt seines Lebens eher akzeptiert als ein langwieriges Leiden.

Die Selbstbestimmung und Eigenverantwortung des Einzelnen darf also nicht übergangen werden, wenn professionelle Handlungsvorschläge von Gesundheitserziehern angeboten werden. Nie wird eine Gesundheitsförderung jeden einzelnen Bürger erreichen, doch ist es natürlich wichtig, den Rahmen der Anwendbarkeit so weit zu spannen, dass jedes Individuum die Chance hat, sein Verhalten darauf abzustimmen. Die eigene Disziplin und Aufgeschlossenheit, das Bewusstsein und die Zukunftsvorstellungen bestimmen letztendlich das Gesundheitshandeln der Menschen. Die Ziele und Pläne des Menschen sind im Hinblick auf seine weitere Entwicklung und sein Für-sich-Sorge-Tragen ausschlaggebend: ein Mensch wird nur präventiv tätig werden und achtsam mit sich selbst umgehen, wenn er Wünsche und Pläne hat, die er verwirklichen möchte, und er wird mit Gesundheit oder Krankheit nur gut umgehen können, wenn er diese variablen Zustände in seinen Lebensplan mit aufnehmen kann.

Frühe Aufklärung über Erkrankungsmöglichkeiten können schützen, aber auch verunsichern. Die Einordnung der Erkrankung kann von Arzt und Klient sehr different gesehen werden, die Auswirkung einer Krankheit kann durchaus auch positive Anreize an den Tag bringen. Nicht zu vergessen ist auch der spezielle Krankheitsgewinn, den ein Klient aus seiner Beeinträchtigung ziehen kann. Die Frage nach Krankheitsursachen kann bei dem Klienten auch Schuld- oder Versagensgefühle auslösen, was sich nicht heilsam auswirken wird; Theorien von bestimmten Krankheitstypen oder Veranlagungen können also auch ziemlich hinderlich beim Gesundungsprozess sein. Man sieht, dass die Gesundheitsforschung sehr aufmerksam und sensibel mit den Erkenntnissen aus medizinischen, soziologischen und psychologischen Bereichen umgehen muss, wenn sie daraus Aufgaben und Ziele für die Gesundheitsförderung formulieren will. Um so lauter wird die Forderung nach interdisziplinärer Zusammenarbeit der Fachbereiche, um gemeinsam anwendungspraktische Lösungen auszuarbeiten, die möglichst viele Menschen in unterschiedlichsten Ebenen erreichen können.

Bei dem nachfolgenden Beispiel der von uns beforschten psychotherapeutischen Kleingruppe wurde ebenfalls deutlich, welche unterschiedliche Konzepte die nur elf Teilnehmer von Gesundheit, Wohlbefinden, eigenen Handlungskompetenzen und Ressourcen hatten, und welche bestimmten gesundheitsbildenden Übungen, Meditations- oder körperbezogenen Übungen oder musikalischen Improvisationen jeden einzelnen Teilnehmer am besten erreichen konnten.

## **Empirischer Teil der Arbeit**

### **Gesundheitsbildung am Beispiel des Forschungsprojektes "Stimme und Musik in der Psychotherapie" (StimMusTher) an der Abteilung für Medizinische Psychologie der Psychosomatischen Universitätsklinik Heidelberg**

***Um klar zu sehen,  
genügt oft ein Wechsel der Blickrichtung.***

Antoine de Saint-Exupéry

1900 - 1944 französischer Schriftsteller

***Der Frosch, der im Brunnen lebt,  
beurteilt das Ausmaß des Himmels  
nach dem Brunnenrand.***

mongolisches Sprichwort

***Nicht ärgern - nur wundern.***

Unbekannt

***Wer die Ursache nicht kennt,  
nennt die Wirkung Zufall.***

Werner Mitsch

\* 1936 deutscher Aphoristiker

***Jede Beziehung zwischen Menschen wirkt erzieherisch;  
eine unvermeidliche,  
aber selten ausgewogene Gegenseitigkeit.***

Manès Sperber

1905 – 1985 deutscher Schriftsteller

***Eine Hauptaufgabe des menschlichen Lebens ist es,  
eine positive Einstellung zu sich selbst zu gewinnen.***

Erwin Ringel

1921 - 1994 österreichischer Psychiater und Publizist

***Die Freude: Das kostbarste Lebenselixier,  
eine herrliche Medizin zur Verlängerung unseres Lebens.***

Carl Ludwig Schleich

1859 – 1922 deutscher Arzt

## **Empirischer Teil der Arbeit**

### **Gesundheitsbildung am Beispiel des Forschungsprojektes "Stimme und Musik in der Psychotherapie" („StimMusTher“) an der Abteilung für Medizinische Psychologie der Psychosomatischen Universitätsklinik Heidelberg**

#### **8. Einführung zur eigenen empirischen Studie**

Zu der 1996 von Sabine Rittner (Musik-, Atem- und Stimmtherapeutin an der Abteilung für Medizinische Psychologie der Universitätsklinik Heidelberg) initiierten Forschungsgruppe fanden sich Wissenschaftler aus den Bereichen Pädagogik, Medizin, Musiktherapie und Psychologie und Phoniatrie zusammen, um nach ungefähr einem Jahr Vorarbeit das Projekt „Stimme und Musik in der Psychotherapie“ („StimMusTher“) zu starten. Als Therapeutenteam und Forschungsteam riefen wir die offizielle "Pilotstudie zur Effektivität einer musiktherapeutisch orientierten Gruppenpsychotherapie und zur Erforschung struktureller und prozessualer Aspekte vokaler Kommunikation in der Psychotherapie" ins Leben, und sollten im Verlauf je nach Fachrichtung und Forschungsthema zwischen drei bis sieben Jahre mit der Projektdurchführung bis zur Datenauswertung involviert sein. (Direkte Arbeit mit den Patienten fand von September 1997 bis Januar 1999 statt.) Die Darstellung der Thematiken findet sich unter anderem inzwischen in meiner pädagogischen Magisterarbeit, einer musiktherapeutischen Sc.hum. Doktorarbeit und zwei medizinischen Doktorarbeiten im Bereich Stimmforschung.

Klaar, Christine: „Gesundheitsbildung im Wandel. – Analyse der pädagogischen Relevanz von Gesundheitsbildung anhand von ausgewählten Fallbeispielen aus dem Forschungsprojekt „StimMusTher“ an der Abt. für Medizinische Psychologie der Psychosomatischen Universitätsklinik Heidelberg. Magisterarbeit Erziehungswissenschaft, Universität Heidelberg.“ 1999.

Jungaberle, Henrik: „Musik und Metapher. Beiträge zur Theorie und Evaluation einer musiktherapeutischen Gruppenbehandlung.“ Dissertation zum Dr. sc. hum., Universität Heidelberg. 2000.

Kraus, W.: „Die Stimme in der musiktherapeutischen Beziehung – ein Resonanzphänomen.“ Diplomarbeit an der Fachhochschule Musiktherapie Heidelberg. In Vorbereitung.

Kühn, Simone: „Die Rolle der Musik bei Veränderungsprozessen für Patienten mit funktionellen Stimmstörungen in musikpsychotherapeutischer Gruppentherapie (Arbeitstitel).“ Medizinische Dissertation, Universität Heidelberg. In Vorbereitung.

Seifert, Ulrike: „Veränderungen der Stimme bei Patienten mit funktionellen Stimmstörungen in musikpsychotherapeutischer Behandlung (Arbeitstitel).“ Medizinische Dissertation, Universität Heidelberg. In Vorbereitung.

Eine Tagung zum Zwischenstand der Forschungsergebnisse fand bereits am 19. Oktober 2001 in der Abt. für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Heidelberg statt - hier wurden einem interessierten Laienpublikum sowie klinikinternem Fachpersonal und wissenschaftlichen Kräften, Ärzten und Psychologen, Psychiatern und Universitätsprofessoren die bisher erarbeiteten Ergebnisse und Prozesse vorgetragen. *Der Programmüberblick ist dem **Anhang 4** zu entnehmen.*

Gerade Forschung aus einer musikorientierten psychotherapeutischen Perspektive ist dafür prädestiniert, das empirische Augenmerk auf die nonverbalen, para- und extralinguistischen Aspekte menschlicher Kommunikation zu richten. Das vokale Kommunikationssystem aus der Perspektive der Psychotherapie zu untersuchen, war ein Anliegen des Forschungsprojektes. Ebenso sollten die Faktoren betrachtet werden, die veränderungsrelevante Erfahrungen bewirken können, um Klienten in einer relativ kurz bemessenen Therapiephase zu stabilisieren, zu ermutigen und zu unterstützen, eigenverantwortlich auf ihre Lebensführung und die Steigerung ihrer Lebensqualität Einfluss nehmen zu können. Hierzu sollten stimmliche und körperliche wie künstlerische Ausdrucksmöglichkeiten als spezifische Interventionen in der systemischen Psychotherapie mit in das Repertoire aufgenommen werden und diese Erweiterung des musiktherapeutischen Methodenrepertoires sollte wissenschaftlich fundiert werden.

Ein zentrales Anliegen innerhalb des Projektes war es, einen multiperspektivischen Zugang zum Feld zu wählen, welcher der Komplexität des Untersuchungsgegenstandes gerecht würde. Die Spannweite von quantitativen bis qualitativen Forschungsmethoden sollte dies ermöglichen.

### **8.1. Weitere aktuelle Ausführungen zur Erläuterung des Konzeptes**

In der Forschungsgruppe konnten neuarrangierte Anteile psychotherapeutischer ambulanter Kurzzeit-Gruppenbehandlung eingesetzt werden, die Basis bildete die Musiktherapie (aktiv wie rezeptiv) auf dem konzeptionellen Hintergrund der psychologischen und systemischen Therapie. Integrativ griffen musikalische wie nicht-musikalische Gruppentherapiekonzepte ineinander (Vergleiche zu konzeptuellem Pluralismus u.a. Orlinsky, 1994).

Die Behandlungsmethoden sollten flexibel für erforderliche Bedürfnisse der Teilnehmenden sein und wissenschaftlich beforscht werden können. Die Gruppe setzte sich heterogen zusammen; Klienten mit unterschiedlichen Symptomatiken und Zielen wurden mit einer kompetenzfördernden Kurzzeittherapie versorgt, wobei gruppen- sowie einzeltherapeutische Arbeitstechniken zur Verwendung kamen.

### **Therapeutische Zuordnung des "StimMusTher"-Behandlungsmodells**

Therapiegruppen können entweder nach dem Grundsatz der Einzeltherapie (auch innerhalb anderer Klienten) oder nach Orientierung an der Klientengruppe unterschieden werden - geht es mehr um aufdeckende Einzelarbeit oder Training gruppendynamischer, kommunikativ-sozialer Fähigkeiten.

- In störungs-, methoden- und einzelfallorientierten Gruppen versucht man Hilfe zu finden für persönliche Probleme in Innen- und Außenerleben, bearbeitet in Psychodrama, Gestalt- oder Verhaltenstherapie, Transaktionsanalyse etc.
- In konflikt-, beziehungs- und interaktionsorientierten Psychotherapiegruppen steht die Analyse und Reflexion der aktuellen Interaktionsschwierigkeiten im Vordergrund und wird umgesetzt mit Gesprächs- und Erlebnistherapiegruppen, psychoanalytischen Anteilen, Encountergruppen etc.

"StimMusTher" richtete sich nach dem letztgenannten Modell, in dem sich der größte therapeutische Anteil den Zielvorstellungen einzelner Teilnehmer der Kurzzeitgruppe anschloss, so dass auch für einzelne Klienten mit und in der Gruppe persönliche akute Problematiken aufgegriffen werden konnten. Spezifische Therapieziele und -erwartungen der Klienten waren bereits in Vorgesprächen und Befragungen geäußert worden und konnten so als verlaufsbeeinflussender Bestandteil in die Therapieform integriert werden. So wurden individuelle Bedürfnisse berücksichtigt, selbstbezogene Kompetenzen gefördert und ebenfalls soziale Kompetenzen (Kontaktfähigkeit, Selbstsicherheit, Durchsetzungsvermögen usw.) in Gruppenaufgaben ausgebildet. Die Schulung intero- und propriozeptiver Wahrnehmung schloss auch die Verfeinerung und Verfügbarkeit von kognitiven, emotionalen und motorischen Handlungsmöglichkeiten mit ein.

### **Multimodales Therapieangebot mit variablen Methoden**

Die Therapieform konnte dadurch als multimodal gelten, da sie transparent für aktuelle Problemstellungen war und flexibel mit der konzeptionellen Planung und aktiven Durchführung (Bausteinprinzip) umging. Ebenenwechsel und abwechselnde Ansprache verschiedener Sinnesbereiche (Modalitäten) ermöglichten den gerade nötigen Einsatz therapeutischer Methoden wie Gespräch, Improvisation in Musik, Tanz, Bewegung, künstlerischem Schaffen, Trance- und Entspannungs-techniken. Konsequenzen aus der Therapieform konnten sich auf inneres und äußeres Erleben von Ereignissen auswirken,- die eigene Bewertung (state of mind) entschied dabei, ob Ereignisse und Situationen als positiv oder negativ, hemmend oder hilfreich erlebt wurden, was salutogenetisch gesehen eine große Auswirkung auf das Ausbilden von Widerstandsressourcen und Kohärenzgefühl bedingte.

So konnte in der Gruppe vor allem folgendes erreicht werden: die Teilnehmer konnten sich im Kreis anderer Belasteter verstanden fühlen und ein Wir-Gefühl entwickeln, im geschützten Raum ihre Belastungen offen äußern und eigenes Interesse an lösungsorientiertem Vorgehen mit einbringen. Untereinander war es möglich, sich auszuprobieren, in Kontakt zu treten, Rückmeldung, Kritik und Anerkennung zu bekommen, anderen etwas zurückzuspiegeln, Erfahrungen zu teilen, subjektive Meinungen sowie Expertenmeinungen zu erfragen, andere wichtig zu nehmen, und bei deren Problembewältigung Bereicherung für eigenes Handeln zu gewinnen, Blickwinkel zu tauschen und Außenposition auch zu sich selbst einzunehmen.

Erving Goffman spricht im Hinblick auf Gruppenerfahrungen davon, dass dort Modelle und Rollen spielerisch getestet werden könnten, prägende Situationen neu erfahren, starre Verhaltensweisen aufgezeigt und neu besetzt und verweigerter Erlebnisse vielleicht nun ausgelebt und durchgestanden werden könnten. Die Erkenntnisse und die Rekapitulation still in sich selbst und im Außenerleben könnten hilfreich bei der existentiellen Selbsterfahrung werden. (vgl. Goffman, E.: „Wir alle spielen Theater – Die Selbstdarstellung im Alltag.“ München, Piper 1997/1959. )

In der Kurzzeitgruppentherapieforschung des Projektes „StimMusTher“ entschieden wir uns für eine empirische Studie, in der beobachtet werden sollte, ob die Kompetenzen zur Lebensgestaltung gefördert und nicht nur aktuelle Symptomatiken reduziert werden könnten. Prozesse der Selbstregulation, der Erkenntnisgewinnung, der Ressourcennutzung und Sinnfindung sollten dokumentiert werden. In Fragen der Evaluation und Auswertungsprozesse entschieden wir uns für die Kombination qualitativer und quantitativer Methoden sowie diverser Erhebungsmittel. Diese integrative Forschungshaltung und der Auswertungsvorgang läuft mit einem Nebeneinander der Methoden ab, die sich immer wieder durchdringen, abwechseln und befruchten.

Laut Uwe Flick (Flick, U. (Hrsg.): „Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften.“ Reinbek bei Hamburg 1995.) gelten die traditionellen Gütekriterien der Reliabilität und Validität als unzureichend für die Bewertung qualitativer Forschung, hier gelten die Kriterien der Nachvollziehbarkeit der persönlichen Patienteneinschätzungen über Veränderung von Zielvorstellungen und über das Erreichen individueller Erfolgsmomente sowie über die Transfertauglichkeit der gemachten Erfahrungen. Klientenaussagen können z. B. anhand von Fragebögen, Ratingskalen, Patiententagebüchern und Interviews immer wieder zirkulär überprüft und für den derzeitigen Stand repräsentativ dokumentiert werden. Eine quantitative vergleichende Messwiederholung ist zwar hier nicht möglich, doch können Aussagen inhaltlich verglichen, Prozesse aufgezeigt und veränderte Skalenwerte über die Befindlichkeit ausgewertet werden. Diese Datenerhebung und –betrachtung entspricht einem aktiven Vorgehen im Untersuchungsfeld, einem naturalistischen Design der Studie und befindet sich bewusst im Gegensatz zu den Laborbedingungen einer kontrollierten klinischen Studie. Qualitative Forschung lässt sich fallspezifisch mit aussagekräftigen Verlaufsabbildungen darstellen; eine Verallgemeinerung der individuellen Lernergebnisse und persönlichen Erkenntnisse während des Studienverlaufs ist nicht sinnvoll und nicht beabsichtigt. Natürlich können die Forschungsergebnisse repräsentativ für eine bestimmte Klientel sein und die Bekanntmachung der Therapieerfolge aufgrund genannter Mittel und Methoden können beispielhaft als Anregung für ähnliche Fälle dienen.

Das im Folgenden dargestellte Pilotprojekt „StimMusTher“ hatte es sich aber aufgrund der geringen Teilnehmerzahlen, der integrativen Therapieanteilen, des angewandten Methodenmixes und des zeitlichen Rahmens des Kurzzeitangebotes nicht zum Ziel gesetzt, grundsätzliche Kategorien zu bilden, allgemeingültige Konzepte festzuschreiben oder direkt Evaluationsforschung zu betreiben. Berücksichtigt wurden vorrangig die individuellen Therapieziele, die mit der Verbesserung der Lebensqualität und des Wohlbefindens zu tun hatten; die teilnehmenden Personen des Projektes wollten nicht spezifische Therapieformen für bestimmte Defizite bestätigen oder generell Lernerfolge statistisch dokumentieren.

Da dieses Pilotprojekt mit drei nacheinander stattfindenden Studiengruppen geplant war, aber nicht mit gleichzeitig wartenden Kontrollgruppen operierte, wurden zur Erfassung der Veränderungswerte Prä-Post-Messungen in jeder Gruppe durchgeführt und Verlaufsprotokolle geschrieben, woraus intern Effektivität sowie Ungeeignetheit in der Auswertung beurteilt werden konnten. Eine Gruppe umspannte jeweils den Zeitraum von drei Monaten Therapie, sechs Monaten Wartephase zur Katamneseuntersuchung.

Das Interesse der leitenden Therapeuten galt immer den Momenten, in denen die Klienten durch das Bereitstellen diverser Therapieformen bestimmte Erfahrungen durchleben konnten, die sie dann als Schlüsselszenen, Erkenntnispunkte oder veränderungsrelevante Einschnitte in ihren individuellen Alltag und Lebenskreis umsetzen und erinnern konnten. Welche erlebten Momente ergaben handlungspraktischen Konsequenzen? Können Schlüsselszenen ein Potenzial für mehrere Menschen übergreifend in einem ähnlichen Erfahrungsfeld haben? Können Teilnehmer durch Beobachten der Fortschritte anderer für sich selbst etwas erkennen und anwenden? Wie sollte hier ein spezifischer Wirkungsnachweis aussehen?

Während des Verlaufs einer empirischen Forschungsgruppe vollziehen sich Lebensverläufe in mehreren aktuellen Kontexten: in der Gruppe, in der Familie, im Arbeitsfeld und Freundeskreis etc. Eine relative Erfolgskontrolle nur kann deskriptiv abbilden, was im Prozess an Fähigkeiten und Handlungspotenzial angereichert wurde, welche Verbesserungen sich hinsichtlich der Zielorientierungen ergaben, ob die Lebenszufriedenheit der Teilnehmer anstieg oder welche Selbstkonzepte und Symptomstellungen sich veränderten (welches explizit von den Klienten selbst mit Schlüsselszenen in Verbindung gebracht werden konnte).

Zu Auffassung des Lebenslaufbegriffs und der Frage nach Sinnhaftigkeit menschlichen Daseins betont Micha Brumlik, dass eine systemtheoretisch angelegte Pädagogik, welche Selbstorganisation, Autopoiesis und Emergenz voraussetze, die Begriffe `Sozialisation` und `Erziehung` verwerfen und eine Weiterentwicklung psychischer Systeme anhand von `Selbstbildung` und selbstgestalteten Lebensläufen erklären müsse. (vgl. Lehmanns und Schorrs systemtheoretische Begriffe: Selbstorganisation, Autopoiesis und Emergenz. In.: Brumlik, M.: "Bildung und Glück. Versuch einer Theorie der Tugenden." Berlin Wien: Philo Verlagsgesellschaft 2002. S. 130-131. )

Der Erziehungswissenschaftler Lenzen macht auf den weitgefassten Begriff der Bildung aufmerksam und nennt es ein „deutsches Containerwort“, welches der pädagogische Anthropologe Menze als klassische Definition wie folgt umrissen hat (Zitat): „**Ideal der Bildung ist die in ihrem Eigencharakter hervorbringende Individualität, die sich auch unter widrigen Bedingungen in Freiheit entschließen und handeln kann.**“ (Menze, C.: „Bildung.“ In: Lenzen, D. (Hg.): „Enzyklopädie Erziehungswissenschaft.“ Bd. 1. Stuttgart 1983. S.353.)



## **8.2. Teilnehmende Personen des Projektes, Ort, Modus und Behandlungsfrequenz**

### **a) Teilnehmende Klienten**

#### **Rekrutierung**

Es wurden insgesamt drei Gruppen realisiert, wobei in Gruppe 1 und 3 Klienten aufgenommen wurden, die psychosomatische Störungen aufwiesen, wohingegen in Gruppe 2 nur Patienten mit Stimmstörungen und phoniatischen Problemen therapiert wurden. Die Klienten wurden durch Weitervermittlung von Ärzten, Psychologen und Phoniatern sowie durch Anzeigenwerbung in der Heidelberger Tagespresse und Flugblattaushang erreicht und als Teilnehmer an dem für sie kostenlosen Projekt gewonnen (Krankenkassenerstattung der Therapiekosten).

*Im Anhang 5 sind die Werbe- und Info-Materialien zur Teilnehmer-Rekrutierung angefügt.*

Für das Angebot der musiktherapeutisch-orientierten Kurzzeit-Gruppenpsychotherapie erklärten sich die Klienten bereit, die beteiligte Forschungsgruppe von Studenten verschiedener Fachrichtungen mit diversen Forschungsmitteln an ihren Erlebnissen und Veränderungen teilhaben zu lassen. Für die Forschungssituation hieß das, dass an dem Projekt Menschen teilnahmen, die auch selbst eine gute Motivation mitbrachten, neue Wege auszuprobieren, sich musiktherapeutisch anleiten lassen wollten und sich damit eine Besserung ihrer Lebenskrise oder Weiterentwicklungsmöglichkeiten erhofften. Diese aktive Grundhaltung und hohe Akzeptanz der Klienten ist generell ein Punkt, der einen guten Einstieg in jegliche Therapie, Selbsterfahrung oder Fortbildung erleichtert, - den ich auch in den Gebieten der pädagogischen Anleitung zur Gesundheitsbildung als Voraussetzung sehe, damit Menschen eigenverantwortlich und aufgeschlossen Neuerungen entgegen sehen können und Dazulernen und Umdenken möglich ist.

#### **Auswahlkriterien und Ausschlussbedingungen**

Die Personen, die sich telefonisch mit uns in Verbindung setzten, um an der ersten Gruppe teilzunehmen, nannten an Problem- oder Aufgabenstellung allgemeine Schwierigkeiten in den Bereichen Kommunikation, Partnerschaft, Durchsetzungsvermögen, Gesundheit und Wohlfühl, Körperwahrnehmung, Entscheidungsfindung, Selbstaussdruck und Selbstsicherheit. Die interessierten Teilnehmer/-innen wurden dann in einem Vorgespräch durch einen unserer Therapeuten eingeschätzt, ihre Lebensgeschichte und Symptomatik betrachtet und sie beantworteten die Psychosoziale Beschwerdeliste, den SCL-90-R und das Howard'sche Well Being Scale. Selbstkonzepte und Zieldefinitionen wurden hinterfragt und protokolliert, danach in einem diagnostischen Therapeutengespräch über die Aufnahme und Eignung für die musiktherapeutisch orientierte Kurzzeitgruppenpsychotherapie diskutiert. Die Klienten brachten ihr Interesse an einer nicht nur verbal geführten ambulanten Psychotherapie mit – die Aufgeschlossenheit gegenüber des Methodenmixes und der musiktherapeutisch gewichteten Therapieform.

Abgewiesen werden mussten nur Anfragen, bei denen im Vorgespräch geklärt wurde, dass die Klienten eine psychotherapeutische Langzeitbetreuung benötigten oder organisch bedingte psychische Störungen und psychotische Erkrankungen aufwiesen. (Im Falle der psychotherapeutisch orientierten Gruppen 1 und 3 nahmen 21 Interessenten teil und 5 Anfragen wurden abgewiesen.) Ebenso durften keine begleitenden Therapieangebote oder logopädischen Behandlungen wahrgenommen werden und keine organisch bedingten Dysphonien in Gruppe 2 vorliegen.

Meine ausführlichen Untersuchungen und Falldarstellungen in dieser Arbeit beziehen sich auf die elf Klienten der Gruppe 1, deren Zusammensetzung hier verschlüsselt dargestellt und mit veränderten Angaben versehen ist, damit Datenmissbrauch ausgeschlossen und die Schweigepflicht eingehalten wird. Vergleichsdaten der Gruppen 2 und 3 stehen dem interessierten Leser im Forschungspool auf Anfrage zur Verfügung. In unserer Pilotstudie „StimMusTher“ bildet Gruppe 3 eine Art Kontrollgruppe für Gruppe 1, wobei diese nicht den traditionellen Anforderungen entspricht, da wegen der zeitlich späteren Rekrutierung nicht ausgeschlossen werden konnte, dass die Teilnehmer in dem Zeitraum eines Jahres andere Therapieformen in Anspruch nehmen würden. Klassische Prüfverfahren zur statistischen Auswertung erachteten wir aufgrund der geringen Teilnehmerzahl der Gruppen für dieses Kurzzeitangebot als nicht sinnvoll (10 bis 12 Personen pro Gruppe, das bedeutet, eine zu geringe Stichprobengröße  $N \leq 30$  für den Datenvergleich).

Ebenfalls ergaben die Eingangsuntersuchungen, dass die inhomogenen drei Gruppen jeweils mit sehr unterschiedlichen Gesamtbelastungen starteten, äußerst differierende Symptome und Diagnosestellungen aufwiesen und sich somit weniger zum Vergleich anboten. Auch muss erwähnt werden, dass im zirkulären Therapiedesign der Studie die Lernprozesse ständig in die Durchführung mit einfließen, Verfahren optimiert und Angebote besser auf die Klientenbedürfnisse abgestimmt wurden, was die Vergleichbarkeit ebenfalls einschränkt.

Erste Schritte zu Forschungsbeginn waren jeweils das namentliche und persönliche Vorstellen der Beteiligten – was für die Klienten sehr wichtig war, wie auch rückgemeldet wurde, - sicher zu sein, dass keine Daten in unbefugte Hände gelangen sollten und sich die Forscher ebenfalls der Schweigepflicht und des Datenschutzes unterwerfen. In den ersten Therapiestunden waren sich die Teilnehmer noch des Forschungsteams und der Kameraaufzeichnung bewusst, was zuerst natürlich den Ausdruck und die Selbstdarstellung hemmte, später folgte die Gewöhnung an das Beforschtwerden und das Interesse an eigener Erkenntnis und Nutzenziehung aus den Forschungsergebnissen gewannen die Oberhand. Trafen sich die während der Therapie unsichtbaren Forscher in den Pausen mit den Klienten, wurde neutral kommuniziert, kein Inhalt der Sitzungen angesprochen, was die Wahrung des Patientenschutzes unterstrich. Die Klienten untereinander griffen während der Pausen aber auch gerne Themen aus dem Therapieschehen auf und führten persönliche Gespräche fort.

Voraussetzung für den Start der Sitzungen war ebenso das schriftliche Einverständnis der Teilnehmer, beforscht und verschlüsselt dargestellt zu werden, wie auch das Freigeben des Mitschnittes der Interviews sowie die Erlaubnis zur Videografie der Gruppe mit späterer ausschnittsweiser Darstellung zu Forschungszwecken vor Fachpublikum.

## **Der Auftrag und die Position der Klienten**

Um effizient in der Gruppe arbeiten zu können ist Transparenz, ein gewisses Maß an Achtsamkeit und Akzeptanz und aufgeschlossene Interaktion erforderlich. Meist findet sich in der Zusammensetzung der Klientengruppe ein sozialer Mikrokosmos, der als nicht-homogen und im Gegensatz zur realen Lebenswelt der Patienten bezeichnet werden kann; was auch größtenteils therapeutisch intendiert ist, um neue Kontakte und Anreize auszutesten.

Verhaltensregeln, Rahmenbedingungen, Arbeitsweisen, Ziele und Planungen wurden in dieser Gruppe vor Beginn, während des Verlaufs und in der Nachbesprechung geklärt und nach dem Prinzip der Lösungsorientierung und Ressourcenförderung umgesetzt. Patienten werden als engagierte Klienten gesehen, die selbst den Auftrag zur Bearbeitung ihrer anstehenden Problematik geben, salutogenetisch gesehen also eine selbstverantwortliche, beteiligte Position des Hauptakteurs, der nicht als Opfer seiner Leiden und Krankheiten gesehen wird, sondern selbstbestimmt und kundig (Klient = Kunde), im Sinne von `Experte im Umgang mit sich selbst`, anerkannt wird. Es handelt sich um Einzelfälle mit subjektiven Bedürftigkeiten, denen die Therapeuten Hilfe zur Bewältigung anbieten konnten, einerseits Symptome zu verringern und andererseits Veränderungen im persönlichen System zu unterstützen. Dazu zählt auch die Kräftigung von selbstsicherem natürlichem Auftreten, die Erweiterung der Kommunikation, die Förderung der Expressionsmöglichkeiten, die Vertiefung sozialer Kompetenzen und Wahrnehmungsfertigkeiten.

Die spezifische Auftragsklärung wurde seitens des Klienten mehrmals geäußert, um Bekräftigung oder Neuorientierung klarzumachen, dazu erfolgte die therapeutische Beurteilung der Möglichkeiten hinsichtlich dieser Zielformulierungen, die Aufgabenlösung erfolgt in der Gruppe kooperativ, kreativ-kompetenzfördernd und konstruktiv (Möglichkeiten-Pool, Modell-Lernen). In diesem speziellen Fall der beforschten Gruppe war seitens der Projektgestalter ebenfalls das Ziel der Evaluation gegeben, - der Verlauf der Studie sollte natürlich hauptsächlich dem Wohl der Patienten dienen, jedoch ebenso zur Datengewinnung und -auswertung beitragen. Zur Auswertung benutzten wir Erhebungsinstrumente, die von den angewandten Methoden und theoretischen Konzepten des integrativ mit Methodenmix arbeitenden Forschungsprojektes unabhängig waren, das heißt, neben den qualitativ auszuwertenden Verlaufsprotokollen, den subjektiv einzuschätzenden Beobachtungsmitschriften und den quantitativ zu untersuchenden Zeitprotokollen wurden das quantitative Daten liefernde Instrumentarium der Symptomcheckliste SCL-90-R und die Psychosoziale Beschwerdeliste PBL mit Fragen zu Lebenszufriedenheit und Beeinträchtigungen eingesetzt.

Gesundheitsbildend betrachtet schloss dies eine Aufwand-Nutzen-Rechnung mit ein, - was konnte mit welchem Aufwand für das Bewusstsein der Patienten sowie deren Veränderungswünsche erreicht werden, welche Symptomreduktionen konnten bei einzelnen erfolgen? (Siehe ausführliche Vorstellung der Klienten und deren Prozess Erfahrungen in weiteren Kapiteln.)

## **Verlauf der Sitzungen**

Die erste Klientengruppe fand wöchentlich mit je drei Stunden Therapie (inklusive Pause) statt im Zeitraum vom 14.10.1997 (1. Sitzung) bis zum 20.01.1998 (12. Sitzung), die 10. Sitzung war eine Doppelrunde – man traf sich in dem weitläufigen Musiktherapieraum der Medizinischen Psychologie im Stadtzentrum Heidelbergs. Das Pilotprojekt war zusammengestellt aus zehn Teilnehmern verschiedener Altersklassen, Berufe, Symptome und Geschlechter, wurde geleitet von der Musikpsychotherapeutin Sabine Rittner und dem Dipl.-Psych. Michael Wolfart und beobachtet, protokolliert und gefilmt von vier bis fünf Forschenden im anliegenden Kameraraum, welche sich in der ersten Stunde namentlich den Teilnehmern vorstellten.

Meist eröffnete ein Gesprächskreis die Gruppenrunde, in der die Teilnehmer sich selbst mit ihren Erwartungen, aktuellen Schwierigkeiten oder Fragen vorstellten, wonach die Therapeuten Themen aufgreifen konnten, Einzel- oder Gruppenübungen initiieren und die drei Stunden wieder mit einem Abschlussgespräch beendeten.

## **b) Wissenschaftliche Organisatoren und Mitarbeiter**

Projektleitung: Sabine Rittner, Musikpsychotherapeutin, Abt. für Medizinische Psychologie der Universitätsklinik Heidelberg

Mitarbeiter: Dipl.Psych. Michael Wolfart, Abt. für Stimm- und Sprachstörungen der Universitätsklinik Heidelberg,  
Dipl. Mth. Henrik Jungaberle, wissenschaftlicher Mitarbeiter des Institutes Medizinische Psychologie der Universität Heidelberg,  
Simone Kühn, Medizinstudentin der Universität Heidelberg,  
Ulrike Seifert, Medizinstudentin der Universität Heidelberg,  
Christine Klaar, Erziehungswissenschafts- sowie Musikwissenschaftsstudentin der Universität Heidelberg  
sowie diverse Forschungspraktikanten.

Beratung: Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Rolf Verres, Leiter der Abteilung Medizinische Psychologie der Universitätsklinik Heidelberg,  
Prof. Dr. David Aldridge, Universität Witten-Herdecke,  
Dr. Ana Catina, Forschungsstelle für Psychotherapie, Stuttgart,  
Dr. Horst Scherg, Abteilung Medizinische Psychologie Uni-Klinik Heidelberg,  
Priv.-Doz. Dr. Rainer Holm-Hadulla, Leiter der studentischen Beratungsstelle der Universität Heidelberg

### **Durchführung und Leitungsprinzip**

Das doppelte Leitungsprinzip - eine Therapeutin, ein Psychologe - kam dem therapeutischen Angebot sehr entgegen, wenn situationsbedingte Rollenteilungen eingenommen werden konnten, weibliche wie männliche Kommunikationsstile und Verhaltensmuster von Therapeuten umgesetzt werden sollten. Aktivität, Zuwendung und Beobachtungsfunktion konnten auf zwei Leiter verteilt werden. Je nach aktueller Situation konnten beide Therapeuten die Begleitung oder Anleitung übernehmen, sie kooperierten flexibel nach der Aufgabe und den jeweiligen Klientenbedürfnissen, konnten sich als Mitspieler involvieren, Verhalten zurückspeiegeln, beispielgebend einlenken. In der Einzelarbeit in der Gruppe stellten sie den Raum für einzelne Klienten zur Verfügung, um deren subjektive Thematik anzusprechen. Nach Erklärung und Verdeutlichung des Themas konnten Mitglieder wie Therapeuten Wünsche und Vorschläge zur Bearbeitung der Problemstellung einbringen, wozu die Gruppenleiter dann methodische Umsetzungsmöglichkeiten bereitstellten (Multimodularität). Meist ergaben sich daraufhin dynamische Gruppeninteraktionen, und die Therapeuten beschränkten sich eher auf beobachtende, auffangende und moderierende Positionen. Dadurch wird klar, dass es nicht um leitende Übergriffe seitens der Therapeuten ging, sondern um die Förderung einer eigenständigen Erkenntnis und Entwicklung eigens erarbeiteter Lösungsansätze, dem Ausloten von Veränderungspotenzialen in der Gruppe. Die Klienten bestimmten bewusst Zeit, Vorgehen, Problematik und Bearbeitung ihrer speziellen Fragen, es sollten keine Fälle nach Expertenwissen vorgeführt werden.

Wie Bastine (Bastine, R.: „Klinische Psychologie.“ Band 2: „Klinische Psychodiagnostik, Prävention, Gesundheitspsychologie, Psychotherapie, Psychosoziale Intervention.“ Stuttgart: Kohlhammer 1992. S. 200 ff.) beschreibt, kann ein therapeutischer Leitungsstil bezüglich des Veränderungspotenzials der Klienten entweder technisch oder personalistisch durchgeführt werden: Technisch meint in diesem Fall aktives, lenkendes, methodisches Vorgehen der Therapeuten, dahingegen versteht man unter personalistischer Leitung eine reaktive, reflexive und nondirektive Rolle der Therapeuten. Im Konzept der "StimMusTher" wurde ein Leading und Pacing durch die zwei Gruppenleiter nicht starr durchgeführt, sondern aufgaben- und situationsabhängig variiert. Spezifische Kommentare oder Vorschläge zur Gruppendynamik wurden nur angebracht, wenn schützende und konstruktive Aspekte gefordert waren.

### **8.3. Der integrative Forschungsansatz der angebotenen Kurzzeit-Gruppentherapie**

Der integrative Ansatz der Behandlungsmethode zielte auf systemische Orientierung, Prozess- und Wachstumsorientierung, war lösungs- und ressourcenorientiert ausgerichtet und schloss Körperarbeit und musikalische Interaktion mit ein. Auf angebotene Sensibilisierungs- und Wahrnehmungsübungen folgten Ausdruckselemente, Kontaktaufnahme-Übungen, musikalisch-therapeutische Aufgaben etc., wonach auf der Ebene des Gesprächs reflektiert und verglichen werden konnte, in wiederholten Situationen ähnliches neu strukturiert oder gelöst sowie die gemachten Erfahrungen im weiteren Kontext neu eingesetzt und vertieft werden konnten.

#### **Generelle Annahmen zur gewählten integrativen Behandlungsmethode vor Gruppenbeginn**

- Systemische Orientierung

Es wird davon ausgegangen, dass jeder Teilnehmer innerhalb einer für ihn bedeutsamen Lebenswelt geprägt wird und deren wichtigste Lebensregeln, Weltsicht und Wertekatalog sowie Verhaltensregeln kennt. Die Entstehung von psychischen Konfliktsituationen und psychosomatischen Reaktionen wird deshalb nicht vorwiegend im Sinne einer intrapsychischen Dynamik erklärt und behandelt, sondern als Ergebnis einer Interaktion von mehr oder weniger starren Systemerfordernissen und individuellen Lösungsmustern gesehen. Eine individuelle Lösung kann es in diesem Rahmen nicht ohne gleichzeitige Veränderung anderer wichtiger Bestimmungsgrößen des Systems, in dem der Betroffene lebt, geben.

- Prozessorientierung

Die einzelnen Interventionen sollen sich einerseits eng verzahnen mit dem jeweiligen musikalisch-gestalterischen Prozess der Gruppe, andererseits mit dem individuellen emotionalen und kognitiven Entwicklungsprozess, der hinter den einzelnen Äußerungsformen der Teilnehmer vermutet wird. Der Prozess ist also jeweils sowohl der individuelle Wachstumsprozess der Person als auch die aktuelle Gruppenentwicklung.

- Wachstumsorientierung

Es wird davon ausgegangen, dass jede einzelne Person gemäß ihrem eigenen Tempo die Impulse aus dem angebotenen Material auswählt, die ihrer persönlichen Erweiterung des Handlungsrepertoires entsprechen und welche sie seelisch verarbeiten kann.

- Lösungsorientierung

Psychische und psychosomatische Beschwerden und Symptome werden in diesem Zusammenhang nicht als einfach wegzutheraPIerende Fehler und Schwächen, sondern als Angebote für Lösungswege betrachtet. So kann eine psychosomatische Krankheit bei systemischer Sichtweise einen Hinweis auf eine Lösungsmöglichkeit beinhalten und damit aus der rein negativen Besetzung gelöst werden.

- Ressourcenorientierung

Der Fokus des therapeutischen Handelns liegt hier nicht auf Herausstellung von Defiziten, Leiden oder Mängeln, sondern verweist den Menschen auf Stärken und Kraftquellen und versucht, den Zugang dorthin freizumachen. Bisher als Mängel oder Fehlverhalten attributierte Verhaltensweisen können im Verfahren des Reframings neubesetzt und als Ressourcen anerkannt werden.

- Körperorientierung

Körperorientierte Musiktherapie meint die fokussierte Einbeziehung des Körpers in Diagnostik und Therapieverlauf, d.h. das Wahrnehmen von Körperhaltung, Bewegung, Berührung, Ausdruck in sämtlichen Mitteln, seien es Atem, Stimme oder mit Instrumenten, Tanz oder Gestalten und Malen. Gerade der Bereich der Stimme spiegelt den gesamten Facettenreichtum einer Persönlichkeit wider (per-sonare); die Stimme kann als `lauthafte Biographie` fungieren.

- Musikalische Interaktion

Aktive Formen des gemeinsamen Improvisierens und Tönens mit Stimme oder Instrumenten dienen der Erweiterung und Verdichtung der themenzentrierten Arbeit in prä- und paraverbale Erlebnisqualitäten hinein. In der musikalischen Interaktion werden die zuvor genannten therapeutischen Orientierungsaspekte hör- und spürbar und im aktiven Probieren auch beeinflussbar. Rezeptive Formen der musikalischen Interaktion ermöglichen ebenso die Aktivierung von Selbstheilungskräften, das Sich-gehen-Lassen in Klang und Situation und das freie Spiel der Fantasie.

### **Beforschung der musiktherapeutischen Psychotherapiegruppen**

In der studentischen Forschungsgruppe befanden sich vier Personen, die in ständigem Austausch mit den Gruppenleitern das Geschehen mit Tonaufnahmen festhielten, mit Videokameras filmten, protokollierten und beschrieben, Eigenwahrnehmungen beobachteten und reflektierend mit den Therapeuten direkt nach den Gruppenstunden die Eindrücke besprachen. (Leider ist anzumerken, dass es erst im Forschungsverlauf von drei stattfindenden Gruppen möglich war, die technischen Mängel der im Therapieraum installierten Deckenkameras zu verbessern; es gab manchmal Einschränkungen mit sowohl der Bewegungsmöglichkeit der Kamerasteuerung (Zoom, Schwenkung etc.), als auch mit Aufzeichnung der Tonspur. Wir als Forschungsteam konnten währenddessen die Lautkulisse meist uneingeschränkt wahrnehmen, so dass die Mitschriebe und Verlaufsprotokolle wörtlich verlässlich für die Auswertung sind.

Im Verlauf der insgesamt durchgeführten drei Forschungsgruppen trafen wir uns als Forschergruppe zusätzlich zu den Therapiestunden im Abstand einiger Wochen, um den Verlauf zu diskutieren, Erkenntnisse und Fragen in den laufenden Prozess mit einfließen zu lassen. (z. B. durch die Therapeuten eine vom Forscherteam wahrgenommene Beobachtung weiterzugeben als Diskussionsgrundlage in die Gruppe oder ein Angebot für eine weitere improvisatorische Bearbeitung eines Themas).

Es war zwar nicht das Ziel des Forschungsteams, die Rolle eines `reflecting team` (nach Anderson 1990) einzunehmen, dennoch konnte es in den Nachbesprechungen den beiden Leitern der Gruppe einen Außenblickwinkel rückmelden. Während des Therapieverlaufs änderten sich einige Fragestellungen der Forscher und es kristallisierten sich nutzbare Behandlungsmodelle oder Forschungsmethoden heraus.

### **Prozessbeschreibung und eigene Forschungsperspektive**

Der empirische Teil meiner Arbeit möchte einen Überblick schaffen über das Konzept der fachlich-übergreifenden Gruppentherapie und den spezifischen Verlauf der Gruppensitzungen. Verglichen werden die Zielvorstellungen und Ausgangspositionen der Teilnehmer vor Beginn der Gruppe mit der Endbeurteilung und der katamnestischen Einschätzung ihres Standes. Anhand von drei Einzelfallbesprechungen wird empirisch untersucht, welche Patienten in welchem Ausmaß von der angebotenen musikbezogenen Gruppenpsychotherapie profitierten, welche Momente und Wirkfaktoren die Patienten benennen konnten, um diese selbst zu Veränderungsanstößen in ihrem Umfeld nutzen zu können. Dazu soll im Besonderen dargestellt werden, wie sich Symptomatik, psychosoziale Beschwerden und Lebenszufriedenheit der Patienten veränderten (im Messungszeitraum von den anamnestischen Aufnahmegesprächen, über die Therapie von zwölf Sitzungen bis hin zu der Katamnese, sechs Monate nach den Gruppenerfahrungen).

### Forschungsfragen zur Beurteilung der Therapie im Nachhinein

- Hat sich die gewählte Form der integrativen Musiktherapie als besonders geeignet erwiesen, den Teilnehmern gewisse Erkenntnisse zu ermöglichen oder Veränderungswünsche zu bekräftigen?
- Wie beschreiben die Patienten das Erleben in der Musiktherapie und die Zuordnung zu Ressourcenerweiterung und Konzeptänderungen?
- Ändern sich erkennbar das Interaktionsverhalten der Patienten in ihrem System, das Coping-Verhalten in Belastungssituationen, das Körperselbstbild, der kognitive Umgang mit Emotionen u.a. messbare Parameter, prä-post-therapeutisch untersucht?
- Werden für die Veränderungen (auch hinauswirkend in Alltagskontext und Arbeitswelt) von den Patienten explizit bestimmte musiktherapeutische Erfahrungen genannt?

(Diese Fragen beantworte ich mit drei Ergebnisdarstellungen von Teilnehmern im weiteren Verlauf der Projektdarstellung; ausführlichst an einer exemplarischen Einzelfalldarstellung der Klientin Katja.)

### **Hypothesen: Was erwarteten die forschenden Teilnehmer des Kurzzeittherapieprojektes?**

- a) eine Symptomrückläufigkeit bei den Klienten (siehe Gesamtbelastungsscore SCL-90-R)
- b) eine Abnahme der psychosozialen Belastungen (siehe Psychosoziale Beschwerdeliste PBL)
- c) eine Steigerung der Lebenszufriedenheit und des körperlichen wie seelischen Wohlfühls (siehe Howard'sches Well Being Scale)
- d) eine Aussage über die Geeignetheit der gewählten integrativen Methoden und Mittel (siehe Patientenaussagen in Interviews, Befragungen sowie Videomitschnitten)



#### **8.4. Mittel und Methoden**

Am Beispiel von Einzelfallbetrachtungen der Teilnehmer wird ein Lern- oder Entwicklungsprozess nachgezeichnet, den ausschlaggebenden Impulsen nachgespürt und deren Wirkungsweise in ihrer pädagogischen Relevanz beschrieben werden. Es geht um die Erfragung subjektiver Muster, Konzepte und Veränderungspotenziale dieser spezifischen Patienten. Dabei möchte ich die Selbsteinschätzung der Teilnehmer wie die Therapeutensicht und die Beurteilung der Forschenden mit einbeziehen. Die qualitative Inhaltsanalyse wird zur Betrachtung der Leitfadenterviews der einzelnen Patienten angewandt, so können deskriptiv die subjektiven Theorien, Konzepte und Erlebnisse der Klienten untersucht und durch quantitatives Datenmaterial (der ICD-10 und SCL-90-R sowie die PBL / psychosozialen Beschwerde- und Symptomliste) ergänzt werden.

(Zur Technik des fokussierten Leitfadenterviews, einem halbstrukturierten Interview, siehe Merton und Kendall 1979 in Flick 1995. Für grundlegende Informationen über die qualitative Inhaltsanalyse siehe Schmitt 1995, Buchholz 1996, Buchholz + Kleist 1997, Schachtner 1999. Zur grundsätzlichen Verwendung musikbezogener therapeutischer Methoden in dieser speziellen Forschungsgruppe und der Wirksamkeit vielfältiger musiktherapeutischer Arbeitsmittel verweise ich u.a. auf die Literatur von Sabine Rittner, s. Literaturliste.)

Unterschieden werden können aber grundlegend die Art der Übungen nach Gruppen- oder Einzelaufgaben,- hier also Gruppenimprovisationen oder Klangtrauben, angeleitet, thematisiert oder frei, welche auch zu musikalischem Rollenspiel oder Familienaufstellung ausgearbeitet werden können. Ebenso als Gruppenaufgabe werden meist die Entspannungs,- Körper- und Bewegungsübungen angeboten, trance- und hypnotherapeutische Methoden eingesetzt, und die einführenden oder abschließenden Gesprächskreise schließen meist auch alle Klienten und die beiden Therapeuten ein. (Enthaltung ist auch möglich.) Daneben gibt es die Einzelaufgabe, das auf eine Person fokussierte Spiel, zu dem die anderen Teilnehmer sich wie beobachtendes Publikum verhalten können, welches später Rückmeldung gibt. Personenbezogene Aufgabenstellung oder das Aufgreifen und Umsetzen eines persönlichen aktuell gewählten Themas zur Umsetzung in Vokal- oder Instrumentalimprovisation, in Darstellung oder therapeutischem Malen ist möglich. Aus einer Einzelaufgabe kann sich auch ein Dialog durch Einbeziehung eines weiteren Teilnehmers ergeben, oder sich sogar je nach Wunsch oder Anleitung eine Gruppenübung entwickeln – ebenso ist der Übergang von vokaler zu instrumentaler Improvisation möglich, abhängig von der jeweiligen Aufgabenstellung oder dem Lösungsziel des Klienten.

#### **Anleitung zu Gruppendialogen**

Die leitende Gesprächsführung durch die Therapeuten bestimmt den Anfang einer Diskussionsrunde, entweder durch ein eröffnendes Thema mit Fragestellung, Vorgabe eines Diskussionshintergrundes oder durch ein freies Rundum-Erzählen von den persönlichen aktuellen Vorkommnissen aus dem Leben der Teilnehmer. Möglich sind dazu immer wieder lenkendes Nachfragen seitens der Therapeuten oder anteilnehmendes Mitreden der Gruppenmitglieder, gemeinsame Lösungssuche anhand der Ressourcenorientierung sowie Umformungen diverser Wahrnehmungen.

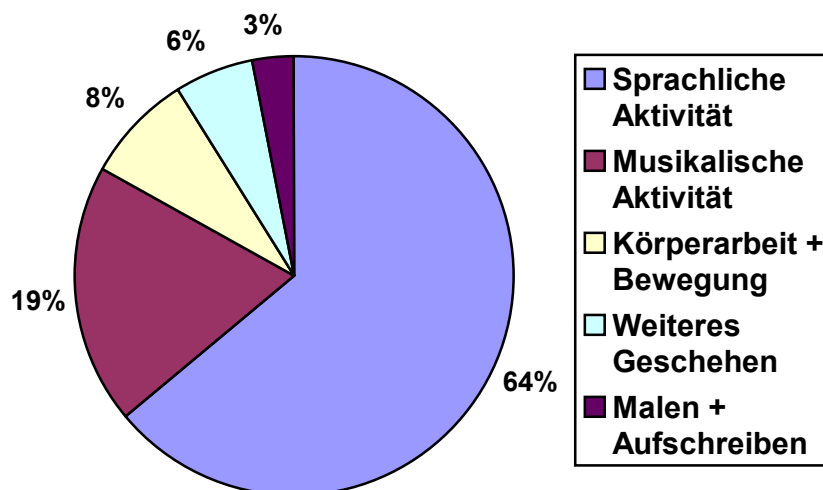
Fragen aus der Anfangsrunde können nach therapeutischem Durchleben und In-Verbindung-Setzen mit neuen Kontexten in der Nachbesprechung wiederholt aufgegriffen und vielleicht konträr beantwortet werden. (Modell der Zielüberprüfung durch wiederholtes oder zirkuläres Fragen).

### **Zeitlicher Anteil der Therapiebausteine**

Unsere Datenauswertung anhand des mitgeschriebenen Protokolls im Forscherteam während der Therapie sowie die Analyse der Videoaufzeichnungen ergab die ungefähre Aufteilung der Therapieabschnitte wie folgt:

Diagramm 4: Anteile der therapeutischen Aktionen im Gesamtverlauf von 12 Sitzungen

(Sitzungsdauer ca. je 3 Std. inklusive Pausen)



Den Hauptanteil mit 64% bildeten sprachliche Aktivitäten wie Einstimmungs-, Abschlussgespräche, Gruppendiskussionen und therapeutische Anleitungen zu den musikalischen Übungen und Trancegeschichten / Traumreisen; danach folgten mit 19% musikalische Aktivitäten, Instrumentenwahl und vokale wie instrumentale Improvisationen, Klangtrancen oder Mittönen in der Gruppe. Mit einem Anteil von 8% waren Körperübungen vertreten, Entspannen, durch den Raum gehen, Tanzen, Spüren etc., das weitere Geschehen nahm 6% ein, therapeutisches Abschlussmalen oder Gedanken aufschreiben nach einer therapeutischen Intervention machten 3% der Therapieabschnitte aus. Man erkennt also gut, dass selbst in einer speziell musikorientierten Psychotherapiegruppe der Anteil von musikalischen Interaktionen mit 19% nur etwa ein Fünftel der Zeit ausmachte und die musikbezogenen Angebote immer in Transfer-Ebenen wie Reden und Erklären, Bewegen, Darstellen, Malen und Schreiben etc. eingebettet waren.

(Zum Vergleich: In der dritten stattfindenden Gruppe (1. = psychosomatische Klienten, 2. = phoniatische Klienten, 3. = wieder psychosomatische Klienten) konnte eine ähnliche Aufteilung der Therapieanteile festgestellt werden, dort beliefen sich die sprachlichen Aktivitäten auf 57%, die musikalischen Anteile ebenfalls auf 19%, die weiteren Therapieanteile nahmen 12% in Anspruch, Körper- und Bewegungsübungen waren mit 7% vertreten und das Malen und Schreiben machte 5% aus. Die genaue zeitliche Auflistung der Therapieanteile in der ersten Gruppe folgt in weiteren Kapiteln.)

### **Datengewinnung und Analysegrundlagen**

Ausgangspunkt war die Anamnese, die mit einem Vorgespräch der Therapeuten (Klinische Diagnose) sowie mit Fragebogen und Test (SCL-90-R) den Ausgangspunkt beschreiben konnte. Die Definition der Ziele der Therapie wurden erfragt und im Verlauf der Sitzungen mit den Erfahrungen der Teilnehmer verglichen. Dazu wurden eigene Beurteilung der Patienten und Protokolle der Forschungsgruppe sowie die Therapeutesicht verwendet. Die Videodokumentation diente der Einzelfalldarstellung sowie Abbildung der Gruppendynamik und konnte entweder direkt während der Therapieprozesse verwendet werden als Feedbackmittel für die Teilnehmer sowie als Außenansicht des Geschehenen zur Nachbearbeitung durch die Therapeuten und als Auswertungsquelle für alle Forschenden im Anschluss an die Therapie. Ebenso konnten das Nach-Therapie-Interview und die kreativ-empirische Patienteneinschätzung durch das Forschungsteam miteinander verglichen werden. Auch die Katamnese, die Befragung nach einem halben Jahr nach der Gruppe, sollte Aufschluss über den weiteren Lebensweg der Teilnehmer geben.

Als theoriebildende Methode diente die grounded theory, welche generell eine Prozess-Strukturanalyse erlaubt, die zu einer gegenstandsverankerten Theoriebildung führen kann.

(Die gegenstandsverankerte Theoriebildung ist ein wissenschaftliches Prinzip, welches auf einer kategorialen Analyse von empirischen Daten beruht. Damit befindet sie sich im dialektischen Verhältnis zum Autor sowie dessen persönlichem, theoretischem und beruflichem Vorwissen. Vgl. Strauss + Corbin, 1996).

Das Forschungsdesign war offen und zirkulär, die Forscher lieferten Innen- sowie Außenperspektive des Geschehens, da sie z.T. teilnehmend und nicht-teilnehmend (beobachtend) als leitende Therapeuten und ebenso als forschende Studenten anwesend waren. Während des Projektes wurde nach der Methode des theoretischen Sampling vorgegangen, d.h., Auswahl und Zusammensetzung des empirischen Materials, Erhebungsmittel und -methoden variierten nach bester Einsatzmöglichkeit (operationalisiert durch Flick 1994, Glaser + Strauss 1967). Begründet sahen wir Forschenden dies mit der notwendigen Gegenstandsangemessenheit während des laufenden Prozesses. Methodisch-therapeutisch wurden Anteile der integrativen Psychotherapie miteinander verwoben, wie die prozessorientierte systemische Therapie (Modell der Weinheimer Familientherapie), körperorientierte Musik-, Stimme- und Atem-bezogene Psychotherapie mit musiktherapeutischen Instrumental-improvisationen, sowie hypnotherapeutische und tranceinduzierende Induktionen (Modell: M.H. Erickson).

Aus den Fragestellungen und den Forschungsergebnissen sollten Interventionen für die Praxis verschiedener Fachgebiete wie z. B. für die Gesundheitsbildung und Medizinische Psychologie abgeleitet werden, um Veränderungsprozesse anzuregen und weitere Forschungsinstrumentarien zu entwickeln. (Wie beispielsweise die Kombination der Methoden, nach einer musikalischen Improvisation die Ebene ins Sprachliche zu finden, die Teilnehmer ihre Erlebnisse aufschreiben zu lassen, um dann wieder ins Gestalterische zu gehen und Ergebnisse der Diskussion oder eigenen Versprachlichung in therapeutischem Malen darzustellen, um danach vielleicht wieder diese bildnerische Ebene musikalisch umzusetzen – dies schult die Transferfähigkeit des Erlebten oder Wahrgenommenen und eröffnet neue Ausdruckswege und personenbezogene Ressourcen.) Ebenso konnten nicht-funktionierende Prozesse oder Therapiebausteine beschrieben werden und als Hilfestellung für weiterführende Forschung dienen. (Welche geplanten Schritte waren während der Therapie nicht durchführbar oder eher kontraindizierend? Beispiel hierfür: Es war nicht durchführbar, nach einer völlig entgrenzenden Musik-Trance-Erfahrung die Teilnehmer sofort auf ein kompliziertes, konzentriertes schriftliches Ausfüllen eines entwickelten Fragebogens `herunterzuziehen`, - die Wirkung des freien, nicht-sprachlichen Erlebens wurde abgeschnürt und die Teilnehmer wurden unsanft in einengende Kategorien gezwängt, - was in der Anwendung relativ schnell offensichtlich war und daraufhin abgebrochen wurde.)

Die subjektiven Einschätzungen über die Zielvorstellungen bei Beginn und den erreichten Erfolg nach den Sitzungen gaben Aufschluss über das Klientenempfinden, den wohl wichtigsten Aspekt der Pilotstudie. Was hatten die Klienten individuell als hilfreich erlebt, um ihre Ausgangslage zu verbessern, welche Zielvorstellungen hatten sie verfolgt, erfüllt oder geändert, welche Punkte waren offen geblieben, bei welchen Problemstellungen würden sie weitere Hilfe in Anspruch nehmen, die über die Möglichkeiten einer Kurzzeitgruppentherapie hinaus gingen? Diese Befragung der Klienten geschah anhand des Goal-Attainment-Scales, worin die Teilnehmer zwei persönliche Ziele im Voraus festlegten und deren Erfüllung oder Nichterreicherung im Nachinterview überprüften. Anhand der Fragestellung: „Wie hilfreich war die zurückliegende Therapie in Bezug auf Ihr persönliches Therapieziel X?“ konnte aus einer linearen (horizontalen) Skala von -3 bis +3 eine der sieben Stufen angekreuzt werden. Die Skala umfasste die Werte: -3 (negativ) / -2 (überhaupt nicht hilfreich), -1 (kaum hilfreich), 0 (ich weiß nicht), 1 (ziemlich), 2 (hilfreich), 3 (sehr hilfreich).

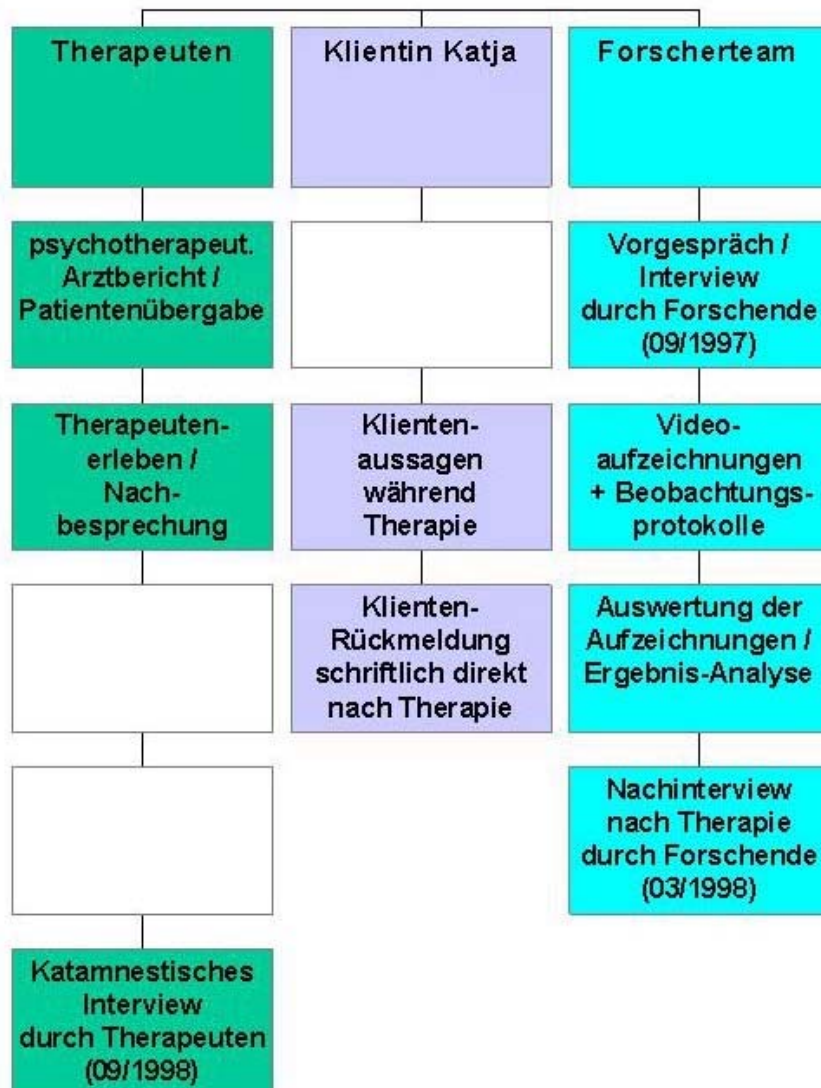
Mit der Beantwortung dieser Skala gab es eine subjektive Klienteneinschätzung zum Vergleich der äußeren Beurteilung zu Verbesserungen und Veränderungen, die durch das Forschungsteam und ebenfalls durch die Therapeuten aus unterschiedlichen Blickwinkeln beurteilt wurde. Im Nachhinein legten die beiden Therapeuten ebenfalls ihre Einschätzung zum Therapieerfolg der einzelnen Klienten anhand der siebenstufigen linearen Skala dar.

## Eingesetzte Forschungsmittel im zirkulären Modell des Forschungsprozesses

- ❖ halbstrukturiertes Leitfragen-Interview der Therapeuten zu methodischen wie praktischen Grundlagen durch die Forschenden / Konzeptionelle Ausgangslage
- ❖ Vorinterview der Klienten durch die Therapeuten und Forschenden anhand eines Gesprächleitfadens, Erhebung von soziodemografischen Daten, Anamnese, Feststellung von aktuellem Befund und Diagnose (SCL-90-R / Symptomkontrollliste und Howard'sches Well Being Scale / Fragebogen zur allgemeinen Lebenszufriedenheit)  
(„SCL-90-R“ ist ein standardisierter Selbstbeurteilungsfragebogen für Klienten, mit welchem Aussagen über die psychische und körperliche Situation und Belastung getroffen werden können, und welcher auf die Bereiche ‚Normalität‘ und ‚Abweichung davon‘ ausgewertet werden kann. Seine Skalenkonstruktion aus psychologisch-psychiatrischen Konstrukten bietet einen Überblick über die psychische Symptombelastung der Person. Vgl. Derogatis und Franke, 1994.)
- ❖ Psychosoziale Beschwerdelisten (PBL), ausgefüllt von den Klienten (Operationalisierung erfolgt durch Vergleich mit Standardwerten)  
(vgl. Holm-Hadulla, R. und Soeder, U: "Psychische Beschwerden und Störungen von Studierenden". 1997.)
- ❖ Fragebögen zu den Selbstkonzepten der Klienten (Zieldefinitionen / FSG Verlaufsfragebögen / Goal Attainment Scale)
- ❖ Video- und Tonbandaufnahmen der Therapien zur Dokumentation für nachfolgende Analyse und als Feedback-Medium für Klienten und Therapeuten
- ❖ Beobachtungsprotokolle und Zeittafel (durch die Forschungsgruppe)  
(Auswertungen erfolgen nach dem Verfahren der "Grounded Theory" nach:  
Strauss, Anselm; Corbin, Juliet: "Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung." Weinheim 1996.)
- ❖ Therapeutenbeurteilungen während des Verlaufs der Therapie (anhand von Therapeuten-Protokollen in halbstrukturierter Version über deren Sicht des Gruppenprozesses, Verhalten einzelner Klienten, therapeutische Pläne ...)
- ❖ gemaltes Abschlussbild der Klienten und zeichnerische subjektive Verlaufsbeschreibung der Klientenprozesse in der Therapie erstellt durch Forschungsgruppe und Therapeuten (dazu: DAT-Aufnahme der Besprechung und Schriftprotokoll zu den Erklärungen)
- ❖ letzte Selbstbeschreibung der Klienten im Nachgespräch nach Gruppenende
- ❖ halbstrukturiertes Nachinterview durch die Therapeuten
- ❖ Katamnese ein halbes Jahr später nach Gruppenende

Grafisch veranschaulicht sieht z. B. eine spätere Betrachtung der Klientin Katja hinsichtlich Ihrer gewonnenen Daten aus der Therapeutensicht, dem Forscherteam-Blickwinkel und der eigenen Einschätzung Katjas wie folgt aus: **Schaubild 5: Forschungspositionen zum Einzelfall Katja**

## Einzelfallbetrachtung: 'Katja'



(Dazu möchte ich erwähnen, dass aus Gründen des Patientenschutzes nicht alle der somit gewonnenen Daten der Gruppe 1 in meiner Arbeit ausgewertet werden können – z. B. zum Schutz einer Person die ganze Gruppe auf Video nicht gezeigt werden darf, außer zu internen Forschungszwecken. Weitere Daten und Ergebnisse der Forschung können aber für wissenschaftliche Zwecke nach Absprache bei der Projektgruppe - verantwortlich ist die Musik- und Stimmtherapeutin Sabine Rittner - in der Medizinischen Psychologie der Universitätsklinik Heidelberg eingesehen werden.)

## **8.5. Musiktherapie in der Kleingruppe als Modell einer gesundheitsfördernden Kurzzeittherapie**

Der Ansatz der musiktherapeutischen Psychotherapie liegt im Zusammenhang mit unserem Forschungsprojekt "StimMusTher" begründet in der Notwendigkeit, den Teilnehmern der Klientengruppe einen geschützten Raum des subjektiven Erlebens in intensiver Gruppenarbeit bereitzustellen, in dem die Möglichkeit zu Identitätsfindungsprozessen gegeben wird und der Umgang mit verschiedensten Formen von Musik den Anstoß geben kann, eigene und fremde Sichtweisen aus neuen Blickwinkeln zu überprüfen.

Hierbei geht es nicht um musikalische Erziehung im hergebrachten Sinne, sondern um einen anlaufenden pädagogischen Prozess innerhalb der gesellschaftlichen Form 'Kleingruppe', in der soziale, zwischenmenschliche Sensibilisierung erreicht werden kann. Somit ist der Erziehungsbegriff nicht als ein Hin-Erziehen / Hinziehen ... zu definieren, sondern vielleicht eher in der holländischen Bedeutung des Wortes: opvoeden = auffüttern oder der griechischen Bedeutung von Therapie – gut sorgen für... / therapeia = das Dienen, therapeuein = dienen, pflegen.

Darunter versteht sich ein ermutigender Anstoß von Seiten der Therapeuten (der sich innerhalb der Gruppe überträgt), in einer Gesellschaftsform, die mit Leistungsdenken, Erfolgsdruck, Selbstbehauptung und Konkurrenzdenken, Entfremdung und Zeitmangel ihre Rahmenbedingungen stellt, die persönlichen Möglichkeiten zu entdecken, auszuschöpfen und als Alternativen im Umgang mit verfestigten Alltagsmustern anzuwenden.

Möchten wir innerhalb der Gruppe dem Erfolgsdruck und der Produktionsnachweisbarkeit entfliehen, kann die Effizienz der Musiktherapie teilweise zwar schwierig gemessen, um so besser aber doch beobachtet und beschrieben werden. Quantitative Daten, die mit Mitteln wie Tests, Befragung und Video- wie Tonaufzeichnungen erhoben werden, werden ergänzt durch die qualitative Forschungsarbeit, welche sich auf die Rückmeldungen der Klienten bezieht und sich auf Protokolle des Beobachtungsteams sowie persönliche Eindrucksbeschreibungen der Teilnehmer wie der Forschenden stützt.

### **Darstellung musikalischer Szenen während des Therapieverlaufs**

Musikalische Aktivitäten nahmen, wie im Nachhinein festgestellt, in dieser speziellen Form der musiktherapeutisch orientierte Gruppenkurzzeit-Psychotherapie einen ungefähren Anteil von 20% aller Aktivitäten ein (neben dem Gesprächsanteil mit ca. 60% und weiteren Anteilen wie Bewegung, Entspannungs- und Tranceübungen, Spiel und Darstellung, Malen oder sonstige Gruppenübungen). Den Anfang der musikalischen Aktion bildete eine Einstimmung durch die Therapeuten, welche die Aufgabenstellung deutlich machten, wonach die Aufstellung im Raum, das Aussuchen der Instrumente, das Testen des Klanges einzelner Musikinstrumente folgten. Sobald die Ankündigung der musikalischen Aktion eintrat, begann die Beschäftigung mit dem Thema Musik – das Ziel der musikalischen Szene wurde festgelegt und die Teilnehmer stellten sich darauf ein. Eingangs- und Abschlussphase umrundeten die musikalische Aktion selbst, also zählte auch das Ausklingen der Improvisation, die nachdenkliche Stille danach, das spontane Stellungbeziehen zum musikalischen Ereignis noch zu der Szene.

Als Kern der musikalischen Szene galt das Erklingen der Instrumente, der Stimme selbst,- auch dies konnte vorher entweder zeitlich festgelegt oder frei gestaltet werden, je nach Auftrag. Es konnten Soli, Duette oder weitere Zusammenspiele entstehen, Gruppenrhythmen oder Schwingungen übergreifen, die später beschrieben und analysiert werden konnten:

- Welche musikalischen Parameter waren zu erkennen – Harmonie, Rhythmus, Tempo, Klangbild, Dynamik, Akzentuierungen, Länge, Lautstärke etc.
- Welche Körperhaltung, Mimik oder Gestik konnte am Spieler festgestellt werden, wie sah die Motorik aus, welche Bewegungsabläufe ergaben sich, welche Gruppendynamik entwickelte sich?
- Wie wirkten Form, Größe, Aussehen und Klang der Instrumente an sich und wurden sie dieser Symbolik nach behandelt oder atypisch eingesetzt? z. B. das sanfte Fingerklopfen auf der Pauke und das Auf-die-Saiten-Schlagen bei einer Harfe ...

Hierbei konnten die in der Musik wiedergegebenen Äußerungen als nonverbale Kommunikation verstanden und beantwortet werden, alltägliche Lebenssituationen nachgespielt, Problemstellungen im Spiel angegangen oder überhaupt Kontaktaufnahme und verständlicher Selbstaussdruck geübt werden. Am Anfang der Therapie gab es noch häufig Klärungsbedarf über bestimmte Instrumente und deren Spielpraktik und grundsätzliche Improvisations- und Zusammenspielregeln mussten besprochen werden. Im weiteren Verlauf allerdings verkürzten sich oft die Einstiegsphasen in die musikalische Szene, da die Teilnehmer vertrauter im Umgang mit Instrumenten, Aufstellungen oder Partnerwahl zur Improvisation waren. Um so zügiger gingen sie selbstständig in das Beziehungsgeflecht der Töne und Klänge, assoziierten bestimmte Bilder oder Erlebnisse mit Instrumenten oder Klängen, die sie vorher vielleicht schon erfahren hatten etc. Im Anschluss der Szene wurden inneres Erleben und äußere Sicht (Spieler und Hörer oder Beobachter) besprochen, die Erlebnisebene des Machens und Hörens verknüpft mit der retrospektiven Beurteilung, Bewertung oder Erklärung des Geschehenen. Hierbei konnten Gleichklang und Verständnis herrschen oder entgegengesetzte Wahrnehmung und kritische Deutungsversuche aufeinander prallen, woraus sich wiederum spannende Szenen untereinander ergaben.

Im Nachhinein sprachen die Teilnehmer angeleitet oder frei gestaltend über ihre Wahrnehmungen:

- Wie empfanden sie die Aufgabenstellung, hatten sie gleich eine Assoziation zu einem Instrument oder Klang?
- Welchen symbolischen Gehalt hatte das gewählte Instrument, die Spielweise, die Kombination von Musik und Bewegung?
- Welches Klangerlebnis nahmen sie räumlich wahr, wie war die Beziehung zwischen Körper und Raum und Klang und Gruppe?
- Welche Sinneswahrnehmung begleitete sie während oder nach der Improvisation, wie fühlte sich das Instrument äußerlich an oder welche Empfindung löste das Spielen innerlich aus?
- Welche kommunikativen Momente ergaben sich? Wie wurde das Gegenüber wahrgenommen?
- Gesahen die Situationen unbeabsichtigt oder intentional und welche Wirkung wird damit erzielt?
- Wie wird die musikalische Aktion im Nachhinein bewertet - nach geglücktem Austausch und Ausdruck oder nach einer formulierten Zielvorstellung? u.v.m.



## **8.6. Gesundheits- und Persönlichkeitsbildung bei aktiver Musiktherapie**

Die Grenzen zwischen Selbsterfahrungsarbeit, Persönlichkeitsbildung und Therapie sind gemäß des Leidensdruckes einer Person fließend zu ziehen. Jeder Mensch wird sich mehr oder weniger körperlich-seelischer Belastung ausgesetzt sehen; Vorbeugung und Früherkennung können davor schützen, dass sich bestimmte Symptome manifestieren. Für sogenannte Gesunde oder Kranke gilt allerdings gleichermaßen, dass in der Musiktherapie Defizite aufgespürt und korrigiert werden können, und dass das Medium Musik den Gruppenteilnehmern der Therapie (je nach dem Bedarfsstand der Gruppe) Erfahrungen ermöglichen kann, mit denen geübt wird, wie man sich kommunikativ und sozial bewegt. Musikalische Gruppenimprovisation (frei oder angeleitet nach bestimmten Themen) bedingt einen ständigen Austausch der Teilnehmer untereinander; sich zurücknehmen, leiten, vorangehen, arrangieren, behaupten etc. wird probiert und ist im Ausgang offen, im Gegensatz zur herkömmlichen Musikausübung oder gewohntem Musikhören, wo Anfang und Ende sowie der Verlauf einer Musik meist feststehen.

Freie oder angeleitete Improvisation bedeutet hingegen Neuland - eine Chance für die Menschen, sich auf Unvorhersehbares einzulassen; denn auch im Alltag müssen wir Situationen gegenübertreten, die wir vorher nicht absehen können. Somit spiegelt die Improvisation die Gesellschaftsverhältnisse im Kleinen und soziales Lernen wird in einem Spielfeld und Übungsraum erlebbar. Häufig ist zu beobachten, dass Teilnehmer, die schon ein Instrument erlernt haben, dieses mit einem sicherem Gefühl aussuchen, um damit in einer Improvisation mitzuspielen. Hier kann es dann vorkommen, dass sie es in dem Moment doch nicht so beherrschen, um das auszudrücken, was sie gerade möchten - dies kann zur Frustration oder Verunsicherung führen. Deshalb ist zu raten, bewusst auch die Instrumente auszuprobieren, mit denen man noch nicht in Kontakt kam, um nicht wieder dem Erwartungsdruck des `Spielen-können-Müssens` ausgesetzt zu sein.

Auch ist anzuraten, den Teilnehmern genügend Instrumente unterschiedlicher Bereiche zur Verfügung zu stellen, damit Ausdruck im Schlagen, Streichen, Zupfen, Blasen etc. möglich ist. Die aktive Musiktherapie fördert das innere Loslassen und Ausblenden kontrollierender Gedanken, so dass in dem Zustand der Ich-Vergessenheit das Selbst zum Spielen gelangen kann. Wenn der Verstand ausgeschaltet werden kann und das Es (der Person und das gemeinsame Es der Gruppe / das kollektiv Unbewusste, wie bei es C.G. Jung genannt wird) zur freien Entfaltung kommt, können verdeckte Fähigkeiten und gestalterische Anlagen wie natürliche Kreativität entwickelt werden. Diese können dann den inneren Konflikten entgegengestellt werden, die durch äußere Zwänge entstehen (Fremdbestimmtheit des Individuums durch die gesellschaftlichen Normen und Gesetze) - innere Spaltung, Kampf und Unentschlossenheit sind die Folgen, die zu Krankheiten und Mangelempfindung führen können.

Unter dieser Sichtweise hat die Improvisation mit der Voraussetzung des inneren Loslassens und Sich-spielen-Lassens die Funktion einer Psychohygiene für den Menschen. Musikalische und außermusikalische Hilfen durch die Therapeuten oder die Gruppe selbst (Reizsituationen, Aufgabenstellungen, Themenvorgaben, Konfrontationen ...) erleichtern das Einsteigen in das spontane Zusammenspiel und die musikalische Gruppendynamik kann sich entwickeln.

Ziel ist hier, eine Basis entstehen zu lassen, auf der Wahrnehmungsfähigkeiten trainiert werden können (anregende Begleitung und nicht vorgeschriebene Prozesse ermöglichen einen spielerischen Umgang mit dem Lernen, so wie z. B. Maria Montessori das Heranführen von Kindern an Lernaufgaben verstand). Gruppendynamik kann definiert werden als eine Pädagogik, die die Person in der Gruppierung ihrer Umwelt sieht. Soziales und kognitives Lernen wird in der Gruppe in einer Balance des Ich (Einzelperson mit Bedürfnissen, Schwierigkeiten, Fähigkeiten), des Wir (Gruppe mit bestimmter Struktur, Teilnehmern und Prozessen) und des zentrierten Themas (der Musik als Medium des Bewusstwerdens) erfahren.

Durch das folgende Gruppengespräch, in dem Erlebtes auf die Ebene der Sprache und des bewussten Verarbeitens geführt wird, kann die Person das Reflektierte begreifen und nach einem bewussten oder unbewussten Verarbeiten in den Alltag transferieren. Werden die drei Bereiche der Gruppendynamik (Ich / Wir / Thema) im gleichberechtigten Austausch gehalten, kann sich für jeden Teilnehmer eine angstfreie Atmosphäre bieten, in der er genug Raum für sich erlebt, aber auch ein starkes Zusammengehörigkeitsgefühl mit den anderen Teilnehmern spürt. Gruppendynamik hängt also von dem entsprechenden Feedback der anderen auf das Verhalten des Einzelnen ab.

Förderlich zur Transferfähigkeit des Erlebten und zum Ausprobieren neuer Verhaltensmuster im Alltag ist es, wenn zuvor das Lernziel formuliert werden kann. Stattfindender Transfer ist schlecht messbar, doch um so beschreibbarer, wenn Teilnehmer am Anfang einer Therapiestunde von der hinter ihnen liegenden Woche spontan erzählen, wie sie z. B. selbstbewusster mit Vorgesetzten umgehen konnten, sich anderen gegenüber verständlicher artikulieren und verhalten oder besser Grenzen setzen oder Kontakt aufnehmen konnten. (siehe spätere Einzelfallbetrachtung).

Weiterführende Aufgabenstellungen für die musikalische Gruppenimprovisation können dann themenbezogene Kompositionsversuche sein; bei gemeinsamen bewussten Gestaltungsüberlegungen arbeiten die Teilnehmer projektbezogen und interagierend, den Gruppengesetzmäßigkeiten entsprechend. Hierbei wird Verhalten geübt, das in den Alltag gut übertragen werden kann - Teamarbeit am Arbeitsplatz, Lösen von familiären Konfliktsituationen etc.

Der Gruppenprozess des gemeinsamen Lernens, Spielens, Improvisierens (in diesem Fall in der Klientengruppe / Teilnehmergruppe des Projektes „Stimme in der Psychotherapie“) bietet die Möglichkeit, in einem geschützten Raum in einer Kleingruppe eigene Fähigkeiten des Ausdrucks zu entdecken, in Kontakt mit sich und der sozialen Umwelt zu treten, Ängste und Hemmungen zu überwinden und durch Aneignungsprozesse und Ausprobieren eine Verbindung zwischen Innen und Außen - Vertrautem und Fremdem - herzustellen.

Kontaktfähigkeit und Selbstwahrnehmung werden angeregt durch den Wechselprozess zwischen Seelischem und äußerem Material, Grenzen werden beweglich, Umformungen von Strukturen werden machbar, Projektionen, Verunsicherungen und Neukonstellationen erlauben dem Individuum seine Stellung in der Gesellschaft zu finden und zu beeinflussen. In der Gruppe findet ein regulierender Umgang und Austausch des einzelnen Menschen in Beziehung zu anderen Wesen statt und dieser Zwischenraum von Individuum und Gesellschaft ist zugleich ein Spielraum. In diesem zeichnen sich naheliegende Zusammenhänge von musikalischem Ausdruck und persönlichem Eindruck eines Menschen ab, die sich in Selbst- und Fremdwahrnehmung betrachten lassen.

Das Erlebte hat Nachwirkungen für das eigene Menschenbild und die Gegenüber-Betrachtung - benennbare Erlebnisse beim Improvisieren können den Anstoß für das eigene Überdenken sein. Der Austausch zwischen spielen und reden, zwischen Musik und Sprache, schafft Raum für Differenzierungen, die man mit neu angeregten Sinnen wahrnehmen kann.

Rollentausch kann ein angstfreieres direktes Reagieren auf Verlockungen oder Herausforderungen gestatten, Grenzüberschreitungen oder das Brechen von Gesellschaftsregeln haben im Gruppenspielfeld erprobte Auswirkungen. Kritik und Toleranz sind gefragt und verschiedene Personen müssen sich mitfühlend begegnen. Wichtig ist - trotz aller Freiräume - das Einhalten gewisser menschlicher Rahmenbedingungen, um keine gesellschaftliche Eskalation hervorzurufen. Ein bestimmter Arbeitskonsensus muss bei Teilnehmern und anleitenden Personen der Gruppe vorhanden sein, Verhaltensreglements sollten im Laufe der Gruppensitzungen abgesteckt werden.

## **8.7. Überblick über den Ablauf der einzelnen Therapiestunden**

(beforschte Gruppe 1: Inhalte und Anleitungen)

Namensabkürzungen:

SR Sabine Rittner  
MW Michael Wolfart  
HJ Henrik Jungaberle

	Zeitdauer in ca. Minuten
1. <u>Sitzung / 14.10.1997</u>	
Vorstellungsrunde	
Hypnotherapeutische Geschichte von MW mit Übergang zur Körper-Selbstwahrnehmungsübung	10
Vorstellungsrunde mit herumgereicherter Klangschale, mit der Vorgabe, dass sich jeder einen symbolischen Wunschnamen und symbolisch ungewünschte Namen ausdenkt	30
Körper selbstwahrnehmungsübung von SR (Räkeln, Räume spüren, zu erklingender Tonbandmusik mit geschlossenen Augen durch den Raum gehen, Atem- und Bewegungsübungen, Stehen und Aufstampfen, `Seelenmüll` in die Klangschale abladen / Musikwechsel (`Kundalini`), freie Bewegung zur Musik, Bewusstwerden des eigenen Körpers	43
(Pause)	15
Anleitung zur Improvisation 1 durch MW	2
Instrumentensuche	11
Improvisation 1 über das Thema `Was ich mir nicht wünsche` (Symptomdarstellung mit Überleitung zum Thema)	3
Improvisation 2 über das Thema `Was ich mir wünsche`	7
Gesprächsrunde über die Improvisation	35
Ende der Stunde mit Überleitung zum Forschungsvorhaben und Erklärungen zu Untersuchungsbögen	15

Zeitdauer  
in ca. Minuten

2. Sitzung / 21.10.1997

Gesprächsrunde mit Klangschale, Erlebnisaustausch	42
Körperwahrnehmungsübung von MW im Sitzen mit Überleitung zur Trancegeschichte (Reise auf einem orientalischen Teppich)	5 9
Körperwahrnehmungs- und Imaginationsübung von SR über die Vorstellung eines Duftöls, welches auf und im Körper wandert (Hände und Füße, ganzer Körper) im Sitzen auf Stühlen	26
Musikhören von Tonband, dazu Stimmimprovisation (Tönen) bei ausklingender Musik bis nur noch eigener Stimmklang im Raum hörbar ist, Umhergehen, Hören, Tönen	8 6
Körperübung (Lockern und Ausschütteln)	2
(Pause)	10
Instrumentensuche für anstehende Improvisation	11
Spielanleitung zur Improvisation 1 zum Thema `Jeder stellt sich musikalisch vor` (einzeln)	2
Improvisation 1 (einzelne Charakterenvorstellung)	22
Anleitung zur Gruppenimprovisation / gemeinsames Erklingen der Instrumente	1
Improvisation 2 (Gruppe spielt)	6
Gesprächsabschlussrunde (Improvisationsbesprechung und Terminplanung sowie Verabschiedung)	29 6

Zeitdauer  
in ca. Minuten

3. Sitzung / 4.11.1997

Als Therapeut nur MW anwesend

Ausgiebige Gesprächsrunde, Klientenbefinden 97

(Pause) 15

Körperwahrnehmungsübung, Meditation, Atem-Spüren, 23  
durch den Raum gehen, Punkte im Raum suchen und bewusst  
darauf zugehen, Tönen in der Bewegung, Zusammenklänge suchen,  
Hüpfen und `Rauslassen` (stimmliches Loswerden des Belastenden),  
Nachspüren der Übung im Körper

Einführung in die Untersuchung mit Fragebögen, Austeilen der Bögen zum 12  
Ausfüllen zuhause durch HJ

Zeitdauer  
in ca. Minuten

4. Sitzung / 11.11.1997

Als Therapeut nur MW anwesend

Gesprächsrunde, Begrüßung durch MW, Namensspiel mit herumgereichtem Stab (Wer erinnert was vom anderen?)  
Diskussion untereinander und aktuelle Situation mit Bezug zur letzten Stunde / Erklärungen des Therapeuten 70

(Pause) 15

Körperwahrnehmungsübung: Atem mit Imagination (eigene Grenzen erfahren / aufnehmen und abgeben) / Gruppe hält sich an den Händen, ist näher zusammengerückt, sitzt zum 1. Mal auf Matten.  
Über das Ausatmen ins Tönen kommen, Geräusche machen, Stimmimprovisation 18

Anleitung: 2 Klienten dürfen sich zusammen finden und sich etwas von der Gruppe wünschen 1

2 Klientinnen wünschen sich, dass `Amazing Grace` gemeinsam gesungen wird / Singen in der Gruppe ohne Text für die beiden, einige begleiten mit Instrumenten (MW: Geige) 10

Abschlussgesprächsrunde (jeder einen Satz, kurze Reflexion) 10

Zeitdauer  
in ca. Minuten

5. Sitzung / 18.11.1997

Einleitende Erklärung und Begrüßung (Besprechung des Ausstiegs einer Teilnehmerin) Übernahme des Gesprächs durch SR / Diskussion über Körper / Leib	8
Körperwahrnehmungsübung 1 von SR mit Musik, Räkeln und Strecken mit Musik, in Bewegung einfinden (‘Was sagt mir mein Körper?’), Tanzen zu Musik vom Tonband (verschiedenartig)	14
Körperwahrnehmungsübung 2 von SR mit Musik (stetig pulsierend, rhythmisch), tänzerischer Körperausdruck der Klienten	12
Interaktionsspiel: Körperskulptur: jemand wagt sich in die Mitte des Kreises, bildet Skulptur oder Haltung, die Gruppe kommentiert und gibt Resonanz durch die Stimme oder reagiert mit Körperhaltung (verschiedene Personen und Reaktionen zueinander / Interpretation und Besprechung, Austausch)	72
(Pause)	15
Anleitung und Vorbereitung auf die Klangtrance	5
Klangtrance mit dem Monochord (SR), Gruppe auf Matten und mit Decken liegend, Entspannung	17
Notizen zur Klangtrance	2
Gesprächsrunde zum Erleben, Feedback für Therapeuten, Besprechung der aktuellen Situation und den Ereignissen der letzten Woche, Verabschiedung	37



Zeitdauer  
in ca. Minuten

6. Sitzung / 25.11.1997

Einleitendes Gespräch über die Videobeobachtung der Gruppe, welche die meisten Teilnehmer vergessen während der Therapiestunden, nur ein Klient äußert mehr `Wunsch nach Offenbarung` der Beobachter	12
Gesprächsrunde, einzelne Probleme und Situationen der Klienten werden besprochen	60
(Pause)	15
Instrumentenauswahl für anstehende Improvisation 1	6
Darstellung des Themas der Improvisation (`Wir beziehen uns aufeinander im musikalischen Gespräch`) Einzelne spielen, wie es ihnen gerade geht, ein anderer reagiert darauf (ausgewählt oder als spontane Reaktion)	4
Einzelne Vorstellung einer Klientin am Metallophon, ein anderer reagiert mit dem Klavier auf sie (gemeinsame Improvisation)	5 7
Aufschreiben der Eindrücke oder malerisches Erinnern der Gruppe auf die Frage von SR, `Wie würden Sie die Musik nennen?`, `Was für ein Gespräch war das?` / Aufhängen der Zettel an die Gongtrommel	6
Gespräch über die musikalische Interaktion (Dialog zw. zwei Klienten) (Gruppe vor der Gongtrommel stehend)	4
Musikalische Improvisation 2 (andere Teilnehmer) Anfangend: Klientin an Conga, reagierend: ausgewählter Partner mit Oceandrum (gemeinsame Improvisation)	3 2
Aufschreiben der Eindrücke oder malerisches Erinnern der Gruppe Aufhängen der Zettel an die Wand	3
Gespräch über die musikalische Interaktion (Dialog zw. zwei Klienten) (Gruppe vor der Wand stehend) vorher spielende Klientin weint, ist gelöst - Oceandrum hat ihr gut getan	7
Musikalische Improvisation 3 (andere Teilnehmer) Anfangend: Klientin an Conga, reagierend: ausgewählte Partnerin auch an Congas (gemeinsame Improvisation), danach kommen andere Teilnehmer mit Instrumenten dazu Gruppenimprovisation (alle außer einem Klienten spielen mit)	3 3 7
Aufschreiben der Eindrücke oder malerisches Erinnern der Gruppe Aufhängen der Zettel an die Wand	4
Gespräch über die musikalische Interaktion Abschluss	11

Zeitdauer  
in ca. Minuten

7. Sitzung / 02.12.1997

Begrüßung	2
Körperreise-Trance angeleitet durch Therapeuten	22
Klienten kommen ins Tönen aus der Trance heraus (Vorstellung: innere Pole des Körpers wahrnehmen und verbinden, die sich gut und nicht gut anfühlen)	5
Herausgehen aus der Trance durch Bewegung, Strecken, Schütteln, Wachmachen	2
Gesprächsrunde mit herumgereichtem Stab Stellungnahme zur Tranceerfahrung	51
Anleitung zur anstehenden Improvisation (Thema: Überlebensstrategie) `Wie würde die Seite unter der Fassade klingen?`	2
Instrumentensuche	9
Diskussion, nachdem ein paar Klienten schon mit Musik begonnen hatten	3
Improvisation `Fassade`	5
Improvisation `Unter der Fassade`	6
Ausklingende Worte von SR zur Improvisation und zu Kommentaren aus der Gruppe	2
Anleitung zur Improvisation 2 (zu zweit ein musikalisches Gespräch führen, entweder mit Schutz/Fassade oder ohne Fassade)	2
(Pause)	6
Diskussion um die Pausenlänge	2
Instrumentensuche zweier Klientinnen	3
Musikalischer Dialog mit anfangenden Klangglöckchen und antwortendem Klavier	1 9
Gruppe schreibt Eindrücke auf	7
Besprechung der musikalischen Interaktion	12
Instrumentensuche zweier Klienten	1
Musikalischer Dialog mit anfangenden Steeldrums und antwortendem Metallophon	1 4
Gruppe schreibt Eindrücke auf	5
Besprechung der musikalischen Interaktion	17
Abschluss	

Zeitdauer  
in ca. Minuten

8. Sitzung / 09.12.1997

Begrüßung	3
Körperspür-Übung zu rhythmischer Musik vom Tonband, Klopfen, Bewegen, Aufrichten des Körpers	14
Übergang ins Tönen, Hören auf Schwingungen	5
Im Tönen den Gruppenkreis enger schließen, Tönen im Kreis	10
Schweigen	3
Gesprächsrunde über musikalisch-körperliche Kontaktaufnahme mit herumgereichtem Stab	12
Musikalische Interaktion zweier Klienten an der großen Trommel (Gongtrommel beidseitig in der Mitte der Gruppe gespielt)	12
Gesprächsrunde über Interaktion	28
(Pause)	10
Aktuelle Problembesprechung eines Teilnehmers	23
Tönen der Gruppe um den auf dem Boden liegenden Klienten auf dessen Wunsch hin	11
Gesprächskreis über das Tönen / wie erlebten es Gruppe und Klient	29
SR liest eine Abschlussgeschichte vor (Nosserat Peseschkian)	1

Zeitdauer  
in ca. Minuten

9. + 10. Sitzung / 13.12.1997

Begrüßung	3
Körperübung mit rhythmischem Gehen zu Geigenspiel von MW Atem-Nachspüren	15
Sprachliche Anleitung zur Übung `Wie weit der Atem trägt` während des Gehens	7
Tönen, Gehen, Sich-im-Raum-Treffen	11
Tönen im Kreis	2
Körperübung (Strecken und Räkeln) mit Geräuschemachen	3
Gespräch im Kreis, eine Teilnehmerin bespricht private Probleme	11
Gruppe hält und unterstützt Klientin	6
Gesprächsrunde mit herumgereicherter Klangschale	64
(Pause)	5
Einführung in bestimmte Familienproblematik einer Teilnehmerin, Familienaufstellung mit Instrumenten, Klientin sucht sich die Stellvertreter zu ihren Familienmitgliedern aus und ordnet sie den entsprechenden Instrumenten zu / Improvisation erfolgt	9 9
Gespräch der Gruppe, Therapeuten und Klientin über die Lage	10
Aufstellungsänderung, Positionsvergleich (Nähe - Entfernung) Symbolisches Verabschieden der Klientin in ihrer Tochterrolle von ihren Eltern, Versuch der Deutlichmachung, dass sie ihren Weg für sich finden muss	18
Aufstellung mit Musik in veränderter Position, Improvisation	4
Erklärende Gesprächsrunde zur neuen Situation	7
(lange Mittagspause)	

Zeitdauer  
in ca. Minuten

9. + 10. Sitzung / 13.12.1997  
(nach der Mittagspause)

Aufgreifen der Thematik der Familiensituation der Klientin	4
Anleitung zur anstehenden Improvisation / Paarbildung	5
Nonverbales Zwiegespräch, musikalischer Dialog, alle Arten des stimmlichen Ausdrucks (die Gruppe klatscht und klopft mehr, als dass sie ihre Stimme benutzt!)	13
Imagination, neue Aufgabenstellung: in Paarbildung mit Nähe und Entfernung experimentieren, mit Kreide einen Kreis um sich ziehen (Klienten auf dem Boden sitzend, in Zweiergruppen arbeitend)	13
schriftliches Festhalten der Eindrücke (Wahrnehmung des Entfernens, Annäherns, Abgrenzens, Zulassens usw.)	4
Wiederholung der Aufgabenstellung, diesmal anderer Teilnehmer (in Paarbildung mit Nähe und Entfernung experimentieren, mit Kreide einen Kreis um sich ziehen, Bezug zueinander untersuchen)	9
schriftliches Festhalten der Eindrücke (Wahrnehmung des Entfernens, Annäherns, Abgrenzens, Zulassens etc.)	2
Treffen oder Annähern der 2 Kreidekreise (Schnittmenge oder bewusste Entfernung oder Verweigerung ...)	4
Nonverbales Zwiegespräch in gleichzeitigen Zweiergruppen	4
Gespräch innerhalb der Paare, Austausch des Empfindens	15
Kreisgespräch über Erfahrungen	29
Abschlussgespräch mit Bemerkungen der Therapeuten	4
Trancegeschichte	2

Zeitdauer  
in ca. Minuten

11. Sitzung / 13.01.1998

Begrüßungsgespräch mit meditativem Rückblick auf die vergangenen Sitzungen (‘Welche Musik, welches Instrument entspricht mir?’)	19
Gesprächsrunde mit Einzelberichten	85
(Pause)	11
Instrumentensuche für anstehende Improvisation	5
Musikalischer Dialog mit einzelner Klienten / Feedback	20
Gruppenimprovisation	7
Kurzes Besprechen in der Runde darüber	2

Zeitdauer  
in ca. Minuten

12. Sitzung / 20.01.1998

Begrüßung	1
Anleitung zur Improvisation	3
Ablaufbesprechung und Instrumentensuche (das mitgebrachte Kind einer Teilnehmerin erregt allgemeine Aufmerksamkeit)	8
Improvisation der Gruppe	37
Malen der Erlebnisse und Eindrücke	16
(Pause)	12
Rückblick-Gesprächsrunde über die Improvisation, das Malen und den Verlauf der Therapiesitzungen	71
Ausfüllen der Feedback-Bögen	10
Informationsgespräche über das Ausfüllen der SCL-90-R	
Verabschiedung nach und nach	

**Stichworte:**

**Klientendaten / Problemstellungen und Zieldefinitionen / ICD-10-Diagnosen /**

**SCL-90-R Ergebnisse / Psychosoziale Beschwerdeliste und Howard'sches Well-Being-Scale /**

**Entwicklungsprozesse und Wendepunkte / Erlebnisse in musikalischer Improvisation /**

**Überlegungen zur Kurzzeit-Gruppentherapie / Therapeuteninterviews**





## **9. Klientenvorstellung und ausführliche Einzelfallstudien**

### **Klientendaten**

Die an der ersten Gruppe teilnehmenden elf Personen sind hier aufgrund des Patientenschutzes teilweise leicht verfremdet und zusammengefasst dargestellt; zu weiteren Forschungszwecken sind alle Hintergrunddaten unter Aufsicht der Projektleiterin Sabine Rittner in der Medizinischen Psychologie einzusehen. Einheitlich gelten für alle Forschungsmitglieder in der Darstellung folgende Daten mit veränderten Namen:

**Teilnehmer** (erfasst zu Anfang der Studie):

Miriam, 26 Jahre:

Studentin / ledig / 2 Jahre in tiefenpsychologischer Therapie

Susanne, 43 Jahre:

Verkäuferin / ledig / Hauptschule / viele Jahre Einzel-Gesprächstherapie

Ines, 49 Jahre:

MTA / geschieden / Realschule / 12 Jahre analytische Therapie, 6 Jahre Gesprächstherapie

Tom, 32 Jahre:

Handwerker / Beziehung in Trennung begriffen / Hauptschule / keine Therapieerfahrung

Lars, 45 Jahre:

Ergotherapeut / ledig / Umschüler / Hochschulstudium / keine Therapieerfahrung

Katja, 29 Jahre:

Studentin / ledig + 1 Kind / studentische psychologische Beratung, Gesprächstherapie

Otto, 46 Jahre:

Lehrer / geschieden + 2 Kinder / Hochschulabschluss / diverse Therapien einzeln + in Gruppe

Guido, 26 Jahre:

Student / ledig / keine Therapieerfahrung

Wolfgang, 56 Jahre:

Architekt / verheiratet + 2 Kinder / Hochschulabschluss / Gesprächstherapieerfahrung

Maria, 59 Jahre:

Lehrerin / verheiratet + 2 Kinder / Hochschulabschluss / Gesprächstherapieerfahrung

Katrin, 41 Jahre:

Gastronomietätigkeit / verheiratet, getrennt lebend + 3 Kinder / Hochschulabschluss / keine Therapieerfahrung

(Petra, 52 Jahre: Krankengymnastin – schied nach der Vorbesprechung zur zweiten Stunde aus – freiwilliger Drop-Out wegen anderer Erwartungen.)

Die Erstgespräche und Interviews ergaben folgende genannte Stressoren, welche zusammengefasst wiedergegeben und hier nicht dem Einzelfall zugeordnet genannt werden. *Der Leitfaden des Erstinterviews der Therapeuten sowie des halbstrukturierten Interviews zu den Klienten-Erwartungen an den Prozessverlauf und zu Gesundheitskonzepten ist dem **Anhang 6** zu entnehmen.*

### **Stressoren / selbstgenannte Problemdefinitionen**

Selbstwertprobleme, mangelnde Durchsetzungsfähigkeit, Nervosität, Lebensangst, Gehetztheit, Mobbing bei der Arbeit, Herzschmerzen aufgrund Überforderungsgefühl, Grübelzwang, Bedrücktheit, Ess-Störungen, frühere Magersucht, körperliches Unwohlsein, diffuse körperliche Schmerzen, Rückenprobleme, Berührungängste, Misstrauen, sexuelle Probleme, Unkonzentriertheit, Entscheidungsunfähigkeit, Nicht-gehört-Werden, starke Verletzbarkeit, depressive Grundstimmung, Kontaktarmut, Menschenscheue, Beziehungsprobleme, Grenzen-nicht-setzen-Können, Ärger und Ohnmachtsgefühle, Antriebsschwäche, Alkohol- und Drogenkonsum und weitere mehr.

Die Interviews gaben auch Aussagen der Klienten über die möglichen positiven Aspekte ihres augenblicklichen Zustandes (Krankheitsgewinn) wieder – nach Antonovsky könnte man das mit dem Kohärenzgefühl in Verbindung bringen und der Frage nach der Sinnhaftigkeit, diesen Zustand bisher so gelebt zu haben, ohne selbst viele Veränderungsbestrebungen durchzusetzen. Folgende Punkte wurden genannt:

### **Positive Aspekte der Probleme**

- Die Selbstwertprobleme und das Nicht-Können machen andere nicht neidisch auf mich.
- Ich bin entscheidungsunfähig, lasse andere entscheiden und bin dann nicht für die Fehler verantwortlich.
- Ich bin ein williger Arbeiter, kriege keinen Ärger mit dem Chef, ich kann Probleme wegschieben.
- Bin unbestimmt und beschwöre deshalb weniger Konflikte herauf, muss mich nicht streiten.
- Ich bin so überfordert, dass ich keinen Beruf ausüben muss.
- Ich muss mich nicht so viel einbringen, auf mich hört ja doch keiner – niedrige Erwartungen.
- Bin so zurückgezogen, dass ich nicht anecke und keine Grenzen draußen setzen muss.
- Bei meinen Eltern bin ich das liebe Kind, provoziere nicht und werde gemocht dafür.
- So unfähig wie ich bin, muss ich auch nicht für das Studium arbeiten. Unerwachsenheit bringt Freiheit und wenig Verantwortung.
- Wenn ich an niemand rankomme, kann mich ebenso keiner verletzen. Ich kann meine Ideale behalten – sie werden nicht zerstört durch die Wirklichkeit.

(Es gab aber auch eine Teilnehmerin, die gar keinen positiven Aspekt ihrer Lage benennen konnte doch ganz klare Zielvorstellungen und Veränderungswünsche vor Augen hatte, z. B. trotz Stimmbeeinträchtigung endlich wieder ein Lied singen zu können.)

### **Von den Klienten genannte Zieldefinitionen**

stärkeres Selbstbewusstsein entwickeln, bessere Abgrenzungsfähigkeit, dickeres Fell haben, Sicherheit und Unabhängigkeit von den Eltern entwickeln, Eigenständigkeit und Vertrauen auf eigenes Gefühl, sich auf andere einlassen können, ruhiger und zielstrebig werden, für meine Rechte einstehen, sensibel für meine Körperwahrnehmungen werden, mich besser spüren, die geeignete Sprache finden für den Selbstausdruck, mehr Gelassenheit und Entspanntheit auch körperlich entwickeln, bessere Sexualität erleben, Seeligkeit erfahren können, Verminderung der körperlichen Symptome und Schmerzen, ich will gehört werden, Klarheit kriegen, starkes Auftreten und mehr Zeit für Lebensfreude, schlagfertig und humorvoll sein, Optimismus und Leichtigkeit entwickeln, weniger Alkohol konsumieren und weitere.

Die Vorerfahrungen der Teilnehmer in Therapie oder Selbsterfahrungskursen etc. waren sehr gemischt, in der Gruppe befanden sich Personen ohne jegliche therapeutische Behandlung, die diese Art der Kurzzeitgruppentherapie allgemein zur Orientierung nutzen wollten sowie Teilnehmer, welche explizite Vorstellungen mitbrachten, über die Weise, in der die Sitzungen ablaufen sollten oder nicht. Es gab Klienten, die mit Einzel- oder Gruppentherapie Erfahrung hatten oder langjährige analytische Therapie besucht hatten; einige, die Gesprächsrunden, Langzeit-Einzelbetreuung oder auch studentische psychologische Beratung angenommen hatten, ebenso einige, die gesundheitsbewusste Kurse belegt hatten, wie Rückenschulen, Krankengymnastik oder Ernährungsberatungen.

## **ICD-10-Diagnosen**

Die dargestellten Belastungen wurden in der Gruppe in Form folgender ICD-10-Diagnosen dokumentiert:

(Aufgrund des Patientenschutzes sind die Diagnosen der Teilnehmer hier nicht einzeln zugeordnet, sondern im Überblick gestaltet, bei Bedarf jedoch einsehbar im Pilotprojekt „StimMusTher“ der Abteilung Medizinische Psychologie der Psychosomatischen Universitätsklinik Heidelberg.)

**F 33.4** Rezidivierende depressive Störung

**F 41.1** Generalisierte Angststörung vor dem Hintergrund eines Missbrauchserlebnisses in der Kindheit

**F 43.0** Akute Belastungssituation nach Trennung des Ehemannes, starke Trauer und Hilflosigkeit aufgrund des Scheidungskonfliktes

**F 43.1** Allgemeine Dysthymie, Antriebs- und Entscheidungsschwäche, teilweise Somatisierungsstörungen wie Verdauungsbeschwerden, Stimmstörungen etc.

**F 43.21** Länger dauernde depressive Reaktion als Folge einer posttraumatischen Anpassungsstörung, Mobbing und Arbeitsplatzverlust

**F 45.1 und 45.2** Verschiedene somatoforme Störungen, Missempfindungen in der linken Körperhälfte, Bluthochdruck, Augenflimmern, Hitzeschübe, Tinnitus, nachlassende Sinnesschärfe usw. mit teils depressiver, teils ängstlicher Verarbeitung

**F 50.0** Nicht ganz bewältigte Anorexia Nervosa

**F 50.8** Subjektiv deutlich erlebter psychogener Appetitverlust

**F 60.31** Instabile Persönlichkeit vom Borderline-Typus mit gestörter Beziehungsfähigkeit und Sexualität, problematische Vaterbeziehung, Körpergefühlsstörungen, starre Motorik und holpernde Sprache

**F 60.4** Histrionische Persönlichkeitsstörung mit lange bestehendem, familiär verankertem, rezidivierendem Alkohol und Morphium-Abusus

**F 60.7** Abhängige Persönlichkeitsstörung, überstarke Bindung an die Mutter bei lethargischer und hypotoner Struktur, unreife Persönlichkeit durch häufige narzisstische Kränkungen

**F 60.8** Narzisstische Konflikte mit psychosomatischen Symptomen, gewalttätige Misshandlungen in der Kindheit, depressive Schübe und unterdrückte Aggressivität

**Z 63.0** Stimmstörung mit teilweise organischem Hintergrund – einseitige Stimmbandlähmung nach OP eines Schilddrüsenkarzinoms / leise Sprechstimme und dadurch depressive Störungen

## **Ergebnisse der psychosozialen Beschwerdeliste (PBL) zu Behandlungsbeginn**

Auf diesem Fragebogen mit 21 Punkten konnten auf einer Intervallskala mit sechs Stufen die Intensität von 15 psychischen Belastungen und 7 psychosozialen Einschränkungen gekennzeichnet werden. Zum Abschluss der Liste kann der Befragte seine drei wichtigsten Probleme noch einmal angeben. Anhand dieser Rangstufen kann die Gesamtbelastung des Patienten abgelesen werden. Die PBL ist kurz in der Anwendung (ca. 10 Minuten), sehr anschaulich vom Teilnehmer auszufüllen und einfach auszuwerten, und wird deshalb auch als nicht-standardisiertes Erhebungsinstrument in sozialwissenschaftlichen Untersuchungen verwendet. (zur Reliabilität der PBL vergleiche Holm-Hadulla, Rainer; Kiefer, Lydia; Sessar, Wolfgang: "Zur Effektivität tiefenpsychologisch fundierter Kurz- und Psychotherapien." Originalarbeit. PPMp Psychotherapie Psychosomatische und Medizinische Psychologie, 47. Stuttgart 1997.)

In dieser ersten „StimMusTher“-Gruppe gaben die Befragten als häufigste und intensivste Belastung ein mangelndes Selbstwertgefühl und Partnerschaftskomplikationen an: fünf von elf Teilnehmern hatten diese psychosozialen Beschwerden bei Therapiebeginn. Vier Teilnehmer nannten jeweils als akute Problemstellungen Arbeits- und Konzentrationsschwierigkeiten sowie psychosomatische Beschwerden. Drei von elf Teilnehmern gaben starke Einschränkungen durch finanzielle Probleme an und fühlten sich durch Konflikte mit der Herkunftsfamilie beeinträchtigt. Kontaktschwierigkeiten, depressive Verstimmungen, eigene körperliche Krankheiten sowie Krankheit und Todesfall in der Familie, Alkohol- und Drogenproblematik, Wohnungsnot und Prüfungsangst wurden je von zwei Teilnehmern als heftige Belastung empfunden. Jeweils ein Gruppenmitglied nannte zu Anfang der Untersuchungen unerklärliche Angst, ein starkes Aggressionspotenzial, Zwangsvorstellungen und ein extremes psychisches Leiden. Die Ausschlusskriterien von der Aufnahme der Patienten in die Gruppe konnten hierbei noch mal geprüft werden: bei den Punkten Medikamentenabhängigkeit und Selbstmordgedanken wurden keine Beschwerden zugeordnet. (Diese Personen hätten dann immer noch aus der Studie ausgeschlossen werden können, um sie einer geeigneteren langfristigen Behandlung zuzuführen.)

### **9.1. Einzelfallbetrachtungen dreier Teilnehmer/-innen**

(Die Daten sind aus Gründen des Klientenschutzes verändert, Datengewinnung und Erläuterung stammen aus dem Erstgespräch der Klienten mit den Therapeuten sowie aus einem Grid-Interview durch einen Forschenden des Projektes. Die umfangreichen Original-Forschungsprotokolle und Auswertungsunterlagen zu den Untersuchungen, sind nach Absprache mit der Leiterin der Forschungsgruppe Sabine Rittner in deren Archiv in der Abteilung Medizinische Psychologie der Psychosomatischen Universitätsklinik Heidelberg einzusehen.)

### **9.1.1. Ergebnisse des Erstgesprächs und des Grid-Interviews**

#### **a) Miriam**

*Problemdefinition:* bezeichnet sich unfähig, etwas zu entscheiden, wahnsinnig nervös, isst viel, mag sich selbst nicht, ist ängstlich

*Positive Aspekte des Problems:* andere entscheiden und haben den Fehler gemacht (nicht selbst verantwortlich sein für die Entscheidungen), muss sich nicht viele Gedanken über ihr Leben machen

*Zieldefinition:* möchte andere nicht mehr so viel fragen, will ruhiger und selbstsicherer werden, möchte Hobbies nachgehen, lesen, sich auf andere Menschen einlassen können

*Negative Aspekte des Ziels:* sie wird verantwortlich gemacht und muss den Kopf hinhalten, sie könnte andere verletzen

#### **b) Tom**

*Problemdefinition:* Duckmäusertum, mangelndes Selbstwertgefühl und Durchsetzungsvermögen, er lässt sich von Kollegen und seiner Freundin zum Kasper machen, hat Herzschmerzen und körperliche Probleme, verwirrt sich selbst, es nagt an ihm

*Positive Aspekte des Problems:* der Chef akzeptiert ihn als willigen Arbeiter, er kann Probleme vor sich her schieben

*Zieldefinition:* er will für seine Rechte einstehen können, sensibel für seine Körperwahrnehmungen sein, Selbstvertrauen haben, die Sprache beherrschen können

*Negative Aspekte des Ziels:* er muss sich seinen Problemen stellen

#### **c) Katja**

*Problemdefinition:* hat Selbstwertprobleme, andere bringen sie leicht vom Weg ab, ist gehemmt im Studium, isst zuviel, grübelt und ist chaotisch, alles unternimmt sie in letzter Minute

*Positive Aspekte des Problems:* die anderen sind nicht neidisch und mögen sie, wenn sie nicht so gut ist

*Zieldefinition:* stärkeres Selbstbewusstsein und unabhängiger ihren eigenen Weg gehen, sich abgrenzen, zielsicher im Studium sein

*Negative Aspekte des Ziels:* die Leute akzeptieren sie nicht so, wie sie ist

### **9.1.2. Die psychosoziale Beschwerdeliste "SCL-90-R"**

Der "SCL-90-R" Selbstbeurteilungsfragebogen (symptom check list –90-revised) von L.R. Derogatis (1992), (deutsche Version von G.H. Franke) gibt Klienten die Möglichkeit, in standardisierter Form Aussagen über ihre psychische und körperliche Situation und Belastung zu machen und er kann auf die Bereiche 'Normalität' und 'Abweichung davon' ausgewertet werden. Diese aus der Psychotherapieforschung entwickelte Symptom-Checkliste findet als diagnostisches Instrument Anwendung in folgenden Bereichen: bei somatoformen Störungen, Essstörungen, Suchtproblematik, Alkohol-, Drogen-, oder Psychopharmaka-Abhängigkeit, Abtreibungsproblematik, sexuellen Funktionsstörungen, Unfruchtbarkeit von Paaren, Krebs, chronischem Schmerz, chronischem Tinnitus, Rheuma-Arthritis-Erkrankungen, HIV-Infektionen, in der Missbrauchsforschung und zu epidemiologischen Studien. Die Skalenkonstruktion wurde aus psychologisch-psychiatrischen Konstrukten aufgestellt und bietet einen Überblick über die psychische Symptombelastung der Person.

#### **Beschreibung des SCL-90-R**

laut G.H. Franke in der Online-Darstellung der Testzentrale Hans Huber AG  
([www.testzentrale.ch/onkinekat/ug.php3?IDHG0T&IDTITEL=550](http://www.testzentrale.ch/onkinekat/ug.php3?IDHG0T&IDTITEL=550))

Einsatzbereich: Für Jugendliche ab 14 Jahren und Erwachsene. Das Instrument kann im psychologischen, medizinpsychologischen, psychosozialen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Kontext verwendet werden.

Verfahren: Die SCL-90-R misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person innerhalb eines Zeitraumes von sieben Tagen. Damit ergänzt sie in idealer Weise Verfahren zur Messung der zeitlich extrem variablen Befindlichkeit und der zeitlich überdauernden Persönlichkeitsstruktur. Sie bietet eine mehrdimensionale Auswertung mit der Möglichkeit der Messwiederholung zum Einsatz in Verlaufsuntersuchungen. Die 90 Items der neun Skalen beschreiben die Bereiche: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus. Drei globale Kennwerte geben Auskunft über das Antwortverhalten der Items. Der GSI misst die grundsätzliche psychische Belastung, der PSDI misst die Intensität der Antworten und der PST gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt.

Zuverlässigkeit: Die internen Konsistenzen der einzelnen Skalen liegen für klinische Stichproben zwischen  $r = .79$  und  $r = .89$ .

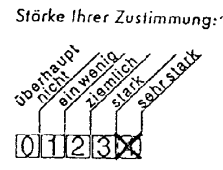
Gültigkeit: Den Items kann „face validity“ zugesprochen werden. Die Reliabilität des Testprofils kann für die Normstichprobe als befriedigend, für klinische Gruppen als gut bis sehr gut bezeichnet werden.

Bearbeitungsdauer: Die Durchführungszeit beträgt 10-15 Minuten.

Anschließend finden Sie die 2 Grundarbeitsblätter des SCL-90-R, welche die Klienten bearbeiteten, aus denen die neun Skalen der psychosomatischen Beschwerden gebildet werden können.

Codennummer / Name: ..... Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich Bildungsstand: <input type="checkbox"/> Haupt-/Realschule <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> abgeschl. Studium <input type="checkbox"/> unbekannt Alter: ..... Datum: .....	SCL- 90-R
---	--------------

<b>Anleitung</b> Sie finden auf diesem Blatt eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie in den letzten sieben Tagen durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an. <b>Bitte beantworten Sie jede Frage!</b>	<b>Beispiel:</b> Frage: Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Rückenschmerzen? Wenn bei Ihnen als Antwort auf diese Frage am besten „sehr stark“ zutrifft, dann kreuzen Sie bitte das Kästchen <b>4</b> = „sehr stark“ an. Alle Ihre Antworten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.
---	--



Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?
überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark	überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark
1. Kopfschmerzen	21. Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht
2. Nervosität oder innerem Zittern	22. der Befürchtung, erlappt oder erwischt zu werden
3. immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen	23. plötzlichem Erschrecken ohne Grund
4. Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	24. Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren
5. Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität	25. Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen
6. allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen	26. Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge
7. der Idee, daß irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat	27. Kreuzschmerzen
8. dem Gefühl, daß andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind	28. dem Gefühl, daß es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen
9. Gedächtnisschwierigkeiten	29. Einsamkeitsgefühlen
10. Beunruhigung wegen Achtslosigkeit und Nachlässigkeit	30. Schwermut
11. dem Gefühl, leicht reizbar und verärgert zu sein	31. dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen
12. Herz- und Brustschmerzen	32. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren
13. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	33. Furchtsamkeit
14. Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	34. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen
15. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	35. der Idee, daß andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen
16. Hören von Stimmen, die sonst keiner hört	36. dem Gefühl, daß andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind
17. Zittern	37. dem Gefühl, daß die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können
18. dem Gefühl, daß man den meisten Menschen nicht trauen kann	38. der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, daß alles richtig ist
19. schlechtem Appetit	39. Herzklopfen oder Herzjagen
20. Neigung zum Weinen	40. Übelkeit oder Magenverstimmung



Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark
41. Mindenwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	011234
42. Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	011234
43. dem Gefühl, daß andere Sie beobachten oder über Sie reden	011234
44. Einschlafschwierigkeiten	011234
45. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	011234
46. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	011234
47. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	011234
48. Schwierigkeiten beim Atmen	011234
49. Hitzewallungen und Kälteschauern	011234
50. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	011234
51. Leere im Kopf	011234
52. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	011234
53. dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	011234
54. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	011234
55. Konzentrationsschwierigkeiten	011234
56. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	011234
57. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	011234
58. Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	011234
59. Gedanken an den Tod und ans Sterben	011234
60. dem Drang, sich zu überessen	011234
61. einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	011234
62. dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind	011234
63. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	011234
64. frühem Erwachen am Morgen	011234
65. zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeit wie Berühren, Zählen, Waschen	011234

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark
66. unruhigem oder gestörtem Schlaf	011234
67. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	011234
68. Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen	011234
69. starker Befangenheit im Umgang mit anderen	011234
70. Abneigung gegen Menschenmengen, z. B. beim Einkaufen oder im Kino	011234
71. einem Gefühl, daß alles sehr anstrengend ist	011234
72. Schreck- und Panikanfällen	011234
73. Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	011234
74. der Neigung, immer wieder in Erörterungen oder Auseinandersetzungen zu geraten	011234
75. Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden	011234
76. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	011234
77. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	011234
78. so starker Ruhelosigkeit, daß Sie nicht stillsitzen können	011234
79. dem Gefühl, wertlos zu sein	011234
80. dem Gefühl, daß Ihnen etwas Schlimmes passieren wird	011234
81. dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen	011234
82. der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	011234
83. dem Gefühl, daß die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden	011234
84. sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind	011234
85. dem Gedanken, daß Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	011234
86. schreckenerregenden Gedanken und Vorstellungen	011234
87. dem Gedanken, daß etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist	011234
88. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	011234
89. Schuldgefühlen	011234
90. dem Gedanken, daß irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	011234

## Die neun Skalen der psychosozialen Beschwerdeliste "SCL-90-R"

### Skala 1: Somatisierung (somatization):

Einfache körperliche Belastung bis hin zu funktionellen Störungen

### Skala 2: Zwanghaftigkeit (obsessive-compulsive):

Leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis hin zur ausgeprägten Zwanghaftigkeit

### Skala 3: Unsicherheit im Sozialkontakt (interpersonal sensitivity):

Leichte soziale Unsicherheit bis hin zum Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit

### Skala 4: Depressivität (depression):

Traurigkeit bis hin zur schweren Depression

### Skala 5: Ängstlichkeit (anxiety):

Körperlich spürbare Nervosität bis hin zu tiefer Angst

### Skala 6: Aggressivität / Feindseligkeit (anger / hostility):

Reizbarkeit, Unausgeglichenheit bis hin zu starker Aggressivität mit feindseligen Aspekten

### Skala 7: Phobische Angst (phobic anxiety):

Leichtes Gefühl von Bedrohung bis hin zur massiven phobischen Angst

### Skala 8: Paranoides Denken (paranoid ideation):

Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühle bis hin zu starkem paranoiden Denken

### Skala 9: Psychotizismus (psychoticism):

Mildes Gefühl der Isolation und Entfremdung bis hin zur dramatischen Evidenz der Psychose

Drei globale Kennwerte geben Auskunft über das Antwortverhalten über alle Items:

Der GSI (global severity index) misst die grundsätzliche psychische Belastung. Der PSDI (positive symptom distress index) misst die Intensität der Antworten. Der PST (positive symptom total) gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt.

Im Folgenden ist das ausgezählte Ergebnis-Formular des SCL-90-R für drei Einzelfallberichte angefügt, um die Zusammenfassung der Bögen darzustellen, welche die teilnehmenden Personen dreimal ausfüllten, vor Beginn, direkt nach Beendigung und ein halbes Jahr nach der Gruppentherapie. Daran schließen sich die diagnostischen sprachlichen Auswertungen der Messwerte und Punkteskalen an. (Die ausgewerteten SCL-90-R Bögen sämtlicher Teilnehmer der ersten Gruppe befinden sich in meinem persönlichen Forschungsgruppen-Datenarchiv und können auf Anfrage eingesehen werden.)

# Die Ergebnisse der psychosozialen Beschwerdeliste "SCL-90-R"

- a) bei Miriam (SCL-90-R ausgefüllt vor Beginn der Therapie am 17.9.1997, dann nach Ablauf der Therapie am 20.1.1998 und zuletzt ein halbes Jahr nach Ende der Therapie am 14.7.1998)

<b>Codenummer / Name:</b> <u>Miriam</u>	SCL-90-R
<b>Geschlecht:</b> <input type="checkbox"/> männlich <input checked="" type="checkbox"/> weiblich	
<b>Bildungsstand:</b> <input type="checkbox"/> Haupt-/Realschule <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> abgeschl. Studium <input type="checkbox"/> unbekannt	
<b>Alter:</b> .....	
<b>Datum:</b> <u>12.9.97</u>	

**Anleitung**  
 Tragen Sie skalenweise die Itemwerte in die dafür vorgesehenen Felder ein. Addieren Sie dann die Itemwerte je Skala und tragen Sie diesen Wert in der Spalte „Summe der Itemwerte“ (S1 bis S10) ein. Teilen Sie diesen Wert durch die Anzahl der Items der jeweiligen Skala und tragen Sie das Ergebnis in der Spalte „Skalenwert“ (G1 bis G9) ein. Hat der Patient ein oder mehrere Items nicht beantwortet (missing data), so muß der Teiler der jeweiligen Skala um die Anzahl der missing data reduziert werden.  
 Zählen Sie dann für jede Skala die Items, bei denen der Patient eine Belastung zeigt (Itemwert größer Null) und tragen Sie diese Anzahl in der Spalte „Anzahl Items größer Null“ (P1 bis P10) ein.  
 Zur Berechnung der Globalen Kennwerte addieren Sie zunächst die Summen der Itemwerte S1 bis S10 und tragen das Ergebnis in die Felder GS ein. Teilen Sie dann GS durch die Anzahl der (beantworteten) Items des Tests (90 - Anzahl missing data); das Ergebnis ist der Globale Kennwert GSI. Addieren Sie dann die Anzahl der Items, bei denen der Patient eine Belastung zeigt (P1 bis P10). Diese Summe ergibt den Globalen Kennwert PST; tragen Sie ihn in die entsprechenden Felder ein. Teilen Sie nun den Wert GS durch den Wert PST, um den dritten Globalen Kennwert PSDI zu erhalten.

	Summe Itemwerte	/ Anzahl Items	=	Skalenwert	Anzahl Items größer Null
<b>Skala 1: Somatisierung</b>					
1 4 12 27 40 42 48 49 52 53 56 58	7	12*	=	0,6	7
1 0 0 1 1 1 1 0 1 0 0	S <sub>1</sub>			G <sub>1</sub>	P <sub>1</sub>
<b>Skala 2: Zwanghaftigkeit</b>					
3 9 10 28 38 45 46 51 55 65	17	10*	=	1,7	9
1 0 2 2 1 4 2 1 2 2	S <sub>2</sub>			G <sub>2</sub>	P <sub>2</sub>
<b>Skala 3: Unsicherheit im Sozialkontakt</b>					
6 21 34 36 37 41 61 69 73	12	9*	=	1,3	7
2 0 4 1 0 1 2 1 1	S <sub>3</sub>			G <sub>3</sub>	P <sub>3</sub>
<b>Skala 4: Depressivität</b>					
5 14 15 20 22 26 29 30 31 32 54 71 79	15	13*	=	1,2	9
0 1 0 1 0 2 3 2 2 1 1 2 0	S <sub>4</sub>			G <sub>4</sub>	P <sub>4</sub>
<b>Skala 5: Ängstlichkeit</b>					
2 17 23 33 39 57 72 78 80 86	13	10*	=	1,3	8
3 1 0 1 0 3 1 2 1 1	S <sub>5</sub>			G <sub>5</sub>	P <sub>5</sub>
<b>Skala 6: Aggressivität / Feindseligkeit</b>					
11 24 63 67 74 81	4	6*	=	0,7	2
3 1 0 0 0 0	S <sub>6</sub>			G <sub>6</sub>	P <sub>6</sub>
<b>Skala 7: Phobische Angst</b>					
13 25 47 50 70 75 82	4	7*	=	0,6	4
0 1 0 1 1 1 0	S <sub>7</sub>			G <sub>7</sub>	P <sub>7</sub>
<b>Skala 8: Paranoides Denken</b>					
8 18 43 68 76 83	2	6*	=	0,3	2
1 0 1 0 0 0	S <sub>8</sub>			G <sub>8</sub>	P <sub>8</sub>
<b>Skala 9: Psychotizismus</b>					
7 16 35 62 77 84 85 87 88 90	9	10*	=	0,9	6
0 0 2 1 1 2 0 0 1 2	S <sub>9</sub>			G <sub>9</sub>	P <sub>9</sub>
<b>Zusatzitems</b>					
19 44 59 60 64 66 89	8				5
1 2 0 0 1 3 1	S <sub>10</sub>				P <sub>10</sub>
<b>Globale Kennwerte:</b>	$GS = \sum_{i=1}^{10} S_i$		$GSI = \frac{GS}{(90 - \text{Anz. missing data})}$		$91 / 90^* = 1,0$
	$PST = \sum_{i=1}^{10} P_i$		$PSDI = \frac{GS}{PST}$		$91 / 59 = 1,5$
(*: jeweils Anzahl missing data der Skala abziehen)					

Codenummer / Name: Thimmann

Geschlecht:  männlich  weiblich

Bildungsstand:  Haupt-/Realschule  Abitur  abgeschl. Studium  unbekannt

Alter: .....

Datum: 20.1.98

SCL-90-R

**Anleitung**

Tragen Sie skalenweise die Itemwerte in die dafür vorgesehenen Felder ein. Addieren Sie dann die Itemwerte je Skala und tragen Sie diesen Wert in der Spalte „Summe der Itemwerte“ (S1 bis S10) ein. Teilen Sie diesen Wert durch die Anzahl der Items der jeweiligen Skala und tragen Sie das Ergebnis in der Spalte „Skalenwert“ (G1 bis G9) ein. Hat der Patient ein oder mehrere Items nicht beantwortet (missing data), so muß der Teiler der jeweiligen Skala um die Anzahl der missing data reduziert werden. Zählen Sie dann für jede Skala die Items, bei denen der Patient eine Belastung zeigt (Itemwert größer Null) und tragen Sie diese Anzahl in der Spalte „Anzahl Items größer Null“ (P1 bis P10) ein.

Zur Berechnung der Globalen Kennwerte addieren Sie zunächst die Summen der Itemwerte S1 bis S10 und tragen das Ergebnis in die Felder GS ein. Teilen Sie dann GS durch die Anzahl der (beantworteten) Items des Tests (90 - Anzahl missing data); das Ergebnis ist der Globale Kennwert GSI. Addieren Sie dann die Anzahl der Items, bei denen der Patient eine Belastung zeigt (P1 bis P10). Diese Summe ergibt den Globalen Kennwert PST; tragen Sie ihn in die entsprechenden Felder ein. Teilen Sie nun den Wert GS durch den Wert PST, um den dritten Globalen Kennwert PSDI zu erhalten.

											Summe Itemwerte	Anzahl Items	=	Skalenwert	Anzahl Items größer Null		
<b>Skala 1: Somatisierung</b>																	
1	4	12	27	40	42	48	49	52	53	56	58	4	12*	=	0,3	4	
1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	S1			G1	P1	
<b>Skala 2: Zwanghaftigkeit</b>																	
3	9	10	28	38	45	46	51	55	65		15	10*	=	1,5	9		
1	1	0	1	1	3	2	2	2	2		S2			G2	P2		
<b>Skala 3: Unsicherheit im Sozialkontakt</b>																	
6	21	34	36	37	41	61	69	73			12	9*	=	1,3	8		
2	0	2	1	1	2	2	1	1			S3			G3	P3		
<b>Skala 4: Depressivität</b>																	
5	14	15	20	22	26	29	30	31	32	54	71	79	14	13*	=	1,1	9
2	1	0	0	0	2	1	3	X	1	1	2	1	S4			G4	P4
<b>Skala 5: Ängstlichkeit</b>																	
2	17	23	33	39	57	72	78	80	86			10	10*	=	1	8	
1	2	0	1	0	1	1	2	1	1			S5			G5	P5	
<b>Skala 6: Aggressivität / Feindseligkeit</b>																	
11	24	63	67	74	81							4	6*	=	0,7	4	
1	0	0	1	1	1							S6			G6	P6	
<b>Skala 7: Phobische Angst</b>																	
13	25	47	50	70	75	82					2	7*	=	0,3	2		
0	0	0	0	1	1	0					S7			G7	P7		
<b>Skala 8: Paranoides Denken</b>																	
8	18	43	68	76	83						3	6*	=	0,5	3		
0	0	1	1	1	0						S8			G8	P8		
<b>Skala 9: Psychotizismus</b>																	
7	16	35	62	77	84	85	87	88	90		6	10*	=	0,6	4		
0	0	0	0	2	0	0	1	2	1		S9			G9	P9		
<b>Zusatzitems</b>																	
19	44	59	60	64	66	89					8				5		
0	2	0	2	1	2	1					S10				P10		
<b>Globale Kennwerte:</b>																	
$GS = \sum_{i=1}^{10} S_i$ $GSI = \frac{GS}{(90 - \text{Anz. missing data})}$ $PST = \sum_{i=1}^{10} P_i$ $PSDI = \frac{GS}{PST}$											Summe			Summe			
											78	90*	=	0,9	56		
											GS	89		GSI	PST		
											78	56	=	1,4			
											GS	PST		PSDI			

(\* jeweils Anzahl missing data der Skala abziehen)

**Codenummer / Name:** ..... Th. Müller .....

**Geschlecht:**  männlich  weiblich

**Bildungsstand:**  Haupt-/Realschule  Abitur  abgeschl. Studium  unbekannt

**Alter:** .....

**Datum:** 14.7.98

SCL-  
90-R

**Anleitung**

Tragen Sie skalenweise die Itemwerte in die dafür vorgesehenen Felder ein. Addieren Sie dann die Itemwerte je Skala und tragen Sie diesen Wert in der Spalte „Summe der Itemwerte“ (S1 bis S10) ein. Teilen Sie diesen Wert durch die Anzahl der Items der jeweiligen Skala und tragen Sie das Ergebnis in der Spalte „Skalenwert“ (G1 bis G9) ein. Hat der Patient ein oder mehrere Items nicht beantwortet (missing data), so muß der Teiler der jeweiligen Skala um die Anzahl der missing data reduziert werden.

Zählen Sie dann für jede Skala die Items, bei denen der Patient eine Belastung zeigt (Itemwert größer Null) und tragen Sie diese Anzahl in der Spalte „Anzahl Items größer Null“ (P1 bis P10) ein.

Zur Berechnung der Globalen Kennwerte addieren Sie zunächst die Summen der Itemwerte S1 bis S10 und tragen das Ergebnis in die Felder GS ein. Teilen Sie dann GS durch die Anzahl der (beantworteten) Items des Tests (90 - Anzahl missing data); das Ergebnis ist der Globale Kennwert GSI. Addieren Sie dann die Anzahl der Items, bei denen der Patient eine Belastung zeigt (P1 bis P10). Diese Summe ergibt den Globalen Kennwert PST; tragen Sie ihn in die entsprechenden Felder ein. Teilen Sie nun den Wert GS durch den Wert PST, um den dritten Globalen Kennwert PSDI zu erhalten.

												Summe Itemwerte	/ Anzahl Items	=	Skalenwert	Anzahl Items größer Null	
<b>Skala 1: Somatisierung</b>																	
1	4	12	27	40	42	48	49	52	53	56	58	7	12*	=	0,6	5	
1 0 0 2 2 0 1 1 0 0 0 0												S <sub>1</sub>			G <sub>1</sub>	P <sub>1</sub>	
<b>Skala 2: Zwanghaftigkeit</b>																	
3	9	10	28	38	45	46	51	55	65	5	10*	=	0,5	5			
1 0 0 1 0 1 1 0 1 0												S <sub>2</sub>			G <sub>2</sub>	P <sub>2</sub>	
<b>Skala 3: Unsicherheit im Sozialkontakt</b>																	
6	21	34	36	37	41	61	69	73	7	9*	=	0,8	5				
2 0 2 0 0 0 1 1 1												S <sub>3</sub>			G <sub>3</sub>	P <sub>3</sub>	
<b>Skala 4: Depressivität</b>																	
5	14	15	20	22	26	29	30	31	32	54	71	79	14	13*	=	1,1	11
1 1 0 1 1 2 1 2 2 1 1 1 0												S <sub>4</sub>			G <sub>4</sub>	P <sub>4</sub>	
<b>Skala 5: Ängstlichkeit</b>																	
2	17	23	33	39	57	72	78	80	86	7	10*	=	0,7	6			
1 0 0 1 0 1 0 2 1 1												S <sub>5</sub>			G <sub>5</sub>	P <sub>5</sub>	
<b>Skala 6: Aggressivität / Feindseligkeit</b>																	
11	24	63	67	74	81	4	6*	=	0,7	2							
3 1 0 0 0 0												S <sub>6</sub>			G <sub>6</sub>	P <sub>6</sub>	
<b>Skala 7: Phobische Angst</b>																	
13	25	47	50	70	75	82	3	7*	=	0,4	3						
0 0 0 1 1 1 0												S <sub>7</sub>			G <sub>7</sub>	P <sub>7</sub>	
<b>Skala 8: Paranoides Denken</b>																	
8	18	43	68	76	83	2	6*	=	0,3	2							
1 0 0 0 0 1												S <sub>8</sub>			G <sub>8</sub>	P <sub>8</sub>	
<b>Skala 9: Psychotizismus</b>																	
7	16	35	62	77	84	85	87	88	90	3	10*	=	0,3	3			
0 0 0 1 0 0 0 1 1 0												S <sub>9</sub>			G <sub>9</sub>	P <sub>9</sub>	
<b>Zusatzitems</b>																	
19	44	59	60	64	66	89	7				5						
2 1 0 0 1 2 1												S <sub>10</sub>			P <sub>10</sub>		
<b>Globale Kennwerte:</b>																	
$GS = \sum_{i=1}^{10} S_i$ $GSI = \frac{GS}{(90 - \text{Anz. missing data})}$ $PST = \sum_{i=1}^{10} P_i$ $PSDI = \frac{GS}{PST}$												59	90*	=	0,7	47	
												G <sub>S</sub>			G <sub>SI</sub>	P <sub>ST</sub>	
(* jeweils Anzahl missing data der Skala abziehen)												59	47	=	1,3		
												G <sub>S</sub>	P <sub>ST</sub>		PSDI		

**Miriam (SCL-90-R ausgefüllt vor Beginn der Therapie am 17.9.1997, dann nach Ablauf der Therapie am 20.1.1998 und zuletzt ein halbes Jahr nach Ende der Therapie am 14.7.1998)**

Skala 1: Somatisierung (somatization):

(Skala mit 12 Items, höchstmögliche Belastung 48 Punkte)

Die Summe der Belastungspunkte belief sich zuerst auf **7**, beim 2. Mal ging sie zurück auf **4**, zuletzt verschob sie sich wieder auf **7**, das heißt, Miriam spürte einfache körperliche Belastungen, wie Kopfweg, Rückenschmerzen, leichte Magenverstimmung, etwas Atemschwierigkeiten oder Schluckbeschwerden, ein wenig Schwäche- oder Schweregefühl, was sich bis zur Nachbefragung um drei Belastungspunkte besserte. Ein halbes Jahr nach der Therapie empfand sie wieder verstärkt Rückenbeschwerden und Magenverstimmung.

Skala 2: Zwanghaftigkeit (obsessive-compulsive):

(Skala mit 10 Items, höchstmögliche Belastung 40 Punkte)

Miriam zeigte in dieser Skala der leichten Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis hin zur ausgeprägten Zwanghaftigkeit die höchsten Störungen in den Skalen überhaupt. Zuerst beschrieb sie mit einer Summe von **17** Punkten Schuldgefühle, Beunruhigungen wegen Achtlosigkeit, Startschwierigkeiten, sehr große Zwanghaftigkeit in selbstkontrollierenden Situationen, Entscheidungsschwierigkeiten, innere Leere und Konzentrationsschwierigkeiten. Direkt nach der Therapie ging der Summenwert auf **15** Punkte zurück, wobei sie sich nicht mehr so zwanghaft verhielt und weniger beunruhigt fühlte. Ein halbes Jahr nach der Therapie konnte sie viele Anteile des zwanghaften Handelns ganz lassen, war weniger nachlässig und konnte sich besser konzentrieren, was sich in der Summe von nur **5** Punkten ablesen lässt.

Skala 3: Unsicherheit im Sozialkontakt (interpersonal sensitivity):

(Skala mit 9 Items, höchstmögliche Belastung 36 Punkte)

Vor Beginn der Therapie litt Miriam unter leichter sozialer Unsicherheit bis hin zum Gefühl persönlicher Unzulänglichkeit, wie ihre Summe von **12** Punkten zeigt. Auch nach der Therapie hatte sie die Summe von **12** Punkten, die sich aber etwas anders gewichteten. So war eine anfängliche große Angst vor Verletzlichkeit in Gefühlsdingen zurückgegangen, dafür das Empfinden etwas mehr hervorgetreten, dass manche Menschen eher unfreundlich zu ihr sind oder sie nicht leiden können. Ein halbes Jahr nach Ende der Therapie erreichte sie eine Summe von nur **7** Punkten, war zwar anderen gegenüber immer noch kritisch eingestellt, fand diese aber nicht mehr so teilnahmslos und konnte ihr Minderwertigkeitsgefühl und das Gefühl des Beobachtetwerdens abbauen.

Skala 4: Depressivität (depression):

(Skala mit 13 Items, höchstmögliche Belastung 52 Punkte)

In dieser Skala hatte Miriam den zweithöchsten Summenwert mit **15** Punkten angegeben. Traurigkeit bis hin zu depressiven Zügen, Energielosigkeit, Neigung zum Weinen, Selbstvorwürfe, Einsamkeitsgefühle, Schwermut, Interesselosigkeit und Überforderungsgefühle beeinflussten ihre täglichen Abläufe. Nach der Therapie war sie nicht mehr so weinerlich und fühlte sich nicht mehr so einsam und gab **14** Punkte an. In der Katamnese blieb es bei **14** Punkten, die mit Abstand den größten Wert in der Gesamtskala einnahmen, und ihrer Veranlagung zur Traurigkeit und Wertlosigkeit Ausdruck geben.

Skala 5: Ängstlichkeit (anxiety):

(Skala mit 10 Items, höchstmögliche Belastung 40 Punkte)

Einen recht hohen Wert mit **13** Punkten gab Miriam hier an, beschrieb körperlich spürbare Nervosität bis hin zu Angstgefühlen, inneres Zittern, Furchtsamkeit, permanentes Aufgeregtsein, Schreckmomente, Ruhelosigkeit, erschreckende Zukunftsvorstellungen. Dieser Wert konnte auf **10** Punkte nach der Therapie zurückgehen, wobei sie weniger nervös war, eher zur Ruhe kommen konnte. Ein halbes Jahr nach der Therapie fühlte sie sich mit **7** Punkten bedeutend ausgeglichener, bekam weniger Panikanfälle und litt weniger unter innerem Zittern.

Skala 6: Aggressivität / Feindseligkeit (anger / hostility):

(Skala mit 6 Items, höchstmögliche Belastung 24 Punkte)

Reizbarkeit und Unausgeglichenheit ließ Miriam zwar erkennen, aber der Punktwert von **4** veränderte sich weder nach der Therapie noch ein halbes Jahr später. Aggressivität oder Verärgerung gab sie anfangs und zuletzt an, was sich im Laufe der Therapie etwas gemildert hatte, sie geriet eher in Auseinandersetzungen durch die Therapie, was sich aber nicht grundlegend auf aggressives Verhalten auswirkte.

Skala 7: Phobische Angst (phobic anxiety):

(Skala mit 7 Items, höchstmögliche Belastung 28 Punkte)

Miriam zeigte anfangs ein leichtes Gefühl von Bedrohtheit, indem sie mit **4** Punkten Befürchtungen, das Haus zu verlassen, sich in Menschenmengen zu bewegen oder Vermeidungsverhalten beschrieb. Nach der Therapie fiel es ihr leichter, sich frei zu bewegen, was die angegebenen **2** Punkte zeigen. In der Katamnese kam bei **3** Punkten eine leichte Veränderung an den Tag, Orte zu meiden, wo ihr etwas passieren könnte, doch die wenigen Abweichungen fallen nicht sehr in das Gewicht.

Skala 8: Paranoides Denken (paranoid ideation):

(Skala mit 6 Items, höchstmögliche Belastung 24 Punkte)

Vor der Therapie gab Miriam leichtes Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühle mit **2** Punkten an, schob die Verantwortlichkeit an Schwierigkeiten meist anderen zu; nach der Gruppentherapie bemerkte sie Anschauungen an sich, die andere nicht teilten, gab **3** Punkte an, die sich nach der Therapie nach einem halben Jahr wieder auf **2** Punkte reduzierten, als sie sich zwar noch gelegentlich von anderen ausgenutzt fühlte, aber nicht stark verfolgt oder nicht anerkannt betrachtete. Geringe Auswirkungen.

Skala 9: Psychotizismus (psychoticism):

(Skala mit 10 Items, höchstmögliche Belastung 40 Punkte)

Vor Beginn der Gruppe waren bei Miriam Gefühle der Isolation und Entfremdung festzustellen, sie füllte mit **9** Punkten aus, dass sie dachte, andere würden ihre geheimsten Gedanken kennen, sie fühlte sich beeinträchtigt durch die Gedanken anderer und fühlte sich selbst in Gesellschaft eher allein. Unangenehme sexuelle Vorstellungen und Fremdsein waren in den **9** Punkten enthalten. Diese konnte sie auf **6** Punkte nach der Therapie verringern, denn in ihrem Körperbewusstsein, Zugang zur eigenen Sexualität hatte sie Fortschritte gemacht. Sie zweifelte weniger an ihrem eigenen Verstand und fühlte sich weniger durchschaubar durch andere. Ein halbes Jahr später war sie weniger einsam oder entfremdet und fühlte sich nicht mehr so unsicher - mit **3** Punkten.

Skala 10: Zusatzitems:

(Skala mit 7 Items, höchstmögliche Belastung 28 Punkte)

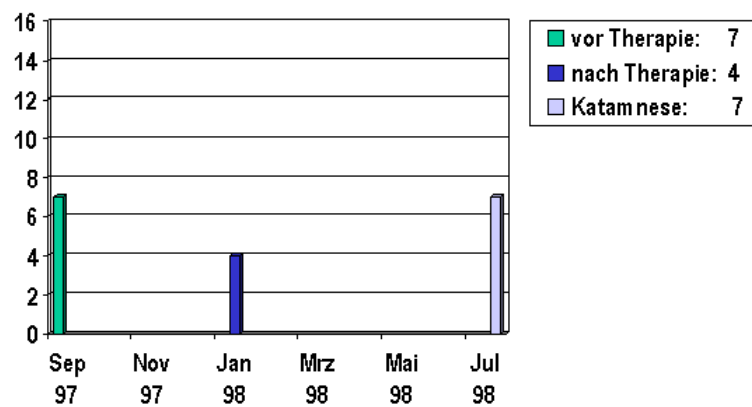
Die Zusatzitems mit der Frage nach Appetitlosigkeit oder Fresssucht, Einschlafschwierigkeiten und gestörtem Schlafverhalten, Todesgedanken und Schuldgefühlen beantwortete Miriam erst mit **8** Punkten, litt dabei vor allem unter Schlafstörungen. Nach der Therapie verschoben sich die Werte von Appetitlosigkeit eher zu unregelmäßigem Essen, es blieb ansonsten bei **8** Punkten, die sich nach einem halben Jahr etwas auf **7** Punkte verringerten.

Der GSI (global severity index), der die grundsätzliche psychische Belastung misst, konnte von **1,0** Punkten über **0,9** Punkte auf **0,7** Punkte verringert werden. Der PSDI (positive symptom distress index), mit welchem die Intensität der Antworten festgestellt werden kann, geht von **1,5** Punkten über **1,4** Punkte auf **1,3** Punkte zurück, was zeigt, dass sich der Leidensdruck bei den einzelnen Antworten verändert hat. Der PST (positive symptom total) gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt und lässt erkennen, dass die Zahl von **59** Punkten über **56** Punkte auf nur **47** Punkte zurückging, bei Miriam also weniger belastende Symptome langfristig auftraten.

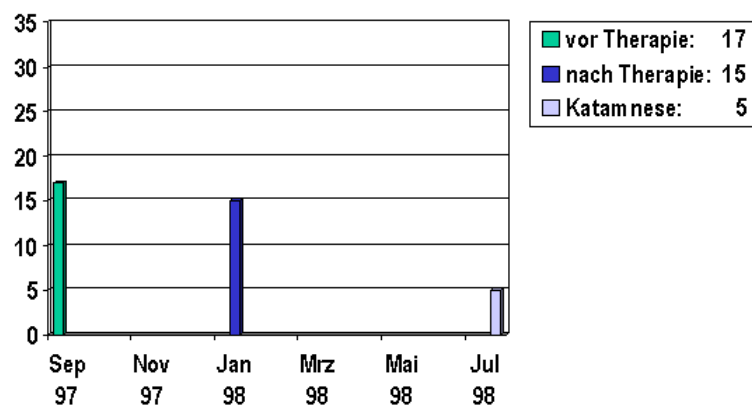


## Grafische Darstellung der Ergebnisse der 13 Items des SCL-90-R bei Miriam

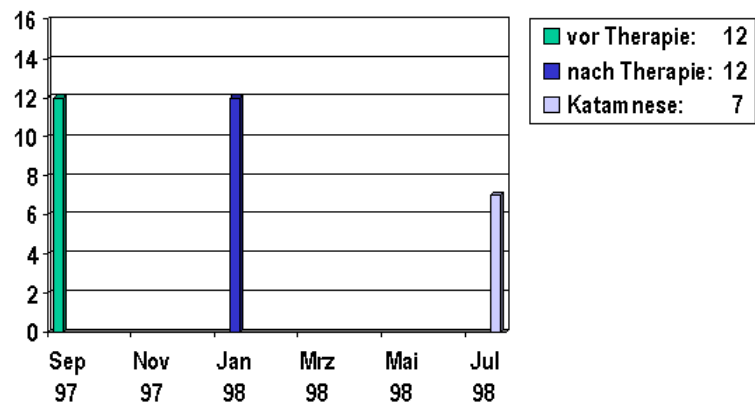
### Skala 1: Somatisierung



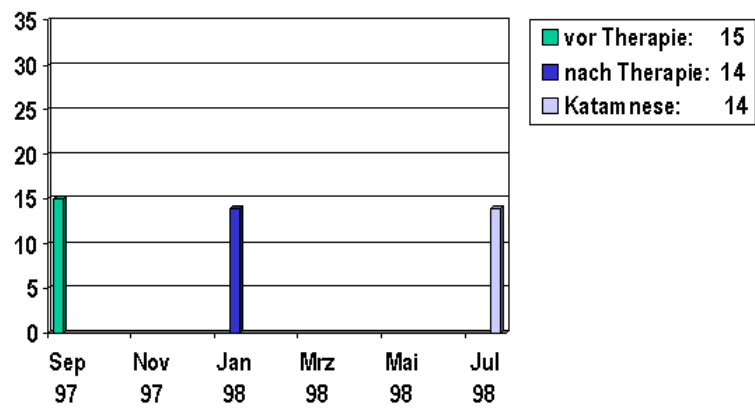
### Skala 2: Zwanghaftigkeit



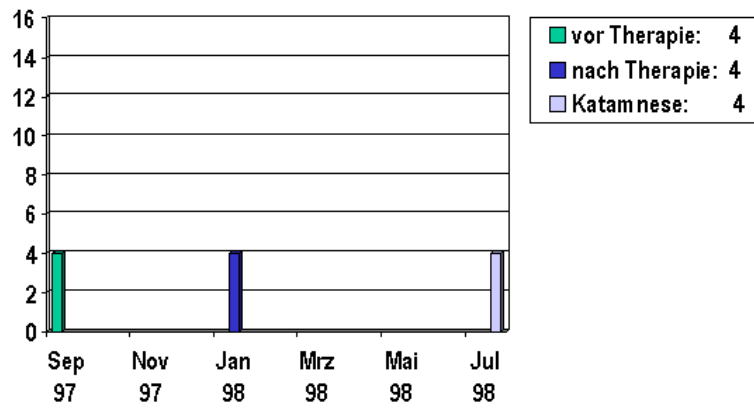
## Skala 3: Unsicherheit im Sozialkontakt



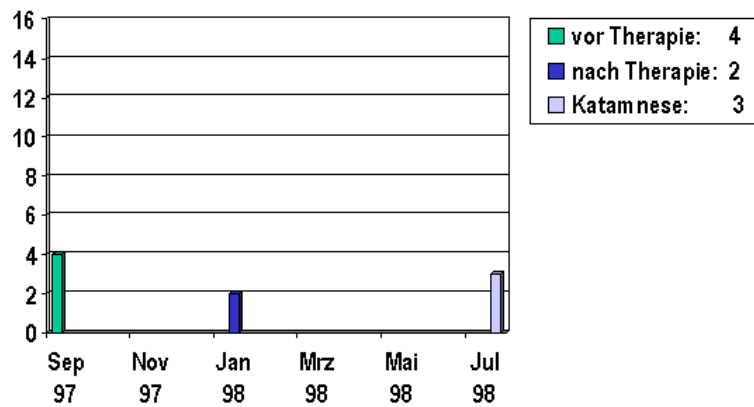
## Skala 4: Depressivität



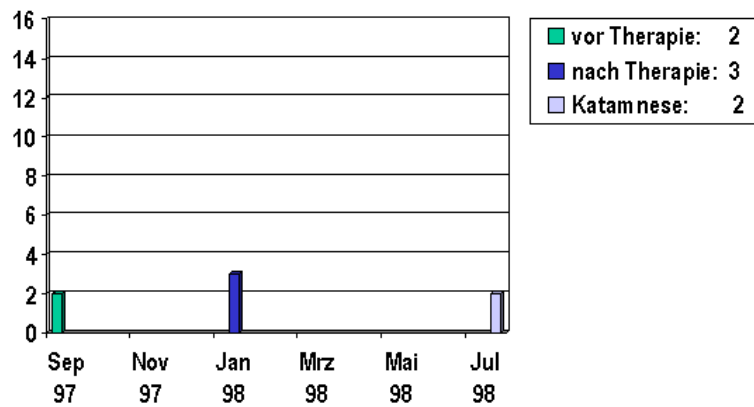
## Skala 6: Aggressivität



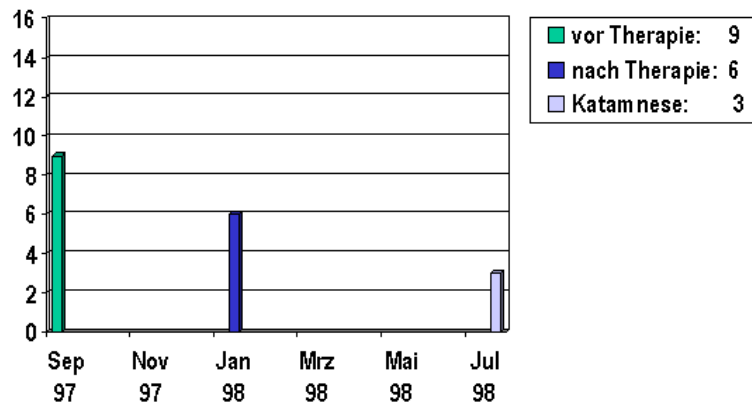
## Skala 7: Phobische Angst



## Skala 8: Paranoides Denken

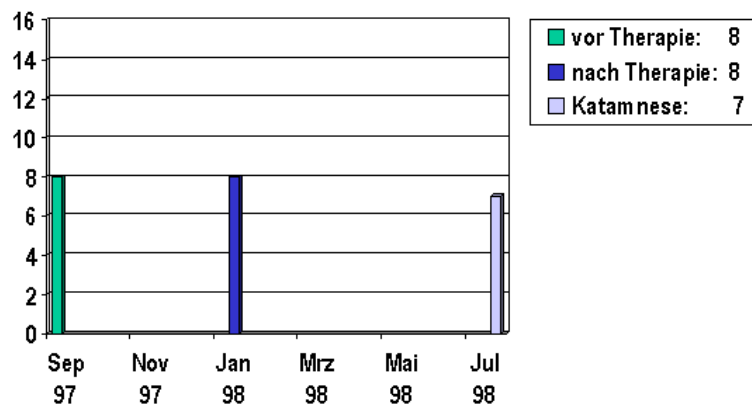


## Skala 9: Psychotizismus



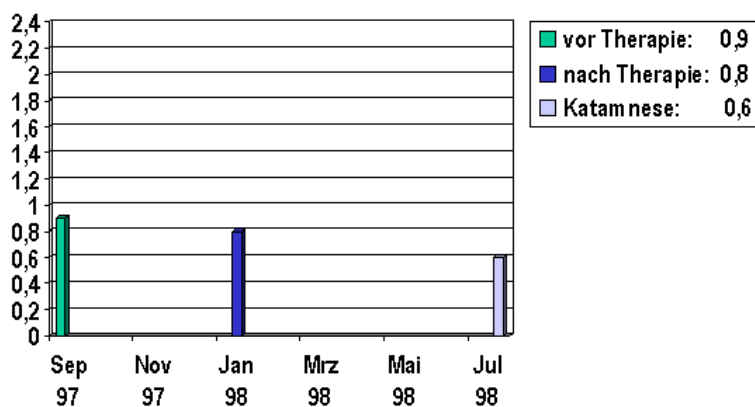
## Skala 10: Zusatzitems

(Ess- und Schlafstörungen, Schuldgefühle, Todesgedanken)



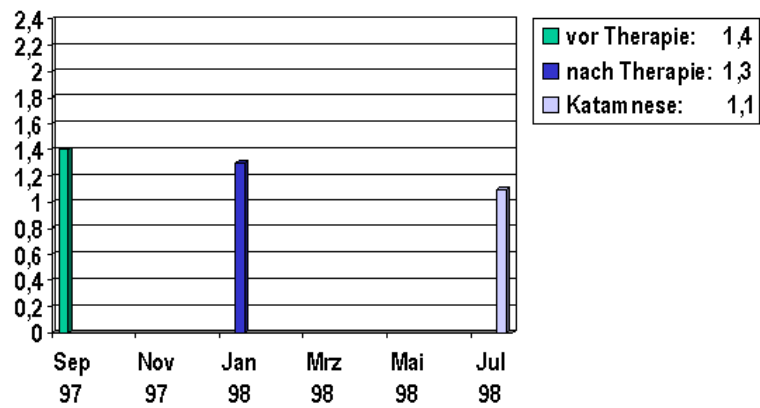
## Skala 11: GSI

(grundsätzliche psychische Belastung)



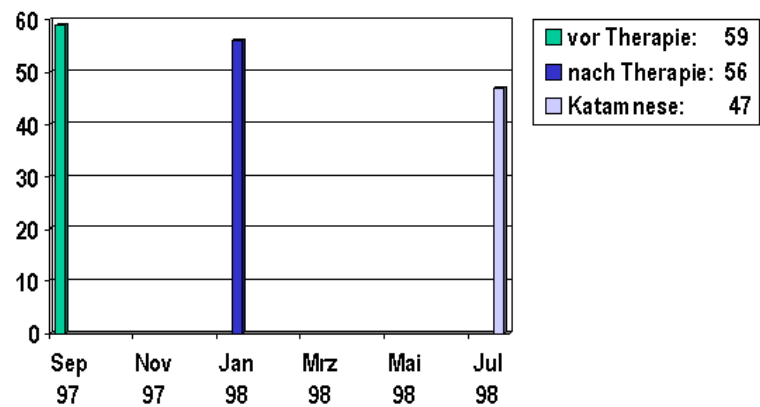
## Skala 12: PSDI

(Intensität der Psychischen Belastung)



## Skala 13: PST

(Anzahl der belastenden Symptome)



b) bei Tom (SCL-90-R ausgefüllt vor Beginn der Therapie am 26.9.1997, dann nach Ablauf der Therapie am 20.1.1998 und zuletzt ein halbes Jahr nach Ende der Therapie am 23.7.1998)

<b>Codenummer / Name:</b> <u>Tom</u>	<b>SCL-90-R</b>
<b>Geschlecht:</b> <input checked="" type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
<b>Bildungsstand:</b> <input type="checkbox"/> Haupt-/Realschule <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> abgeschl. Studium <input type="checkbox"/> unbekannt	
<b>Alter:</b> .....	
<b>Datum:</b> <u>26.9.97</u>	

**Anleitung**  
 Tragen Sie skalenweise die Itemwerte in die dafür vorgesehenen Felder ein. Addieren Sie dann die Itemwerte je Skala und tragen Sie diesen Wert in der Spalte „Summe der Itemwerte“ (S1 bis S10) ein. Teilen Sie diesen Wert durch die Anzahl der Items der jeweiligen Skala und tragen Sie das Ergebnis in der Spalte „Skalenwert“ (G1 bis G9) ein. Hat der Patient ein oder mehrere Items nicht beantwortet (missing data), so muß der Teiler der jeweiligen Skala um die Anzahl der missing data reduziert werden.  
 Zählen Sie dann für jede Skala die Items, bei denen der Patient eine Belastung zeigt (Itemwert größer Null) und tragen Sie diese Anzahl in der Spalte „Anzahl Items größer Null“ (P1 bis P10) ein.  
 Zur Berechnung der Globalen Kennwerte addieren Sie zunächst die Summen der Itemwerte S1 bis S10 und tragen das Ergebnis in die Felder GS ein. Teilen Sie dann GS durch die Anzahl der (beantworteten) Items des Tests (90 - Anzahl missing data); das Ergebnis ist der Globale Kennwert GSI. Addieren Sie dann die Anzahl der Items, bei denen der Patient eine Belastung zeigt (P1 bis P10). Diese Summe ergibt den Globalen Kennwert PST; tragen Sie ihn in die entsprechenden Felder ein. Teilen Sie nun den Wert GS durch den Wert PST, um den dritten Globalen Kennwert PSDI zu erhalten.

	Summe Itemwerte	Anzahl Items	=	Skalenwert	Anzahl Items größer Null
<b>Skala 1: Somatisierung</b>					
1 4 12 27 40 42 48 49 52 53 56 58	10	12*	=	0,8	6
1 1 1 0 3 0 1 0 0 3 0 0	S <sub>1</sub>			G <sub>1</sub>	P <sub>1</sub>
<b>Skala 2: Zwanghaftigkeit</b>					
3 9 10 28 38 45 46 51 55 65	33	10*	=	3,3	10
3 4 3 4 4 3 4 3 4 1	S <sub>2</sub>			G <sub>2</sub>	P <sub>2</sub>
<b>Skala 3: Unsicherheit im Sozialkontakt</b>					
6 21 34 36 37 41 61 69 73	15	9*	=	1,7	7
0 2 2 3 1 4 1 2 0	S <sub>3</sub>			G <sub>3</sub>	P <sub>3</sub>
<b>Skala 4: Depressivität</b>					
5 14 15 20 22 26 29 30 31 32 54 71 79	31	13*	=	2,4	13
1 3 3 3 1 4 1 1 4 1 3 3 3	S <sub>4</sub>			G <sub>4</sub>	P <sub>4</sub>
<b>Skala 5: Ängstlichkeit</b>					
2 17 23 33 39 57 72 78 80 86	8	10*	=	0,8	4
2 0 2 1 0 3 0 0 0 0	S <sub>5</sub>			G <sub>5</sub>	P <sub>5</sub>
<b>Skala 6: Aggressivität / Feindseligkeit</b>					
11 24 63 67 74 81	7	6*	=	1,2	4
1 0 0 1 3 2	S <sub>6</sub>			G <sub>6</sub>	P <sub>6</sub>
<b>Skala 7: Phobische Angst</b>					
13 25 47 50 70 75 82	2	7*	=	0,3	1
0 0 0 0 2 0 0	S <sub>7</sub>			G <sub>7</sub>	P <sub>7</sub>
<b>Skala 8: Paranoides Denken</b>					
8 18 43 68 76 83	13	6*	=	2,2	6
1 2 2 2 4 1	S <sub>8</sub>			G <sub>8</sub>	P <sub>8</sub>
<b>Skala 9: Psychotizismus</b>					
7 16 35 62 77 84 85 87 88 90	6	10*	=	0,6	3
0 0 0 0 0 0 2 1 3	S <sub>9</sub>			G <sub>9</sub>	P <sub>9</sub>
<b>Zusatzitems</b>					
19 44 59 60 64 66 89	5				3
0 0 3 0 0 1 1	S <sub>10</sub>				P <sub>10</sub>
<b>Globale Kennwerte:</b>	$GS = \sum_{i=1}^{10} S_i$		$GSI = \frac{GS}{(90 - \text{Anz. missing data})}$		
	130	90*	=	1,4	57
	GS			GSI	PST
	$PST = \sum_{i=1}^{10} P_i$		$PSDI = \frac{GS}{PST}$		
	130	57	=	2,3	
	GS	PST		PSDI	

(\*: jeweils Anzahl missing data der Skala abziehen)

**Codenummer / Name:** "Tom"

**Geschlecht:**  männlich  weiblich

**Bildungsstand:**  Haupt-/Realschule  Abitur  abgeschl. Studium  unbekannt

**Alter:** .....

**Datum:** 20.1.98

**SCL-90-R**

**Anleitung**

Tragen Sie skalenweise die Itemwerte in die dafür vorgesehenen Felder ein. Addieren Sie dann die Itemwerte je Skala und tragen Sie diesen Wert in der Spalte „Summe der Itemwerte“ (S1 bis S10) ein. Teilen Sie diesen Wert durch die Anzahl der Items der jeweiligen Skala und tragen Sie das Ergebnis in der Spalte „Skalenwert“ (G1 bis G9) ein. Hat der Patient ein oder mehrere Items nicht beantwortet (missing data), so muß der Teiler der jeweiligen Skala um die Anzahl der missing data reduziert werden. Zählen Sie dann für jede Skala die Items, bei denen der Patient eine Belastung zeigt (Itemwert größer Null) und tragen Sie diese Anzahl in der Spalte „Anzahl Items größer Null“ (P1 bis P10) ein.

Zur Berechnung der Globalen Kennwerte addieren Sie zunächst die Summen der Itemwerte S1 bis S10 und tragen das Ergebnis in die Felder GS ein. Teilen Sie dann GS durch die Anzahl der (beantworteten) Items des Tests (90 - Anzahl missing data); das Ergebnis ist der Globale Kennwert GSI. Addieren Sie dann die Anzahl der Items, bei denen der Patient eine Belastung zeigt (P1 bis P10). Diese Summe ergibt den Globalen Kennwert PST; tragen Sie ihn in die entsprechenden Felder ein. Teilen Sie nun den Wert GS durch den Wert PST, um den dritten Globalen Kennwert PSDI zu erhalten.

												Summe Itemwerte	/ Anzahl Items	=	Skalenwert	Anzahl Items größer Null		
<b>Skala 1: Somatisierung</b>																		
1	4	12	27	40	42	48	49	52	53	56	58		4	12*	=	0,3	4	
0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	S <sub>1</sub>				G <sub>1</sub>	P <sub>1</sub>	
<b>Skala 2: Zwanghaftigkeit</b>																		
3	9	10	28	38	45	46	51	55	65		13	10*	=	1,3	10			
1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	S <sub>2</sub>				G <sub>2</sub>	P <sub>2</sub>			
<b>Skala 3: Unsicherheit im Sozialkontakt</b>																		
6	21	34	36	37	41	61	69	73		14	9*	=	1,6	8				
1	1	1	3	3	1	2	2	0	S <sub>3</sub>				G <sub>3</sub>	P <sub>3</sub>				
<b>Skala 4: Depressivität</b>																		
5	14	15	20	22	26	29	30	31	32	54	71	79		14	13*	=	0,8	9
0	1	0	1	0	2	2	1	1	0	1	1	1	S <sub>4</sub>			G <sub>4</sub>	P <sub>4</sub>	
<b>Skala 5: Ängstlichkeit</b>																		
2	17	23	33	39	57	72	78	80	86		2	10*	=	0,2	2			
0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	S <sub>5</sub>				G <sub>5</sub>	P <sub>5</sub>			
<b>Skala 6: Aggressivität / Feindseligkeit</b>																		
11	24	63	67	74	81													
1	1	1	0	3	2													
<b>Skala 7: Phobische Angst</b>																		
13	25	47	50	70	75	82												
0	0	0	0	0	0	0												
<b>Skala 8: Paranoides Denken</b>																		
8	18	43	68	76	83													
1	1	2	3	4	0													
<b>Skala 9: Psychotizismus</b>																		
7	16	35	62	77	84	85	87	88	90		8	10*	=	0,8	4			
0	0	4	0	1	0	0	0	2	1	S <sub>9</sub>				G <sub>9</sub>	P <sub>9</sub>			
<b>Zusatzitems</b>																		
19	44	59	60	64	66	89												
0	1	0	1	0	0	1												
												3				3		
												S <sub>10</sub>				P <sub>10</sub>		
<b>Globale Kennwerte:</b>																		
$GS = \sum_{i=1}^{10} S_i$												74	90*	=	0,8	50		
$GSI = \frac{GS}{(90 - \text{Anz. missing data})}$												GS			GSI	PST		
$PST = \sum_{i=1}^{10} P_i$												74	50	=	1,5			
$PSDI = \frac{GS}{PST}$												GS	PST		PSDI			

(\*: jeweils Anzahl missing data der Skala abziehen)

Codenummer / Name: "Taru"

Geschlecht:  männlich  weiblich

Bildungsstand:  Haupt-/Realschule  Abitur  abgeschl. Studium  unbekannt

Alter: .....

Datum: 23.7.98

SCL-90-R

**Anleitung**  
 Tragen Sie skalenweise die Itemwerte in die dafür vorgesehenen Felder ein. Addieren Sie dann die Itemwerte je Skala und tragen Sie diesen Wert in der Spalte „Summe der Itemwerte“ (S1 bis S10) ein. Teilen Sie diesen Wert durch die Anzahl der Items der jeweiligen Skala und tragen Sie das Ergebnis in der Spalte „Skalenwert“ (G1 bis G9) ein. Hat der Patient ein oder mehrere Items nicht beantwortet (missing data), so muß der Teiler der jeweiligen Skala um die Anzahl der missing data reduziert werden.  
 Zählen Sie dann für jede Skala die Items, bei denen der Patient eine Belastung zeigt (Itemwert größer Null) und tragen Sie diese Anzahl in der Spalte „Anzahl Items größer Null“ (P1 bis P10) ein.

Zur Berechnung der Globalen Kennwerte addieren Sie zunächst die Summen der Itemwerte S1 bis S10 und tragen das Ergebnis in die Felder GS ein. Teilen Sie dann GS durch die Anzahl der (beantworteten) Items des Tests (90 - Anzahl missing data); das Ergebnis ist der Globale Kennwert GSI. Addieren Sie dann die Anzahl der Items, bei denen der Patient eine Belastung zeigt (P1 bis P10). Diese Summe ergibt den Globalen Kennwert PST; tragen Sie ihn in die entsprechenden Felder ein. Teilen Sie nun den Wert GS durch den Wert PST, um den dritten Globalen Kennwert PSDI zu erhalten.

												Summe Itemwerte / Anzahl Items =	Skalenwert	Anzahl Items größer Null
<b>Skala 1: Somatisierung</b>												$\frac{3}{12^*} = 0,3$	G <sub>1</sub>	P <sub>1</sub>
1	4	12	27	40	42	48	49	52	53	56	58			
1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0			
<b>Skala 2: Zwanghaftigkeit</b>												$\frac{2}{10^*} = 0,2$	G <sub>2</sub>	P <sub>2</sub>
3	9	10	28	38	45	46	51	55	65					
0	1	0	0	0	0	0	1	0	0					
<b>Skala 3: Unsicherheit im Sozialkontakt</b>												$\frac{1}{9^*} = 0,1$	G <sub>3</sub>	P <sub>3</sub>
6	21	34	36	37	41	61	69	73						
0	0	0	1	0	0	0	0	0						
<b>Skala 4: Depressivität</b>												$\frac{2}{13^*} = 0,2$	G <sub>4</sub>	P <sub>4</sub>
5	14	15	20	22	26	29	30	31	32	54	71			
0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0		
<b>Skala 5: Ängstlichkeit</b>												$\frac{1}{10^*} = 0,1$	G <sub>5</sub>	P <sub>5</sub>
2	17	23	33	39	57	72	78	80	86					
0	0	0	0	0	1	0	0	0	0					
<b>Skala 6: Aggressivität / Feindseligkeit</b>												$\frac{2}{6^*} = 0,3$	G <sub>6</sub>	P <sub>6</sub>
11	24	63	67	74	81									
1	0	0	0	1	0									
<b>Skala 7: Phobische Angst</b>												$\frac{0}{7^*} = 0$	G <sub>7</sub>	P <sub>7</sub>
13	25	47	50	70	75	82								
0	0	0	0	0	0	0								
<b>Skala 8: Paranoides Denken</b>												$\frac{2}{6^*} = 0,3$	G <sub>8</sub>	P <sub>8</sub>
8	18	43	68	76	83									
0	1	0	1	0	0									
<b>Skala 9: Psychotizismus</b>												$\frac{1}{10^*} = 0,1$	G <sub>9</sub>	P <sub>9</sub>
7	16	35	62	77	84	85	87	88	90					
0	0	0	0	0	0	0	0	1	0					
<b>Zusatzitems</b>												$\frac{2}{\text{---}} = \text{---}$	G <sub>10</sub>	P <sub>10</sub>
19	44	59	60	64	66	89								
1	0	0	0	0	0	1								
<b>Globale Kennwerte:</b>												$\frac{16}{90^*} = 0,2$	G <sub>SI</sub>	P <sub>SI</sub>
$GS = \sum_{i=1}^{10} S_i$ $GSI = \frac{GS}{(90 - \text{Anz. missing data})}$ $PST = \sum_{i=1}^{10} P_i$ $PSDI = \frac{GS}{PST}$														
(*: jeweils Anzahl missing data der Skala abziehen)												$\frac{16}{16} = 1,0$	PSDI	



**Tom** (SCL-90-R ausgefüllt vor Beginn der Therapie am 26.9.1997, dann nach Ablauf der Therapie am 20.1.1998 und zuletzt ein halbes Jahr nach Ende der Therapie am 23.7.1998)

Skala 1: Somatisierung (somatization):

(Skala mit 12 Items, höchstmögliche Belastung 48 Punkte)

Tom gab anfangs einfache körperliche Belastungen bis hin zu leichten funktionellen Störungen mit einem Wert von **10** Punkten an. Er hatte leichte Kopfschmerzen, Schwindelgefühle, Herzschmerzen, oft war ihm unwohl, er spürte Schwierigkeiten beim Atmen und einen Kloß im Hals. Direkt nach der Therapie erreichte er den Wert von nur **4** Punkten, fühlte weniger körperliche Beschwerden wie Hitze oder Kälteschübe. Ein halbes Jahr danach gab er nur noch in **3** Punkten leichte Beeinträchtigungen an.

Skala 2: Zwanghaftigkeit (obsessive-compulsive):

(Skala mit 10 Items, höchstmögliche Belastung 40 Punkte)

Vor der Therapie füllte Tom diese Skala über leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis hin zur ausgeprägten Zwanghaftigkeit mit enorm hohen Werten aus. Die Punktzahl **33** zeigte unangenehme Gedanken, Gedächtnisschwierigkeiten, Beunruhigung wegen seiner Achtlosigkeit, Startschwierigkeiten, langsames Handeln, Kontrollzwang und Wiederholungszwang, Entscheidungsschwierigkeiten, innere Leere und starke Konzentrationsschwierigkeiten. Nach der Gruppentherapie hatte er nur noch **13** Punkte angegeben, womit seine starken Probleme äußerst zurückgegangen waren in den Bereichen Konzentration und Entscheidung, Gedächtnistraining und zwanghaftem Verhalten. Nach einem halben Jahr gab Tom bei der Katamnese nur noch **2** Punkte an, die ihn leicht beeinflussten, nämlich selten: Gedächtnisschwierigkeiten und ein wenig Gedankenlosigkeit. Die anfängliche stark ausgeprägte Zwanghaftigkeit ist nicht mehr zu erkennen!

Skala 3: Unsicherheit im Sozialkontakt (interpersonal sensitivity):

(Skala mit 9 Items, höchstmögliche Belastung 36 Punkte)

Leichte soziale Unsicherheit bis hin zum Gefühl persönlicher Unzulänglichkeit stellte für Tom ein mittleres Problem dar: er hatte mit **15** Punkten seine Schwierigkeiten beschrieben, unter anderem Schüchternheit und Unbeholfenheit mit dem anderen Geschlecht, Verletzlichkeit in Gefühlsdingen, das Gefühl, falsch verstanden oder nicht beachtet zu werden, Minderwertigkeitsgefühle, Unbehaglichkeiten bei Kontaktaufnahme bis hin zu starker Befangenheit. Nach dem Therapieerlebnis beschrieb er weniger Schüchternheit im Umgang mit anderen Menschen und fühlte sich nicht mehr so minderwertig, gab **14** Punkte an. Nach einem halben Jahr schien seine Unsicherheit im Sozialkontakt gänzlich verfliegen zu sein - keine Angaben über Unbehagen, Umgangsschwierigkeiten oder Durchsetzungsproblemen mehr, - er benannte nur das Gefühl von Selbstvorwürfen mit **1** Punkt.

#### Skala 4: Depressivität (depression):

(Skala mit 13 Items, höchstmögliche Belastung 52 Punkte)

In den Problemen Traurigkeit bis hin zur schweren Depression gab Tom seine zweithöchste Punktzahl der Skalen an. Mit **31** Punkten war er anfangs lustlos bis desinteressiert an körperlichen Kontakten, energielos und ohne Antrieb, hatte Gedanken über das Sterben, fühlte sich beobachtet und machte sich große Selbstvorwürfe. Er litt unter Einsamkeit und Schwermut, sorgte sich und erschien hoffnungslos. Das Leben fand er erdrückend und sich selbst sehr wertlos. Dies konnte er unglaublich verändern - direkt nach Beendigung der Gruppe gab er nur noch **11** Punkte an, die ihn belasteten, hauptsächlich verbessert hatte sich sein Interesse an Menschen und neuen Aufgaben, sein Selbstwertgefühl, sein Lebensmut, seine Einschätzung der Situation. Nach einem halben Jahr fand er überhaupt nur noch **2** Punkte nennenswert, leichte Vorwürfe und ein wenig Besorgtheit. Angesichts der enormen Anfangsbelastungen ist es erstaunlich, wie sich seine Befindlichkeit ändern konnte, und wie ermutigt er aus der Gruppentherapie sein erworbenes Selbstwertgefühl in seinen Alltag integrieren konnte.

#### Skala 5: Ängstlichkeit (anxiety):

(Skala mit 10 Items, höchstmögliche Belastung 40 Punkte)

Tom empfand mittlere körperlich spürbare Nervosität, vor dem Anfang der Therapie; er gab mit **8** Punkten an, dass er leichte innere Unruhe verspürte, ohne Grund erschrecken konnte, furchtsam war, eher aufgeregt als entspannt reagierte. Nach der Therapie wies er nur noch **2** Punkte auf, leichte Schrecksamkeit und ein wenig Aufgeregtsein. Diese geringe Ängstlichkeit verringerte sich sogar noch auf **1** Punkt in der Nachbefragung.

#### Skala 6: Aggressivität / Feindseligkeit (anger / hostility):

(Skala mit 6 Items, höchstmögliche Belastung 24 Punkte)

Mit **7** Punkten beschrieb Tom vor der Therapie leichte Reizbarkeit und Unausgeglichenheit, er spürte etwas Verärgerung, die sich in dem Drang, etwas zerbrechen zu wollen äußerte, geriet schnell in Auseinandersetzungen und hätte sich gerne seiner Anspannung laut Luft gemacht. Nach der Gruppe war sein Aggressivitätspotenzial auf **8** Punkte gestiegen, was ihm geholfen hatte, sich mit Gruppen- und Familienmitgliedern und im Arbeitsfeld mit Kollegen auseinanderzusetzen. Er äußerte seine Gefühle eher und war angriffslustiger. Nach dem halben Jahr gab er in der Liste nur noch **2** Punkte an, leichte Reizbarkeit und ein paar Auseinandersetzungen. Da er verschiedene Veränderungen erreicht hatte, musste er sich nicht mehr aggressiv mit Problemen beschäftigen.

#### Skala 7: Phobische Angst (phobic anxiety):

(Skala mit 7 Items, höchstmögliche Belastung 28 Punkte)

Ganz geringe Werte hatte Tom anfangs in diesem Bereich: ein leichtes Gefühl von Bedrohung zeigte sich im Kontakt mit Menschenmengen mit **2** Punkten. Nach der Gruppentherapie verspürte er überhaupt keine Beeinträchtigungen in dieser Skala mehr (**0** Punkte) und auch nach einem halben Jahr waren keine Ängste aufgetaucht (**0** Punkte).

Skala 8: Paranoides Denken (paranoid ideation):

(Skala mit 6 Items, höchstmögliche Belastung 24 Punkte)

Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühle machten sich vor der Therapie in Tom bemerkbar, bis hin zu anfänglichem paranoiden Denken; **13** Punkte kamen zusammen durch das Gefühl, beobachtet zu werden, Alleinzustehen mit seinen Anschauungen, vor allem aber der fehlenden Anerkennung durch andere. Nach der Erfahrung in der Gruppe gab Tom noch **11** Punkte an, empfand eher, dass andere Menschen an seinen Schwierigkeiten Schuld waren und hatte kein großes Vertrauen zu ihnen. Ein halbes Jahr später waren nur noch **2** Punkte relevant, in leichtem Vorbehalten in Vertrauensfragen.

Skala 9: Psychotizismus (psychoticism):

(Skala mit 10 Items, höchstmögliche Belastung 40 Punkte)

Tom verspürte ein mildes Gefühl der Isolation und Entfremdung, den Gedanken, dass mit seinem Körper etwas nicht in Ordnung sein könnte und zweifelte manchmal an seinem Verstand; er gab **6** Punkte an. Nach der Gruppe stieg der Wert auf **8** Punkte, vor allem hatte er nun das Gefühl, dass Menschen seine intimsten Gedanken kennen, was der Realität entsprach durch den Austausch in der Gruppe. Nach einem halben Jahr sank der Wert auf **1** Punkt, er hatte teilweise das Gefühl, anderen nicht richtig nahe kommen zu können.

Skala 10: Zusatzitems:

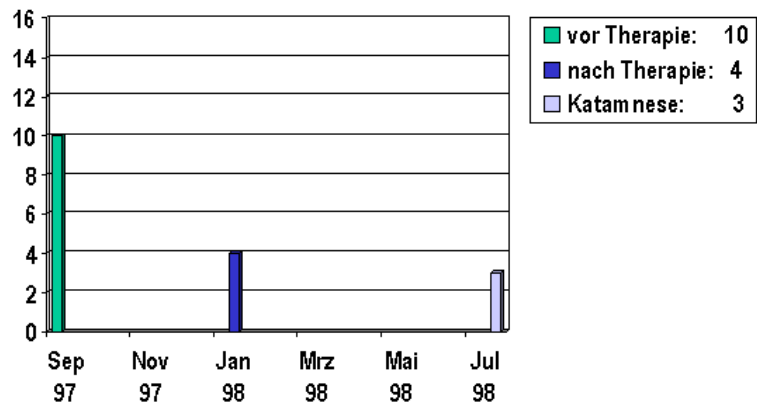
(Skala mit 7 Items, höchstmögliche Belastung 28 Punkte)

Die Zusatzitems mit der Frage nach Appetitlosigkeit oder Fresssucht, Einschlafschwierigkeiten und gestörtem Schlafverhalten, Todesgedanken und Schuldgefühlen beantwortete Tom anfangs mit **5** Punkten, in denen Todesgedanken eine große Rolle spielten, unruhiger Schlaf und Schuldgefühle ihn bedrückten. Nach der Gruppentherapie füllte er nur noch **3** Punkte aus, geringe Einschlafschwierigkeiten, leichte Essstörungen und Schuldgefühle. Ein halbes Jahr danach machten sich nur noch gelegentliche Schlafstörungen und Unsicherheiten bemerkbar mit **2** Punkten.

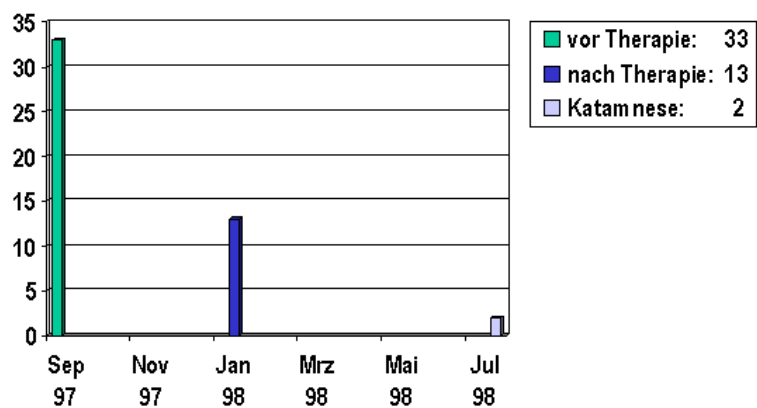
Der GSI (global severity index) misst die grundsätzliche psychische Belastung, die sich bei Tom von anfangs **1,4** Punkten über **0,8** Punkte auf **0,2** Punkte einpendelt, womit er deutlich weniger Belastungen während und nach dem Verlauf der Therapie erfasst. Der PSDI (positive symptom distress index) misst die Intensität der Antworten, welche mit **2,3** Punkten vor Beginn der Therapie über **1,5** Punkte auf nur noch **1,0** Punkten ankommt. Damit zeigt sich, dass die Extremheit der Probleme um über die Hälfte gedämpft werden konnte. Der PST (positive symptom total) gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt. Sie verringerten sich von **57** Punkten über **50** Punkte bis zu erstaunlichen **16** Punkten; so zeigten sich deutlich weniger Probleme nach Durchlauf der Therapie und in der Nachwirkung.

## Grafische Darstellung der Ergebnisse der 13 Items des SCL-90-R bei Tom

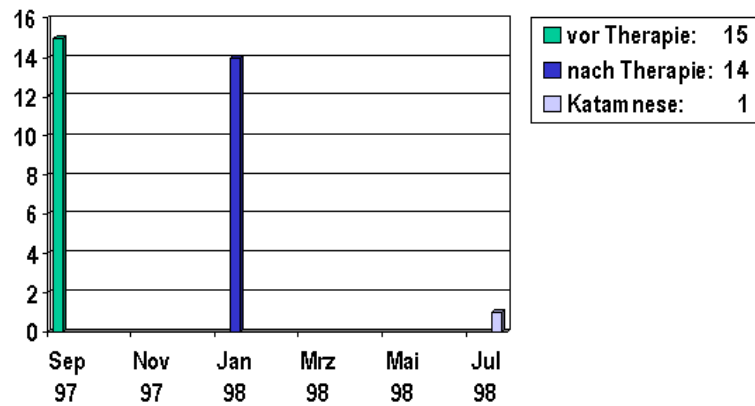
### Skala 1: Somatisierung



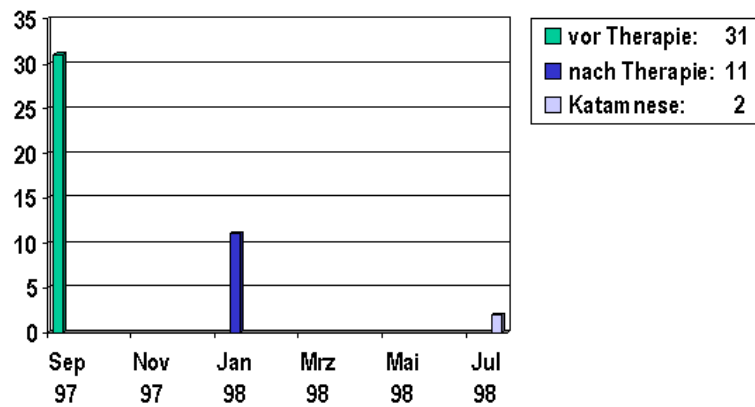
### Skala 2: Zwanghaftigkeit



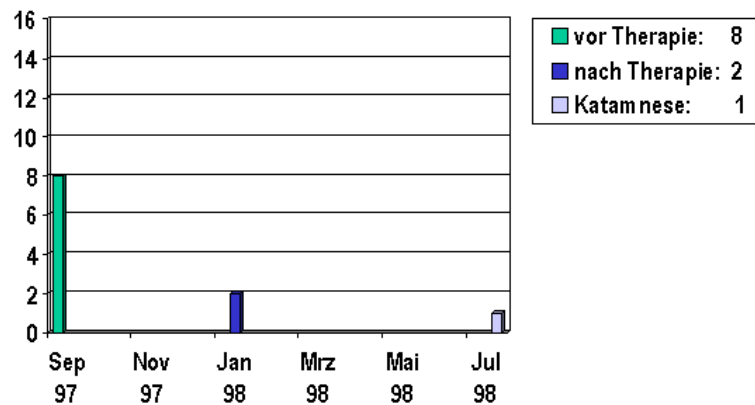
## Skala 3: Unsicherheit im Sozialkontakt



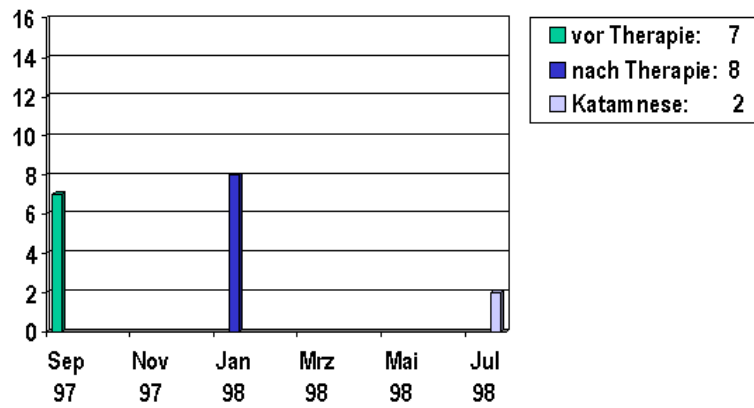
## Skala 4: Depressivität



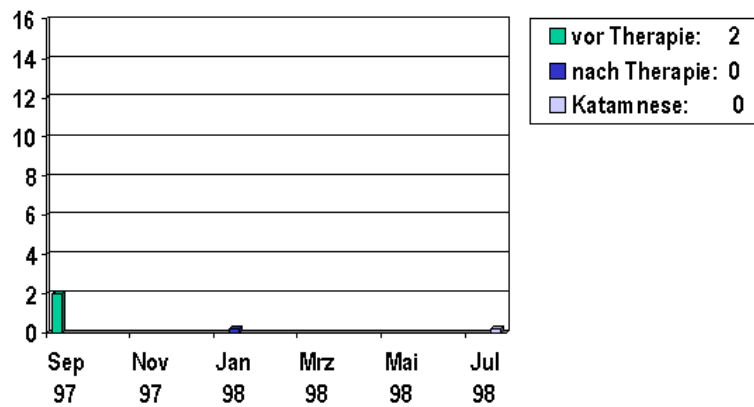
## Skala 5: Ängstlichkeit



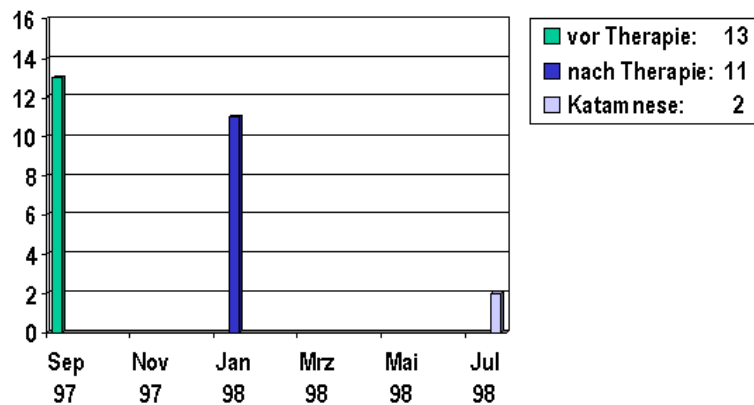
## Skala 6: Aggressivität



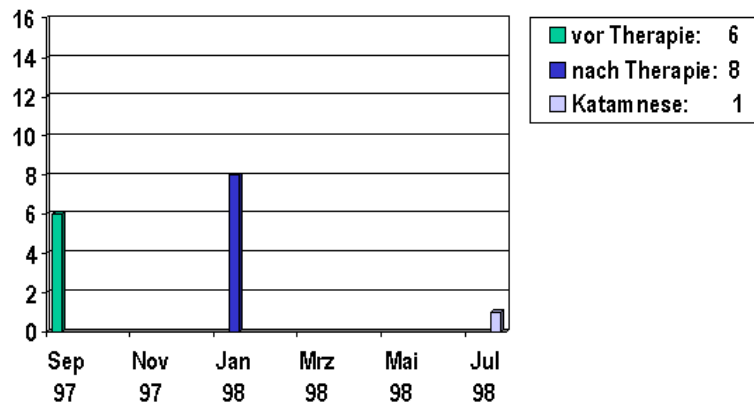
## Skala 7: Phobische Angst



## Skala 8: Paranoides Denken

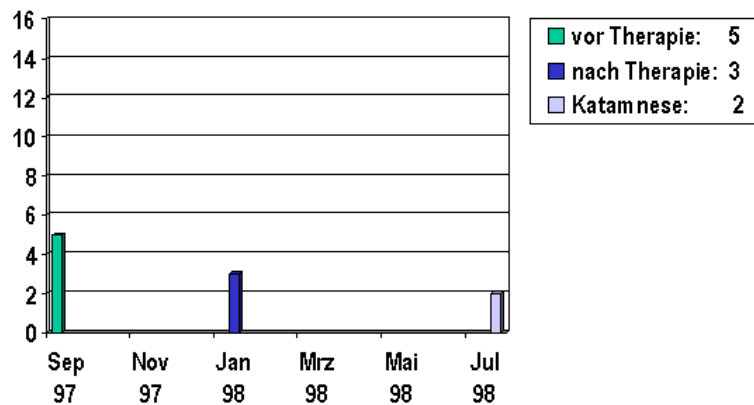


## Skala 9: Psychotizismus



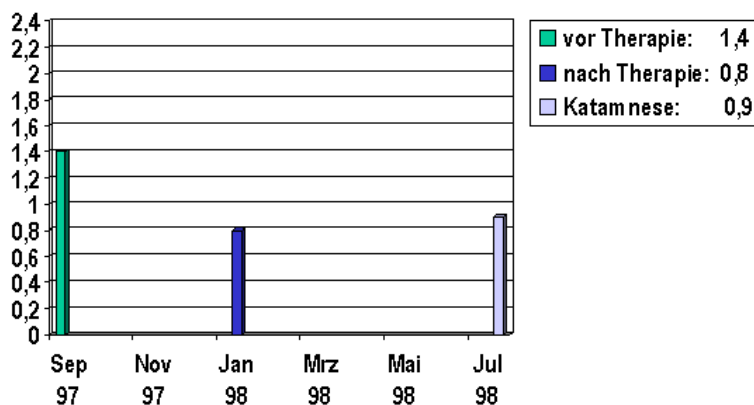
## Skala 10: Zusatzitems

(Ess- und Schlafstörungen, Schuldgefühle, Todesgedanken)



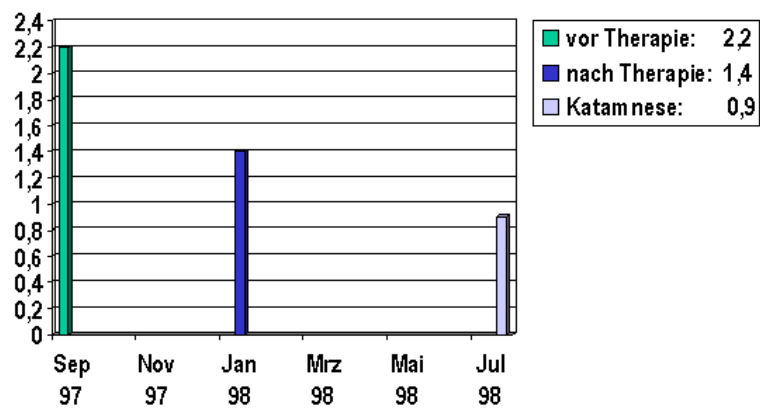
## Skala 11: GSI

(grundsätzliche psychische Belastung)



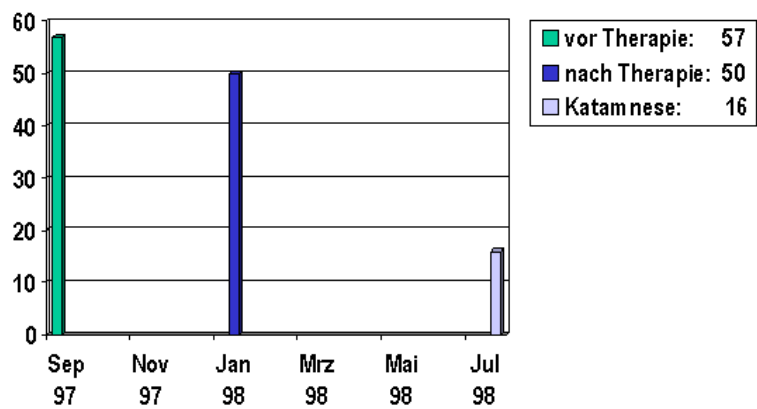
## Skala 12: PSDI

(Intensität der Psychischen Belastung)



## Skala 13: PST

(Anzahl der belastenden Symptome)





- c) bei Katja (SCL-90-R ausgefüllt vor Beginn der Therapie am 17.9.1997, dann nach Ablauf der Therapie am 20.1.1998 und zuletzt ein halbes Jahr nach Ende der Therapie am 16.7.1998)

<b>Codenummer / Name:</b> .....	„Katja“	<b>SCL-90-R</b>
<b>Geschlecht:</b>	<input type="checkbox"/> männlich <input checked="" type="checkbox"/> weiblich	
<b>Bildungsstand:</b>	<input type="checkbox"/> Haupt-/Realschule <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> abgeschl. Studium <input type="checkbox"/> unbekannt	
<b>Alter:</b>	.....	
<b>Datum:</b>	17.9.97	

**Anleitung**  
 Tragen Sie skalenweise die Itemwerte in die dafür vorgesehenen Felder ein. Addieren Sie dann die Itemwerte je Skala und tragen Sie diesen Wert in der Spalte „Summe der Itemwerte“ (S1 bis S10) ein. Teilen Sie diesen Wert durch die Anzahl der Items der jeweiligen Skala und tragen Sie das Ergebnis in der Spalte „Skalenwert“ (G1 bis G9) ein. Hat der Patient ein oder mehrere Items nicht beantwortet (missing data), so muß der Teiler der jeweiligen Skala um die Anzahl der missing data reduziert werden. Zählen Sie dann für jede Skala die Items, bei denen der Patient eine Belastung zeigt (Itemwert größer Null) und tragen Sie diese Anzahl in der Spalte „Anzahl Items größer Null“ (P1 bis P10) ein.

Zur Berechnung der Globalen Kennwerte addieren Sie zunächst die Summen der Itemwerte S1 bis S10 und tragen das Ergebnis in die Felder GS ein. Teilen Sie dann GS durch die Anzahl der (beantworteten) Items des Tests (90 - Anzahl missing data); das Ergebnis ist der Globale Kennwert GSI. Addieren Sie dann die Anzahl der Items, bei denen der Patient eine Belastung zeigt (P1 bis P10). Diese Summe ergibt den Globalen Kennwert PST; tragen Sie ihn in die entsprechenden Felder ein. Teilen Sie nun den Wert GS durch den Wert PST, um den dritten Globalen Kennwert PSDI zu erhalten.

	Summe Itemwerte	Anzahl Items	=	Skalenwert	Anzahl Items größer Null
<b>Skala 1: Somatisierung</b>					
1 4 12 27 40 42 48 49 52 53 56 58	0 0 0 2 2 1 1 0 0 0 0 0	12*	=	0,5	4
	S1			G1	P1
<b>Skala 2: Zwanghaftigkeit</b>					
3 9 10 28 38 45 46 51 55 65	1 2 4 3 3 3 3 3 3 3	10*	=	2,8	10
	S2			G2	P2
<b>Skala 3: Unsicherheit im Sozialkontakt</b>					
6 21 34 36 37 41 61 69 73	2 1 1 1 2 3 2 2 0	9*	=	1,6	8
	S3			G3	P3
<b>Skala 4: Depressivität</b>					
5 14 15 20 22 26 29 30 31 32 54 71 79	0 4 0 1 0 3 3 2 3 2 2 3 3	13*	=	2	10
	S4			G4	P4
<b>Skala 5: Ängstlichkeit</b>					
2 17 23 33 39 57 72 78 80 86	1 1 0 2 0 0 0 1 0 0	10*	=	0,5	4
	S5			G5	P5
<b>Skala 6: Aggressivität / Feindseligkeit</b>					
11 24 63 67 74 81	3 2 1 0 2 0	6*	=	1,3	4
	S6			G6	P6
<b>Skala 7: Phobische Angst</b>					
13 25 47 50 70 75 82	0 1 0 3 4 1 0	7*	=	1,3	4
	S7			G7	P7
<b>Skala 8: Paranoides Denken</b>					
8 18 43 68 76 83	1 2 1 1 1 1	6*	=	1,2	6
	S8			G8	P8
<b>Skala 9: Psychotizismus</b>					
7 16 35 62 77 84 85 87 88 90	1 0 0 1 2 0 0 0 2 0	10*	=	0,6	4
	S9			G9	P9
<b>Zusatzitems</b>					
19 44 59 60 64 66 89	1 0 0 2 0 1 2				4
	S10				P10
<b>Globale Kennwerte:</b>	$GS = \sum_{i=1}^{10} S_i$		$GSI = \frac{GS}{(90 - \text{Anz. missing data})}$	$115 / 90^* = 1,3$	$58$
	$PST = \sum_{i=1}^{10} P_i$		$PSDI = \frac{GS}{PST}$	$115 / 58 = 2$	
(* jeweils Anzahl missing data der Skala abziehen)					

Codenummer / Name: Katja

Geschlecht:  männlich  weiblich

Bildungsstand:  Haupt-/Realschule  Abitur  abgeschl. Studium  unbekannt

Alter: .....

Datum: 20.1.98

SCL-90-R

**Anleitung**

Tragen Sie skalenweise die Itemwerte in die dafür vorgesehenen Felder ein. Addieren Sie dann die Itemwerte je Skala und tragen Sie diesen Wert in der Spalte „Summe der Itemwerte“ (S1 bis S10) ein. Teilen Sie diesen Wert durch die Anzahl der Items der jeweiligen Skala und tragen Sie das Ergebnis in der Spalte „Skalenwert“ (G1 bis G9) ein. Hat der Patient ein oder mehrere Items nicht beantwortet (missing data), so muß der Teiler der jeweiligen Skala um die Anzahl der missing data reduziert werden. Zählen Sie dann für jede Skala die Items, bei denen der Patient eine Belastung zeigt (Itemwert größer Null) und tragen Sie diese Anzahl in der Spalte „Anzahl Items größer Null“ (P1 bis P10) ein.

Zur Berechnung der Globalen Kennwerte addieren Sie zunächst die Summen der Itemwerte S1 bis S10 und tragen das Ergebnis in die Felder GS ein. Teilen Sie dann GS durch die Anzahl der (beantworteten) Items des Tests (90 - Anzahl missing data); das Ergebnis ist der Globale Kennwert GSI. Addieren Sie dann die Anzahl der Items, bei denen der Patient eine Belastung zeigt (P1 bis P10). Diese Summe ergibt den Globalen Kennwert PST; tragen Sie ihn in die entsprechenden Felder ein. Teilen Sie nun den Wert GS durch den Wert PST, um den dritten Globalen Kennwert PSDI zu erhalten.

	Summe Itemwerte	Anzahl Items	=	Skalenwert	Anzahl Items größer Null
<b>Skala 1: Somatisierung</b>	1 4 12 27 40 42 48 49 52 53 56 58				
	3 1 0 2 1 2 0 0 0 0 0 0	12*	=	0,8	5
	S <sub>1</sub>			G <sub>1</sub>	P <sub>1</sub>
<b>Skala 2: Zwanghaftigkeit</b>	3 9 10 28 38 45 46 51 55 65				
	0 1 1 3 1 2 1 0 1 2	10*	=	1,2	8
	S <sub>2</sub>			G <sub>2</sub>	P <sub>2</sub>
<b>Skala 3: Unsicherheit im Sozialkontakt</b>	6 21 34 36 37 41 61 69 73				
	1 1 1 1 1 2 1 1 0	9*	=	1	8
	S <sub>3</sub>			G <sub>3</sub>	P <sub>3</sub>
<b>Skala 4: Depressivität</b>	5 14 15 20 22 26 29 30 31 32 54 71 79				
	0 2 0 0 0 3 1 1 1 1 1 3 0	13*	=	1	8
	S <sub>4</sub>			G <sub>4</sub>	P <sub>4</sub>
<b>Skala 5: Ängstlichkeit</b>	2 17 23 33 39 57 72 78 80 86				
	0 0 0 1 0 0 0 0 0 0	10*	=	0,1	1
	S <sub>5</sub>			G <sub>5</sub>	P <sub>5</sub>
<b>Skala 6: Aggressivität / Feindseligkeit</b>	11 24 63 67 74 81				
	1 1 0 0 0 0	6*	=	0,3	2
	S <sub>6</sub>			G <sub>6</sub>	P <sub>6</sub>
<b>Skala 7: Phobische Angst</b>	13 25 47 50 70 75 82				
	0 0 0 1 0 0 0	7*	=	0,1	1
	S <sub>7</sub>			G <sub>7</sub>	P <sub>7</sub>
<b>Skala 8: Paranoides Denken</b>	8 18 43 68 76 83				
	0 1 1 0 1 1	6*	=	0,7	4
	S <sub>8</sub>			G <sub>8</sub>	P <sub>8</sub>
<b>Skala 9: Psychotizismus</b>	7 16 35 62 77 84 85 87 88 90				
	0 0 0 1 0 0 0 1 0 0	10*	=	0,2	2
	S <sub>9</sub>			G <sub>9</sub>	P <sub>9</sub>
<b>Zusatzitems</b>	19 44 59 60 64 66 89				
	0 0 0 3 0 0 1				2
	S <sub>10</sub>				P <sub>10</sub>
<b>Globale Kennwerte:</b>	$GS = \sum_{i=1}^{10} S_i$		$GSI = \frac{GS}{(90 - \text{Anz. missing data})}$	$57 / 90^* = 0,6$	$41$
	$PST = \sum_{i=1}^{10} P_i$		$PSDI = \frac{GS}{PST}$	$57 / 41 = 1,4$	
			GS	PST	PSDI

(\*: jeweils Anzahl missing data der Skala abziehen)

Codenummer / Name: "Katja"

Geschlecht:  männlich  weiblich

Bildungsstand:  Haupt-/Realschule  Abitur  abgeschl. Studium  unbekannt

Alter: .....

Datum: 16.7.98

SCL-90-R

**Anleitung**

Tragen Sie skalenweise die Itemwerte in die dafür vorgesehenen Felder ein. Addieren Sie dann die Itemwerte je Skala und tragen Sie diesen Wert in der Spalte „Summe der Itemwerte“ (S1 bis S10) ein. Teilen Sie diesen Wert durch die Anzahl der Items der jeweiligen Skala und tragen Sie das Ergebnis in der Spalte „Skalenwert“ (G1 bis G9) ein. Hat der Patient ein oder mehrere Items nicht beantwortet (missing data), so muß der Teiler der jeweiligen Skala um die Anzahl der missing data reduziert werden. Zählen Sie dann für jede Skala die Items, bei denen der Patient eine Belastung zeigt (Itemwert größer Null) und tragen Sie diese Anzahl in der Spalte „Anzahl Items größer Null“ (P1 bis P10) ein.

Zur Berechnung der Globalen Kennwerte addieren Sie zunächst die Summen der Itemwerte S1 bis S10 und tragen das Ergebnis in die Felder GS ein. Teilen Sie dann GS durch die Anzahl der (beantworteten) Items des Tests (90 - Anzahl missing data); das Ergebnis ist der Globale Kennwert GSI. Addieren Sie dann die Anzahl der Items, bei denen der Patient eine Belastung zeigt (P1 bis P10). Diese Summe ergibt den Globalen Kennwert PST; tragen Sie ihn in die entsprechenden Felder ein. Teilen Sie nun den Wert GS durch den Wert PST, um den dritten Globalen Kennwert PSDI zu erhalten.

											Summe Itemwerte	/ Anzahl Items =	Skalenwert	Anzahl Items größer Null			
<b>Skala 1: Somatisierung</b>																	
1	4	12	27	40	42	48	49	52	53	56	58	4	/ 12*	=	0,3	2	
3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	S1			G1	P1	
<b>Skala 2: Zwanghaftigkeit</b>																	
3	9	10	28	38	45	46	51	55	65			6	/ 10*	=	0,6	5	
0	2	1	1	1	0	0	0	1	0			S2			G2	P2	
<b>Skala 3: Unsicherheit im Sozialkontakt</b>																	
6	21	34	36	37	41	61	69	73				4	/ 9*	=	0,4	3	
2	0	1	0	0	1	0	0	0				S3			G3	P3	
<b>Skala 4: Depressivität</b>																	
5	14	15	20	22	26	29	30	31	32	54	71	79	7	/ 13*	=	0,5	4
0	2	0	2	0	2	0	0	1	0	0	0	0	S4			G4	P4
<b>Skala 5: Ängstlichkeit</b>																	
2	17	23	33	39	57	72	78	80	86				0	/ 10*	=	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				S5			G5	P5
<b>Skala 6: Aggressivität / Feindseligkeit</b>																	
11	24	63	67	74	81								2	/ 6*	=	0,3	1
0	0	0	0	2	0								S6			G6	P6
<b>Skala 7: Phobische Angst</b>																	
13	25	47	50	70	75	82							1	/ 7*	=	0,1	1
0	0	0	0	1	0	0							S7			G7	P7
<b>Skala 8: Paranoides Denken</b>																	
8	18	43	68	76	83								2	/ 6*	=	0,3	1
0	0	0	0	0	2								S8			G8	P8
<b>Skala 9: Psychotizismus</b>																	
7	16	35	62	77	84	85	87	88	90				0	/ 10*	=	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				S9			G9	P9
<b>Zusatzitems</b>																	
19	44	59	60	64	66	89							2				2
0	0	0	1	0	1	0							S10				P10
<b>Globale Kennwerte:</b>																	
$GS = \sum_{i=1}^{10} S_i$ $GSI = \frac{GS}{(90 - \text{Anz. missing data})}$ $PST = \sum_{i=1}^{10} P_i$ $PSDI = \frac{GS}{PST}$											Summe			Summe			
											28	/ 90*	=	0,3	19		
											GS			GSI	PST		
											28	/ 19	=	1,5			
											GS	PST		PSDI			

(\*: jeweils Anzahl missing data der Skala abziehen)

**Katja (SCL-90-R ausgefüllt vor Beginn der Therapie am 17.9.1997, dann nach Ablauf der Therapie am 20.1.1998 und zuletzt ein halbes Jahr nach Ende der Therapie am 16.7.1998)**

Skala 1: Somatisierung (somatization):

(Skala mit 12 Items, höchstmögliche Belastung 48 Punkte)

Einfache körperliche Belastungen zeigten sich bei Katja vor der Gruppentherapie mit **6** Punkten; sie fühlte Rücken- und Muskelschmerzen, leichte Übelkeit und manchmal Atemprobleme. Nach der Therapie waren vor allem Kopfschmerzen hinzugetreten und leichte Schwindelgefühle - sie gab **9** Belastungspunkte an. Langfristig nach der Therapie sank der Wert auf **4** Punkte, Magenverstimmungen tauchten nicht mehr auf und Atemprobleme ergaben sich nicht mehr.

Skala 2: Zwanghaftigkeit (obsessive-compulsive):

(Skala mit 10 Items, höchstmögliche Belastung 40 Punkte)

Anfangs gab Katja den höchsten Wert in dieser Skala an, litt unter Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis hin zur ausgeprägteren Zwanghaftigkeit mit **28** Punkten. Sie hatte Gedächtnisschwierigkeiten, starke Beunruhigung wegen Nachlässigkeit, schwere Startschwierigkeiten, war langsam, musste immer wieder nachkontrollieren, was sie getan hatte, konnte sich schlecht entscheiden, fühlte sich innerlich leer, es fiel ihr oft schwer, sich zu konzentrieren und sie unterlag Wiederholungszwängen. Nach der Therapie gab sie um die Hälfte weniger Belastungen dieser Art an mit nur noch **12** Punkten, sie war nicht mehr ganz so selbstunsicher, die innere Leere empfand sie nicht mehr, und außerdem konnte sie sich schon besser sammeln und konzentrieren. Nach dem Verlauf eines halben Jahres befand sie nur noch **6** Punkte als erwähnenswert, etwas Gedächtnisschwierigkeiten, leichte Schwerfälligkeit und Langsamkeit im Tun.

Skala 3: Unsicherheit im Sozialkontakt (interpersonal sensitivity):

(Skala mit 9 Items, höchstmögliche Belastung 36 Punkte)

Anfangs verspürte Katja leichte soziale Unsicherheit bis hin zum Gefühl persönlicher Unzulänglichkeit, war anderen gegenüber erst meist kritisch eingestellt, schüchtern, verletzlich, zurückhaltend, fühlte sich stark minderwertig und äußerte dies mit **14** ausgefüllten Punkten. Direkt nach der Therapie waren nur noch **9** Punkte wichtig, die sich in allgemeiner, etwas unbeholfener abwartender Haltung ausdrückten; Katja fühlte sich leicht beobachtet und unwohl, wenn man über sie sprach. Nach den therapeutischen Erfahrungen konnte sie sich noch weiter von ihrem unsicheren Verhalten lösen, besser auf neue Menschen zugehen und sich auseinandersetzen und gab **4** Punkte an.

Skala 4: Depressivität (depression):

(Skala mit 13 Items, höchstmögliche Belastung 52 Punkte)

Traurigkeit bis hin zu depressiven Neigungen ließ sie den zweithöchsten Wert von **26** Punkten angeben; Katja fühlte sich äußerst energielos vor der Therapie, war etwas weinerlich, machte sich oft Selbstvorwürfe, war einsam und schwermütig, hoffnungslos angesichts ihrer Zukunft und überfordert. Diese Belastungen sanken um die Hälfte nach der Gruppenerfahrung; sie nannte in **13** Punkten weniger Minderwertigkeitsgefühle, konnte sich eher Energie verschaffen, fühlte sich ermutigter. Ein halbes Jahr danach war sie weniger depressiv, zwar manchmal traurig über Zustände, befürchtete aber weniger schlimme Begebenheiten und konnte sich gelöster und sorgenfreier bewegen (**7** Punkte).

Skala 5: Ängstlichkeit (anxiety):

(Skala mit 10 Items, höchstmögliche Belastung 40 Punkte)

Leichte körperlich spürbare Nervosität empfand Katja, bevor sie in die Therapie kam, und gab **5** Punkte an, die sich auf geringes inneres Zittern, Furchtsamkeit und starke Ruhelosigkeit bezogen. Nach der Therapie war der Wert auf **1** Punkt gesunken, Katja war noch etwas vorsichtig. Ein halbes Jahr später war überhaupt keine Ängstlichkeit mehr festzustellen - sie füllte **0** Punkte aus.

Skala 6: Aggressivität / Feindseligkeit (anger / hostility):

(Skala mit 6 Items, höchstmögliche Belastung 24 Punkte)

Anfangs konnte Katja schwer Konflikte austragen, gab mit **8** Punkten eine Gereiztheit an und auch mehrere Gefühlsausbrüche, sie war leicht zu verärgern, unausgeglichen und manchmal hätte sie ihre Verletzungen gern zurückgegeben an andere. Nach dem Verlauf der Gruppentherapie, in der sie mit verschiedensten Charakteren und Situationen konfrontiert wurde, dämpfte sich ihre Aggressivität deutlich auf bis zu **2** Punkten,- sie empfand weniger Verärgerung, Gefühlsschwankungen mit feindseligen Aspekten, Rache- oder Erwiderungsgefühle und geriet weniger in Auseinandersetzungen und konnte sich vor allem im familiären Bereich, gegenüber der Mutter und ihrem Sohn besser abgrenzen. In der Katamnese gab sie an, sich besser behauptet zu haben, Widerspruch gelernt zu haben und nannte mit **2** Punkten die Neigung, Erörterungen und Diskussionen aufzusuchen.

Skala 7: Phobische Angst (phobic anxiety):

(Skala mit 7 Items, höchstmögliche Belastung 28 Punkte)

Leichte Gefühle von Bedrohung bis hin zu massiveren phobischen Angstsituationen hatte Katja vor Therapiebeginn. Sie schilderte mit **9** Punkten Befürchtungen, alleine aus dem Haus zu gehen, in unangenehme Situationen zu geraten, hatte enorme Abneigungen gegen große Menschenmengen und fühlte sich schnell nervös und alleingelassen. Direkt nach den Sitzungen waren diese bedrückenden Gefühle fast alle verschwunden, sie umging nur noch manchmal bewusst Situationen, die unangenehm hätten werden können und nannte nur noch **1** Punkt. Diesen Wert von **1** Punkt gab sie ein halbes Jahr später ebenfalls an.

Skala 8: Paranoides Denken (paranoid ideation):

(Skala mit 6 Items, höchstmögliche Belastung 24 Punkte)

In dieser Skala trug Katja **7** Punkte ein, die Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühle bis hin zu leichtem paranoiden Denken beinhalteten; sie machte andere für ihre Schwierigkeiten verantwortlich, konnte den meisten Menschen nicht so recht trauen, fühlte sich nicht so wertvoll, nicht verstanden und angenommen und schnell ausgenutzt. Nach der Gruppe waren einige Vorstellungen nicht mehr so bedeutsam für sie, sie war etwas offener und selbstsicherer geworden und gab **4** Punkte an. Später waren nur noch **2** Punkte zu verzeichnen, in dem Gefühl, leicht ausnutzbar zu sein.

Skala 9: Psychotizismus (psychoticism):

(Skala mit 10 Items, höchstmögliche Belastung 40 Punkte)

Katja kam mit milden Gefühlen der Isolation und Entfremdung zur Gruppe, fand sich leicht fremdbestimmt, beeinflussbar, eher einsam in größeren Gesellschaften und konnte anderen nicht so richtig nahe kommen; sie füllte diese Skala mit **6** Punkten aus. Nach der Therapie waren ihr nur noch **2** Punkte erschwerend vorgekommen, sie machte sich auch über ihre Körperlichkeit Gedanken. Ein halbes Jahr danach wies sie **0** Beeinträchtigungspunkte auf.

Skala 10: Zusatzitems:

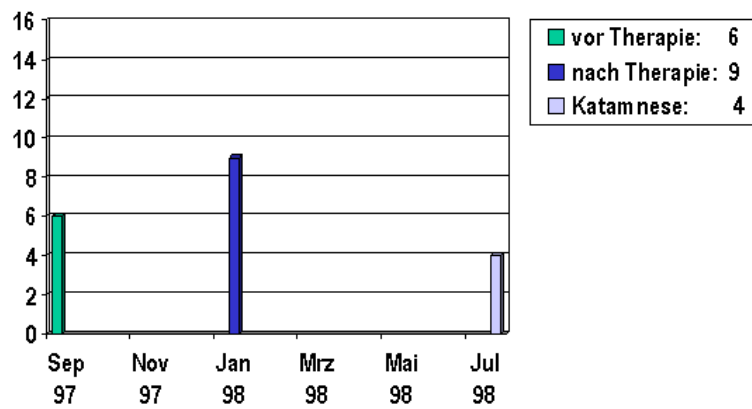
(Skala mit 7 Items, höchstmögliche Belastung 28 Punkte)

Die Zusatzitems mit der Frage nach Appetitlosigkeit oder Fresssucht, Einschlafschwierigkeiten und gestörtem Schlafverhalten, Todesgedanken und Schuldgefühlen beantwortete Katja mit **6** Punkten, die sich verteilten auf Essstörungen, Schreck- und Panikanfällen und unruhigem Schlaf. Bei Ende der Therapie blieb besonders das Thema Fresssucht ein Problem in Verbindung mit Schuldgefühlen, aber insgesamt gab sie nur noch **4** Punkte an. Nach einem halben Jahr sank der Wert auf **2** Punkte, mit leicht unregelmäßigem Essen und hin und wieder Schlafproblemen.

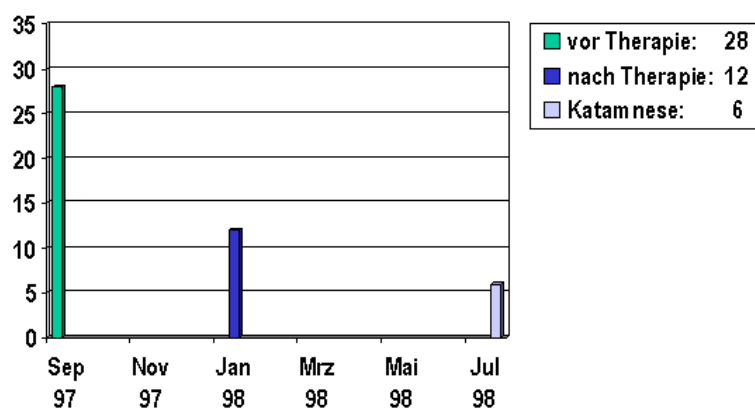
Der GSI (global severity index) misst die grundsätzliche psychische Belastung, die bei Katja anfänglich bei **1,3** Punkten lag, sich nach der Therapie um über die Hälfte auf nur **0,6** Punkte reduzierte und nach einem halben Jahr nur noch **0,3** Punkte aufwies. Der PSDI (positive symptom distress index) misst die Intensität der Antworten; Katja antwortete zuerst mit einem Wert von **2,0** Punkten ziemlich heftig, danach ging der Wert über **1,4** Punkte zurück und veränderte sich innerhalb des halben Jahres auf **1,5** Punkte. Der PST (positive symptom total) gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt, und er schloss anfangs **58** Punkte ein, ging über **41** Punkte auf nur noch **19** Punkte herunter, was zeigt, dass fast 2/3 der Anfangssymptome bewältigt werden konnten.

## Grafische Darstellung der Ergebnisse der 13 Items des SCL-90-R bei Katja

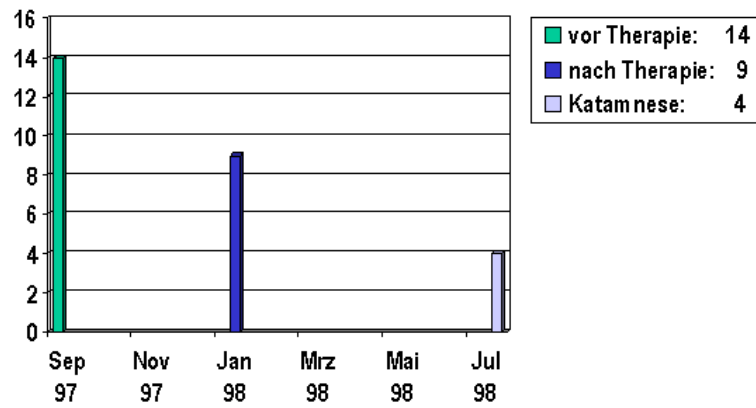
### Skala 1: Somatisierung



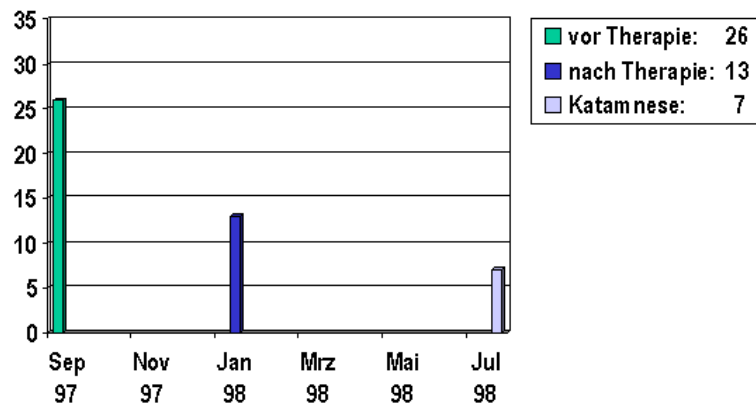
### Skala 2: Zwanghaftigkeit



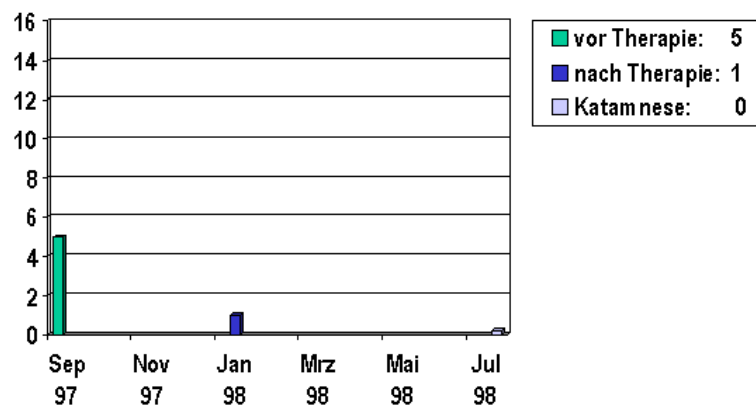
## Skala 3: Unsicherheit im Sozialkontakt



## Skala 4: Depressivität

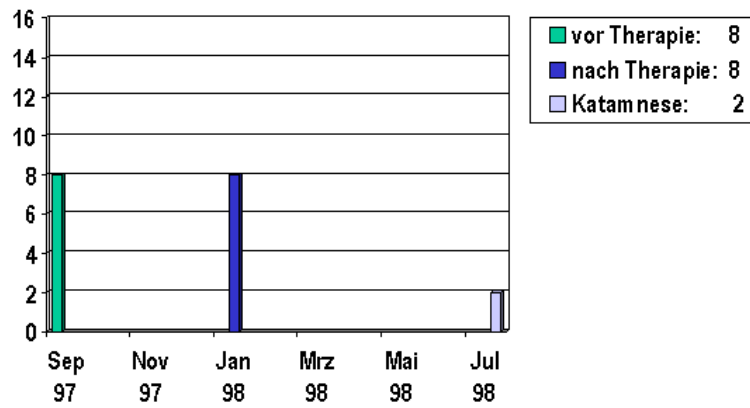


## Skala 5: Ängstlichkeit

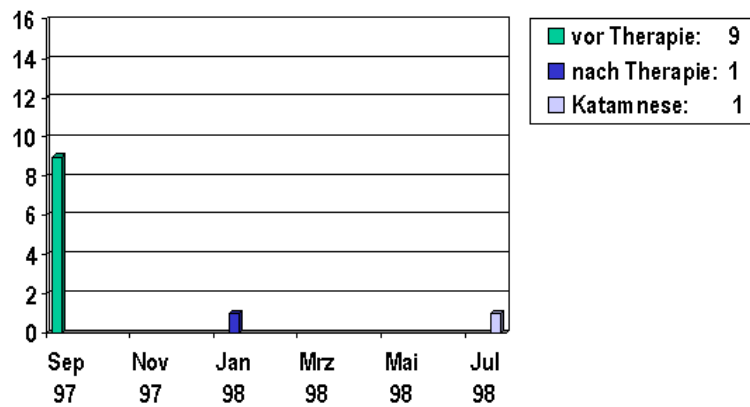




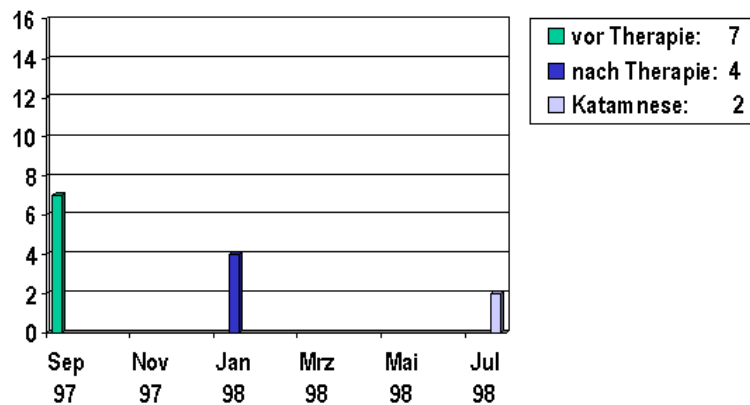
## Skala 6: Aggressivität



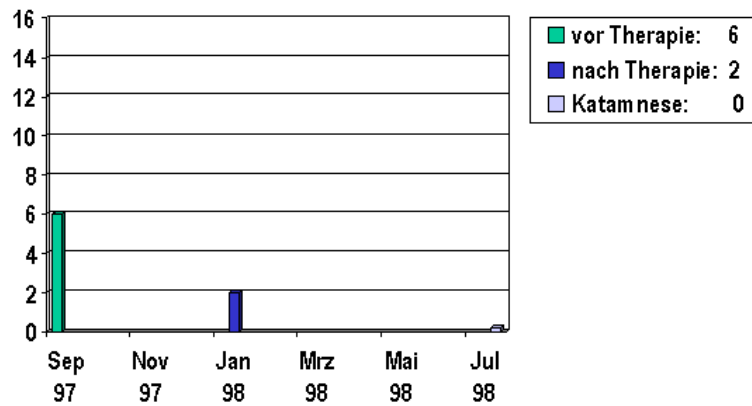
## Skala 7: Phobische Angst



## Skala 8: Paranoides Denken

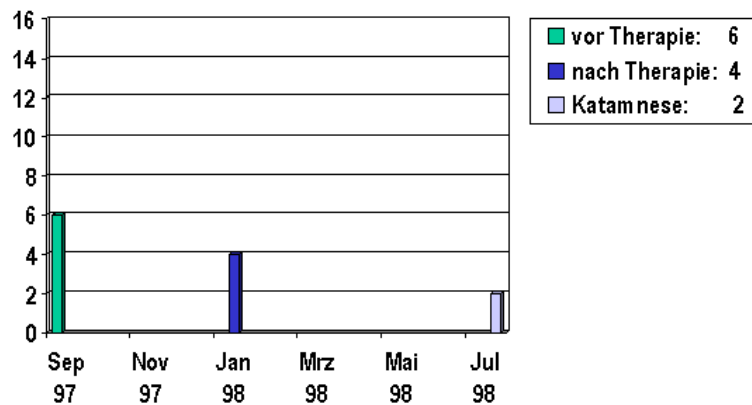


## Skala 9: Psychotizismus



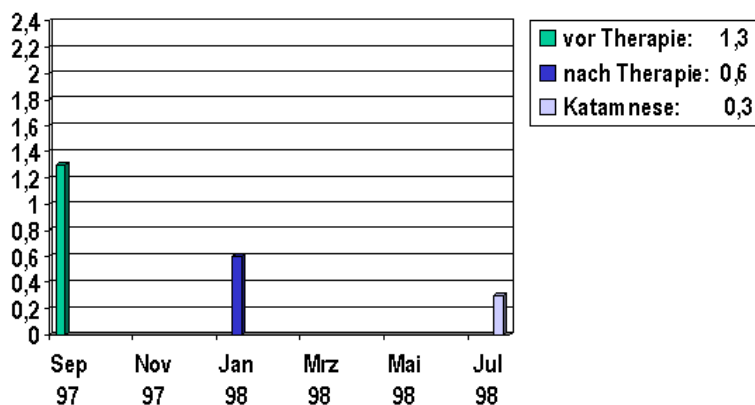
## Skala 10: Zusatzitems

(Ess- und Schlafstörungen, Schuldgefühle, Todesgedanken)



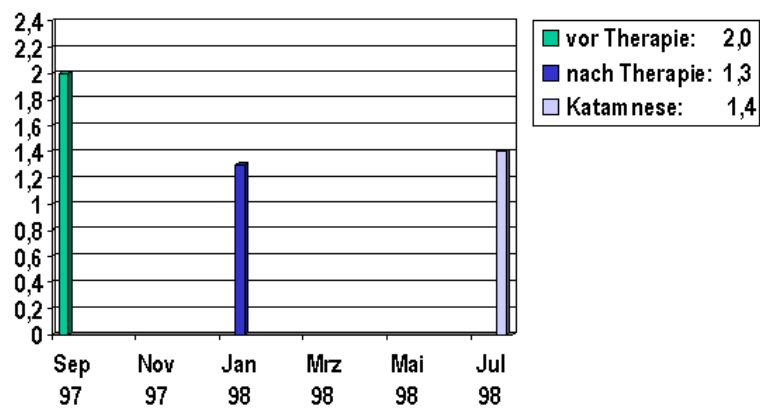
## Skala 11: GSI

(grundsätzliche psychische Belastung)



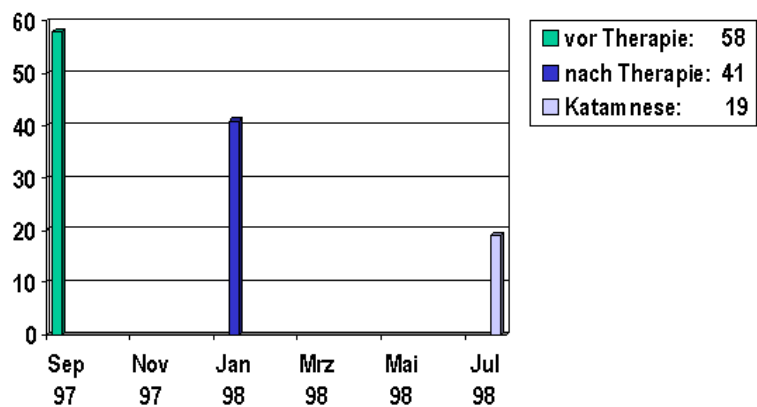
## Skala 12: PSDI

(Intensität der Psychischen Belastung)



## Skala 13: PST

(Anzahl der belastenden Symptome)



### **9.1.3. Einzelbeispiele zu Entwicklungsprozessen durch musikalische Improvisation**

#### **(Wendepunkte)**

(Beobachtung und Beschreibung der Vorgänge durch Außenansicht der protokollierenden Studenten, Auswertung der Videomitschnitte und Beurteilung der leitenden Therapeuten)

#### a) bei Miriam

Am 13.12.1997 fand eine Doppelsitzung (9. + 10. Stunde) statt, in der die Therapeuten nach Atem- und Körperübungen und anschließender Gesprächsrunde einer Teilnehmerin die Möglichkeit gaben, ihr spezielles Familienproblem anzugehen. Miriam nahm sich endlich den Raum und die Aufmerksamkeit der Teilnehmer und Therapeuten und erklärte ihre problematischen Beziehungen im Familiensystem. Sie durfte dann anhand der Teilnehmer diese spezielle Familienskulptur nachstellen, den Stellvertretern bestimmte Instrumente zuordnen und sie platzieren. Sie besetzte sich selbst durch Katrin an der Harfe in der Mitte des Familiengeflechts, die Mutter durch Maria, die ausgleichend am Klavier harmoniebedürftig zwischen den anderen sitzt, den Vater durch Otto, der anscheinend immer alles besser weiß an den Congas, neben der Mutter, in ziemlicher Nähe dazu die ältere Schwester durch Susanne, dem Vater sehr ähnlich auch an Congas, etwas abseits der schon verstorbene Großvater durch Wolfgang an der Pauke, der schützend die Hand über die Familie hielt, eine wichtige Bezugsperson für Miriam war, der Lieblingsopa, der den Krieg vertrieb und der bis zu seinem Tode im Familienkreis gepflegt wurde. Die Gruppenimprovisation dauerte 9 Minuten, wobei Miriam zwischen den Spielenden hin- und hergehen konnte und überlegte, wie sich jeder in seiner Position fühlte und anhörte. In der folgenden Besprechung kamen die Stellvertreter zu Wort und gaben Miriam die Rückmeldung über ihr Befinden: Katrin hatte das Gefühl gehabt, als Tochter nicht zu den anderen Familienmitgliedern zu passen, vielleicht noch am besten mit der Mutter zu kooperieren. Die Mutter, Maria, war sehr angestrengt, durch das ausgleichende Verhalten, mit dem sie versucht hatte, die anderen harmonisch zusammenzuhalten und hätte sich mehr Reaktion auf sich gewünscht. Der Vater, Otto, war der Tochter zwar nahe platziert gewesen, hatte aber am wenigsten auf sie gehört, hatte auch wenig Kontakt zu den anderen Mitgliedern, wollte eher Aufmerksamkeit erheischen und dominant wirken. Die Schwester, dargestellt durch Susanne, hatte die Rolle wohl nicht so ganz verstanden, dachte, sie müsste gut spielen, jedenfalls bestätigte Katrin, dass sie gefühlt hatte, dass die Schwester sie nicht verstanden hatte und dass sie dadurch traurig allein in der Mitte herumstand. Der Großvater, hier Wolfgang, hatte erst einmal die Familie angehört und dann und wann etwas eingegriffen durch leise beruhigende Paukenwirbel. Er erschien am weitsichtigsten, wohlwollend und in der Rolle sehr sympathisch, - sah genau die Missklänge zwischen Mutter und Vater aus der Entfernung.

Nun war die Reihe wieder an Miriam, die genau betrachten sollte, was da passiert war und was sie ändern wollte an der Familiensituation. Etwas verunsichert und in dem Gefühl, es wäre nie richtig, wurde sie von Michael Wolfart angeleitet, die Positionen zu ändern: die Schwester rückte sie etwas vom Vater weg, denn sie stand eigentlich im Konkurrenzkampf zu ihr um dessen Gunst, was Miriam traurig machte (Hassliebe zur Schwester), sie selbst setzte sich näher zur Mutter (Katrin näher zu Maria).

Dann ermutigten Michael Wolfart und Sabine Rittner Miriam, sich bei den Stellvertretern Mutter und Vater endlich einmal dafür zu bedanken, dass sie sie in die Welt gebracht und behütet hatten, sich aber nun zu lösen und von deren Übermacht zu befreien; die Tochterrolle etwas abzulegen und selbstständiger zu werden, nun ihren eigenen Weg gehen zu wollen. Anfangs wirkte Miriam dabei verlegen, äußerlich nicht emotional, etwas kindisch, und wir als Forschende wussten nicht, ob sie wirklich verinnerlichte, was sie nach außen hin darstellte. Danach überdachte sie nochmals die ambivalente Beziehung zur beneideten und doch auch geliebten Schwester und erklärte, die Bindung zur Mutter beibehalten zu wollen. Sie bekam die Unterstützung der Therapeuten, sich endlich aus der umschmeichelnden Tochterrolle gegenüber dem Vater lösen zu müssen, und sich in ihrer Stellung in der gesamten Familie in ihrer Position behaupten zu können.

Nach dieser Besprechung von 10 Minuten und dem Umarrangieren von 18 Minuten erfolgte eine nochmalige Improvisation der Stellvertreter, diesmal in veränderten Positionen (4 Minuten). Daraufhin berichteten die Mitglieder nochmals von ihren Eindrücken: Miriam hatte sich und die Mutter aus nächster Nähe betrachtet und sich das innige Verhältnis gewünscht, Katrin, die Miriam verkörpert hatte, fand alles wohltuender, jeder konnte besser spielen und sie wurde besser mit der Harfe wahrgenommen im Gesamtklang. Die Mutter, Maria, fühlte sich auch ruhiger und angenehmer, das Verhältnis untereinander geklärt. Otto als Vater hörte mehr auf die anderen Familienmitglieder, war entspannter und fand die neue Vaterrolle angenehmer. Die Schwester, Susanne, war leider in eigene Problematiken abgerutscht, und gab mehr eigenes Feedback, als das, was Miriam nutzen sollte, doch Miriam konnte mit der neuen Position der Schwester schon zufriedener sein. Der Großvater, Wolfgang, fand die neue Situation aus der Ferne viel intakter, so dass er nicht besonders eingreifen wollte.

Sabine Rittner gab Miriam Zeit, diese neue Konstellation nun erst einmal auf sich wirken zu lassen. Miriam empfand zwar erlösende Weite aber auch eine gewisse Traurigkeit angesichts der Erkenntnisse um die eigene Position, erfuhr aber, dass sie diesen neuen Weg und die Veränderungen annehmen und überhaupt Veränderung als positive Wendung akzeptieren lernen konnte.

Durch diese musikalische Familienaufstellung konnte Miriam sich selbst von außen betrachten und auch die Positionen der teilnehmenden Personen durch deren Blickwinkel überprüfen, somit den Blick anderer auf sich selbst erfahren. Durch das Umkreisen und Durchschreiten der familiären Konstellationen während der Improvisation hatte Miriam die Möglichkeit, bestimmte kommunikative Elemente der Einzelnen herauszugreifen und sich deren Gefühl dabei zu verdeutlichen. Spielerisch und doch ernsthaft war ihr zum ersten Mal freigestellt, die festgeglaubten Positionen aller Mitglieder zu verändern, nach ihrem Wohlgefühl. Sie selbst wurde gestärkt in ihrer Durchsetzung und in ihren Wünschen, konnte sie nach außen tragen und die Personen in ihrer Beziehung zu sich und zu einander beeinflussen. Die Veränderungen machten sich sofort deutlich bemerkbar in der neuen Improvisation, Miriam bemerkte, was sie auslösen konnte, und dass sie nicht unfähig in der Kleinkind-Rolle verharren durfte. Das Bewusstmachen ihrer Ansprüche, Abgrenzung zu den Eltern und Klärung ihrer Rolle zu der Schwester waren wichtige Schritte, die sie hier andenken und erproben konnte. Dass Veränderung überhaupt etwas Positives sein konnte und dass sie diese herbeiführen konnte, war für sie ein völlig neuer Aspekt.

Durch die musikalische nonverbale Umsetzung der Problematik konnte Miriam `mit neuen Ohren` die Kommunikationsschiene in der Familie miterleben; oftmals kennt man schon die Phrasen, die sich innerhalb von Familiensystemen festgesetzt haben, achtet nicht mehr auf die Vorträge, die man gehalten bekommt. Hier war durch die Musik die Problematik der Sprache entlehnt worden, und konnte so besser auf das Wesentliche gebracht werden. (Die gezupfte Harfe war im Gesamtklang so leise, und es war klar, warum Miriam das Gefühl gehabt hatte, nie für voll genommen zu werden; die Congaschläge von Vater und Schwester waren sehr übereinstimmend und rhythmisch passend, ließen Bezogenheit und auch Durchsetzung und Dominanz erkennen; die harmonischen Klavierklänge der Mutter gaben deren Fädenziehen im Familiengeflecht wieder; jeder konnte sehr gut hörbar machen, welche Rolle er spielte!) Miriam musste diese Erfahrung verständlicherweise erst verarbeiten und war in der folgenden Gruppenarbeit sehr in sich gekehrt. In einer weiteren Abgrenzungsübung, die sie mit Michael Wolfart als Gegenüber in der 10. Sitzung, gleich darauffolgend durchführte, bekam sie nochmals eine deutliche Trennung und Abgrenzung von der Vaterfigur vorgesetzt, die ihr sehr zusetzte, ihr aber klar vor Augen führte, an welchem Thema sie weiterarbeiten konnte.

Miriam's Themen mit ihrem Körperunwohlsein, Essstörungen, Beziehungs- und der Familienproblematik konnten sehr gut aufgegriffen und deutlich gemacht werden mit den instrumentalen Stellvertretern, die einen Blickwinkelwechsel ermöglichten und zur spielerischen Umdeutung und Veränderung einluden; sie konnte diese Möglichkeiten gut annehmen, wobei sie bei anderen Wegen der Körpererfahrung, Atem- und Gehübungen oder Traumreisen eher Schwierigkeiten gehabt hatte, einen Zugang zu finden. Die Ebene des Klangs und Rhythmus kann gerade bei Personen, die mit eigener Bewegung und Körperlichkeit Störungen entwickelt haben, Verkrampftheit lösen und unbeachtet der Symptomatik auf anderen Wegen wirken, da sie nicht von vornherein abgelehnt werden (wie eine Körperübung vielleicht für ein sich selbst ablehnendes essgestörtes, nicht-fraulich-werden-wollendes Mädchen erst mal gar nicht angenommen werden will). Insofern ist es unumgänglich, eine unbesetzte Ebene mit der Musik zu finden, um die Eindrücke zulassen und Defizite ausgleichen zu können, und damit dem Menschen mehr Einigkeit mit sich selbst zu vermitteln und sich im `Ein-Klang` mit sich selbst erleben zu können.

#### **Klientenbeispiel:**

##### **Die Teilnehmerin Miriam beschrieb ihren Eindruck von den musikalischen Aktivitäten im anschließenden Nachinterview nach Beendigung der Gruppentherapie (Zitat):**

“ Ja, das hat mich schon überrascht, vor allem diese Musik-Dialoge, die Instrument-Dialoge und diese Sachen, also die haben mich sehr überrascht, weil ich zuerst gedacht habe, was soll das, das kann überhaupt nicht funktionieren ... und ... aber bis ich doch festgestellt habe, dass es tatsächlich ... ja ... was echtes widerspiegelt ... dass sie ausdrücken können, dass sie aber auch entspannen können und ja, wie soll man sagen, so als Eröffnung einer neuen Welt oder so, klingt vielleicht jetzt ein bisschen übertrieben (Lachen) ... , aber einfach, ja, dass es das Bewusstsein irgendwie erweitert und auch das Empfinden. Ich fand auch, dass es in diesen ... so ... chaotischen Situationen auch durchaus da ... Strukturen wiedergegeben hat und bestimmte Sachen entstanden sind. Dass es am Anfang Chaos war, dann zu was geworden ist, womöglich wieder in Chaos zurückgefallen ist, und also ... schon ... also Krach war's nicht.“

**Klientenbeispiel:**

**Miriam ordnete der Musik eine bestimmte Ausdruckskraft zu, welche sie nonverbal nicht hätte erreichen können, betonte aber auch die klärenden Gespräche nach den musikalischen Aktivitäten; sie erzählte darüber im anschließenden Nachinterview nach Beendigung der Gruppentherapie (Zitat):**

“...wenn die Musik nicht da gewesen wäre... hm ..., was nicht passiert wäre? ... Das ist schwierig ... also zum Beispiel diesen einen Samstag, wo sie hauptsächlich mich in die Mangel genommen hatten, das war sehr interessant, was da durch Musik ausgedrückt werden kann, was ich mit Worten ... sagen wir mal nicht hätte sagen können, oder wo ich hinterher erst dazu in der Lage war, das zu sagen... also einfach ein Hilfsmittel, also ich will jetzt nicht sagen, also dass Musiktherapie ... alleine, glaube ich, einen Sinn hat, ... also ohne die Gespräche wäre es nur halb so gut gewesen ... Ich finde das wichtig, dass man das wieder besprechen kann, was da passiert ist ... Ja, also, es hat in der Hinsicht was gebracht, dass ich mich anderen Leuten geöffnet habe, dass ich das auch gemerkt habe, dass sich was verändert hat, dass sich an mir was verändert hat, ... eben dass ich andere Leute kennengelernt habe ... das Gefühl habe aufgewacht zu sein aus diesem ... nicht wissen, was los ist ...“

b) bei Tom

In der 2. Sitzung am 21.10.1997 war zu Anfang der zweiten Hälfte der Therapiestunde (nach einer kurzen Pause) vorgesehen, dass alle Klienten sich in Ruhe ein Instrument aussuchen und dieses danach in einer Klangrunde vorstellen sollten. Tom hatte die Oceandrum gewählt, ein großes rundes geschlossenes Tambourin, welches mit kleinen Kugeln gefüllt ist, die durch das kreisende Bewegen des Instruments Klänge wie Meeresrauschen entstehen lassen. Er stellte diesen Klang den anderen Teilnehmern vor, ließ die Oceandrum schwingen und rauschen (sehr eintönig). Nach der gesamten Klangrunde wurde von Sabine Rittner eine Gruppenimprovisation angeleitet, in der jeder mit seinem Instrument mitklingen konnte, wie in einer ziehenden Karawane.

Dabei ergaben sich in der Gruppe rhythmische Grundmuster, anfangs hörte man eher aufeinander, versuchte, bezogen auf andere sein Instrument einzusetzen, danach entstanden mehr klanglich selbstständige Elemente, jeder spielte versunkener, auf sich selbst hörend. Extrem fiel auf, dass Tom ganz in seinen Oceandrumklang eingesponnen war; sein Rauschen legte sich bis zuletzt über andere Klangphänomene, und er konnte sich nur schwer als letzter von diesem tranceartigen Zustand des Versunkenseins im Klang lösen. Alle hatten ihre Klänge ausplätschern lassen, als er noch lange rauschte mit der Oceandrum. In der anschließenden Gesprächsrunde über die diversen therapeutischen Anteile der Sitzung sprach Tom an, dass er sich in den vorangehenden Körper- und Entspannungsübungen teilweise schon ganz gut hatte gehen lassen können und dass er von der Traumreise faszinierende innere Bilder hätte mitnehmen können.

Durch das jetzige Klangerlebnis konnte er sich nun völlig frei fühlen; die Forschungsgruppe stellte fest, was für ein `Schnellstarter` er war, d.h., dass er sich unerwartet schnell dem Instrument hatte öffnen und die musikalische Improvisation so hatte genießen können. Von außen her gesehen hatte er motorisch eingeschränkt, invariabel und monoton bleibend das Instrument gespielt - eine Oceandrum kann auch geschüttelt oder geschlagen werden - Tom hatte sie nur kreisen lassen und immer das gleiche Rauschen produziert. Hierin äußert sich die Selbstbezogenheit, das Eingefangensein, nicht gegenseitigen Austausch suchen wollen. Der sonst so nach Harmonie strebende, es allen recht machende, von Anderen leicht einzuschüchternde Tom hatte eine Rückzugsmöglichkeit gefunden, sich von den äußeren Anforderungen abzugrenzen. Dieses Erlebnis transportierte er selbst in seinen alltäglichen Bestehenskampf, im Privaten und Geschäftlichen, wie er in der nächsten Gesprächsrunde am 4.11.1997 erzählte (3. Therapiesitzung). Durch die Gruppe fühlte er sich aufgenommen und unterstützt und hatte durch die letzte Improvisation neue Erkenntnisse über sich gewinnen können. Ruhe und Kraft hatte er aus dem Oceandrumerlebnis mitnehmen können; in einem Traum waren Kindheitserinnerungen wieder aufgetaucht (teilweise geburtstraumatische, schockierende, doch auch anziehende Bilder von Blutausch und überschlagenden Wellen), die er noch zu verarbeiten hatte. Das Klangerlebnis konnte also den Zugang zu tiefen verborgenen Persönlichkeitsschichten öffnen, teils ambivalente Gedanken aufwerfen, aber ebenso Erleichterung verschaffen, und ein Gefühl von innerem Durchflutet-Sein, Eins-Sein vermitteln.

Die Forschungsgruppe hielt fest, dass Tom insgesamt einen wacheren Eindruck machte, sich weniger depressiv und dafür interessierter und kommunikativer zeigte, auch noch in der kommenden Woche. Musikalisches Sich-ausprobieren-Können erlaubt also einerseits, sich ganz zurückziehen zu können, sich Entlastung und ein Gefühl des Fallenlassens zu holen, andererseits auch die Möglichkeit, diese Erfahrung als Kraftquelle zu nutzen, sich innere Rückzugsplätze zu schaffen, wenn äußerer Stress (bei Tom die hohen Anforderungen im Dienst) zu bedrückend wird. Rückbesinnung auf sich selbst, innere Zufriedenheit, hilft dem gesamten Organismus, sich wohler zu fühlen und sich gelöster zu bewegen, wie man nach dieser Improvisation deutlich an Toms Körpersprache ablesen konnte. Gelöstheit und Sicherheit äußerten sich ebenso in Mimik, Redefluss und bewegterer Sprachmelodie.

Betrachtet man diese enormen Auswirkungen der Erfahrung von geringen Minuten der Improvisation (Vorstellung des Instruments in der Gruppe: insgesamt 22 Minuten, eigentliche Gruppenimprovisation: insgesamt 6 Minuten, anschließende verbale Verarbeitung im Gruppengespräch: 29 Minuten), dann zeigt sich, mit welch geringen Anstößen Menschen bewegt werden können, sich über eigenes gesundheitsförderliche Verhalten Gedanken zu machen. Das Ausprobieren der Klangszene und ohne Leistungsdruck, das Sich-einlassen-Können auf unbekannte Instrumente und improvisatorisches Spielen hatte dabei geholfen, eigene Kraft- und Entspannungsquellen aufzusuchen, nonverbal in andere Bewusstseinsschichten vorzudringen und Wirkungen nachklingen lassen zu können.



### **Klientenbeispiel:**

#### **Der Teilnehmer Tom berichtete über seine musikbezogene Erlebniswelt im anschließenden Nachinterview nach Beendigung der Gruppentherapie (Zitat):**

“ Ja, das Totem, wo dann praktisch sich so mehr oder weniger sich bei mir herausgestellt hatte, dass diese Walgesänge, oder die Delphingesänge, dass das für mich eben unheimlich ... auch dieses Meeresrauschen ... dass diese Sache ... für mich unheimlich mir etwas bringt, beziehungsweise mir auch so mein Gefühl anregt.“

(Interviewer-Frage: „Hängt damit auch ihre Faszination von der Ocean-Drum zusammen?“)

„Genau. Das auch. Wo ich dieses Gerät zum ersten mal in der Hand hatte, die Töne gehört habe: Das war für mich unheimlich beruhigend. Ich habe mir dann auch eine CD gekauft, so ein bisschen eine esoterische CD, so Meditationsmusik. Und ich muss sagen, wenn ich diese Musik reinmache: Das bringt mir was. Wenn ich gestresst bin, merke innerlich ... ich habe inzwischen auch durch die Therapie habe ich ein bisschen ein besseres Körpergefühl. Ich merke, wenn ich jetzt erregt bin, wenn ich absolut 'oben' bin, ich merke dann auch, dass ich heute irgendwo ein bisschen - auch durch diese Gelassenheit einfach – Stress-Situationen besser bewältigen kann. Ich habe das so gemerkt im Beruf, das ist besser geworden. Ich kann mich auch im Beruf besser durchsetzen, durch das ich irgendwo eine bessere Selbstsicherheit habe. Ich weiß, das was ich mache ist in Ordnung, und wenn jemand das Gegenteil behauptet, dann kann ich halt sagen: 'Nee. guck mal hier, das ist in Ordnung. Und ich werde dann auch dadurch mehr akzeptiert. Man guckt nicht mehr so auf mich, ich fühle mich auch nicht mehr so beobachtet. Bis vielleicht noch auf einen, der, sagen wir mal so, diese Machtposition hat, der die eben ein bisschen ausspielt. Aber das kriege ich auch noch hin.

Eigentlich haben wir durch die Bank weg alle gelitten. Durch irgend etwas. Das kam immer wieder raus ... durch diese Musik, die Emotionen, die immer wieder hochgesprudelt worden sind. Das war also auch irgendwie ein Punkt, der mich sehr berührt hat, sage ich mal.

... die Musik hat mich auch sehr inspiriert, muss ich sagen, die Musik hat mir sehr viel gegeben.

Auch das Zusammenspiel ... das freie Improvisieren, was da manchmal für Töne rausgekommen sind: Wirklich von aggressiv bis absolut schöne Klänge sind da wirklich rausgekommen ... dieses Zusammenspiel mit jemand anderes, dieses nonverbale Kommunizieren, das war wirklich ... irgendwie ... kam dieses Chaos, so wie im freien Leben auch, hat man irgendwie doch in den Griff gekriegt, diese ... Angst: 'Soll ich es versuchen' ... diese Ausreißer, sage ich mal, sind immer wieder eingeholt worden, sind immer wieder in die Gruppe mit eingebracht worden. Also ich fand, dass, wenn Chaos, nie oft oder lang. Das Chaos wurde immer irgendwie geregelt. Und das war auch diese Sache, wo eben die Gruppe immer wieder kam. Dieses, dass man irgendwie einen Durchhänger gehabt hat, und die Gruppe kam und hat dann einen so bildlich gesprochen an den Arm genommen und hat einen wieder hochgezogen, wenn man ein bisschen gefallen ist.“

### c) bei Katja

In der 7. Sitzung, die am 2.12.1997 stattfand, bestand die 1. Hälfte aus einer von den Therapeuten angeleiteten Körperreise-Trance, einem sich daraus entwickelnden stimmlichen Tönen der Klienten, dem Besprechen der Erfahrungen und danach dem musikalischen Improvisieren zu den Themen `Wie klingt meine Fassade?` und `Wie klingt das, was unter dieser Fassade steckt?`. Nach der Pause sollten sich zwei Teilnehmer finden und zusammen improvisieren mit dem ein oder anderen Thema, so wie sie sich instrumental dargestellt hatten. Nach einem dreiminütigen Ausprobieren ihrer Instrumente kamen Katja mit den Stabglöckchen und Susanne am Klavier zum gemeinsamen Spiel. Katja hatte zuvor durch Trance und Körperübungen mehrere Seiten in sich entdeckt, schwankte zwischen energiegeladenen und ängstlichen, traurigen und angenehmen Gefühlen, hatte lange gebraucht, um sich auf die Übungen einzulassen, spürte eher Unangenehmes in der Bauchgegend. In den nachfolgenden Gruppengesprächen reagierte sie schon etwas kommunikativer,bezogener auf andere, mitfühlend. In der Improvisation `Fassade` hatte sie den Gong geschlagen, sich dahinter `vermuert`, für das Thema `Unter der Fassade` hatte sie an leise klingelnden, perlenden Klangglöckchen gespielt.

Katja fing an, die Klangglöckchen zu streifen, langsam kam Susanne mit den Klavierklängen dazu, sie spielten ruhig, meist melodiös, hörten aufeinander, bis das Klavier die Führung übernahm. Susanne spielte immer wieder einzelne Töne am Klavier an (langsames Gehen, eher nachdenklich, viel in Moll), auch wenn von Katja nur noch vorsichtiges Anstreichen der Klangglöckchen folgte und sie sehr zurückhaltend war. Susanne spielte eine Endlos-Musik und fand keinen Schluss. Dies drängte Katja dazu, immer mal wieder die Glöckchen anklingen zu lassen, sie schien unsicher, genötigt, hätte von sich aus schon lange mit dem Spielen aufgehört. Susanne war eher vertieft in ihre Improvisieren, erwartete von Katja zwischendurch immer wieder etwas Resonanz, und die gesamte musikalische Phase zog sich über 10 Minuten.

Danach schrieb jeder in der Gruppe seinen Eindruck nieder und es folgte die Besprechung in der Runde. Was uns Forschenden von außen her vorkam, als ob Katja sich sehr unwohl gefühlt hatte, da sie immer verlegen weiterspielen musste, war für sie selbst ein angenehmes Gefühl gewesen,- eigentlich hatte sie vermeiden wollen, zu zeigen, wie sie sich innerlich fühlte und hatte durch Susanne nun doch so lange dies klanglich ausdrücken dürfen. Sie hatte sich sehr verstanden gefühlt und weinte über diese Erkenntnis beim Berichten.

Susanne selbst hatte keine Stille ertragen können und deshalb immer weiter gespielt, auch, um Katja herauszulocken. Katja hatte es immer gefehlt, auch in den vorigen Sitzungen, dass sie mal richtig bei einer Übung bleiben konnte; sie hatte sich immer zurückgehalten, nie genügend Raum für sich genommen. Susanne hatte für sie eine Brücke gebaut; Angst vor falschen Tönen, Missklängen und Monotonie hatten sie beide gehabt, doch beide fühlten sich gut und `im Fluss`, und Katja bedankte sich bei Susanne. Katja konnte im Gespräch auch erklären, was sich hinter ihrer etwas fülligen Figur (Essstörungen) versteckt - die Lust auf das Schlanke, Zarte, Sensible, wofür die Stabglöckchen für sie standen. Die Erfahrung, ihr Innerstes zeigen zu dürfen ohne Schutzmantel (angegessenen Schutzwall) und damit aufgenommen zu werden, hatte sie sehr berührt und erleichtert. Ihr Körper- und Selbstwertgefühl waren enorm gesteigert worden.

Dies zeigt, wie wichtig es für das Wohlbefinden ist, auch verborgene Seiten des Ichs darstellen zu dürfen; ein Medium wie die Musik zu finden, welches es erlaubt, in andere Rollen zu schlüpfen oder etwas hören und entstehen zu lassen, was dem Sichtbaren widerspricht. Katja konnte somit ihren äußeren Persönlichkeitseindruck abrunden mit dem Zeigen einer ebenso zu ihr gehörenden Seite. Sie fühlte sich vollständig, gesund, ganz. Das musikalische Sich-ausprobieren-Können erlaubte ihr auch, sich in der Gruppe den Raum und die Zeit, die Aufmerksamkeit und die Zuwendung zu holen, die sie sich seit sechs Sitzungen nicht getraut hatte, zu beanspruchen.

**Klientenbeispiel:**

**Die Teilnehmerin Katja berichtete über Ihren Bezug zum Medium Musik im anschließenden Nachinterview nach Beendigung der Gruppentherapie (Zitat):**

„Gut, ich meine die Gesprächsteile haben mir schon auch was gebracht, ich würde auch sagen schon viel ... nur die Entspannung, die ich dann noch durch die Musik erlangte, die war dann irgendwie nicht mehr so ganz gegeben. Wo ich schon sagen würde, das ist auf die Musikteile zurückzuführen. ...aber auch, wie das eine Beispiel gezeigt hat, in der einen Stunde, auch durch die Musik, wo man doch viel ausdrücken kann und viel für sich lösen kann. Oder viel in Bewegung kommt, ohne dass man da jetzt großartig reden muss und detailliert erzählen muss.

Ja, ich hatte eigentlich recht viele Aha-Erlebnisse. Sehr große und aber auch kleinere, die mir wichtig waren. Die kleineren fallen mir leider nicht mehr ein, die größeren ... ja, ich muss sagen, gerade mit dem, ich weiß nicht, was das war ... dieses Musikinstrument, dieses ... das sind solche Stäbe nebeneinander, die man so anschlägt ... diese Glöckchen, die Stabglöckchen ... das war sehr ... das war sehr eindrücklich... Ich habe mich da in meine Gefühlswelt begeben und das, was mich eigentlich belastet nach außen gekehrt. Durch die Musik ausgedrückt, ja, und dadurch kam halt ganz schön was in Bewegung...

Und, aber ich muss sagen gegen - das fand ich auch ganz toll - gegen Ende von den Sitzungen ist es mir auch ... da hatte ich nicht mehr das Harmoniebedürfnis, da konnte ich mal gegen den Strich Musik machen und es akzeptieren, dass da kein harmonischer Klang war. Ja, so dass ich mich nicht anpassen musste, oder dachte: 'Das muss jetzt wohlklingen', oder so, wenn es mir einfach mal nach ... lauter Trommeln war, dann habe ich eben lauter getrommelt, was dann halt überall zu hören war, im Vergleich zu anderen Instrumenten. Ja, wo ich mich am Anfang, denke ich, eher angepasst hätte: 'Bloß nicht aus der Reihe fallen', und so.“

## **9.2. Überlegungen zu den Erlebnissen und erreichbaren Veränderungen beim Spielen improvisierter Musik (generell und an Einzelfallbeispielen der Studie)**

Wie die aktuelle Musiktherapieforschung belegt, stehen die Faktoren Zeit, Phrasierung, Tonhöhe, Rhythmus und melodische Kontur in Zusammenhang mit musikalischen und biologischen Formen; die präverbalen Elemente der menschlichen Kommunikation, die Suprasegmentale, Takt, Phrasierung, Rhythmus, Tonhöhe und Stimmklang sind frühestangelegte Ausdrucksmittel, die in der freien musikalischen Improvisation kreativ erprobt werden können. Das menschliche Selbst kann sich Wahrnehmungsverhältnisse von Zeit und Raum schaffen und sich in diesen Dimensionen nonverbal erleben. Wie David Aldridge annimmt, kann sich Krankheit als Zustand darstellen, in dem eine Restriktion in der Fähigkeit der Person als Ganzes zum kreativen Improvisieren vorliegt oder als Zustand, in dem nur ein begrenztes Repertoire an Bewältigungsreaktionen verfügbar ist (vgl. dazu die in der Literaturliste genannten Publikationen von David Aldridge).

Die Teilnehmer der Kurzzeittherapiegruppe berichten von einer Repertoireerweiterung genauso wie von der Erfahrung, ihre eigene Begrenztheit des Ausdrucks verspürt zu haben.

### **Klientenbeispiel:**

Der Teilnehmer Wolfgang erzählte seine körperlichen und musikalischen Wahrnehmungen im anschließenden Nachinterview nach Beendigung der Gruppentherapie (Zitat):

„Ja, ich habe aus den Gruppensitzungen sicherlich einiges für mich entnommen, verarbeitet, jetzt ohne das einzeln benennen zu können. Aber, also durch überdenken verschiedener Dinge, habe ich natürlich auch erkannt, dass nur ich, also irgendwie in meinem Kopf, Dinge ändern kann, versuchen Veränderungen herbeizuführen. Und diese Veränderungen dann austeste, oder in meinem Umfeld umsetze. Daraus dann ablesen kann: Ist es gut und richtig für mich. Und wenn ich es dann sehr gut finde, das spüre ich ja dann in mir, ... anhand meines psychischen Zustandes, wenn es gut geworden ist, dann denke ich, ist der Weg in Ordnung...

Das Zusammenspiel anderer Gruppenteilnehmer und die Kommunikationsgeschehnisse und habe auch gesehen, dass ich es vielleicht manchmal etwas einfach manchmal zu eckig, oder zu ... zu unbeholfen, oder zu vorsichtig anpacke. Dass manche Dinge also im Grunde ganz einfach sind. Und da denke ich, dass viel zu tun hat mit Ängsten, die ich in mir trage, mit Berührungsängsten, noch immer.

Teilweise hatte ich mit Instrumenten, oder mit der Stimme, mit anderen Personen, ja, ganz tolle Resonanzen, oder Resonanzgebilde. Das wurde mir dann auch bestätigt. Ich habe es so empfunden, und dann die anderen haben es empfunden. Und das fand ich dann wieder sehr schön und habe gemerkt da sind doch auch Dinge vorhanden.“

**Klientenbeispiel:**

Der Teilnehmer Guido schilderte seine körperliche Ausdrucksfähigkeit im anschließenden Nachinterview nach Beendigung der Gruppentherapie (Zitat):

„Das ist ja auch eine Überwindung. Ich habe es ein paar mal gemacht. So dass ich dann schon am Anfang ... während dieser Übung, wo wir das ... in den Topf reinwerfen sollten... Reinkotzen sozusagen. Ich konnte das nicht richtig mit voller Lautstärke machen ...

Ich habe das nur ... nur beim Tanzen, wenn wir uns frei bewegen sollten, so zur Musik, ich habe das dann einmal für mich so gekonnt. So meine Aggressionen ... auszuschlagen. Das habe ich in der Gruppe hinterher auch berichtet dann.“

**Klientenbeispiel:**

Die Teilnehmerin Susanne beschrieb ihre musikbezogenen Erfahrungen im anschließenden Nachinterview nach Beendigung der Gruppentherapie (Zitat):

„Mal war mir mehr nach reden, und wir hatten dann, machten dann Musik ... oder wir bewegten uns mehr ruhig, und mir war mehr nach Bewegung, nach Tanz oder so. Und mit dem Klavier war ich auch, obwohl das eigentlich so zweimal sehr schön war ... habe ich auf einmal das Gefühl gehabt: 'Es ist jetzt total in die Hosen gegangen!'. Und zwar als ich mit dem ... Lars ... der an der Steeldrum und ich am Klavier, das fand ich überhaupt nicht gut, Nee ... Er sagte, er hätte es mit allen sehr schön gefunden, aber ich kam mir da am Klavier wie ein Stümper vor, und habe gedacht: 'Hättest du vielleicht irgend etwas anderes nehmen sollen ...'

Die hat mir viel ... also dieses Musikalische ... das ist einfach meine ... da merke ich immer wieder das ist so die Welt, die ich so ... das liegt mir ... Musik ist einfach das Medium für mich.

Musikalisch habe ich mal mit Miriam so eine gute Session ... so eine Trommelsession gehabt und mit dem Lars auch mal. Das war glaube ich sogar der Schluss, oder das vorletzte, wo ich mit der Gitarre anfang ... dann aber auch auf der Gitarre trommelte und Lars mehr ... so , also ein bisschen so den Rhythmus angab, und dann habe ich, haben wir so abwechselnd den Rhythmus angegeben. Und ... ja ich glaube auch, irgend jemand hat auch gesagt, das wäre toll ... toll gewesen, oder so.“

**Klientenbeispiel:**

Der Teilnehmer Lars berichtete über seinen Bezug zum Medium Musik im anschließenden Nachinterview nach Beendigung der Gruppentherapie (Zitat):

„Das Gefühl habe ich vorher ... ich meine, ich habe es mir vorher schon gedacht, ich habe es auch in der Musiktherapie, in den fünf Nachmittagen von der Schule aus schon erlebt, dass ich mich da sehr wohl fühle drin ... und es kam dann hier wirklich recht extrem raus, dass Musik ein Medium ist, was Sachen in mir freisetzt, oder wo ich Sachen ausdrücken kann und hoch holen kann, wo ich sonst nicht drankommen würde.

.. Musik hören hat auch Spaß gemacht, aber das damit kommunizieren und agieren, das hat mir einiges mehr gebracht.“

Gibt man den Menschen die Möglichkeit, sich auf ihr ureigenes Repertoire der nonverbalen Kommunikation zurück zu besinnen und zusammen zu improvisieren, sind bestimmte Faktorenveränderungen immer wieder feststellbar: Im Bereich der Kommunikation eignen sich besonders biologische, physiologische Frequenzphänomene zur Beobachtung, wie z. B. kardiovaskuläre Veränderungen, Steigerung des Blutdrucks oder der Herzfrequenz. Darauf abgestimmt sind die Stimmlautstärke, die Sprechgeschwindigkeit, die Erwiderungslatenz, die Phrasierung und Artikulation / die Empathie der Stimme und der Klang / das Timbre.

**Klientenbeispiel:**

Die Teilnehmerin Katrin erzählte über ihre Empfindungen beim Einsatz der Stimme im anschließenden Nachinterview nach Beendigung der Gruppentherapie (Zitat):

„An dem Tag hat der Otto die Miriam und mich aufgefordert ihm ein Lied zu singen. Und ich wäre nie im Leben darauf gekommen dort überhaupt aktiv zu werden, an dem Tag, habe ich nur vor mich hingepiepst. Und das war ein total gutes Gefühl mit der Miriam zu singen. Und dann habe ich für mich daraus den Schluss gezogen: 'Ich glaube, dass es so ... wichtig ist für mich. Also, dass ich ganz arg ein Beziehungsmensch bin, ich brauch das, ich brauche Kontakt zu jemand. Und in dem Moment, wo ich mit ihr gesungen habe und das Gefühl hatte, ihr tut das auch gut ... und ich kann ihr sogar, was geben, indem ich auch singe, also was weiß ich ... weil sie auch eher zurückhaltender war ... Das war so eine Erkenntnis an dem Tag.“

Diese Sprachcharakteristika, Mimik, Gestik und Körperbewegungen geben in ihrem Ausdruck wiederum ein Spiegelbild zum Zeit- und Rhythmusbegriff der westlichen Welt. Physiologische und musikalische Größen entsprechen einander. Ein Mensch bewegt sich und spricht in dem ihm eigenen Tempo und Rhythmus, seine biologischen Funktionen laufen nach einer `inneren Uhr` ab. Nach außen abbildbar und beobachtbar werden die körpereigenen charakteristischen Zeiten und Größen, die als selbstinitiierte Ordnungssysteme den Gesamtorganismus Mensch steuern, der sich in einem fließenden Zyklus bewegt, z. B. während einer musikalischen Improvisation. Hierbei läuft die Zeit qualitativ anders geartet ab, wird anders wahrgenommen, als in alltäglichen Handlungen. Man kennt diesen Effekt von kontemplativen Situationen, der Meditation, dem Tanzen, dem Gebet etc., wenn die Wahrnehmung in anderen Mustern verläuft, das Zeitgefühl verändert ist oder die Einschätzung völlig daneben trifft. In der westlichen, durchorganisierten und auf die Minute genau durchstrukturierten Welt können privates Zeitgefühl und öffentliche Zeit in ein Spannungsverhältnis zueinander treten, was Stress auslösen und Angstgefühle erzeugen kann. Nun bietet sich in der Musik aber die Chance, in ungewohnten Wahrnehmungen zu experimentieren, Zeitgefüge zu verlassen, andere Verhältnisse von Zeit, Raum und Kommunikation zu finden.

Hierbei können rhythmische Synchronizitäten oder klangliche Entsprechungen erreicht werden, die einerseits ein 'Gleichklang-Gefühl' beim Erleber auslösen können, andererseits ist es aber auch möglich, dass sich die Spielenden durch verschiedene Rhythmen und Harmonien gegenseitig stören.

#### **Klientenbeispiel**

Der Teilnehmer Lars erzählt von seiner sehr harmonischen Improvisationswahrnehmung im anschließenden Nachinterview nach Beendigung der Gruppentherapie (Zitat):

„Und gegenseitiges Akzeptieren. Das ist auch noch etwas, was ich vergessen habe. Bei den Musiksachen dazuzusagen ... dass es einfach faszinierend war, wie ... es mit manchen Leuten geklappt hat Schwingungen hörbar zu machen mit irgendwelchen Instrumenten, wo man wirklich gemerkt hat: Da stimmt es, und da passt es. Und da ergänzt sich etwas und ... das war schon faszinierend.“

#### **Klientenbeispiel**

Der Teilnehmer Guido berichtete seine Wahrnehmung zu diesem Thema im anschließenden Nachinterview nach Beendigung der Gruppentherapie (Zitat):

„Schade ist, dass sehr oft viel mehr versucht habe auszudrücken, dass also viele Klangfarben nebenher waren, die sich immer dann erst miteinander eingefunden haben, wenn irgendeiner von den Schlaginstrumenten einen gleichbleibenden Rhythmus gespielt hat. Und eigentlich sonst ... sich kaum zusammengefunden haben, was natürlich dafür spricht, dass die Leute nicht aufeinander gehört haben, aber das muss man sehr viel mit wirklichen Musikern, sage ich mal, wenn man die untereinander sitzen hat, dreimal erst sagen, dass sie aufeinander hören sollen, bis es einigermaßen läuft, so. Aber das war ja auch nicht, sicherlich nicht das Ziel der Sitzungen, jetzt da eine schöne Musik hinzukriegen. Aber vielleicht doch, mehr aufeinander zu hören. Ich weiß auch nicht, wie es gedacht war ...“

#### **Klientenbeispiel**

Die Teilnehmerin Maria nennt ihre Erfahrungen mit improvisierter Musik und Zusammenspiel der Gruppe im anschließenden Nachinterview nach Beendigung der Gruppentherapie (Zitat):

„Also am meisten Spaß haben mir eigentlich so Musik ... die Aktivitäten gemacht. Und ... das war dann ein bisschen unglücklich, dass die Frau Rittner krank war, und ich glaube, die hatte Urlaub, und dann haben wir so lange Gesprächsrunden gehabt ...

Ja, das habe ich auch einmal in der Gruppe gesagt: Das fand ich immer so schrecklich, weil wir nicht aufeinander gehört haben. Diese Anleitung, denke ich ... habe ich mir so vorgestellt, dass jemand ... musiziert und eine Antwort kriegt. Nicht, dass alle musizieren, das ... hat mir in den Ohren weh getan.

Ja, weil einfach jeder an seinem Instrument so gefummelt hat. Und ... Ich habe auch oft manchmal ... 'ach Gott, jetzt habe ich mir ein Instrument rausgesucht, das will ich ja vielleicht gar nicht'.

Da war irgendwie diese Ausprobierphase vielleicht zu kurz. Für mich.“

### **Klientenbeispiel**

Die Teilnehmerin Katrin überdenkt die musikalischen Aktivitäten der Gruppe im anschließenden Nachinterview nach Beendigung der Gruppentherapie (Zitat):

„Also das ist auch gut, um was auszudrücken. Aber das mit der Musik ... das war auch unterschiedlich. Wenn wir alle so durcheinander ...das war auch manchmal so, dass ich dachte: 'Was bringt das jetzt?' Aber so im Detail hat es in der Regel mehr gebracht, hat mich gewundert, so auch ... was über die Musik so alles rausgekommen ist.“

Wie Untersuchungen über das Verhältnis von zwischenmenschlicher Kommunikation in Zusammenwirkung mit Blutdruck und Herzfrequenz zeigen, weisen Menschen mit hohen Werten auch schnelles Sprechen, emphatisches Gestikulieren, Tendenzen zum Unterbrechen und zu Kommunikationsstörungen auf; durch musikalisches Improvisieren können diese so gearteten Menschen mit kardiovaskulären Erkrankungen, Bluthochdruck, Herzrasen etc. nach dem Ausprobieren nonverbaler Kommunikationsmittel ihre Störungen `bremsen`. (siehe Forschungsergebnisse: Lynch, J.; et aliter: "The effect of talking on the blood pressure of hypertensive and normotensive individuals." Psychosomatic Medicine, 43. 1981. S.25-33.)

Die Teilnehmer der Kurzzeitgruppentherapie berichteten auch über wahrgenommene unerwartete körperliche Auswirkungen und Verhaltensänderungen.

### **Klientenbeispiel:**

Der Teilnehmer Wolfgang beobachtete Veränderungen in seinem körperlichen Empfinden und erzählte darüber im anschließenden Nachinterview nach Beendigung der Gruppentherapie (Zitat):

„Die Essprobleme haben sich etwas gelegt. Also ich esse jetzt wieder regelmäßiger. Ich habe zwar noch Probleme mit dem Frühstück ... Es kommt auch vor, dass ich zweimal am Tag warm esse, zwischen ... und das Erbrechen hat sich also auch gelegt. Und es war ja also teilweise schon so, dass ich nach dem Essen nur dran denken musste, und dann musste ich schon erbrechen... Seitdem fühle ich mich auch besser. Also ... ja und dann hat sich mein Appetit verbessert. Ich habe momentan auch ganz wenig Probleme mit der Wirbelsäule, ich kann mich also wieder richtig bücken, also auf den Boden. ... Sachen arbeiten, im Moment lege ich da so ein paar Fliesen im Haus wieder. Ohne dass ich dann aufstehe und höllische Schmerzen bekomme, also ... ich denke, da gibt es Zusammenhänge. Ich werde diesen Weg also unbedingt weitergehen...“

Ebenso können sich Klienten mit Antriebsschwäche oder Phlegmatie aus dem musikalischen Improvisieren Energie holen, - es ergibt sich meist eine harmonisierende Komponente durch die Musik. Entweder gibt die Erfahrung mit anderen Zeitmustern und Rhythmen den Überspannten und Angestregten Entlastung und funktioniert als Ventil, um Druck abzulassen oder sie lässt sonst zurückhaltende, gehemmte oder sehr kontrollierte Menschen schwungvoller und lockerer werden.



Die Laute und Bewegungen eines Menschen, sein Zuhören und Reagieren, seine interaktionalen Fähigkeiten erfahren neue Muster in der Musik und können dadurch möglicherweise anders koordiniert werden. Diese Übertragung geschieht oft unbewusst - wie wir auch in unserer Klientengruppe beobachten konnten, hatten Katja, Tom und Miriam ihre gesamte persönliche Erscheinung während und nach des Musikmachens anders eingesetzt. Mimik, Gestik, Bewegung, Sprechverhalten waren jeweils deutlich verändert im Vergleich zu der Phase vor der Improvisation. Um bei den genannten Beispielen zu bleiben: Miriam konnte ihre Stellung in der Familiensituation ändern; während sie vorher unbeweglich im Mittelpunkt des Familienkreises stand, `wie die Spinne im Netz` alle Fäden in der Hand haben wollte, was eine unbewältigbare Stresssituation darstellte und sie äußerst anspannte, konnte sie während der Improvisation den Platz verlassen, sich auf andere einhören, den Körper lockerer bewegen. Nach der Improvisation fiel uns Forschenden auf, dass sich ihr Gesicht entspannt hatte, es gab nicht mehr das `nette Klein-Mädchen-Lächeln` auf ihrem Gesicht, sie wirkte offener, natürlicher und unmaskiert. Ihr Sprechverhalten war intensiver geworden, ihre Gestik bewegter.

Auch bei Tom war nach der Improvisation mit der Oceandrum festzustellen, dass sich seine Sprachmelodie auffällig verändert hatte. Vorher hatte er eher etwas leidend, ruhig und mit monotoner Melodie gesprochen, nach dem Sich-fallen-lassen-Können in dem Rauschen der Oceandrum hatte sich auch sein Stimmumfang erweitert. Er sprach lebhafter, hatte ein fröhlicheres Timbre in der Stimme und zeigte eine etwas offenere Körpersprache (vorher war er eher motorisch etwas eingeschränkt vom Forschungsteam gesehen worden). Am deutlichsten ist wohl Katjas Beispiel, um Veränderungen in der Mobilität aufzuzeigen; - sie hatte sich zum ersten Mal so natürlich die Impulse aus dem Improvisieren mit hinaus nehmen können; sie trug ein Lächeln auf dem sonst meist bewegungslos gehaltenen Gesicht, sprach mit bewegterem Stimmklang, energetischer, emotional und hatte sich durch die Erlaubnis ihrer Mitspielerin immer wieder noch mehr Zeit nehmen dürfen, sich musikalisch zu Wort zu melden, was sie sonst nie in Worten getan hätte. Bei Katja war das andere Erleben der Zeitqualität wohl der wichtigste Punkt, sich ausweiten und darstellen zu dürfen, mit den zarten Klängen der Stabglöckchen, die ihr eine so neue Form des Ausdrucks erlaubten. Hier konnte sie das Bild von sich komplettieren und später in der Nachbesprechung ein stimmigeres, gesundes, ganzes Erscheinungsbild in die Runde stellen.

So bietet also die kreative Musiktherapie die Möglichkeit, wichtige Aspekte des Selbst dynamisch und aktiv neu zu erleben und auszudrücken, was sich psychologisch und physiologisch beobachtbar macht. Das Individuum kann sein Repertoire an Bewältigungsreaktionen erweitern, neue Lösungen für Probleme finden und damit selbstheilende Fähigkeiten unterstützen. Der Mensch kann neue Abläufe und Wahrnehmungen von Zeit und Raum erproben, um sich seiner Prägung und Begrenzung im alltäglichen Leben bewusst zu werden und andere Dimensionen mit einfließen zu lassen, die ihn entlasten oder neu ermutigen. Dadurch ist er in der Lage, seine aktuelle Lebensqualität zu beeinflussen, sein Wohlbefinden zu steigern und momentane Beschwerden als weniger dramatisch - da veränderbar - zu erleben.

Das zeigen auch die beiden Äußerungen der Teilnehmer Lars und Ines, die in den musikalischen Anteilen der Therapie neue Ausdrucksmöglichkeiten für sich entdecken konnten:

**Klientenbeispiel:**

Der Teilnehmer Lars stellte seinen wichtigen Bezug zur bewegenden Kraft der Musik im anschließenden Nachinterview nach Beendigung der Gruppentherapie (Zitat):

„... bei mir war es vor allen Dingen die Musik. Da bin ich halt ... wirklich ... gerade bei den freien Improvisationen ... hat wirklich mordsmäßig Spaß gemacht, und da habe ich halt gemerkt, dass sich bei mir da einiges bewegt. Und das ist ja ... Gott sei Dank, muss ich sagen, die letzten beiden Male auch entsprechend aufs Tablett gekommen. Aber ansonsten war mir der ... hätte ich gerne den musikalischen Anteil, und gerade so mit Selbst-Musik-Machen ... wäre mir lieber gewesen, wenn der ein bisschen größer gewesen wäre.“

**Klientenbeispiel:**

Die Teilnehmerin Ines formulierte ihre erlebten Musikkontakte im anschließenden Nachinterview nach Beendigung der Gruppentherapie (Zitat):

„Also einmal habe ich bei so einer ... Tonübung ... wir sollten, glaube ich, nur irgendwelche Töne ausstoßen. Jeder wie er mag, glaube ich - das wird ja, Gott sei Dank, ganz locker gehandhabt, das hat mir übrigens sehr gut gefallen, dass überhaupt kein Zwang ausgeübt wurde - und ... das hat mir sehr viel gebracht. Unter Zwang geht bei mir überhaupt nichts.“

Ich habe dann bei meinem Analytiker auch noch Gruppentherapie gemacht, aber da hat man halt nur gesprochen. Während so diese anderen Techniken mit den Tönen und den Bewegungen und so, ich denke, das spricht einen auf viel breiterer Ebene an. Das fand ich sehr gut an der ganzen Sache. Das man immer auch versucht hat seine Stimmungen mit Instrumenten darzustellen.

Ich spiele ja kein Instrument, aber ich habe zum Teil richtig Spaß dran gekriegt mich mit dem Instrument auszudrücken, es zu versuchen so, das war mir dann auch egal, ob das schön oder schlecht klingt, oder was. Sondern einfach mal probiert.“

### **9.3. Die Auswertung der Nachinterviews**

Direkt nach dem Ende der Gruppentherapie wurden die Klienten nochmals einzeln befragt und machten Aussagen über Prozesse, Veränderungen und Therapieanteile, Wahrnehmungen und Selbsteinschätzung. (Der genaue Wortlaut der Klientenäußerungen ist bei Bedarf als Tonband-Transskript in meiner persönlichen Forschungsgruppen-Datensammlung einzusehen.)

#### a) Miriam (Interview am 09.02.1998)

Sie betonte, dass die Therapie entgegen ihrer Annahme ihr etwas gebracht hätte. Sie hätte sich anderen Leuten gegenüber öffnen können, hätte gemerkt, dass sich etwas an ihr geändert hätte, dass sie andere Menschen kennengelernt hätte, und das Gefühl gehabt habe, aufgewacht zu sein. Es wäre viel passiert in den Sitzungen, vor allem wäre sie durch die Musikdialoge überrascht gewesen. Sie hätte nicht gedacht, dass musikalische oder instrumentale Dialoge etwas Echtes widerspiegeln könnten. Musikalisches Spiel hätte eine Bedeutung bekommen für sie, sie hätte sich ausdrücken können, entspannen, eine neue Welt eröffnen, ihr Bewusstsein und ihre Empfindungen erweitern können. Auch in chaotischen Situationen hätte sie Strukturen erkennen oder den Wandlungsprozess zwischen Chaos und Ordnung beobachten können. Musikalisches Chaos wäre kein Krach für sie gewesen. Durch Musik hätte sie das ausdrücken können, was sie nicht mit Worten hätte sagen können; diese Gedanken wären ihr erst nach der musikalischen Improvisation gekommen. Die Musik wäre eine Art Katalysator, ein Hilfsmittel, gewesen, wobei sie reines Musizieren ohne anschließendes klärendes Gespräch nicht hätte nutzen können. Ihr wäre das Besprechen des Geschehenen wichtig gewesen. Während der Therapie hätte sie sich einem anderen Menschen gegenüber zu einer Partnerschaft öffnen können, hätte dann zwar erkannt, dass es nicht die richtige Beziehung gewesen wäre und hätte sich dann wieder getrennt, wäre aber sehr froh, dass sich in diesem auch körperlichen Problembereich etwas getan hätte. Sie hätte das Gefühl, dass durch die Therapie mehr Energie und ein starker Wille freigesetzt worden wäre und sie aktiver geworden wäre. Sie hoffte, dass sich das auch auf ihr Studienverhalten ausweiten würde. Sie erwähnte auch andere Kontaktfindungsmöglichkeiten innerhalb der Gruppe. Auf ihre anfängliche Zielvorstellung hin angesprochen, erinnerte sie sich daran, dass sie nicht so ängstlich und schüchtern hatte sein wollen, ihre Entscheidungen nicht auf Rat anderer Leute treffen und selbstsicherer hatte auftreten wollen. Durch die Therapie hätte sie gelernt, die große Entscheidung in Bezug auf die Partnerschaft durchzusetzen, wäre zwar dann etwas verunsichert gewesen, hätte sich dann aber wieder ein stabileres Gefühl zugetraut.

Anfänglich hätten sie die Beobachtung durch die Kamera bei der Gruppensitzung gestört, dann wäre dies aber immer unwichtiger geworden. Den meditativen Geschichten von Michael Wolfart hätte sie nicht so gut folgen können, ihre Gedanken wären ihre eigenen Wege gegangen und hätten um die eigene Problematik gekreist; ihr Medium wäre eher die Musik gewesen und die Gefühle, die dabei freigesetzt worden waren. Und wenn sie selbst in Aktion hatte treten müssen.

Einmal hätte sie sich explizit ein Feedback von der Gruppe geholt, was ihr emotional und gedanklich sehr viel gegeben hätte. Anfangs wäre sie bei der Gruppenzusammensetzung von mehr Studierenden und Altersgenossen ausgegangen, wäre dann aber doch positiv überrascht gewesen und hätte sich manchen näher gefühlt, als sie vorher annehmen wollte.

Die zwei sehr unterschiedlichen Gruppenleiter hätte sie gut gefunden und deren Zusammenarbeit geschätzt. Manchmal hätte sie sich etwas über die Gruppenteilnehmer aufgeregt, wenn diese ihre Redezeit überdehnten und dann zuwenig Zeit für andere blieb. Die Pause während der Sitzung wäre ihr zum Verarbeiten sehr wichtig gewesen. Sie überlegte, ob die Therapeuten hier mehr hätten strukturieren sollen, und hätte sich vielleicht noch einen Einzeltermin zum Besprechen der Vorkommnisse beim Therapeuten gewünscht. Sie hätte ihren Therapeuten während des Zeitraumes der Gruppe aufgeben müssen und wäre sich anfangs etwas verloren vorgekommen. Nach der Kurzzeittherapie würde sie irgendwie weitermachen wollen mit ihrer Entwicklung, vielleicht zuerst einmal alleine, bevor sie ihren alten Therapeuten wieder anrufen wollte. Gerne hätte sie noch einige Stunden Therapie mit der Gruppe gemacht, die ihr Dinge zeigen konnte, die sie in der Einzeltherapie nicht bearbeiten konnte, weil sie dadurch nicht konfrontiert worden wäre.

b) Tom (Interview am 04.02.1998)

Diese Gruppe war seine erste Form von Therapie, und Tom fand insgesamt die Sitzungen erfrischend, fast zu kurz, er erzählte, dass er sie unheimlich genossen hätte. Die Therapie hätte ihm etwas gebracht, in dem Sinne, dass er ruhiger, gelassener geworden wäre und Probleme nun besser angehen könnte. Er wäre ausgeglichener geworden und wäre sehr überrascht, was ihm in der Gruppe angeboten wurde und welche Reaktionen innerhalb der Gruppe entstanden. Im Vergleich zu dem Zustand vor und nach der Therapie hätte er neue Erkenntnisse, die ihm nun helfen würden, seine Probleme anders zu betrachten, sie nicht mehr auf andere Menschen zu verlagern, mehr auf sein inneres Empfinden zu achten; er würde weiter an sich arbeiten wollen.

Er nannte vor der Therapie als Ziel, gelassener werden zu wollen, andererseits aber auch Stärke zeigen zu können und erkannte jetzt, dass es ihm besser gelänge, alles nicht mehr so eng zu sehen. Auch wäre er fähiger geworden, sein Durchsetzungsvermögen zu stärken, seinen Zielen näher zu kommen und seine Anforderungen an sich selbst herunter zu schrauben. Somit könnte er nun anders auf neue Menschen zugehen und fühlte sich eher akzeptiert. In der Therapie hätte er richtig aus sich herausgehen können, über das für ihn übliche Maß, da ihm die Gruppe genügend Sicherheit geboten hätte. Er hätte nicht das Gefühl gehabt, jedermann überzeugen zu müssen, hätte sich nicht verstecken müssen, hätte sich frei gefühlt und sich geben können, wie er wollte. Als er in der letzten Therapiestunde die Möglichkeit zu Malen hatte, hätte er selbst sehr darüber gestaunt, was aus seinem Können heraus entstehen können. Gefühle hätten in Bilder und Farben umgesetzt werden können. Verborgene Talente würde er nun eher beachten und hätte auch das Gefühl, anderen helfen zu können. Gestärkt von den Erfahrungen in der Gruppe hätte er im Privatleben eine Ablösung von seinem Vater durchgesetzt, dem er eine Konspiration mit seiner Frau vorwarf. (Er hatte wohl schon länger ein schwieriges Verhältnis zu seinem Vater und fühlte sich hintergangen.)

Die Trennung von seinem Vater bedauerte er zwar, doch bezeichnete er dies als großen Schritt, den er Jahre vor sich hergeschoben hätte. Nun hätte er das Problem bewältigen können und wäre stolz auf seine Kraft. Er hätte sich auch durch andere Geschehnisse in der Gruppe sehr berührt gefühlt, z. B. sich für einen Gefühlsausbruch einer Mitklientin verantwortlich gefühlt, die bei Atemübungen parallel zu seinem Atemrhythmus gesummt und getönt hatte (was allerdings nichts mit ihm zu tun gehabt hätte, wie er danach aufklären konnte).

Ein `Aha-Erlebnis` hätte er intensiv bei der meditativen Geschichte von Michael Wolfart gehabt, bei der er erkannt hätte, welche innere Kraft er aus der Vorstellung der Verbindung mit dem Element Wasser schöpfen konnte. Er hätte Meeresrauschen und Walgesänge assoziiert und das entsprechende Instrument dazu gefunden: die Oceandrum, die er während einer Improvisation ganz versunken handhabte. Daraus wäre auch seine Idee entstanden, sich eine CD mit solchartiger Meditationsmusik zu kaufen, bei deren Erklingen er Stress abbauen und ein besseres Körpergefühl bekommen könnte. Seine Erfahrungen aus der Therapie hätte er selbstständig in den Berufsbereich transportieren können, wo er sich selbstsicherer erleben konnte, sich nicht mehr so beobachtet fühlte und sich zutraute, in Machtverhältnissen unter Kollegen etwas ändern zu können. Als Thema der Gruppe insgesamt hätte er das Abbauen des Leidensdrucks eines jeden Teilnehmers als wichtig erachtet; seien es psychosomatische oder seelische Beschwerden, körperliche Beeinträchtigungen oder Problematiken und Traumata aus der Kindheit. Dabei wäre die Musik eine besondere Hilfe für ihn gewesen, die es allen ermöglicht hätte, Emotionen hochzusprudeln und berührt zu sein. Anfangs wären ihm alle Anleitungen etwas schwer gefallen, da er sich auf neuem Terrain bewegte, doch mit der Zeit hätte er die Freude genossen, alles ausprobieren zu können und sich in der großen Familie sicher zu fühlen. Er wäre sich hilfreich und wichtig vorgekommen, hätte manchmal eine leitende Funktion in der Gruppe annehmen können und hätte sich von den anderen akzeptiert gefühlt. Auch in der musikalischen Improvisation hätte er andere Teilnehmer inspiriert; das freie Zusammenspiel hätte schöne Klänge bis hin zu aggressiven Tönen ermöglicht, nonverbales Kommunizieren, chaotische Elemente, Regelungen etc. Die Gruppe hätte sich um jeden gekümmert. Berührungängste hätten abgebaut werden und ein Nehmen und Geben stattfinden können. In den Geschichten und Erlebnissen der anderen hätte er Parallelen zu seinem Leben, und er hätte gelernt, mit anfangs schwierigeren Teilnehmern umzugehen. Nun würde er andere Menschen besser einschätzen können. Die Gruppenleitung fand Tom ausgewogen, Meditieren, Traumreisen und Besprechungen hätte Michael Wolfart beruhigend geführt und Sabine Rittner hätte die musikalische Seite passend ergänzt; unheimlich professionell und ausgeglichen wäre ihm die Zusammenarbeit erschienen. Tom hätte sich noch weitere Sitzungen gewünscht, und die Aufzeichnung der Sitzungen hätte ihn nicht direkt gestört, er erhoffte sich sogar, dass durch die Beforschung einige Menschen etwas von ihm lernen könnten. Darüber wäre er sehr erfreut und stolz. Die Erfahrung der Therapie hätte ihn ein Stück erwachsener werden lassen und seine Minderwertigkeitskomplexe ein wenig abgebaut.

c) Katja (Interview am 18.03.1998)

Katja erzählte zuerst, dass ihr die Therapie auf alle Fälle etwas gebracht hätte, vor allem würde sie einige Wochen nach Therapieausgang die Musik vermissen, die musikalischen Elemente. Zwar hätte sie die Gesprächsanteile in den Sitzungen auch sehr wichtig gefunden, doch gerade durch die Musik eine Entspannung gewonnen und sich daran gewöhnt. Sie wäre auf ihrem Weg zur Eigenständigkeit einen Schritt weiter gekommen und hätte den Prozess der Abgrenzung fortgesetzt. Ihr Hauptziel, mit dem sie in die Therapie gegangen war, wäre gewesen, Selbstbewusstsein zu erlangen und sich von anderen abgrenzen zu können, Kritik akzeptieren und trotzdem ihren Weg gehen zu können. Darin wäre sie von innen heraus bestärkt geworden. Gespräche mit Gruppenmitgliedern und Therapeuten hätten andere Lösungswege eröffnet, und in den Problemen der anderen hätte sie sich wiederfinden können. Besonders durch die Musik wäre dann noch mehr in Bewegung gekommen, sie hätte mehr ausdrücken können und wäre gelöster geworden.

Insofern hätte es bei ihr eines von mehreren `Aha-Erlebnissen` in Bezug zu einem gewissen Musikinstrument, den Stabglöckchen gegeben, die sie in einer Improvisation gespielt hatte. Sie hätte dadurch Zugang zu ihrer Gefühlswelt bekommen, hätte Belastungen nach außen kehren können, sich bewegt gefühlt und die Chance des Selbstaudrucks in der Gruppe genutzt, obwohl dafür sehr viel Mut nötig gewesen wäre. Wenn keine Musik gemacht worden wäre, hätte man nicht so viel nonverbal ausdrücken können, wäre nicht so gut in die Stimmung gekommen, etwas erzählen zu wollen und wäre nicht so locker geworden. Anfangs hätte sie eher ein Bedürfnis nach harmonischen Klängen in der Musik verspürt, hätte aber immer mehr auch chaotische Anteile aushalten und selbst gegen den Strich spielen oder tönen können, lauter trommeln als andere Klienten und etwas aus der Reihe fallen können. Die Gruppe hätte ihr das Gefühl gegeben, sich ausleben zu können und trotzdem akzeptiert zu werden.

Auf die meditativen Geschichten von Michael Wolfart hätte sie sich anfangs nicht so einlassen können, wäre aber dann aber durch spezielle Inhalte doch sehr beeindruckt worden, weil sie einiges selbst auf ihre Familiengeschichte hatte übertragen können. Wobei sie auch einiges erklären konnte, wäre eine Traumdeutung oder -auslegung ihrer Erzählung durch die Therapeuten gewesen, ebenso wie eine bestimmte Abgrenzungsübung, die sichtlich den Raum einer Person verdeutlicht hatte (Kreidekreis um sich herum auf dem Boden zeichnen zur Abgrenzung zu anderen). Als symbolische Erinnerungshilfe läge die Kreide nun zu Hause auf ihrem Regal und sie würde sich gerne an die Erlebnisse der Therapiestunde erinnern, könnte nun besser ihre Position im sozialen Umfeld einstufen. Diese Freiheit-/Abgrenzungs-Übung mit Partnern aus der Gruppe hätte sie als schwierig empfunden, doch ebenso als sehr hilfreich, wodurch sie sich danach übernatürlich gut gefühlt hätte.

Sie suchte nach der Begründung, was ihr so gut getan hatte und setzte das körperliche und seelische Wohlfühl in Verbindung zu Gemeinschaft, Vertrauen, Geborgenheit und Akzeptanz. Nach der Sitzung hätte sie sich total ruhig, ausgeglichen, von innen heraus stark gefühlt, ihrem Sohn widersprochen (was sonst ein großes Problem gewesen wäre). Das Genervtsein hätte abgenommen und sie hätte sich sicherer bewegen können.

Ihr Hin- und Hergerissensein zwischen der Position, dem Kind Grenzen zu setzen, und dem Verhalten, es nicht zu stark einzuengen, würde aus ihrer eigenen Kindheitserfahrung stammen, zu eng begrenzt worden zu sein. Auch besäße sie Schuldgefühle gegenüber ihrem Sohn, wenn sie ihn aufgrund des Studiums in Aufsicht gäbe ('schlechte Mutter').

Nach den Therapiestunden hätte sie mit einer starken und selbstbewussten Haltung dieses Problem angehen können und würde sich nun gerne öfter diesem Idealzustand nähern. In der Gruppe wäre es ihr etwas schwer gefallen, selbst die Initiative zu ergreifen, nach den ersten drei Sitzungen hätte sie sich dann aber doch den Raum für ihr Erleben nehmen können. Obwohl sie oft eine eher weinerliche Stimmung verspürt hätte, hätte sie sich selbst zureden können, die Chance zu ergreifen und Nutzen aus den Gesprächen und Aktionen ziehen.

Die Aufzeichnung der jetzigen Therapie hätte sie als etwas nervend empfunden, vor allem die zu späte Einholung der Erlaubnis der Fachveröffentlichung durch die Forschenden.

Die gemischte Gruppenzusammensetzung hätte ihr keine Probleme bereitet, sie hätte das Programm sehr inhaltsreich empfunden; es wäre ihr leichter gefallen, sich nur auf einen Gruppenleiter zu konzentrieren, wobei sie beide Therapeuten sehr hilfreich empfand und diese sich ihrer Meinung nach gut ergänzt hätten. Die Sitzungszeit von drei Stunden wären für sie wie im Flug vergangen, doch die Pausen wären zur Erholung auch nötig gewesen.

Sie überlegte, ob sie weitere Therapieangebote ab dem nächsten Semester wahrnehmen sollte, was mit einem Zeitproblem verbunden wäre. Eine Vorlesung für das Studium, die nach der Sitzung anberaumt gewesen wäre, hätte sie ausfallen lassen, damit sie sich nicht wieder unter Stress setzte.

Gerne hätte sie weitere Therapiestunden in der Gruppe erlebt, hätte dann vielleicht noch mehr Blockaden abbauen können, andererseits hätte ihr die zeitliche Grenze gut getan, sonst wäre der Prozess der Entwicklung nicht so schnell in Gang gekommen. Sie erinnerte sich an eine Situation in einer Stunde, in der sie von Michael Wolfart die wohlthuende Mitteilung bekommen hätte, dass sie sich ganz anders verhalten konnte, als sie sich vorher selbst geschildert hatte - sie hätte in Ruhe verschiedene Instrumente ausprobiert, sich Zeit genommen, bevor sie sich für eines entschieden hatte. Dies hätte der ganzen Gruppe ermutigende Impulse gegeben. Sie erkannte, dass sie selbstbewusst aufgetreten war, indem sie eine therapeutische Anweisung nicht befolgt, sondern nach ihrem Wunsch gehandelt hatte.

Im Rückblick auf die Gruppe hätte sie neue Kontakte gewonnen, andere Menschen kennen und schätzen gelernt und dachte gerne an die Begegnungen zurück. Ein Mitklient, den sie an der Uni wiedergetroffen hätte, hätte ihr sogar fachlich weiterhelfen können, was sie sehr gefreut und ermutigt hätte. So hätte sie auch die gesamte Gruppe sehr unterstützend, überschaubar und doch sehr variabel in der Zusammensetzung wahrgenommen. Als Nachwirkung der Therapie hätte sie für sich eine Veränderung ihrer äußeren Umgebung bewirken können, - sie hätte ihre Wohnung farbig gestrichen, in den unterschiedlichsten bunten Tönen! Inspiriert von den Geschehnissen und Traumerlebnissen hätte sie bewusst die Farben geändert und damit ein ganz anderes Wohlgefühl erreicht, sähe sich selbst kreativer und fröhlicher.

#### **9.4. Zusammenfassung der katamnestischen Nachinterviews (ein halbes Jahr nach Therapie) und der Nachbeurteilungen durch die Therapeuten**

*Zum Wortlaut des Interview-Leitfadens siehe **Anhang 7***

##### a) mit Miriam am 14.7.1998

Miriam erzählte, es ginge ihr derzeit ganz gut, sie hätte ein wenig Stress in der neuen Wohngemeinschaft, sie berichtete aber auch von einem neuen Freund (der unter diversen Krankheiten litt), mit dem sie seit drei Monaten zusammen wäre. Während der Therapie hätte sie sich einem anderen Teilnehmer genähert, die Beziehung nach einer Weile wieder beendet und wäre nun in einer Partnerschaft mit dem neuen Freund.

Seit der Therapie hätte sie gewisse Einblicke in ihr Leben erhalten, Verhaltensmuster durchschauen können und würde sich nun sicherer in der Durchsetzung ihres Studiums fühlen, was ihr vorher große Probleme bereitet hätte. Nach dem Wunschziel zu Beginn der Gruppentherapie gefragt, nannte sie zögernd, dass sie wohl weniger Angst hätte haben wollen. Im Lauf der Therapie hätten sich die Ziele differenziert, Miriam meinte, sie sei `bereiter` geworden, könnte sich besser annehmen, sich reflektieren. Ihren Zielen wäre sie näher gekommen, die Leute (Familie, Freunde, Fremde) würden sie eher offen wahrnehmen, sogar fremde Menschen reagierten positiver auf sie.

Hilfreich bei dieser Entwicklung wäre das Feedback der Gruppe während der Therapie gewesen; was sie selbst dazu beigetragen hätte, wäre ihr nicht richtig bewusst. Miriam vermisste die Therapie richtig, ihr fehlte die Gruppe und sie wünschte sich die Erlebnisse, die sie weiterbringen würden ("So tappe ich alleine rum" meinte sie wörtlich). In ihrem familiären Bezugssystem könnte sie ihre Änderungen im Verhalten durchsetzen: sie telefonierte nicht mehr so oft mit der Familie, was ihr ganz gut täte. Nach einem halben Jahr sähe sie dann ihre Eltern wieder und könnte es wertschätzen, dass es sie gab! Ihnen gegenüber könnte sie erst jetzt ihre eigene Meinung besser vertreten, was die Eltern bemerkten. Miriam erinnerte sich besonders an eine Einzelarbeitssituation in der Gruppe, die hierzu soviel aufdecken konnte (ihre Familienstruktur war aus Teilnehmern mit Instrumenten nachgestellt worden, die auch musiziert hatten, und Miriam konnte sich überall hinbewegen und wahrnehmen und umstellen). Zuvor hätte sie sich in der Therapie etwas zu kurz gekommen gefühlt, was sie nicht ausgedrückt hätte und insofern war diese außerordentliche Zuwendung sehr wichtig für sie.

Ein besonderes privates Thema wäre bei ihr mit der Abgrenzungsübung mit der Kreide erreicht worden; sie hätte mit Michael Wolfart zusammen die Übung gemacht und klar eine Grenze gesetzt bekommen, was ihr das Thema des Verlassenwerdens bewusst gemacht hätte. Insgesamt hätte sie die Bewegungen, die Musik und die Gesprächsanteile gleichwertig wichtig empfunden; die Improvisationen hätten ihr manchen Weg bereiten können, um nachher in die verbale Kommunikation zu gehen. Phantasiereisen und Geschichten hätten sie weniger angesprochen. Von den Therapeuten hätte sie weniger Reflexionen bekommen, besonders zu Herzen wären ihr die Rückmeldungen der anderen Klienten gegangen, welche selbst betroffen gewesen waren. Nach den Erlebnissen hätte sie eher regelmäßiger oder längere Pausen in den Sitzungen gebraucht, manche Traumreisen oder Geschichten wären ihr speziell zu lang gewesen. Die längere Therapiepause während der Weihnachtsferien (nach der 10. Stunde) wäre ihr zu lang vorgekommen.



Die Beforschung durch die Kameras hätte sie nicht so gestört, das Ausfüllen von Fragebögen hätte sie unschön empfunden, da sie sich in den Rastern nicht wiederfinden konnte. Während des Therapieverlaufs hätten außerhalb der Gruppe Streitgespräche mit ihrer Schwester stattgefunden, was sehr laut und unangenehm abgelaufen wäre.

Miriam meinte, sie könnte noch nicht streiten; von der Schwester wäre sie als egoistisch und verschlossen bezeichnet worden. Eine gewisse Unzufriedenheit spiegelte sich jetzt noch in ihrem Leben, bei einem Streit fühlte sie sich immer wieder ungerecht behandelt oder bevormundet, allerdings würde sie sich nicht mehr so pessimistische Gedanken wie vor der Therapie machen. Auch hätte sie nicht mehr so viele Skrupel, wie sie erzählte. Weitere Therapiepläne hätte sie erst mal noch nicht; ein Gespräch in der Psychosozialen Beratungsstelle hätte sie angenommen, wäre da aber sehr angegriffen worden und hätte den nächsten Termin abgesagt, weil sie eher handeln wollte, als reden. Ärger über sich selbst und die eigene Unsicherheit wären noch Thema. Der Therapeut stellte bei diesem Nachgespräch viel mehr Ernsthaftigkeit fest, das kindliche Lächeln und die Nettigkeiten wären verschwunden, sie würde eher unbequemer, was ein wichtiger Ablösungsprozess mit sich bringen müsste. Sie stimmte zu (Originallaut:) "Ich werde gerade ein etwas unliebsamer Zeitgenosse." Sie meinte, dass ihr Therapeut sie viel präsenter und offener erlebt hätte.

b) das Nachinterview mit Tom wurde geführt durch Michael Wolfart; die sehr persönlichen Aufzeichnungen können für diese Arbeit aufgrund des nötigen Patientenschutzes leider nicht zur Verfügung stehen, da weitere unvorhergesehene Lebensereignisse in der Katamneseperiode dazukamen und in einzeltherapeutischer Betreuung geklärt werden mussten.

#### c) mit Katja am 13.7.1998

Verglichen mit der Zeit des ersten anamnestischen Gesprächs ging es Katja zwar wechselhaft, der Zustand war schwankend, doch insgesamt fühlte sie sich besser und stabiler. Gefragt, was sich seit der Therapie für sie verändert hätte (unabhängig davon, ob sie das auf die Therapie zurückführte oder nicht), antwortete sie, sie würde mehr an sich denken, es nicht mehr allein recht machen müssen, sich mehr abgrenzen können und würde auch keine Gewissensbisse mehr dabei verspüren.

Als eigengesetztes Ziel zu Beginn der Gruppe erinnerte sie sich daran, dass sie selbstbewusster hätte werden wollen. Im Laufe der Therapie hätten sich durch die Gespräche und die Musik Lösungen entwickelt: für die familiäre Situation; durch die Familienaufstellung einer anderen Teilnehmerin hätte sie selbst Mut zur Ablösung von der Familie bekommen. Dies war ein vorher nicht formuliertes Ziel gewesen, was dazu gekommen war und zu welchem sie sich vorher nicht getraut hätte (sie weinte beim Berichten!). Auch die Trennungsschritte einer anderen Klientin mitverfolgen zu können, hatte ihr Kraft gegeben, obwohl sie die eigene Trennung von der Mutter vor eineinhalb Jahren wieder hätte aufleben lassen. Geändert hätte sich das Abgrenzungsverhalten, was sie dadurch gemerkt hätte, dass sie eine Einladung einer Freundin absagen konnte, welche immer so negativ redete. Katja wollte eher das Positive sehen und erzählte diese Geschichte von der Freundin sehr erregt.

An der Gruppe konnte Katja viel bei anderen mitlernen und erleben, speziell bei Darstellungen der Familienstrukturen und -skulpturen. Sie selbst fand ihre regelmäßige Teilnahme an den Sitzungen sehr wichtig; sie hatte die anschließende Vorlesung oft versäumt, um die Therapie nachwirken lassen zu können. Auf jeden Fall hätte die Therapie ihr etwas gebracht - ihr Freundeskreis und vor allem ihre Mutter würden das wahrnehmen. Katja ließe sich nicht mehr so beeinflussen von der Mutter, welche sich darüber beschwerte. (Mutter sendete double-bind-Botschaften.) Der Invasion der Mutter in ihre Wohnung und in ihr Privatleben würde sie eher standhalten können, da sie in sich ruhiger und gestärkter geworden wäre. Besonderes Schlüsselerebnis zu dieser Abgrenzungsthematik wäre für sie die Übung, auf dem Boden sitzend einen Kreidekreis um sich ziehen, der den eigenen Schutzraum markierte. Dies hätte ungemein ihr Selbstbewusstsein gestärkt, und sie hätte das Stück Kreide lange auf dem Regal zu Hause liegen gehabt. In der Nachbearbeitung einer ihrer Träume war das Wort `Missbrauch` gefallen, was als frühe Erfahrung der Grenzverletzung tief in ihr wurzelte.

Durch die Musik und die Wahl der Instrumente hätte sie viel gelöster werden können. Die Instrumente hätten sogar für sie sprechen können: "Man braucht die Geschichten nicht zu erzählen, man kann sie auch durch die Musik erkennen." - Katjas Ausspruch im Interview. Auch hätte sie mal die Initiative ergreifen können, wo sie sonst lange gezögert hatte. Ebenfalls hätten die Phantasieereisen sehr gut getan, speziell eine mit der Thematik des Lebensbaumes, Stammbaumes ... (sie weinte wieder im Interview). Vater und Mutter, die Eltern- und Vorfahrenrolle hätte sie anhand dieser Geschichte versinnbildlichen können. Mit den Körperübungen wäre sie nicht so zurechtgekommen, da sie sich aufgrund der Kameras nicht so gut gehen lassen konnte.

Aber die beiden Therapeuten zu haben hätte gut getan, sie wäre erleichtert und befreit in dieser Mischung aus Gespräch und Musik und anderen Anteilen gewesen. Leider hätte die Kamera sie immer gestört, sie meinte, sie hätte sich unmöglich bewegt und fand sich immer zu fett. (Sie hatte im letzten halben Jahr wieder zugenommen, war während des Gesprächs oftmals vehement, manchmal verlor sie sich in ihren Schilderungen, etwas verwirrt.) Als aktuelle klärungsbedürftige Problematik nannte sie den Wunsch, dass ihre Umwelt sich mehr um sie kümmern sollte, und dass sie nicht so ausgenutzt werden würde. Sie wäre immer so offen und ehrlich gegenüber anderen, womit sie sich oft in die Nesseln setzte. Auch empfand sie das Geschlechterverhältnis sehr anstrengend, erlebte Männer oft chauvinistisch. So hatte sie auch einen Vorgesetzten während eines Vorstellungsgesprächs erlebt, der sie in Grund und Boden redete, worauf sie nach 15 Minuten völlig erledigt war. Also würde schon die Überlegung anstehen, sich nach geeigneter therapeutischer Hilfe nochmals umzusehen.

## **9.5. Weitere Ausführungen zu der exemplarischen Einzelfallstudie Klientin Katja**

Im Folgenden möchte ich einen Einblick vermitteln in die Ausführlichkeit unserer Datengewinnung und der verschiedenen Forschungsperspektiven und füge deshalb beispielhaft für eine Klientin eine Quellen-Zusammentragung an; die wortgetreuen Forschungsberichte können auf Anfrage in meiner Forschungsprojekt-Datensammlung eingesehen werden.

**Abkürzungen für die einzelnen Forschungsberichte der Klienten, welche aufgrund ihres Umfangs und ihrer Ausführlichkeit hier exemplarisch für Klientin Katja zusammengefasst sind:**

- HH:** Arztbericht zur Einschätzung der Klientin Katja (von Rainer Holm-Hadulla)
- CK:** Eigene Stellungnahme zum Arztbericht + Auswertung der Video-Aufzeichnungen + Forschungsgruppen-Protokolle während + nach der Therapie (von Christine Klaar)
- SR:** Einschätzung der Klientin Katja nach Rainer Holm-Hadullas Bericht und eigenem Erleben in der Therapie (von Sabine Rittner)
- MW:** Einschätzung der Klientin Katja nach Vorgespräch und eigenem Erleben in der Therapie (von Michael Wolfart)
- HJ:** Einschätzung der Klientin Katja nach Int. und Forschungsbeobachtungen (von Henrik Jungaberle)
- Vor:** Zusammenfassung des halbstrukturierten Interviews (1,5 h Vorgespräch) (26.9.1997) (von Henrik Jungaberle)
- Rück:** Zusammenfassung der persönlichen Rückmeldung Katjas nach Abschluss der 12 Gruppentherapie-Sitzungen an Sabine Rittner und Michael Wolfart
- Nach:** Zusammenfassung nach der wörtlichen Abschrift (von Christine Klaar) des Nachinterviews (18.3.1998) nach den Sitzungen (von Henrik Jungaberle)
- Video:** wörtliche Abschrift gesprochener Äußerungen Katjas und beschreibende Beobachtung nach Video-Auswertung (von Christine Klaar)
- Kata:** Katamnestisches Interview der Patienten durch die Therapeuten (ein halbes Jahr nach der Therapie)
- Gesamt:** Zusammenfassung des Punktes

## **Aussagen, Datensammlungen und Auswertungen zum Einzelfall Klientin Katja**

- I. Therapeuten-Klienten-Beziehung und therapeutische Prognose für Katja
- II. Aktuelle Lebenssituation Katjas + Problemstellung am Anfang der Therapie
- III. Körperlichkeit / Selbstempfinden / Wohlfühl
- IV. Kontaktfähigkeit / Beziehungsaufnahme
- V. Seelische Verfassung / Zutrauen / Gleichgewicht
- VI. Familiäres System
- VII. Berufliche Orientierung und Selbstorganisation
- VIII. Kontakte, Beziehungsaufnahme, hilfreiche Prozesse in der Therapie
- IX. Störungen / Hinderlichkeiten während der Therapie

### **I. Therapeuten-Klienten-Beziehung und therapeutische Prognose für Katja:**

Therapie bei dem Psychotherapeuten der Studentischen Beratungsstelle Rainer Holm-Hadulla / überwiesen durch Arzt nach naturheilkundlicher Behandlung wegen Übergewicht, Schwerfälligkeit und Traurigkeit. Mit Rainer Holm-Hadulla kam laut seiner Aussage kein „psychodynamischer Kontakt“ bei dessen analytischer Gesprächstherapie zustande. Sie wurde vorher problemdiagnostiziert, als hoffnungslos und lähmend beschrieben, kam eher ängstlich und zurückgezogen in die Therapie. Dort wurde sie von Sabine Rittner und Michael Wolfart zwar teilweise auch bedrückt und schwer wahrgenommen, aber ihr wurde auch Lebendigkeit zugetraut. Sie erschien dann immer mehr aufgeschlossen, im Gruppenkontext kontaktfähig und sprach die Therapeuten später direkt auf sich bezogen an, um Rückmeldung einzufordern. Sie bekam Therapeuten- und Gruppenfeedback, fühlte sich angenommen, gehört, verstanden, durfte sich Raum nehmen, weinen, darüber sprechen und bekam auch zu ihrem Sohn Rückmeldung.

Ursprünglich wollte sie die Psychotherapie bei Rainer Holm-Hadulla und die Gruppe parallel laufen lassen. Nach der Information, dass das nicht vorgesehen war, gewann sie während der Sitzungen an Zutrauen und Vorstellungskraft, Dinge auch alleine bewegen zu können. Die Therapeuten konnten sie während sowie nach den Therapiestunden in Konfliktsituationen beraten, ohne ihr Therapiebedürftigkeit zuzuschreiben.

Katamnese: Für sie war es gut, zwei Therapeuten gehabt zu haben und die Therapieanteile waren gut zusammengestellt und befreiend. Insgesamt wollte sie vielleicht nach diesen Anregungen nach weiterer geeigneter therapeutischen Hilfe schauen.

## **II. Aktuelle Lebenssituation Katjas + Problemstellung am Anfang der Therapie:**

Unzufriedenheit und Überforderung im Studium sowie mit der zeitlichen Organisation (auch in der Betreuung ihres Sohnes). Abgrenzung war nötig von der Herkunftsfamilie und zum eigenen Kind, einerseits Trennungsangst, andererseits Bindungsängste; schwierige Beziehungsaufnahme überhaupt, Kontaktschwierigkeiten auch wegen unsicherem Körperselbstbild, allgemeine Desorientierung und Schwere, Traurigkeit, Zukunftssorgen. Selbstabwertung und mangelndes Zutrauen in eigene Fähigkeiten (sehr differierendes Selbst- und Fremdbild).

Sie wollte sich abgrenzen lernen gegen permanente Kontrolle, Ausnutzung und Grenzüberschreitungen seelischer Art, sich nicht länger manipulieren lassen. Im Nachhinein nannte sie nochmals ihre Hauptziele: Stärkung des Selbstbewusstseins, Kritik akzeptieren lernen und trotzdem ihren eigenen Weg finden können.

Katamnese: wechselhafter Zustand, aber insgesamt besser und stabiler, sie hatte nicht mehr das Gefühl, es allen recht machen zu müssen, konnte sich ohne Schuldgefühle besser abgrenzen. Sie war selbstsicherer geworden, hatte Mut zur Ablösung von der Familie bekommen, was nicht direkt ein vorher formuliertes Ziel gewesen war. Sie konnte sich im Freundeskreis besser behaupten, sah eher positive Seiten des Lebens, was sie durch das Miterleben der Erfahrungen anderer während der Therapie eröffnet bekommen hatte.

## **III. Körperlichkeit / Selbstempfinden / Wohlgefühl Katjas:**

Vorige naturheilkundliche Behandlung wegen Übergewicht und Schwerfälligkeit, seit Pubertät kein gutes feminines Körpergefühl, nie wohlwollende Beziehung zu eigenem Körper und dadurch Schwierigkeiten in Beziehungsaufnahme zu Männern. Äußeres Bild ließ angelegenen Schutzpanzer vermuten, die Leiblichkeit als Rückzug vor Kontrolle und Druck. Das niedrige Selbstwertempfinden führte sie auch auf das Übergewicht zurück. Sie nannte in Zusammenhang das Gehemmtsein im Studium, Grübeln und Essen und Stagnation. In der Gruppe auch erst schwerfälligeres Bewegen, Mimik und Gestik wirkten gedrückt, gedeckelt, nach und nach aber Lockerung, größerer Bewegungsspielraum, auch das Gesicht wurde freundlicher, offener.

Wir als Forschungsteam stellten von außen fest: einfaches Bewegen zur Musik fiel ihr pro Stunde leichter, die Körperbewegungen nahmen mehr Raum ein, sie bewegte sich rhythmisch und ausgeglichen, ästhetisch und machte einen gesunden Eindruck. Sie konnte einem positiven Körperselbstbild näher kommen.

Auch beim Klang des Gruppen-Tönens entspannte sich ihr Gesichtsausdruck, sie war gelöst und summte und hörte lächelnd mit geschlossenen Augen. Vor allem durch die Musik fand sie Zugang zum Spüren des eigenen Körpers.

Katamnese: Immer noch Gewichtsprobleme, Selbstempfinden war wieder gestörter, aber sie erinnerte, dass die Musik, die Gespräche und die Trancegeschichten ihr gut getan hatten, dass sie sich gelöster und wohler gefühlt hatte und wollte sich in diese Richtung vielleicht eine weiterführende Beratung suchen. Zu den Körperübungen hatte sie nicht so den Zugang gefunden.

#### **IV. Kontaktfähigkeit / Beziehungsaufnahme Katjas:**

Schwerfälligkeit und Schwierigkeit, soziale Kontakte herzustellen. Rainer Holm-Hadulla als Therapeut nahm nur oberflächlich eine Beziehung zur Klientin auf. Wenig enge Freundschaften, schwieriges neues Kennenlernen oder Zugehen auf Menschen. Beziehungsaufnahme zu Männern durch unsicheres Körper selbstbild erschwert.

In der Therapie durchaus lebendige Momente, Offenheit und Anteilnahme in der Gruppe (geschützter Kontext), sie konnte sich selbst mehr zeigen und auch für andere Rückmeldungen geben. Sie lernte, Therapeuten anzusprechen und sich Feedbacks von Gruppe und Gruppenleitung zu holen. Besonders durch die Musik kam etwas in Bewegung, meint sie selbst, sie konnte sich besser ausdrücken und dadurch gelöster auf andere zugehen.

Katamnese: Trennungsgeschichten anderer Teilnehmer hatten ihr Kraft gegeben, eigene familiäre Verstrickungen oder Situationen im Freundeskreis zu klären, sie konnte sich in den Beziehungen besser abgrenzen, ließ sich nicht mehr so vereinnahmen. Familie und Freunde bemerkten ihre Veränderungen und nahmen ein anderes Verhalten zur Kenntnis. Sie wünschte sich aktuell noch mehr Akzeptanz und Zuwendung von ihrer Umwelt, fand Kontakte mit Männern weiterhin anstrengend.

#### **V. Seelische Verfassung / Zutrauen / Gleichgewicht Katjas:**

In der vorigen Therapie und im Vorgespräch weinte sie, erzählte, sie hätte kein Fundament, wäre allein, die Familie unterstützte sie nicht, der Freund wäre der falsche. Sie hatte kein Zutrauen in neue Kontaktaufnahmen, war ängstlich, hoffnungslos (nach Therapeut Rainer Holm-Hadulla: emotionaler Fatalismus). Sie empfand sich selbst als übergewichtig, traurig, schwerfällig, stagnierend, nutzlos. Das Leben war erdrückend. Sie erhoffte sich, mehr Selbstwertgefühl entwickeln zu können, um sich weniger psychisch quälen lassen zu müssen.

In der Gruppe war sie lebendiger, fühlte sich unterstützt, lachte auch öfter, war lockerer. Die Körper- und Musikübungen ermöglichten es ihr, sich freier und unbeschwerter – sogar richtig gut – zu fühlen. Sie konnte weinen und fühlte sich danach erleichtert, da sie ihre zarte Seite zeigen durfte in einer musikalischen Improvisation.

Das Aufgefangensein in der Gruppe tat gut – körperlich wie seelisch, sie fühlte sich akzeptiert, geborgen, konnte daher besser eine eigene Meinung vertreten und sich zeigen, wie sie war. Im Nachhinein fand sie, sie hätte an Selbstvertrauen gewonnen.

Katamnese: zwar schwankender Zustand, aber durchsetzungsfähiger, insgesamt fühlte sie sich stabiler und selbstbewusster, auch gegenüber der Mutter.

## **VI. Familiäres System Katjas:**

Gespürte Feindlichkeit von nörgelnder, grenzverletzender Stiefmutter (eigene Mutter verstarb, als Katja eineinhalb Jahre alt war). Unfähiger Vater und bezugslose ältere Stiefschwester. Sie fühlte sich alleingelassen, ungeliebt, verachtet, pflegte keine engen Freundschaftsbeziehungen. Katja war abhängig von ihren Erwartungshaltungen der Familie gegenüber, die sie nie als liebend und unterstützend erlebt hatte, konnte sich deren Kontrolle aber nicht entziehen, musste ständig Grenzverletzungen ertragen (Disziplinierung, Verbote ...).

Ambivalente Beziehung zu Männern, Enttäuschung mit Vater des Sohnes (dominant), sie entwickelte Bindungsängste.

Fehlendes Mutter-Bild erschwerte Umgang mit eigenem Sohn (derzeit 1 ½ Jahre alt) – Schuldgefühle, Nicht-durchsetzen-Können, Verlustängste, Genervtheit und Hin- und Hergerissensein zwischen eigenem Anspruch und Leistungsfähigkeit (gute Mutter sein). Dies wurde sehr deutlich am Ende der Sitzung beim Abschlussmalen, wo der kleine Sohn 90% des Blattes ausmalte und Katja nur eine Ecke (was ihr dann aber selbst auffiel). Realisation der Situation im anschließenden Gespräch! Im Nachhinein erzählte sie dann, dass sie dem Sohn nun ebenfalls besser Grenzen setzen könnte!

In einer Trance mit Imaginationen zum Thema `Baum` konnte sie Zugang zu ihrer Familiengeschichte herstellen und bei Gruppenübungen mit körperlicher und klanglicher Nähe ihrem Harmoniebedürfnis Raum geben. (Gemeinschaft, Geborgenheit, Akzeptanz).

Im Nachhinein erzählt sie, dass die Malkreide von einer bestimmten Abgrenzungsübung nun symbolisch auf ihrem Bord zu Hause läge, um sie an ihre Kraft und Durchsetzungsfähigkeit zu erinnern.

Katamnese: Familienaufstellungen und Trance-Übung (Baum-Familie) hatten etwas in ihr bewirken können, um sich von der Familie abzulösen, was die Mutter wahrnahm und worüber sie sich beschwerte. Katja konnte die Mutter eher auch aus ihrer Wohnung ausgrenzen (durch die hilfreiche Kreidekreisübung) und sich deren Übergriffen entziehen.

## **VII. Berufliche Orientierung und Selbstorganisation:**

Sie studierte gegen den Willen der Eltern Theologie, kam nicht voran, auch wegen Betreuung des Sohnes (Zeit verloren) – Überforderung und allgemeine Desorientierung, Lebensängste behinderten sie in ihrer Zielstrebigkeit.

Durch die Gruppentherapie hatte sie mehr Energie und Antrieb bekommen, sich Schwierigkeiten zu stellen, versuchte ein geschickteres Zeitmanagement und traute sich mehr Leistung zu. Während der Sitzungen hatte sie einen Kurs an der Uni gecancelt, später traf sie einen Mitklienten an der Uni, der ihr auch fachlich weiterhelfen konnte, was sie sehr freute.

Katamnese: Die Therapie war ihr so wichtig, dass sie diese eher wahrnahm als den Uni-Kurs. Nach der Therapie wollte sie wahrscheinlich beruflich eine Umorientierung suchen, sie redete über Vorstellungsgespräche.

### **VIII. Kontakte, Beziehungsaufnahme, hilfreiche Prozesse in der Therapie:**

Rainer Holm-Hadulla blieb strukturierend, letztlich an der Oberfläche, sie empfand es als unversuchte Arbeit mit ihren durchaus geäußerten Emotionen. Das Zutrauen seitens der „StimMusTher“-Therapeuten spielte eine große Rolle bei ihren Entwicklungsprozessen. Sie spürte Ermutigung durch Sabine Rittner und Michael Wolfart, sich die Zeit und den Raum zu nehmen und die angebotenen Therapiemittel auszuprobieren. Trotz ihrer starken Zurückgezogenheit (zuvor eher passiv-ängstlich auch Angst vor Gruppe, niedriges Selbstwertempfinden, über-kooperativ, entschuldigend) konnte sie sich immer wieder zu Gruppenkontakten aufrufen. Das Beobachten und das hilfreiche Reagieren auf die Probleme anderer Teilnehmer machte sie aufgeschlossener. Später konnte sie lebendiger im Rahmen der Gruppe agieren und freute sich sehr über neue Begegnungen und Kontakte.

In der Zweier-Aktion, der Duo-Improvisation mit Susanne (Stabglöckchen und Klavier) wurde sie durch die drängende, haltende Position der anderen Spielerin gedrängt, weiter mitzumachen, obwohl sie sich diesen Raum und die Exponiertheit alleine nicht gesucht hätte. Das war eine starke Unterstützung für ihr Selbstvertrauen trotz doppeldeutiger Gefühlslage (Angst, Scham und Erleichterung über endlich zu hörende schwache, zarte Seiten). Spontanes Gruppenfeedback erschütterte und bewegte sie, da sie so verstanden wurde, mit dem was sie gezeigt hatte. Sie nannte selbst Wendepunkte: Improvisationen / Musik als nonverbaler Ausdruck! – danach die erklärenden Gespräche, Gruppenklang – Tönen im Kreis = Aufgehobensein, Hören und Sehen war wichtig, neben dem Wunsch nach harmonischen Klängen konnte sie auch mehr chaotische Klänge oder Situationen aushalten. Anhand einer „Baumtrance“ konnte sie ihre Familiengeschichte nachvollziehen.

Sie machte die Erfahrung, sich als Individuum abgrenzen zu können (Kreide-Übung) und erfuhr damit neue Impulse: sie wandte sich direkt an die Therapeuten und verlangte eine Rückmeldung zu sich – (10. Std.), die sie sich vorher nicht getraut hatte einzufordern. Sie bekam Anstöße, Impulse zu neuen Ausdrucksmöglichkeiten, mehr Zutrauen in ein genussvolleres Leben und die eigene Standhaftigkeit. Teilweise machte sie auch die Erfahrung, therapeutischen Anweisungen nicht nachgehen zu wollen und konnte das auch umsetzen. Nach der Therapie vermisste sie vor allem die musikalischen Elemente und die dadurch erreichte Entspannung. Insgesamt beschrieb sie sich eigenständiger und fähiger, Grenzen setzen zu können (auch ihrem Sohn gegenüber) und sie fühlte sich weniger genervt.



Die Therapieerlebnisse und deren Verarbeitung in Träumen machten sie kreativer und fröhlicher, so dass sie in ihrem Umfeld Veränderungen erreichen konnte (andere Zeiteinteilung, Wohnung farbig streichen etc.). Die zeitliche Grenze der Therapie war gut, sonst wäre der Prozess der Entwicklung nicht so schnell in Gang gekommen.

Katamnese: Sie konnte Abgrenzung erlernen (z. B. durch das Mitverfolgen der Prozesse anderer Klienten, musikalische Agieren und durch die Kreide-Abgrenzungsübung), was sie in ihrem täglichen Leben nun viel besser umsetzen konnte. Hilfreich waren die verschiedenen Teilnehmer, die angewandten Methoden, die angebotenen Übungen und die gewährenden Therapeuten. Besonders erinnerte sie Musik, Klänge, Tönen, Instrumente als wohltuende nonverbale Sprache und begrüßte überhaupt das multimodale Konzept.

### **IX. Störungen / Hinderlichkeiten während der Therapie:**

Sehr verunsichernd empfand sie den Therapeuten-Rückzug Rainer Holm-Hadulla aufgrund ihrer Angst vor psychodynamischen Impulsen (Schmerz, Verzweiflung, Sehnsucht). Vorab hatte sie also keine mutmachenden therapeutischen Erfahrungen erleben können, hatte mehr problemdiagnostizierende als lösungsorientierte Haltungen erlebt. Insofern war reine Gesprächstherapie wohl bei ihr nicht sonderlich geeignet, neue Ausdrucksformen zu finden. Insgesamt erwähnte sie ambivalente Gefühle beim Wahrgenommen- und Beobachtetwerden – vor allem durch die Kameras während der Therapie und das späte Einholen der Video-Erlaubnis durch die Forschungsgruppe.

Meditative Geschichten und Kurztrancen waren nicht so sehr das Medium, auf das sie sich einlassen konnte. Ebenso erinnerte sie sich an ihre Schwierigkeiten, die Initiative in der Gruppe zu ergreifen.

Katamnese: schwierig waren die Körperübungen gewesen, vor allem die Kameras hätten bei der Entfaltung und Bewegung gestört (ihr Körper-Selbstbild war: ich empfinde mich zu fett).

### **9.6. Katjas Verlauf in salutogenetischer Perspektive**

Diese Möglichkeit in der Fallbetrachtung, Zuordnungen zu den Einflussgrößen in Antonovskys Modell der Salutogenese treffen zu können, war für mich als Forschende eine aufschlussreiche Vorgehensweise, um Einzelfallverläufe übersichtlich geordnet darzustellen. Mit Verlaufsbeschreibungen und Prä-Post-Untersuchungen können die subjektiven Eindrücke von Klient, Forscher und Therapeut oder leitender Person dokumentiert und den vier zentralen Einflussgrößen zugeordnet werden. Diese Anwendung im Forschungsgeschehen entspricht der lösungsorientierten, ressourcenerweiternden Vorgehensweise, Zielvorstellungen zu klären, Beschwerden zu benennen, Bewältigungshandeln weiter zu entwickeln, Fähigkeiten zu entdecken und zu fördern, neue Konzepte auszuprobieren und Veränderungen nach Nutzen und Gültigkeit zu bewerten.

**Es folgen [Tafel 8–11](#): Einzelfallbetrachtung der Klientin Katja nach salutogenetischem Modell.**



## a) Katjas Stressoren

- Ess-Störungen , Übergewicht, gestörtes Körper selbstbild
- Orientierungslosigkeit im Studium, schlechtes Zeitmanagement
- verletztes Selbstwertgefühl in Familie durch ständige Grenzüberschreitungen, Traurigkeit
- Überforderung durch eigenes Kind (alleinerziehend)
- Enttäuschung nach Partnerschaft, Verlust- wie Bindungsängste
- Kontaktschwierigkeiten, wenig Freundschaften
- Zukunftssorgen und mangelndes Selbstvertrauen
- bisherige Gesprächs-Psychotherapie wenig erfolgreich
- Stressoren während der Therapie: Gefilmt- und Beforscht-Werden hemmt ihr Zutrauen und das Sich-öffnen-Können



## b) Katjas Coping

- Unterstützung und Zuspruch durch andere Teilnehmer und zwei Therapeuten erfahren
- Kontakt finden und untereinander austauschen (Probleme klar machen, einordnen, vergleichen)
- Energie gewinnen und Ideenpool der Gruppe nutzen
- Feedback einholen, Selbstbild und Fremdbild überprüfen
- neue Ausdrucksmöglichkeiten ausprobieren
- Körper selbstwahrnehmung fördern mit Musik und Bewegung
- nonverbale Kommunikation erfahren durch Instrumente und Stimme, Klang und Rhythmus
- Abgrenzung und Annäherung spielerisch erlernen



## c) Katjas Ressourcen

- **ausgeglicheneres Körpergefühl und bessere Selbstakzeptanz**
- **eigener Überforderung im Studium entgegenwirken, bessere Zeiteinteilung**
- **Abgrenzung von Familienübergriffen (weniger Schuldgefühle + gestärkter Wille, sich nicht ausnutzen und manipulieren zu lassen)**
- **erweiterte Vorstellungskraft, um Sachverhalte einzuschätzen**
- **größeres Zutrauen in eigene Fähigkeiten durch Therapieerfolg**
- **positivere Sichtweise zur eigenen Lebenssituation**
- **Erfahrung, Gefühle zeigen zu dürfen, "Ich-Sein" zu dürfen (von Weinen bis Lachen) (Raum nehmen)**
- **Nähe und Harmonie spüren, Verbundenheit in der Gruppe**
- **geförderte Eigenständigkeit + Selbstverantwortlichkeit**



## d) Katjas Kohärenzgefühl

- **sie versteht, dass die Zuwendung ihr Selbstvertrauen gestärkt hat, dadurch zukünftig mehr Eigeninitiative beim Kontakt-Aufnehmen**
- **Überblick über zu vollen Zeitrahmen, Termine streichen hilft ihr**
- **bessere Abgrenzungsmöglichkeit in der Familie und Freunden**
- **ihre Veränderungen erhalten Rückmeldung, auch Kritik von Familie und Freunden – gut! sie setzt sich durch.**
- **Übungen mit Instrumenten + Stimme, Musik + Bewegung lockern sie, sie fühlt ihren Körper intensiver**
- **neben harmonischen Klängen dürfen sogar chaotische sein: bessere Akzeptanz von mal nicht so perfekten Situationen**
- **Methodenmix ist für sie besser als reine Gesprächstherapie**
- **beim Abschlussmalen realisiert sie optisch, wie begrenzt sie farblich und platzmäßig gemalt hat**

#### d) Ergänzungen zum Kohärenzgefühl

Um zu unterstreichen, dass Katja wirklich den Transfer zwischen in der Therapie erlebten Momenten und ausschlaggebenden Änderungen in ihrem Umfeld selbst hergestellt hat und sie diesen Veränderungen eine Sinnhaftigkeit zuschreiben kann, füge ich die wörtlichen Mitschriften aus den Therapeutenberichten, Videoauswertungen und Protokollaufzeichnungen ein. Diese Punkte stellen eigenständiges lösungsorientiertes Handeln der Patientin dar, in ihren täglichen Bereichen etwas umzustellen, wozu sie vor den Therapieerfahrungen nicht in der Lage war.

- **sie versteht, dass die Zuwendung ihr Selbstvertrauen gestärkt hat, dadurch zukünftig mehr Eigeninitiative beim Kontakt-Aufnehmen**
- **Überblick über zu vollen Zeitrahmen, Termine streichen hilft ihr**

11.11.1997 (4.)	Katja erzählt im Gesprächskreis, dass sie inzwischen schon etwas in ihrem Umfeld geändert hat: <b>was zuviel war aus dem Semesterplan gestrichen!</b>
-----------------	---

20.1.1998 (12.) Z: 1.19-1.23 O: 0.53-0.59	Ja und dann möchte ich noch sagen, dass mir die ganze Sache hier auch viel gebracht hat, denke ich. Ich bin irgendwie schon einen Schritt weiter, ich mein, am Ziel bin ich noch längst nicht, - <b>also gestern war so, dass ich mich freiwillig zu einem Referat gemeldet hab, und da muss ich sagen, das hat mir schon wieder den Hals zugezogen, aber mir gelingt's dann auch privat in Situationen, mich abzugrenzen. Also das ist schon mal was sehr wichtiges für mich.</b>
---	--

- **bessere Abgrenzungsmöglichkeit in der Familie und Freunden**

25.11.1997 (5.) Z: 0.28-0.31 O: 0.44-0.47	<b>Jetzt ist es auch so, dass ich zu meiner Mutter doch ab und zu was sag, auch wenn ich dann ein schlechtes Gewissen hab und glaub, dass ich nicht die Berechtigung hab zu sagen, was mir nicht passt.</b>
---	---

14.12.1997 (10.) Z: 1.04-1.11 O: 0.54-1.24	(Der Kreidekreis) <b>Ja – das was Tom Freiraum nennt, ist für mich Schutzraum, der ist wirklich nötig, das Problem ist für mich die Umsetzung. Also wenn ich weiß, dass ich den hab, dann kann ich auch jemanden ein Stück weit reinlassen, das macht mir dann nichts aus.</b>
--	--

**Im Abschlussgespräch berichtet sie, dass sie die Kreide als Symbol zu Hause aufs Regal gelegt hat!**

- **ihre Veränderungen erhalten Rückmeldung, auch Kritik von Familie und Freunden, das ist gut, sie setzt sich durch**

13.1.1998 (11.) Z: 1.11-1.16 O: 0.30-0.40	<b>... da gab's wieder die übliche Spannung und so, so dass ich's irgendwann dann noch geschafft hab, den Absprung zu nehmen und mein eigenes Lied gespielt hab. Also wo kein Angriffspunkt ist oder wo niemand mitmacht, ja – kann sich nichts hoch steigern. Das war dann ne ganz gute Erfahrung. Also dass ich gesagt hab – also stopp jetzt, und was will ich eigentlich?</b> Und dann hab ich gedacht, nee, dann verderb ich mir die Laune ... wenn bestimmte Leute meinen, irgendwie was aufbauen zu müssen, dann können sie das auch ohne mich. <b>Was dann ein bisschen noch meine Mutter dazu veranlasst hat, ein bisschen noch mehr hochzugehen, also zumindest, als ich da so ging mit meinem Kind, als ob sie mich packen wollte, so hat sie da geguckt, aber sie musste sich ja beherrschen, und dann war es weg.</b> <b>"Ich geh ganz raus aus dem Lied. Ich lass die ihre Musik spielen und ich spiel meine ..."</b>
---	---

- **Übungen mit Instrumenten und Stimme, Musik und Bewegung lockern sie, sie fühlt ihren Körper intensiver (durchflutet)**

21.10.1997 (2.) Z: 0.11-0.12 O: 2.37-2.39	"Ich fand's auch klasse, bei den anderen die Musik zu hören, das fand ich auch ganz gut, - was mein Problem ist, dass ich den Arm nicht mit einbeziehen konnte (bei der Bewegung zur Musik, Körperübung) – also ich konnte alles mit einbeziehen außer den Arm zum Schluss ....
---	--

18.11.1997 (5.) Z: 0.15-1.26 O: 0.19-0.30	geraffte Ausschnitte bei Körperübung zur Musik: Katja kann sich etwas bewegen zur meditativen Musik, sie nimmt nun die Arme mit (!) später wird die Musik rhythmischer, Katja ist zuerst etwas unschlüssig, dann räumt sie einen Stuhl weg, macht Platz, bleibt bei der Art der schwingenden Bewegung, macht aber größere Bewegungskreise, Füße machen kleine Schritte ...
---	--

2.12.1997 (7.) Z: 0.33-0.35 O: =.42-0.44	Nach Trance und dem Ins-Tönen-Kommen: ... dann konnte ich mich erst darauf einstellen." ("Gab es auch Bereiche im Körper, die dazu gehörten?" / Sabine Rittner) Katja: "Ja, irgendwo hier vielleicht (auf Magen deutend) – irgendwo verhärtet., dann wurde es aber durchflutet."
--	--

9.12.1997 (8a) Z: 1.02-1.04 O: 0.17-0.41	Bewegung zu rhythmischer Musik / Körperübung: Katja bewegt sich lockerer, tänzerischer, schlenkert die Arme, geht mehr von der Stelle, wippt mehr. Beim Körper-Abklopfen und gegenseitigen Körperübungen wirkt sie gelöster. Beim anschließenden Tönen im immer enger werdenden Kreis mit den anderen genießt sie mit zufriedenen Gesichtsausdruck und lächeln mit geschlossenen Augen die Klangtraube. Die Gruppe hört auf einem klingenden tiefen Ton auf. In der folgenden Gesprächsrunde sagt Katja: "Es war ganz angenehm, den anderen wahrzunehmen."
--	---

- **neben harmonischen Klängen dürfen sogar chaotische sein: bessere Akzeptanz von mal nicht so perfekten Situationen**
- **Methodenmix ist für sie besser als reine Gesprächstherapie**

21.10.1997 (2.) Z: 0.00-0.01 O: 0.21-0.22	"Jetzt die Woche ging`s mir – ja – nach den Stunden eigentlich ganz gut und besonders gut fand ich dann die Sache mit den Musikinstrumenten. Also ich fand, dass ich schon entspannter war als sonst, ja mir sind auch einige Sachen leichter gefallen.
---	---

Sie genießt die Möglichkeiten der nonverbalen Verständigung, sie meint selbst :  
„die Musik sagt schon alles“ nach einer Improvisation!

- **beim Abschlussmalen realisiert sie optisch, wie begrenzt sie farblich und platzmäßig gemalt hat (in Gegensatz zu ihrem Kind, welches das ganze Bild vollkritzelt)**

20.1.1998 (12.) Z: 1.19-1.23 O: 0.53-0.59	Rückblick von Katja: "Ja, also zuerst zur Musik und zum Bild, - das Bild kann ich gar nicht interpretieren, ich hab da einfach drauf los gemalt, ja – und als ich dann irgendwann hochguckt hab, was die anderen so machen auf dem Papier, hab ich gedacht, Mensch – das sieht ja wieder nach nichts aus. ... Ja aber das ist trotzdem etwas anderes, wie so ein kleines Kind oder so. – naja, und was mir aufgefallen ist, früher hab ich auch viel zu so runden Formen tendiert, ohne Ecken und alles. Jetzt ist es halt nur der Teil von einem Kreis. Was das jetzt bedeutet, kann ich nicht erklären, aber ich muss sagen, ich hab früher immer solche runden Sachen gemalt und möglichst keine spitzen Kanten irgendwie drin. Ja – gut, ich bin dann auch heller gegangen und dann auch unten in dieses leuchtende Grün. ...
---	---

Im Katamnesegespräch erzählt sie, dass sie ihre Wohnung wohltuend farbig gestrichen hat.

Das fundierte Modell der Salutogenese ist einem inhomogenen Teilnehmerkreis überschaulich zu vermitteln und Selbst- und Fremdrelexion können anhand der Einflussgrößenbetrachtung durchgeführt werden. In diesem Fall der Kurzzeitgruppen konnten für die 21 Teilnehmer überwiegend erfolgreiche Ergebnisse festgestellt werden, so ergaben sich quantitativ geringere Gesamtbelastungsscores, Symptomverminderungen und Veränderungen in der Einschätzung der Beschwerden, größeres Zutrauen in die eigene Leistungsfähigkeit sowie höhere Lebenszufriedenheit. Bei 2 von 21 Klienten blieben die Werte im Zeitraum vor und nach der Therapie klinisch unverändert, bei 4 von 21 Klienten ergaben sich negativere Messungswerte.

Die Gruppenleitung und das Forschungsdesign waren darauf angelegt, bestimmte Faktoren in psychosozialen Bereichen zu verändern: den Umgang mit Stress und Beschwerden zu verbessern, soziale Kontaktfähigkeit zu fördern, eine vertrauensvolle Zukunftsorientierung zu gewinnen, eine positivere Selbsteinschätzung zu erreichen und damit mehr Lebensfreude und Wohlbefinden zu erleben. Von diesen Erfolgserlebnissen berichteten die meisten Teilnehmer der drei Gruppen im Nachhinein, womit sich die angewandte Form des integrativen ressourcenorientierten Kurzzeitangebotes für die Klienten als grundsätzlich wirksam erwiesen hat. Innerhalb des Forschungsprojektes konnten wir quantitative mit qualitativen Erhebungsmitteln verbinden, was sich für die Durchführung unserer Studie als sehr geeignet erwiesen hat.

Empfehlenswert wäre als Ausblick für weitere Projekte eine höhere Teilnehmerzahl, um Stichproben der Gruppen und Kontrollfähigkeit der Fälle zu ermöglichen. Auch wäre eine Kontrollstudie denkbar, die bestimmte therapeutische Ansätze explizit ausklammert, um zu der Wirksamkeit der angewandten Mittel Aussagen zu bekommen (z. B. eine Kontrollgruppe ohne musiktherapeutische Aufgabenstellungen). Ebenfalls wäre eine Gruppe mit verstärkt kunsttherapeutischen Mitteln interessant, da wir zu den selten eingestreuten Malaufgaben und bildnerischen Improvisationen gute Rückmeldungen bekamen. Insgesamt stellten sich alle nonverbalen Therapieanteile als sehr geeignet heraus, Klienten zu veränderungsrelevanten Ereignissen zu führen. Weiterführende Studien könnten auch verstärkt die Anwendbarkeit im pädagogischen und weniger therapeutischen Bereich testen, hier könnten Schülergruppen zum Stressausgleich im Freizeitbereich angesprochen, Angebote für Studenten begleitend zum oft nicht sehr bewegungsfreudigen Universitätslernen entworfen und Betrieben Weiterbildungsmöglichkeiten im Bereich der Gesundheitsbildung gestellt werden.

### 9.7. Evaluation anhand der Auswertungen der Erhebungsmittel SCL-90-R, PBL und Well-Being-Scale im Prä-, Post- und Katamnesevergleich

Um die Veränderungen in der Gesamtbelastung der Klienten darzustellen, verschafft die Vergleichstabelle „Klientendaten: Mittelwerte und Standardabweichungen des SCL-90-R“ eine Übersicht über den Zeitraum von neun Monaten (Prä-, Post- und Katamnese-Untersuchungen) für die Teilnehmerzahl von N = 8, da vollständige Daten anhand ausgefüllter Bögen nicht von allen Teilnehmern der Gruppe 1 vorliegen. Aufgrund der fehlenden Katamnesebögen von den Klienten Susanne und Guido und der meist mit dem Wert 0 ausgefüllten – damit unsinnigen – Post- und Katamnesetests von Klient Otto, muss die Teilnehmerzahl dieser Tabelle auf acht gesetzt werden.

**Tabelle 7: Klientendaten: Mittelwerte und Standardabweichungen des SCL-90-R**

für die Teilnehmerzahl N = 8 im Prä-, Post- und Katamnese-Vergleich  
(M = Mittelwerte, SD = Standardabweichungen)

	<b>Prä-Test vor Therapiebeginn</b>	<b>Post-Test nach Therapieende</b>	<b>Katamnese-Test nach 6 Monaten</b>
Skala 1: Somatisierung (somatization)	M 62,71 SD 14,91	M 56,38 SD 18,32	M 55,71 SD 13,45
Skala 2: Zwanghaftigkeit (obsessive-compulsive)	M 85,58 SD 19,77	M 62,16 SD 11,23	M 57,38 SD 10,08
Skala 3: Unsicherheit im Sozialkontakt (interpersonal sensitivity)	M 76,95 SD 17,68	M 64,21 SD 11,90	M 54,11 SD 6,14
Skala 4: Depressivität (depression)	M 78,70 SD 23,89	M 61,94 SD 13,83	M 54,86 SD 9,01
Skala 5: Ängstlichkeit (anxiety)	M 69,39 SD 9,28	M 50,93 SD 9,83	M 55,37 SD 14,79
Skala 6: Aggressivität / Feindseligkeit (anger / hostility)	M 63,74 SD 16,02	M 51,31 SD 13,86	M 50,58 SD 6,84
Skala 7: Phobische Angst (phobic anxiety)	M 61,26 SD 14,97	M 49,59 SD 7,91	M 47,61 SD 5,67
Skala 8: Paranoides Denken (paranoid ideation)	M 66,79 SD 19,23	M 58,93 SD 16,69	M 51,56 SD 7,98
Skala 9: Psychotizismus (psychoticism)	M 67,36 SD 9,57	M 62,62 SD 13,70	M 51,97 SD 5,63
GSI: grundsätzl. psychische Belastung (global severity index)	M 79,75 SD 17,47	M 61,97 SD 14,26	M 56,08 SD 8,08
PSDI: Intensität der Antworten (positive symptom distress index)	M 70,17 SD 10,04	M 58,51 SD 10,98	M 54,87 SD 6,93
PST: Anzahl belastender Symptome (positive symptom total)	M 70,02 SD 9,23	M 59,65 SD 11,19	M 55,97 SD 7,73

Einen Vergleich der Prä-, Post- und Katamnese-Erhebungen für den Bereich der Befindlichkeit der Klienten ermöglichen die in der Tabelle „Klientendaten: Mittelwerte und Standardabweichungen des Howard`schen Well-Being-Scale (Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit)“ dargestellten Werte.

**Tabelle 8: Klientendaten: Mittelwerte und Standardabweichungen des Howard`schen Well-Being-Scale (Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit)**

für die Teilnehmerzahl N = 8 im Prä-, Post- und Katamnese-Vergleich  
(M = Mittelwerte, SD = Standardabweichungen)

Momentane Bedrücktheit und Bekümmernis	M 2,62 SD 0,91	M 2,25 SD 0,46	M 1,50 SD 0,93
Gegenwärtige Leistungsfähigkeit und gesundheitliches Befinden	M 2,88 SD 0,35	M 2,75 SD 1,16	M 3,25 SD 1,04
Emotionale und mentale Ausgeglichenheit	M 3,26 SD 0,71	M 3,75 SD 0,89	M 4,37 SD 0,74
Zufriedenheit mit derzeitigen Lebensumständen	M 2,10 SD 1,13	M 2,75 SD 0,89	M 2,88 SD 0,83

Die psychosoziale Beschwerdeliste PBL erlaubt den Prä-, Post- und Katamnese-Vergleich über die Gesamtbelastung der Klienten, abzulesen in Tabelle „Klientendaten: Mittelwerte und Standardabweichungen der PBL“.

**Tabelle 9: Klientendaten: Mittelwerte und Standardabweichungen der PBL**

für die Teilnehmerzahl N = 8 im Prä-, Post- und Katamnese-Vergleich  
(M = Mittelwerte, SD = Standardabweichungen)

Gesamtbelastung in der Psychosozialen Beschwerdeliste	M 34,63 SD 10,24	M 26,50 SD 6,21	M 16,37 SD 6,44
---	---------------------	--------------------	--------------------

### Hypothesenbestätigung

Aus den Daten des SCL-90-R und der PBL ergibt sich die Bestätigung der Hypothesen bei Therapiebeginn, dass sich die symptomatischen Belastungen der Klienten der ersten Therapiegruppe durchgängig als rückläufig erweisen werden. Die Howard`sche Well-Being-Scale zeigt deutlich einen durchschnittlichen Rückgang von Problemstärken, einen Anstieg in der Einschätzung der individuellen Leistungsfähigkeit, wachsende emotionale und mentale Ausgeglichenheit sowie eine Steigerung der Lebenszufriedenheit und des Wohlbefindens; dies deckt sich meist mit den Klientenaussagen über ihr erlebtes Wohlfühl, über die Reduzierung der Intensität von Beschwerden, die Verbesserung von Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten wie Kontaktaufnahme, Durchsetzungs- und Abgrenzungsvermögen und Aussagen über angenehmere körperliche Kondition.



## **9.8. Nach-Überlegungen zum Konzept der Kurzzeit-Gruppentherapie**

(gewonnen aus den Auswertungen der Nachinterviews der Teilnehmer, umgesetzt für weitere Gruppen)

Um in Folge des Projektes weitere Gruppen noch effizienter handhaben und die Wünsche der Teilnehmer so weit wie möglich berücksichtigen zu können, sollen hier einige relevante Punkte nochmals zur Sprache gebracht werden.

### a) Zeitperspektive: Länge der Sitzungen, Frequenz, Pausen

Der dreistündige Rahmen wurde als angemessen empfunden, die Pausen dürften nicht zu kurz bemessen werden (15-20 Minuten gewähren). In der Frage der Sitzungsfrequenz variierten die Wünsche, doch einige würden eher mehrere Sitzungen befürworten.

Konsequenz: Deutlicheres Darstellen der Form der Kurzzeittherapie, Hervorhebung der Vorteile für den Klienten, bessere Betonung der Eigeninitiative und Ressourcenorientierung, Verdeutlichen des Alltags als Übungs- und Anwendungsfeld. Klares Gongen zum Einsatz und Abschluss der Pausen, um die Therapieabschnitte besser zu gliedern und die Konzentration zurückzuholen. Expliziter Ausschluss von Suchterkrankungen als nicht geeignet für Kurzzeitbehandlung.

### b) Zusammensetzung der Gruppe

Sie fand insgesamt Zustimmung, war sehr gemischt nach Alter, Lebensumständen und Problematiken, doch wäre dies ein Gewinn. Die Gruppengröße mit elf Teilnehmern war genau richtig, zwar relativieren sich die Angaben in Bezug auf den Wunsch, mehr Gesprächszeit für jeden Einzelnen zur Verfügung zu haben, doch keiner wollte eine kleinere Gruppe. Manche Teilnehmer hätten eher strukturierteres Besprechen oder mehr Aktivierung seitens der leitenden Therapeuten gewünscht. Konsequenz: Mit einem Drop-Out rechnen und Gruppengröße von zehn bis zwölf Klienten festlegen, Stärkung der Gruppe als Feedback-Instrument, damit keine Fragen offen bleiben und die Therapeuten nicht in Einzelberatungen rutschen.

### c) Gesprächsstil / Leitung

Alle befürworteten es, zwei Gruppenleiter zu haben, manchmal hätte mehr Anleitung oder Strukturierung stattfinden sollen. Gut funktionierende Kommunikation und Aufgabenverteilung zwischen den Therapeuten, es wurden klare Rollen gesehen (Sabine Rittner mehr für Musikalisches, Michael Wolfart mehr für Psychologisches zuständig). Überraschend häufig wurde verstärkt konfrontierendes, provozierendes Vorgehen der Therapeuten gefordert. Teilweise äußerten Teilnehmer, dass es fast zu viele Angebote der Therapeuten gegeben hätte, was die Gruppendynamik beeinträchtigte.

Konsequenz: Verteilung von Aufgaben wie Hören, Beobachten, Beschreiben während z. B. Zweierübungen stattfinden lassen. Hinweis auf eigenständiges Verhalten und Nutzung eines Kliententagebuches, evtl. therapeutische `Hausaufgaben`. Vielleicht eine Abschlussgruppensitzung ohne Therapeuten, nur für die Klienten zur Nachbesprechung, völlig unangeleitet und unbeobachtet.

#### d) Musik - Anleitung zu musikalischen Übungen und Spielen

Musikalische Spiele wurden durchweg angenommen. Nur ein Teilnehmer hatte direkt mit dem Medium Musik Schwierigkeiten, andere fanden die sehr offen gehaltenen Spiel- und Improvisationsanweisungen unklar. Bei den Musikimprovisationen entstanden die heftigsten Konfrontationen und Begegnungen.

Konsequenz: Im Nachhinein vielleicht bessere Nutzung des Video-Feedbacks, strukturiertes Ansehen der Szenen und Besprechen der Wahrnehmungen.

#### e) Geschichten - sonstige Übungen und Wahrnehmungsverschiebungen

Hypnotherapeutische Geschichten wurden unterschiedlich aufgenommen, teilweise Abtauchen in die Erzählungen, teilweise keine Konzentrationsfähigkeit oder Sinnfindung in dem Vorgang. Einige Teilnehmer hatten mit Körperübungen Schwierigkeiten, deutliches Hervortreten der Problemstellungen in den körperlichen Übertragungen.

Konsequenz: Deutliches Herausstellen der Vorgehensweise der therapeutischen Trance als `unwillkürliches System`, einer besonderen Art des Zuhörens, damit die Teilnehmer sich besser darauf einstellen können.

#### f) Therapeutische Ziele

Waren für die Teilnehmer unterschiedlich bedeutsam, einige erinnerten sich kaum an ihre eigenen Zielvereinbarungen, der Eigenanteil am Zielerfolg konnte schlecht konkret formuliert werden.

Konsequenz: Öfter zirkuläres Fragen mit einbringen, Arbeiten mit Zielformulierungen der Ausgangslage und Beobachten und Benennen von Veränderungen.

#### g) Direkte Kritik an Prozeduren

Die Ausgabe der Zustimmungserklärung zur Verwendung der Videoaufzeichnungen für Forschungszwecke in der 11. Stunde war ein absolutes Versäumnis der Forschenden. Der unpünktliche Beginn der Gruppensitzungen wurde beklagt, ebenso Inkonsequenz und teilweise Disziplinlosigkeit der Teilnehmer.

Konsequenz: Strukturierendes Durchgreifen der Therapeuten zum Nutzen der Klienten und Aufforderung zur Mithilfe. Ausgabe eines Therapie-Handouts mit Ablauf, Forschungsziel und Darstellung therapeutischer Methoden.

## **9.9. Zusammenfassung der Therapeuteninterviews mit Michael Wolfart und Sabine Rittner**

(im Juli 1998 / transkribiert von Tonbandaufzeichnung des mündlichen Interviews, das nach der zweiten Gruppe, die sich aus Teilnehmern mit logopädisch-phoniatrischen Problemen zusammensetzte, stattfand)

Als Forschende des Pilotprojektes befragten wir die beiden Therapeuten über ihr Verständnis von Gesundheit, Krankheit und Heilung, nach den Wirkfaktoren des Heilungsprozesses, ihrer therapeutischen Orientierung und ihren konzeptionellen Grundlagen.

Wir Studenten wollten wissen, welche Therapieformen Sabine Rittner und Michael Wolfart für bestimmte Symptomatiken empfehlen würden, mit welchen systemischen, musik-, körper-, hypno- oder psychotherapeutischen Elementen sie welche Erfahrungen gemacht hatten, speziell auch mit diesen Klientengruppen des Forschungsprojektes. Ziele und Absichten dieser Form der Gruppentherapie wurden hinterfragt, die Wirkung der therapeutischen Interventionen aus Sicht der Therapeuten aufgezeigt. Der genaue Wortlaut der beiden Interviews kann in meiner Forschungsprojekt-Datensammlung bei Bedarf eingesehen werden.

### **Gesundheits- und Krankheitsverständnis**

Zur Definition der Begriffe Gesundheit, Krankheit und Heilung gehöre nach Meinung der Therapeuten der Zustand des labilen Gleichgewichts, in dem immer wieder Selbstregulationsprozesse stattfänden. Sabine Rittner und Michael Wolfart verstehen Gesundheit im Sinne der Formulierung durch die WHO, die nicht das Ausbleiben von Krankheit als Gesundheitszustand definiere, sondern die Fähigkeit, den Zustand des Einpendelns wiederherzustellen und mit Belastungssituationen und Veränderungsprozessen körperlicher oder seelischer Art so umzugehen, dass sie zu bewältigen seien und wieder integrierbar würden. Es gebe keine eindeutige Position, in der Gesundheit optimal vorhanden sei. Es bestehe immer ein dynamischer Prozess zwischen Anspannung und Entspannung. Selbstwahrnehmung und -beobachtung sei die Ausgangsbasis für ein angemessenes Umgehen mit Körper und Seele, womit Krankheit dann sichtbar werde, wenn sich ein Prozess soweit entfernt habe von dem Maß der Fähigkeit zur Selbstregulation, dass zusätzliche Hilfe nötig sei; von außen Unterstützung nötig sei, die diese Selbstregulationsprozesse wieder in Bewegung bringe. Um ein Bild zu gebrauchen: die Metapher des Im-Lot-Seins - ein Lot sei nicht starr, sondern etwas, das pendle und wenn dieses Lot soweit ausschlage, dass es irgendwo so zu sagen hängen bleibe, dann sei es wichtig, dass jemand helfe, das wieder zu lösen, so dass es wieder zurückpendeln und um die Mitte herum sich wieder einpendeln könne. Krankheit sei also dann ein Zustand, der Unterstützung nötig mache, um die Mitte wieder zu finden. Diese Unterstützung könne natürlich auf allen möglichen Ebenen, medikamentös, seelisch oder auf welche Weise auch immer stattfinden.

Nach Michael Wolfarts Einschätzung könne es zu einer chronischen Krankheit führen, wenn man sich für längere Zeit auch von den eigenen Ressourcen abgeschnitten fühle, das heißt, dass man die eigenen Kraftquellen nicht mehr erschließen könne und man durch diesen Krankheitszustand tatsächlich sehr stark körperlich und psychisch beeinträchtigt werde.

Bei einem vorübergehenden Zustand könne es aber auch sein, dass die Krankheit geradezu eine Herausforderung sei, um Copingstrategien und Widerstandskräfte zu entwickeln. Es gebe aber auch chronische Störungen, bei denen zum Beispiel psychische Konflikte vollkommen somatisiert würden, ins Unbewusste rutschten und dann als klassische psychosomatische Krankheiten über Jahre hinweg mitgeschleppt würden. In einem systemischen Sinne könnten Krankheiten natürlich immer auch eine Funktion haben, sowohl intrapsychisch als auch innerhalb des Systems, in dem der betreffende Mensch lebe; Krankheiten hätten dann eine finale Bedeutung. Die Krankheit, die jemand innerhalb einer Familie entwickle, könne die Funktion haben, andere Familienmitglieder von einem bestimmten Konflikt abzulenken und Fürsorge zu provozieren. Oder sie könne dazu da sein, dem Betroffenen eine besondere Stellung, die er sonst nicht erreichte, innerhalb dieser Familie zu ermöglichen. Sie könne ein Ausdruck eines ganz bestimmten, über viele Jahre oder sogar Generationen hinweg geschleppten Konflikts zwischen verschiedenen Teilen der Familie sein, die sich innerhalb von einem Mitglied manifestiere und sozusagen immer wieder dieses Thema am Leben erhalte. Insofern seien Krankheiten, wenn man sie nur intrapsychisch oder intraorganismisch verstehe, etwas verkürzt gesehen - man solle eher einen systemischen Gesichtspunkt oder einen ökologischen Begriff von Krankheit vorziehen.

Einen Weg zur Gesundung sehen die Therapeuten darin, wenn man in der Lage sei, Ressourcen zu aktivieren. Je breiter das Spektrum der Ressourcen sei umso größer sei auch die Chance, dass man aus eigener Kraft heraus wieder gesund werden könne. Für sie seien Krankheiten immer so etwas wie kleinere oder größere Krisen - ein Hinweis auf die Notwendigkeit der Veränderung. Man könne also sagen, dass der Gesundungsprozess sehr zentral damit zu tun habe, dass die Botschaft verstanden werden solle: Was soll ich ändern? Wie muss ich mein Leben verändern? Welche Muster habe ich mitgeschleppt, die jetzt nicht mehr angemessen sind, die vielleicht in früheren Situationen angemessen waren? Und welche wären jetzt angemessen? Was muss ich lernen? Dazu gehöre auch die Akzeptanz des Alterns, die Anerkennung eigener Grenzen, der Schutz vor Selbstüberforderung und das Annehmen des Krankseins als Warnzeichen, dass in der Lebensgewohnheit etwas verändert werden müsse.

Entscheidend für den Heilungsprozess sei nach Meinung von Sabine Rittner immer eine Form von Beziehungsaufnahme, die sich in der Therapie z. B. in der Kommunikation über ein Medium - das die Sprache, die Musik, nonverbale Faktoren oder kreative Elemente sein könnten - einstellt. Ihrer Ansicht nach sei es nicht der Klang oder die Farben oder irgendeine Übung an sich, die wirke oder heile, die etwas Entscheidendes zur Selbstregulation beitrage, sondern das, was in der Beziehung zwischen Therapeut und Klient vermittelt werde.

Auch Michael Wolfart empfindet die Atmosphäre, die von den Therapeuten im Wesentlichen geschaffen wird, als einen entscheidenden Faktor, der es ermögliche, dass eine empathische, warme, gewährende aber auch wahrhaftige Beziehung zwischen Klient und Therapeut entstehen könne.

Die Wahrnehmungsfähigkeit des Klienten könne sich so besser entfalten, er könne negativ bewertete Gefühle und negativ bewertete eigene Persönlichkeitsanteile bewusst wahrnehmen und diese dann in einem zweiten Schritt auch zulassen und integrieren. Damit würden Energien, die zunächst gegen das eigene Selbst gerichtet seien, freigesetzt und für produktivere Zwecke verfügbar.

In dieser speziellen Therapiegruppe spiele laut Sabine Rittner und Michael Wolfart auch das gruppenspezifische Element eine große Rolle, das heißt, dass bei jeder Bearbeitung eines individuellen Problems alle anderen ihre eigenen Konflikte, ihre eigenen Gefühle wiedererkennen und synchron mit bearbeiten könnten. Gleichzeitig biete die Gruppe natürlich eine Projektionsfläche für die Reinszenierung alter familiärer Konflikte und Rollenmuster, die dort wiedererkannt, thematisiert und unter Umständen in ihrer Funktion gedeutet und aufgelöst werden könnten. Die Gruppe könne genutzt werden für Erlebnisprozesse, die in Jedem auch auf der körperlich und auf der seelischen Ebene Reaktionen auslöse, so dass der Einzelne selber daran Erfahrungen machen und etwas erkennen könne, was für sein eigenes Leben bedeutsam sein könnte. Auch `emotionale Resonanzfähigkeit` im Sinne des `Sich-in-Beziehung-setzen-Könnens`, des `Sich-abgrenzen-Könnens` etc. Ein weiterer Wirkfaktor ist für Sabine Rittner, dass der gemeinsame therapeutische Ansatz, stärker nach Potenzialen zu schauen als nach Defiziten, ganz entscheidend die Entwicklungsmöglichkeit des Klienten unterstütze.

Das Medium der Musik schaffe innerhalb dieses Gruppengeflechts eine Möglichkeit, kommunikative Muster auf einer sehr spontanen und unbewussten Ebene zu reproduzieren. Diese Muster würden bei einem verbalen Zugang möglicherweise stärker kontrolliert werden und stärker mentalen Kontrollmechanismen unterworfen sein. Der Zugang über das musikalische, körperorientierte, tänzerische Medium sei also unter Umständen leichter, schneller und wirksamer als der rein verbale Zugang. In ähnlicher Weise könnten die hypnotherapeutischen Elemente als eine Erleichterung des Zugangs zu unbewussten eigenen Anteilen und zu den im Unbewussten schlummernden Ressourcen des Einzelnen betrachtet werden. Die hier im Wesentlichen von Michael Wolfart verwendeten hypnotherapeutischen Interventionen Erikson'scher Art überließen dem Einzelnen sehr viel inneren Bewegungsspielraum; die Erlebnisse bei den Interventionen könnten nachher gut von den Klienten verbalisiert und in ihr Leben im Alltag übertragen werden.

### **Therapeutische Orientierung / Therapeutisches Modell**

Michael Wolfart erläutert, dass er nicht speziell ein geschlossenes theoretisches Modell anwende. Ihm sei es wichtig, dass er für unterschiedliche pragmatische Handlungsebenen auf unterschiedliche Modellvorstellungen zurückgreifen könne, die lose miteinander verbunden seien. Übergeordnet gelte für beide Therapeuten das systemische Paradigma als das wesentliche. Das heißt, Verhaltensweisen von Menschen, Persönlichkeitseigenschaften eines Individuums, würden nicht einzeln betrachtet, sondern immer als interdependent, bzw. final, eingebettet in ein Beziehungsgeflecht gesehen. Menschliche Krisensituationen erklärt Michael Wolfart mit tiefenpsychologischen Modellvorstellungen, wie sie etwa Verena Kast in ihren Beispielen von menschlichen Krisensituationen entwickelt hat. Dazu gehören auch Konzepte wie der Schatten und bestimmte Grundmuster menschlicher Beziehungen, die C.G. Jung als archetypisch bezeichnet hat. Selbstverständlich könnten auch für intrapsychische Vorgänge systemische Modellvorstellungen, wie etwa das der Dissoziation oder das der Aufteilung in verschiedene Persönlichkeitsanteile, Persönlichkeitsstrebungen und deren interne Kommunikation verwendet werden.

Reinszenierungen von bestimmten Beziehungssituationen, die in der Kindheit bedeutsam waren, könnten Lösungsmuster oder typische Copingstrategien verdeutlichen, die sich im späteren Leben als höchst dysfunktional und krankmachend erweisen könnten. Sowohl psychoanalytische als auch systemtheoretische Gedankengänge kämen hier zu ganz ähnlichen Lösungsvorschlägen. Nämlich die Dysfunktionalität der alten Verhaltensreinszenierungen zu zeigen, bewusst zu machen und durch alternative Verhaltensangebote (auch Umdeutungen, Reframings etc.) in Fluss zu bringen, zu verwirren, um so neuen Lösungsmöglichkeiten Platz zu schaffen. Es gebe natürlich auch langfristige psychosomatische Erkrankungen, bei denen die Aufdeckung und Umdeutung der zugrunde liegenden Konfliktmuster nicht zu einer Veränderung der Symptomatik führe, sondern erst langfristige Vertrauens- und Nachsozialisationsprozesse notwendig seien.

Diesen nährenden Aspekt der Therapie vertritt Sabine Rittner sehr deutlich, die sich weniger an theoretischen Modellen von Therapie orientieren wollte, sondern mehr an einem ethischen Grundverständnis, einem Menschenbild, welches sie geprägt hatte in der Zeit, in der sich das 'Human Potenzial Movement' in den siebziger Jahren entwickelt hatte. In Abgrenzung zur Psychoanalyse habe sich eine ganze Bewegung in der Humanistischen Psychologie auf den Weg gemacht, mehr die Fähigkeiten der Menschen zu fördern, als in den Defiziten wühlen zu wollen. Grundsätzlich arbeite sie prozessorientiert, aufgreifend, was nicht bedeute, nicht immer selber Impulse gezielt in die Therapie hineinzugeben, aber stark auf das zu reagieren, was von den Gruppenteilnehmern ausgesendet werde. Sabine Rittner gestalte die Stunden ihrer Meinung nach sehr intuitiv, sie würden aber auch theoretische Beschäftigung nach sich ziehen und strukturiert werden. Sie versuche, den Spannungsbögen in einer Therapiestunde nachzugehen und die Klienten zum Ende 'wieder abzurunden', auch im musikalischen Sinne; jede Therapiestunde trage demnach eine andere Gestalt mit diversen Phasenverläufen in sich. In diesen unterschiedlichen Phasen könnten bestimmte Anteile von körpertherapeutischen, psycho- oder musiktherapeutischen Konzepten mit eingebracht werden, wobei sie als Therapeutin durch die musiktherapeutischen Elemente besonders viel unbewusstes Material in den Teilnehmern aufdecken könne, indem es hörbar werde, aber dennoch oft nicht benennbar bleibe und damit auch den gewissen Schutz behalte. Vieles bewege sich in der Musiktherapie auf einer atmosphärischen Ebene, wo sehr frühe Empfindungen ausgelöst und dennoch nicht allen zugänglich gemacht würden. Es sei möglich, Muster wiederzuerkennen, was in dieser Gruppe sehr stark aufgenommen worden sei - dieses Angebot, Lebensstrukturen, Verhaltensmuster wiederzuerkennen und auf die Weise die Musik zu deuten. Obwohl dies immer nur ein kleiner Aspekt dessen bleibe, was erklungen und empfunden worden sei. Michael Wolfart berichtet, dass ihm die körpertherapeutischen Elemente methodisch sehr wichtig seien, weil sie die Schwelle zum Eingang in musikalische Improvisationen herabsetzten. Gleichzeitig seien sie natürlich auch eine Rückführung zu dem ursprünglich Zusammengehörigen, der Einheit von Musik und Bewegung. Sie befreiten die Musik von einer allzu mentalen Kontrolliertheit und Unbeweglichkeit.

Die hypnotherapeutischen Elemente eröffneten andere Zugänge zum Unbewussten, würden verdrängte Bilder, Erinnerungen, aber auch Ressourcen zugänglicher werden lassen und könnten starre mentale Verknüpfungen auflösen.

Für viele Menschen, die jahrelang gewohnt seien, bestimmte Wenn-Dann-Beziehungen in ihrem Leben als unauflöslich zu betrachten, hätten hier eine Chance, die Einschaltung ihrer bewussten Kontrollmechanismen zu umgehen und zu neuen Lösungsmustern zu kommen.

Bei den Körperübungen gebe es natürlich, wenn sie sehr gezielt und systematisch eingesetzt werden, die Möglichkeit, das Symptom auch auf einer körperlichen Ebene zu Veränderungen zu provozieren. Dies betreffe zum Beispiel den Tonus, die Balance, die Atmung und die Integration von Rhythmik, Kraftaufwendung und Vokalisation. Sabine Rittner sieht in dieser Form der Musiktherapie, die sie und Michael Wolfart anwenden, ein Potenzial des Erkennens von Lebens- und Verhaltensmustern. Das Abbilden festgefahrener Muster und Strukturen durch ein anderes, nicht so vertrautes Medium, durch das vielleicht ein authentischeres Durchleben der Situationen möglich sei, da das Medium Musik für den Menschen noch nicht so besetzt sei. Die stimmlichen Improvisationen seien noch mal ein eigenes Feld der Musiktherapie – sie könnten eingesetzt werden, um die Unmittelbarkeit des Erlebens wieder zu fördern, die Abspaltung von Symptom und Persönlichkeit wieder zusammenzuführen und neue Zugänge zum Selbstaussdruck zu schaffen sowie die Veränderung von Selbst- und Fremdwahrnehmungsanteilen zu erreichen.

### **Ziele und Absichten**

Wenn es um die rein instrumentelle Funktion der Musik gehe, das heißt, wenn die Musik nur ein anderes Medium, eine andere Sprache sei, um interpersonelle Kommunikationsmuster aufzudecken, dann sei die Reihenfolge sinnvoll: zuerst spontanes Erleben und erst im Nachhinein verbale Interpretation des Geschehenen. Gehe es eher um die ressourcenorientierte und tranceinduzierende Funktion von Musik, dann sei eine nachträgliche Übersetzung in sprachliche und mentale Bewusstseinsformen eher zerstörerisch und wirkungsmindernd.

In Bezug auf die jetzige Therapiegruppe kann Michael Wolfart aus eigener jahrelanger musiktherapeutischer Selbsterfahrung berichten, wie wichtig gerade dieser zweite Schritt des verbalen gemeinsamen Erarbeitens sei. Nach einer musikalischen Improvisation in der Gruppe befinde man sich zunächst meist in einem fast benommenen Zustand. Man wisse fast gar nichts über das, was man selbst und was die Anderen gemacht hätten. Erst wenn alle zögernd und in einer ganz vorsichtigen und nahe am Erlebten bleibenden Sprache begännen, über das zu sprechen, was noch im Körper nachschwingt, geschehe das Eigenartige: Erst jetzt, wo man zu erkennen beginne, wie vertraut (oder auch wie neu) das sei, was jeder da eben musikalisch ausgedrückt und gehört habe, komme man mit dem wiedererkennenden Gefühl nach. Die noch vorhandenen Resonanzen in Körper und Seele, die glücklichen und unglücklichen Emotionen, Schmerzen und Blockaden, würden von ihrer nonverbalen Macht, die immer auch eine Übermacht sei, befreit. Die zuvor stummen Gefühle würden sich ihrer selbst bewusst, und das zuvor vielleicht überhebliche und gefühllose Bewusstsein werde empfindlich. Das Mentale sei damit auch erst in seinem eigenen Wert eingesetzt, wenn es helfe, die seelischen Bewegungen ins Bewusstsein zu integrieren.

Als einige Globalziele könne man stichwortartig für die Klienten benennen, dass sie kommunikationsfähiger werden wollten, eigene Gefühle, Wünsche, Bedürfnisse deutlicher ausdrücken und sich gegenüber Wünschen und Bedürfnissen Anderer deutlicher abgrenzen können wollten. Die Teilnehmer würden abgespaltene und unverständliche bzw. störende eigene Anteile besser verstehen und integrieren wollen, sich von überholten und fruchtlosen Erwartungen trennen können und statt dessen das erreichbare Gute im eigenen Leben stärker fokussieren wollen. An dieser Stelle gebe es dann natürlich noch eine Auffächerung in ganz individuelle Ziele, die von den Klienten im Erstinterview benannt worden seien und welche die Therapeuten in fast jeder Stunde in die Einzelarbeit mit aufnehmen würden. Dazu gehörten zum Beispiel: Verstrickungen in spezielle familiäre Vermächtnisse und Traditionen auflösen zugunsten autonomerer Handlungsfähigkeit, eigene Stärken und Ressourcen deutlicher erkennen und somit die positiv-negativ-Bilanz des eigenen Lebens verändern. Sabine Rittner nennt als spezielle Funktion der Musiktherapie, dass diese auf Erfahrungen in sehr frühen Lebensprozessen zurückgreifen und dort auch nährend hinwirken könne, was wenige andere Therapieformen so könnten. Abgesehen vielleicht von der Arbeit über die Berührung. Da das Erfahrungen seien, die alle Menschen gemacht hätten, sei dort eine sowohl nachnährende als auch eine ressourcenfördernde Seite und unterstützendes Potenzial vorhanden.

Die Musiktherapie habe außer diesem regressiven Aspekt natürlich auch den der Beziehung und des Kontakts, was in dem Erwachsenwerden der Menschen auch ein Nachholen, ein Neulernen, ein Aktivieren von Prozessen, die schon in der Kindheit oder Pubertät hätten stattfinden müssen, ermögliche. Sämtliche Lebensphasen ließen sich auf einer metaphorischen und auf einer symbolischen Ebene nacherleben. Und dort, wo Mangel gewesen sei, könne über die Interaktion mit Musik auch etwas zugeführt oder entlastet werden. Jeder könne sich auf seine Weise als Teil eines Ganzen fühlen, auch wenn er es in dem Geschehen nicht ausdrücklich gesagt bekomme. Dieses Gefühl sei dann besonders wichtig, wenn es als Mangel in der eigenen Lebensgeschichte erlebt worden sei und wenn sich die Person immer isoliert gefühlt habe.

In der Musiktherapie lägen Potenziale, die persönlichkeitsfördernd wirken könnten, indem sie die Themen Abgrenzung und Selbstständigkeit aufgriffen. Alle Phasen der Lebensentwicklung könnten stellvertretend aktiviert werden, bis hin zu der Phase des Loslassens und der Vorbereitung auf den Tod. In der musikalischen Improvisation könne man sich auch außerhalb seiner genormten Rollen bewegen, soziale Rahmen würden einfach anders gesteckt werden - es sei ein nicht sanktioniertes Experimentierfeld für modellhaftes Lernen, und die Kunst bestehe darin, diese Erfahrungen transportierbar zu machen.

### **Rolle der Musik**

Eine wichtige Funktion der Musik in dieser Gruppentherapie sei, wegzulenken vom Symptom, von der Fixierung auf Fehlfunktionen im eigenen Körper, die oft isoliert als Störung eines Organs oder Körperteils wahrgenommen würden. Das Musikmachen beziehe den gesamten Menschen mit ein, so dass Dinge passierten, die nicht so steuerbar seien.



Was ein Stück phasenweise auch mit Kontrollverlust zu tun habe und speziell bei diesen Klienten ein ganz wichtiges Thema sei: Unordnung, Chaos, Hässliches und Kontrollverlust zuzulassen, bevor man wisse, wo es hingehge, bevor es wieder in Bahnen gelenkt werde. Da sei eine große Chance in der Musik, die andererseits schützend wirke, weil sie in sich eine Form habe, einen Raum darstelle, einen Klangraum bilde, in dem der Einzelne so etwas überhaupt wagen könne.

Diesen Klangraum, in dem nicht jeder gehört wird, hält Sabine Rittner gerade bei Stimmpatienten für besonders wichtig. Deswegen bilde sie oft Gruppen ab mindestens zehn Teilnehmern, weil es im Gegensatz zur Instrumentalimprovisation wichtig sei, den Einzelnen nicht mehr zu hören, damit Wagnisse leichter möglich würden. Vor allem rühre die stimmliche Improvisation wesentlich näher am emotionalen Kern der Persönlichkeit als die rein instrumentale. Sie exponiere wesentlich mehr ungeschützte, höchst persönliche Anteile. Insofern müsse mit der Stimmarbeit sehr behutsam umgegangen werden. Dafür setze sie ihre eigene entwickelte Methode ein, stimmliche Improvisationen niemals im Kaltstart, sondern immer nach einer körperorientierten Hinführung beginnen zu lassen.

## **Kreativität**

Selbstverständlich spiele die Kreativität in dieser Behandlung eine sehr wichtige Rolle bei der Erprobung von neuen intermodalen Verknüpfungen, die sich durch die Verwendung verschiedener Medien ergebe, wie Sprache, Musik, Malerei. Die ständige Möglichkeit des Perspektivenwechsels, Reframing, Zerstörung, Verwirrung alter, gewohnter Sichtweisen und der Herstellung völlig neuer Sichtweisen auf der Bühne des eigenen Lebens. All dies seien im eigentlichen Sinne kreative Akte des Denkens, Wahrnehmens und Ausdrückens, in denen gewohnte Verknüpfungen aufgelöst und neue gesucht werden könnten.

Im Vergleich zu analytischen Gruppen, `in denen man erst mal eine Stunde lang sitzt und schweigt, bevor der Erste ein Wort sagt`, hält Sabine Rittner die Rolle der Kreativität für sehr gesundheitsfördernd und stimulierend, anregend, mutmachend. Wenn bestimmte neue Erfahrungen zugelassen werden könnten innerhalb der Gruppe, dann fänden auch viele Teilnehmer den Mut, Erlebtes in ihrem Alltag umzusetzen. Klienten fingen an zu schreiben, zu malen und diesen Kreativitätsschub oder -impuls, den sie in dieser Therapie bekommen hätten, zuhause fortzusetzen. Insgesamt sei Kreativität nicht nur etwas Musisches oder Romantisches, sondern sie bestehe aus verschiedenen Phasenverläufen, hochkomplizierten Einzelprozessen mit Stagnation, mit Durchbrucherscheinungen ebenso wie mit ganz schwierigen, quälenden Phasen. Auf alle Fälle aber sei es eine Form des Experimentierens und Lernens, bei dem der Ausgang nicht feststehe. Genau dies bereite ganz hervorragend vor auf ungeplante Ereignisse, auf die man im Alltag ständig treffen könne.

Das Schlusskapitel sollen Worte des Frankfurter Patriziersohns Johann Wolfgang von Goethe eröffnen, der als einflussreicher deutscher Dichter, begeisterter Naturforscher und Verfasser der `Farbenlehre` ebenfalls die Musik hoch schätzte, ein Liebhaber des Pianos, Cellos und Gesangs war und eine musiktheoretische `Tonlehre` verfasste.



Im Jahr 1822 soll Goethe seinem Freund Joseph Pleyer gegenüber geäußert haben:

(Zitat):

„Wer Musik nicht liebt, verdient nicht,  
ein Mensch genannt zu werden,  
wer sie nur liebt, ist erst ein halber Mensch,  
wer sie aber treibt, ist ein ganzer Mensch.“

(Herwig, W. (Hrsg.): „Goethes Gespräche.“ Auf Grund der Ausgabe und des Nachlasses von Flodoard Freiherrn von Biedermann ergänzt. Bd. III/1. Zürich 1971. S. 560.)

Mit Goethes Gedanken zu den Bereichen Wissen und Wahrnehmen, Lernen und Lehren, menschliche Entwicklung und angemessenes Verhalten möchte ich Fazit und Ausblick der Dissertation bekräftigen:

***Es ist der Geist, der sich den Körper schafft.***

Johann Wolfgang von Goethe  
1749 - 1832 deutscher Dichter

***Toleranz sollte eigentlich nur eine vorübergehende  
Gesinnung sein; sie muss zur Anerkennung führen.  
Dulden heißt beleidigen.***

Johann Wolfgang von Goethe  
1749 - 1832 deutscher Dichter

***Zwei Dinge sollen Kinder von ihren Eltern bekommen:  
Wurzeln und Flügel.***

Johann Wolfgang von Goethe  
1749 - 1832 deutscher Dichter

## **10. Fazit und Ausblick**

Nachdem in dieser Arbeit diverse subjektive Konzepte von Gesundheit diskutiert wurden, die sich z. B. über die Abwesenheit von Krankheit, das Vorhandensein der Leistungsfähigkeit, der energetischen Stabilität des Körpers oder der inneren Zufriedenheit und des seelischen Wohlbefindens definieren, wird deutlich, dass sich der pendelnde Zustand des Gesundseins oder -fühlers in enger Verbindung mit subjektiven Empfindungen des Heil-Seins oder Ganz-Seins einstellt. Die Erhaltung der Gesundheit und der Heilungsprozess werden erreicht, indem Störungen direkt ausgeschaltet, defekte Funktionen von Körper und Seele zu einem angemessenen Maß im Empfinden des Einzelnen wieder hergestellt und körpereigene unterstützende Kräfte (von selbst oder durch Hilfe von außen) mobilisiert werden können. Wichtig im Umgang mit einer Erkrankung oder Beeinträchtigung sind dabei vor allem auch die psychische Einschätzung der Lage, die Akzeptanz der Störung und Sinnfindung im Prozess des Lebens sowie die Einsatzmöglichkeit von Copingstrategien.

Die Grundsätze des salutogenetischen Modells Antonovskys definieren die Gesundheit positiv, nicht nur durch das Nichtvorhandensein von Krankheit. Ganzheitliche Wahrnehmungsänderungen im Bewusstsein der Bevölkerung können nur erreicht werden, wenn der Gesundheitszustand aktuell in den Ablauf des Lebens bewusst mit einbezogen wird. Akzeptiert der Mensch die Schwankungen in seinem Befinden als natürliches Pendeln um einen Pol des Gesundseins, kann er aufmerksamer betrachten, welche Stressoren vorhanden sind, welche Bewältigungsmöglichkeiten im Falle der Beeinträchtigung in Frage kommen, welche Widerstandsressourcen er aktivieren und mit welchem Kohärenzgefühl er der Krankheit begegnen kann. Durch eine salutogenetische Sicht von Zuständen zwischen Gesundsein und Kranksein gewinnt der Mensch eine Aufgeschlossenheit, sich positiver mit Herausforderungen auseinander zu setzen, er wird selbstverantwortlicher und kann statt einer problemzentrierten Herangehensweise eher den lösungsorientierten Weg im Umgang mit Störungen einschlagen, der gleichermaßen körperlichen wie seelischen Belangen gerecht wird. Die pädagogisch-dynamische Gesundheitsbildung zielt also auf das Hinführen, Helfen und Unterstützen der Menschen, in einer freiheitlich demokratischen Gesellschaft ihre eigenen Ressourcen ausschöpfen und ihr Leben sinnerfüllt gestalten zu können.

Angeschlossen an die Merkmale eines jeden lebendigen Systems richtet sich der flexible Gesundheitszustand nach den Prinzipien der Polarität, der Verwandlung, der Ordnung, der Autonomie, der Abgrenzung, der Komplexität, der Variabilität, der Adaption, der Bewegung, der Semantik, der Information und der Bewertung, welche sich in biologischen, ökologischen, sozialen und psychologischen Systemen finden. Jedes lebendige System sucht zumindest zeitweise nach einem Gleichgewicht, bewegt sich zwischen entgegengesetzten Polen, die aber beide anerkannt werden müssen, nur so ist ein Sich-Einpendeln möglich. Um den für den Einzelnen richtigen `point between` zu finden, ist Bedürfnisschulung nötig, um durch das Hören auf die innere Stimme und das Erkennen der Warnmechanismen des Körpers angemessen reagieren zu können. Die Förderung des gesundheitsbewussten Verhaltens und die Anleitung dazu, die Lebenskraft und das Wohlbefinden des Einzelnen in einem flexiblen harmonischen Gleichgewicht zu halten, geschieht im täglichen Leben durch die Institutionen der Pädagogik, Medizin, Psychologie, Soziologie, Politik etc.

Präventive Gesundheitsbildung und gezielte Aufklärung zur gesundheitsbezogenen Gestaltung der eigenen Lebenswelt sollen es ermöglichen, dass die Lebensumstände der Bürger verbessert werden, die Bevölkerung aufgeschlossen gegenüber Neuerungen reagiert und dass die Selbstverantwortlichkeit jedes Einzelnen so angesprochen wird, dass konkrete eigene Handlungsmöglichkeiten erkannt werden. Bestimmend für einen angemessenen gesunden Zustand eines Menschen sind die Bereiche materielle Grundversorgung, Ernährung, Schlaf, Bewegung, Freizeit- und Arbeitsverhalten, die geistig-seelische Verfassung und die soziale Anbindung.

Möchte die Gesundheitsbildung in diesen Bereichen eine Verhaltensänderung erreichen, muss sie an die drei kognitiven Kräfte des Menschen anknüpfen: das Denken, Fühlen und Wollen. Dieses Gesundheitstrigon muss zu gleichen Maßen beteiligt sein, um eigene Ressourcen nutzen zu können, gezielte Bildung von außen annehmen zu können oder Eingriffe in den vielleicht schon festgefahrenen Lebenswandel tätigen zu wollen. Oftmals erreicht man die drei kognitiven Kräfte durch das Geschehenlassen von Ereignissen, Änderungen müssen nicht von außen mit Zwang oder Druck erreicht werden. Der freiwillige `sanfte Weg` des eigenen Erlebens gestattet dem Neugierigen, ungeahnte Situationen spielerisch in Musik, Körperbewegung, Tanz oder Kunst umsetzen und ausprobieren zu dürfen.

Im alltäglichen Lebensverlauf folgt jeder Mensch den zeitlichen Rhythmen der äußeren Natur, der Gesellschaft, in der er verwurzelt ist und der eigenen inneren Uhr. Manche Perioden erleben wir kulturell gemeinsam, manche ganz individuell aufgrund unserer biogenetischen Bedingtheiten und geistigen Fähigkeiten. Wenn unterschiedliche Rhythmen aufeinander treffen und in ein Spannungsverhältnis treten, kann der Mensch auch leicht einmal `aus dem Takt geraten`, was er selbst und seine Umwelt als störend empfinden mag. Spannung beinhaltet aber auch die Fähigkeit zur Lösung, zur Entspannung und wir erleben laufend diese wechselnden Phasen von Energiedefizit oder hohem Energieniveau, reagieren in Raum und Zeit auf diese Zustände. Die Gestaltungsparameter dieser rhythmischen Zyklen sprechen uns als biologische, psychische sowie soziale Wesen an. Die menschlichen Spannungsfelder sind in ständigem Umbruch von Ruhe zu Aktivität und Spannung zu Entspannung, Verschmelzung zu Trennung, Freude zu Trauer – wie entgegengesetzt. Die äußere Natur erlebt den Wechsel der Jahreszeiten, Sternkonstellationen, Klimazonen, die Gesellschaft durchläuft verschiedenste Existenzformen und das menschliche Individuum wird durch psychische und physische Phasen sowohl gefördert als auch beeinträchtigt. Die beiden Pole des Spannungsbogens können als `zu viel` und `zu wenig` bezeichnet und der Nullpunkt des Bogens als angenehmer Ausgleich und Wendepunkt gesetzt werden. Um sich gesund fühlen zu können, kann der Mensch nach einem guten Spannungsverhältnis streben, welches er in kreativer Auseinandersetzung mit den beiden Polen immer wieder situationsgemäß als hilfreich oder störend definiert. Unrhythmisches Verhalten kann zu Starrheit, Unbeweglichkeit zu Stillstand führen – und damit zum Bruch mit den dynamischen Lebensprinzipien, ebenso kann es aber auch eine Art Schutzfunktion beinhalten, wenn dadurch Systeme aufrecht erhalten werden, aus denen der Mensch sich (noch) nicht lösen kann und will. Auch dieses bewusst oder unbewusst so gewählte Verhalten sollte respektiert werden; Lösungshilfen können angeboten, aber dürfen nicht aufgedrängt werden.

Generell kann Wahrnehmungsförderung einen möglichen Stillstand und festgefahreneres Verhalten lösen und über Sprache, Musik und Bewegung transportiert werden. Die musikalischen Parameter Klang und Rhythmus ermöglichen das Erfassen von Raum und Zeit und bilden somit die Urformen der menschlichen Selbstorganisation. Aus diesem Grund hat sich die kreative forschende Perspektive dieser Dissertation exemplarisch mit dem Phänomen Musik, seiner Möglichkeit des nonverbalen Bewegens und Gestaltens, seiner veränderungsrelevanten Qualität und seiner Fähigkeit zur ganzheitlichen Ausdrucks- und Erlebnisschulung befasst.

Die oft schlagwortartig klingende Forderung nach Ganzheitlichkeit in der Gesundheitsbildung ist zu verstehen als eine mehrperspektivische Sichtweise auf die Systeme Mensch und Umwelt, die nahe legt, dass es letztendlich keine objektive Wahrheit über die Welt und die sie bevölkernden Individuen gibt, dafür aber diverse, nebeneinander funktionierende Modelle, die in ihrer Prozesshaftigkeit betrachtet werden müssen. Es existieren keine statischen, unbeweglichen Systeme an sich – auch was nach außen hin als unveränderlich erscheinen mag, ist doch in seinem Wesen veränderlich und im Umschwung oder Wachstum begriffen, kann in Substanzen, in Atome, in Zeitgebilde, in seine Bestandteile zergliedert werden. Hält man sich dies vor Augen, dass Mensch und Umwelt, vom Mensch Geschaffenes sowie in der Natur Vorhandenes oder Entstehendes auf dieser Erde den Gesetzen von Zeit und Raum unterworfen sind, so beinhalten sie immer Prinzipien der Veränderung, tragen Perspektiven und neue Handlungsmöglichkeiten in sich.

In diesen ganzheitlich zu sehenden Systemen funktioniert Bildung als ein lebenslanger Prozess, als mündige und eigenständige Weiterentwicklung mit Zuhilfenahme angebotener Hilfsmittel zum Ausbau aller erreichbarer Fähigkeiten und bestmöglichen Wissens. Der Mensch setzt sich während dieses Prozesses des Wachsens und Lernens kritisch-reflexiv mit seiner Umwelt auseinander und muss diese gegenseitigen Bedingtheiten in sein Verhalten mit einbeziehen. So setzt eine integrative Gesundheitsbildung voraus, dass Einzelwesen und Instanzen der sie umgebenden Welt gemeinsam erkennen, welche Faktoren gesundheitsförderlich oder –hindernd sind, welche Gegebenheiten verändert werden müssen und welche neuen Ideen und Impulse seitens der Gesundheitsbildner tatsächlich umgesetzt werden können.

Damit der aktuelle Begriff der Ganzheitlichkeit im Gesundheitswesen nicht nur als diffuses Schlagwort durch die pädagogischen Handlungsräume geistert, muss der Gesundheitsbildung ein systemisches Menschen- und Weltbild zugrunde liegen, welches von drei dynamischen Einflussgrößen mit bestimmt wird: a) dem Menschen mit seinen körperlichen Anforderungen (bio-physiologische Faktoren), b) seinem geistigen Potenzial mit dem Streben nach Erkenntnissen und dem Zutrauen in die eigene Handlungsfähigkeit (psychische und geistige Faktoren) sowie c) dem gemeinsamen Kommunizieren über ein gesellschaftliches Wohl (soziale, gesellschaftliche Faktoren).

Diese Grundgedanken finden sich schon in der Gesundheitsdefinition der WHO 1946, in welcher Gesundheit als ein „Zustand völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ beschrieben wird, worin aber die Vorstellung der Prozesshaftigkeit und Flexibilität als Komponente noch fehlte. Im Jahr 1986 forderte die Ottawa-Charta eine umfassende Gesundheitsförderung, welche „die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten durch Informationen, gesundheitsbezogene Bildung sowie die Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten“ ermöglichen müsse.

Als ein Vertreter der allgemeinen Systemtheorie hat besonders Fritjof Capra an vielen Beispielen veranschaulicht, dass der Mensch nicht wie eine Maschine nach dem Ursache-Wirkungs-Prinzip funktioniert, sondern dass der Organismus immer wieder zyklische Muster von Informationen zu durchlaufen hat. Er organisiert selbstständig seine Ordnungsmuster und steht in Wechselwirkung mit seiner Umwelt. Lebendige Systeme besitzen die Prinzipien der Offenheit und Flexibilität und sind es gewohnt, sich innerhalb bestimmter Toleranzgrenzen immer wieder an die Veränderungen des Lebensumfeldes anzupassen. Diverse lebendige Systeme existieren nebeneinander und ineinander und sind von einer kleinen Gruppe (wie z. B. einer Familie) auszuweiten auf die Verknüpftheit großer Gemeinschaften, Staaten, Länder, Kontinente bis hin zum globalen Ökosystem Erde.

Den flexiblen Zustand der Gesundheit definiert Capra als (Zitat): „ein Gefühl des Wohlbefindens als Ergebnis dynamischer Ausgeglichenheit der physischen und psychischen Aspekte des Organismus sowie seiner natürlichen und gesellschaftlichen Umwelt“ (Capra, Fritjof: „Wendezeit. Bausteine für ein neues Weltbild.“ Bern, München, Berlin 1983. S. 361.). Krankheit betrachtet er als ein auftretendes Ungleichgewicht, welches aber nicht nur als zerstörender Faktor, sondern ebenso als eine Möglichkeit zur Bildung neuer Systeme gesehen werden kann. Auf Capras systemtheoretische Überlegungen bezieht sich z. B. der in dieser Dissertation angesprochene Rahmenplan `Gesundheitsbildung` des deutschen Volkshochschulverbandes (1985).

Auch der Heidelberger Medizinhistoriker Heinrich Schipperges bezog sich auf die beschränkte Sicht des biomedizinischen Modells in der Betrachtung des Menschen: die hauptsächlichlichen `Zivilisationskrankheiten` in Industrieländern entstünden aus multikausalen Gründen, was die Erweiterung des linearen, monokausalen Erklärungsmusters fordere. Die Komplexität der menschlichen Systeme muss Beachtung finden, verschiedene Lebenswirklichkeiten müssen nebeneinander existieren und die Gesundheitskonzepte mitformen dürfen.

Gesundheit kann der Fähigkeit eines Systems zugeordnet werden, innerhalb seiner Selbstregulierung immer wieder Spannungszustände auszugleichen und sein individuelles Gleichgewicht zu finden. Aus dieser konstruktivistischen, systemischen Sicht ergibt sich die Folgerung, dass Gesundheitsbildung nicht mit Verhaltensvorschriften und Maßregelungen quasi verabreicht werden kann, sondern als reflektierende Vermittlung von Fähigkeit in Zusammenarbeit mit den Anforderungen des Systems Mensch ablaufen muss. (eigenverantwortliche Ziele: Kommunikationsbereitschaft fördern, Eigenkompetenzen aufbauen, attraktive Lernangebote zur Wissensvermittlung aufsuchen, Körperwahrnehmung schulen, Sensibilität für Eigenbedürfnisse entwickeln etc.)

Als Vermittler von Gesundheitsbildung können vielseitige Angebote genutzt werden, wie z. B. staatliche Gesundheitsprogramme, Volkshochschulangebote, Krankenkassenkurse, Aufklärungskampagnen, Netzwerkarbeit verschiedener Organisationen etc. - doch das setzt natürlich eigene mündige Bereitschaft zur Teilnahme voraus. Um diese Einstellung der Mitverantwortlichkeit zu fördern, setzen pädagogische Institutionen schon frühest möglich mit Lernhilfen an: z. B. kann in den Kindergärten schon der Verzicht auf Süßigkeiten, regelmäßiges Zähneputzen, hygienisches Händewaschen, gesundes körperachtsames Spiel- und Bewegungsverhalten etc. geübt werden.

Die Gesundheitserziehung in Kindergarten und Schule kann den Kindern und Jugendlichen ein Gesundheitslernen spielerisch ermöglichen; gerade in der Grundschule können viele Aktionen stattfinden, welche die Kinder ebenfalls vom ersten Leistungsdruck entlasten - Sitzen auf Gummibällen statt auf Stühlen, bewegungsfördernde Ausgleichsspiele zwischendurch, um dann die Konzentrationsfähigkeit wieder nutzen zu können, Ausbilden motorischer Fähigkeiten im Zeichen- und Bastelunterricht oder gemeinsames Singen, Musizieren und Improvisieren, um eine andere Art der Kommunikation mit einzubeziehen usw.

Im Verlauf des weiteren Ausbildungsweges nehmen leider oftmals die so wichtigen gesundheitsfördernden Maßnahmen ab, wobei man doch bei steigendem Leistungsdruck, höchster Konzentration und geistiger Arbeit um so mehr Ausgleich benötigen würde. Zu oft kommen entspannende Körperübungen, Ausgleichssport, `Leer-werden-Lassen` des Kopfes, erfreuliche Kontakte und Erlebnisse außerhalb des Schul-, Studiums- oder Arbeitslebens zu kurz, welche wieder dazu beitragen könnten, die eigenen Ressourcen aufzufüllen. Der erwachsene, selbstverantwortliche Menschen muss oft erst wieder angeleitet werden, eigene Energien einzusetzen, den Körper nicht auf Höchstleistung, sondern vielleicht besser auf Kondition und Ausgleich zu trainieren, sich Felder zu schaffen, in denen man durch geistige oder körperliche Ansprache ein Wohlgefühl für sich finden kann.

Bestimmte Erinnerungshilfen oder fast erzieherische Maßnahmen gibt es derzeit nur für Arztbesuche, wie z. B. beim Zahnarzt,- finanzielle Beteiligung der Krankenkassen an regulierenden Maßnahmen erhält man nur bei regelmäßigem vorbeugenden Nachsehen-Lassen; oder in der Frauenheilkunde gilt z. B. der Halbjahresbesuch zur Krebsvorsorge als empfehlenswert. Doch andere gesundheitsbildende oder prophylaktische Aktionen erreichen oft nur die schon bewussten und achtsamen Menschen - zum kostenlosen Hörtest oder zur Blutdruckmessung geht nur der interessierte Freiwillige.

Es gibt viele Beispiele, an denen man `volksnahe`, mit Anreiz und Freude arbeitende Gesundheitsförderung beobachten kann, sei es die in Spiel und Sport eingebetteten Marathonläufe, sportlichen Wettbewerbe – initiiert von Krankenkassen, öffentlichen Freundschaftsspiele in Schulen etc., woran sich die europäischen Länder vielleicht noch ein Beispiel an manchem asiatischen Selbstverständnis nehmen könnte, was die auf öffentlichen Plätzen selbstverständlich betriebene Gymnastik oder das Volkstanzen betrifft. `Volksgesundheit` ist in jedem Falle abhängig von Kultur, Zeit, Mode, politischer Situation und wirtschaftlicher Entwicklung. In Deutschland boomen ja derzeit Fitness-Kampagnen, Anti-Aging-Kongresse, Life-Style-Konzepte und das Thema Gesundheit erreicht einen in theoretischer wie praktischer Hinsicht, so dass die Auswahl an Angeboten vielleicht überfordern mag, jedoch abgestimmt auf die eigene Bedürftigkeit erfolgen sollte.

Respektiert werden muss allerdings auch die Tatsache des selbstgewählten Nicht-wissen-Wollens, wenn sich Menschen, in ihrer Wahrnehmung als gesund erachten und sich nicht durch Vorsorge-Untersuchungen in den Status `Noch-nicht-Kranker` oder `Versteckt-Kranker` begeben möchten, da die Entdeckung einer Krankheit ihre empfundene jetzige Lebensqualität rapide verändern würde. Die Ziele der Gesundheitsbildung sollten sein, eine allgemeine Förderung und Verbesserung der Lebensqualität der Menschen zu erreichen und Maßnahmen zu schaffen, die der Bevölkerung helfen, den guten gesundheitlichen Zustand von Geist und Körper zu stabilisieren.

Ebenso Prophylaxe zu betreiben und im Falle der Erkrankung auf Restitution hinarbeiten, die Selbstheilungsmöglichkeiten der Klienten zu unterstützen, ein Krisenmanagement vorzuschlagen und Copingstrategien anzubieten und Instanzen auszubilden, die kollektiv und fachlich übergreifend im Sinne der Förderung der Gesundheit zusammen wirken können.

Das gesundheitsbildende Programm muss über das Kurieren von Symptomen hinausgehen, es sollte Beratung anbieten, die persönliche Handlungsfähigkeit erweitern, soziale Ressourcen stärken und durch Partizipation und Aufbau sozialer Netzwerke die Familie, Arbeitswelt, Gemeinde oder Bevölkerung entlasten und mobilisieren können.

Weitere Aufgaben liegen in der Schulung und Weiterbildung der gesundheitsbildenden Pädagogen, der Förderung der Entwicklung ihres Selbst- und Rollenverständnisses und dem Angebot zeitgemäßer theoretisch-konzeptioneller Grundlagen zur Gesundheitsbildung. Anbieter von gesundheitsfördernden Programmen sollten zwar innovativ und konkurrierend auf dem Gesundheitsmarkt in Wettstreit treten, denn dies dient auch der Leistungskontrolle, doch sollten Nutzen und Zweck für die Verbraucher nicht vom Kampf mächtiger Interessengruppen um Marktanteile und primär wirtschaftlichen Interessen bestimmt werden.

Qualifikationsrichtlinien für Anbieter, staatliche und private Organisationen, Programme und Personal sollten den Verbraucher- oder Klientenschutz gewährleisten, gezielte Information über die Angebote muss dem Interessierten zugänglich sein. Dazu trägt die allmähliche Professionalisierung der Gesundheitsbildung in der Bundesrepublik Deutschland bei, wenn sie offizielle Berufsausbildungen, Zweitausbildungen oder weiterführende Qualifikationslehrgänge entstehen lässt.

Gesundheitsbildung im Bereich der Erwachsenenbildung und des privaten weiterführenden Bildungsweges über Zusatzstudiengänge, Krankenkassen- oder Volkshochschulkurse, Interventionen der Gesundheitsämter, Selbsthilfe- oder Therapiegruppen etc. leisten ihren Beitrag dazu, dass Veränderungen in der Lebens- und Denkweise der Menschen erreicht werden können. Soziale Netze und Beziehungssysteme können geschaffen, professionelle und nicht-professionelle Erlebnisfelder aufgebaut werden, in denen lebenslanges gesundheitsbewusstes Verhalten immer wieder gelernt werden kann. Dazu können diverse Informations- und Werbemittel eingesetzt werden, um auch den Teil der Bevölkerung zu erreichen, der sich nicht von sich aus mit Gesundheitsförderung beschäftigt, aber vielleicht neugierig gemacht werden kann durch Werbeschriften, Aufkleber als Erinnerungshilfen, Literatur, Einladungen zu Veranstaltungen, Verteilung kostenloser Präsente wie z. B. Zahnbürsten, zahnfreundliche Kaugummis für Kinder, Kondome an Jugendliche, Springseile an Krankenkassenmitglieder und dergleichen. (Z. B. verteilt die deutsche lautstarke Hip-Hop-Band `Die fantastischen Vier` kostenlos Ohrstöpsel an ihre Konzertbesucher, da sie an vielen Veranstaltungsorten die Schmerzgrenze von 93 Dezibel deutlich überschreiten und die an den Boxen gemessene Lautstärke bis zu 110 Dezibel – einen Hörschaden provozierenden Wert – erreichen kann.) Auch wenn es manchmal ein ganz banales Geschenk zu sein scheint, kann es doch Verwendung finden, zur Diskussion anregen und zu Hause im alltäglichen Ablauf einen ersten Gedankenstoß leisten. Großangelegte Aktionen wie z. B. gesundes Pausenbrot für Schüler, Sitzen der Grundschulklassen auf Gummibällen statt auf Stühlen, Nichtraucherzonen in Betrieben etc. tragen dazu bei, gesundes und bewusstes Verhalten in den verschiedenen Lebensbereichen zu fördern.



Um noch einmal von der persönlichen Perspektive eines Einzelnen global zu werden: als positiven Ausblick auf Länderebene und europäischer Gemeinschaft des 21. Jahrhunderts verweise ich auf das aktuelle Rahmenkonzept der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1998, welche unter dem Titel „Gesundheit 21 – Eine Einführung zum Rahmenkonzept `Gesundheit für alle` für die Europäische Region der WHO“ zukunftsweisende Forderungen und Vorschläge in ihrer Weltgesundheitserklärung veröffentlichen. Das Rahmenkonzept diskutiert die gesundheitliche Chancengleichheit in den Mitgliedsstaaten für eine bessere Gesundheit für die Menschen in der Europäischen Region der WHO, entwirft eine multisektorale Strategie für nachhaltige Gesundheit und bespricht die Handlungsmöglichkeiten eines resultatorientierten Gesundheitssektors.

### **Weltgesundheitserklärung**

(Auf der 51. Weltgesundheitsversammlung im Mai 1998 von der Weltgesundheitsgemeinschaft verabschiedet.)

I

Wir, die Mitgliedstaaten der Weltgesundheitsorganisation (WHO), bekräftigen unsere Verpflichtung auf das in der WHO-Satzung verankerte Prinzip, dass es zu den Grundrechten eines jeden Menschen gehört, sich der bestmöglichen Gesundheit erfreuen zu können, und damit bekräftigen wir zugleich die Würde und den Wert einer jeden Person und die für alle geltenden gleichen Rechte, aber auch das Prinzip, dass alle die gleichen Pflichten und Verantwortlichkeiten für die Gesundheit haben.

II

Wir erkennen an, dass die Verbesserung der Gesundheit und des Wohlergehens der Menschen das Endziel der sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung darstellt. Wir fühlen uns den ethischen Konzepten von Chancengleichheit, Solidarität und sozialer Gerechtigkeit und der Einbeziehung einer die unterschiedlichen Bedürfnisse von Männern und Frauen berücksichtigenden Perspektive in unsere Strategien verpflichtet. Wir betonen, dass es wichtig ist, bei der Verbesserung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung soziale und wirtschaftliche Chancenungleichheiten abzubauen. Deshalb muss unsere größte Aufmerksamkeit unbedingt denen gelten, die unsere Hilfe am dringendsten brauchen, die durch Krankheit belastet sind, gesundheitlich unzulänglich versorgt werden oder von Armut betroffen sind. Wir bestätigen unseren Willen, die Gesundheit zu fördern, indem wir die grundlegenden Determinanten und die Grundvoraussetzungen von Gesundheit angehen. Wir erkennen an, dass Veränderungen im weltweiten Gesundheitszustand voraussetzen, dass wir der „Politik Gesundheit für alle für das 21. Jahrhundert“ durch relevante regionale und nationale Konzepte und Strategien Wirkung verleihen.

### III

Wir verpflichten uns erneut darauf, unsere Gesundheitssysteme, darunter die der öffentlichen Gesundheit dienenden Grundfunktionen und -dienste auszubauen, anzupassen und gegebenenfalls zu reformieren, um die allgemeine Zugänglichkeit zu Gesundheitsdiensten sicherzustellen, die sich auf wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse stützen, qualitativ gut sind, sich in bezahlbaren Grenzen halten und zukunftsfähig sind. Wir beabsichtigen, die Verfügbarkeit der in der Erklärung von Alma Ata\* dargelegten und in der neuen Politik weiterentwickelten Grundlagen der primären Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Wir werden weiterhin daran arbeiten, Gesundheitssysteme zu schaffen, die durch bedarfsgerecht gesteuerte öffentliche und private Maßnahmen und Investitionen in Gesundheit auf die derzeitigen und voraussichtlichen künftigen gesundheitlichen Verhältnisse, die sozioökonomischen Gegebenheiten und die Bedürfnisse der Menschen, Gemeinschaften und Länder reagieren können.

(\* Auf der Internationalen Konferenz über primäre Gesundheitsversorgung, Alma Ata, 6.–12. September 1978 verabschiedet und von der 32. Weltgesundheitsversammlung mit Resolution WHA32.30 unterstützt (Mai 1979).)

### IV

Wir erkennen an, dass in der Arbeit für die Gesundheit alle Nationen, Gemeinschaften, Familien und die einzelnen Menschen gleichermaßen voneinander abhängig sind. Als eine Gemeinschaft von Nationen werden wir gemeinsam handeln, um den allgemeinen Bedrohungen der Gesundheit begegnen und weltweit das Wohlergehen der Menschen fördern zu können.

### V

Wir, die Mitgliedstaaten der Weltgesundheitsorganisation, beschließen hiermit, die in dieser Erklärung niedergelegten Rechte und Prinzipien, Maßnahmen und Verantwortlichkeiten durch konzertiertes Handeln, gleichberechtigte Mitsprache und partnerschaftliche Zusammenarbeit zu fördern und zu unterstützen, und rufen alle Menschen und Institutionen auf, sich die Vision der „Gesundheit für alle“ für das 21. Jahrhundert zu eigen zu machen und gemeinsam danach zu streben, diese Vision zu verwirklichen.

### VI

Die Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO – 51 Länder mit ihren 870 Millionen Einwohnern in einem Gebiet, das sich von Grönland im Norden bis zum Mittelmeer im Süden und den Pazifikküsten der Russischen Föderation im Osten erstreckt – haben beachtliche Fortschritte im Gesundheitsbereich gemacht. Seit 1980 sind diese Länder – trotz vielfältiger Unterschiede – zusammengekommen und haben sich auf einen gemeinsamen Rahmen für die gesundheitliche Entwicklung verständigt. Dieses Rahmenkonzept basiert auf einer gründlichen Analyse der Gesundheitsprobleme der Menschen in der Region, setzt Ziele für die gesundheitliche Verbesserung und beschreibt Strategien, nach denen Länder, Organisationen und die Bürger vorgehen können, um überall in dieser weiten Region länderspezifische Konzepte in praxisnahe operationelle Programme auf lokaler Ebene umzusetzen.

Dieses Rahmenkonzept ist keine „Eintagsfliege“: es wird nach abgestimmten Indikatoren, die alle Länder anwenden, systematisch beobachtet und in regelmäßigen Abständen aktualisiert, um sicherzustellen, dass es die Veränderungen in den Ländern und die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse, die von der WHO und anderen zuständigen Stellen erfasst werden, reflektiert.

Die jetzige aktualisierte Fassung wurde im September 1998 vom WHO-Regionalkomitee für Europa gebilligt und gibt die Agenda bis zur nächsten – für 2005 geplanten – Revision vor. Sie ist das Ergebnis eingehender wissenschaftlicher Analysen sowie eines schriftlichen Konsultationsprozesses mit allen 51 Mitgliedstaaten und rund 50 bedeutenden Organisationen in der Region. Sie bietet den Ländern die beste und umfassendste Orientierungshilfe hinsichtlich der Formulierung nationaler gesundheitspolitischer Konzepte und der Realisierung eines breiten Engagements der Gesellschaft durch praxisnahe Ansätze, die sich in den heutigen pluralistischen und demokratischen Ländern in der Europäischen Region als wirkungsvoll erwiesen haben.

Die kurze Einführung zu dem Gesamtkonzept soll in aller erster Linie Ministerpräsidenten, Gesundheitsministern und anderen Ministern in den Mitgliedstaaten der Region Anregungen geben, welche Schritte eingeleitet werden können, um die gesundheitspolitischen Konzepte und Strategien in den jeweiligen Ländern mit GESUNDHEIT21: Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO in Einklang zu bringen. Dies wird – mehr als jede andere Entscheidung, die sie treffen können – dazu beitragen, den Bürgern der einzelnen Länder an der Schwelle zum 21. Jahrhundert mehr Lebensqualität zu ermöglichen.

*J.E. Asvall (WHO-Regionaldirektor für Europa)*

Abschließend kann gefordert werden, dass Umweltbedingungen, Arbeitsverhältnisse, äußere Lebensumstände und Risikobereiche in gesundheitsförderliche Überlegungen miteinbezogen werden müssen und genügend Raum und Umsetzungshilfen auch für nichtorganisierte, unkommerzielle gesundheitsbildende Aktionen bereitgestellt werden sollte. Fundiertes Fachwissen und Laienkompetenz muss zusammenwirken, damit eine integrative, selbstverantwortliche Gesundheitsbildung greifen kann. Bislang nimmt das verbale Vermitteln von Lerninhalten im Bereich Gesundheitsförderung wohl den größten Stellenwert ein, doch werden nonverbale, erlebniszentrierte Wege des Lernens immer wichtiger, wie sich anhand zunehmender Angebote von gesundheitsbildenden musik-, kunst-, tanz-therapeutischen oder -pädagogischen Seminaren, Kursen oder Gruppen zeigt.

Spielerisch, im geschützten Rahmen der Gruppe, der Klasse, des Studienkurses oder Weiterbildungsangebotes können neue Arten des Bewegens, Körpereinsatzes, Selbstaushalts, der Kommunikation und Beziehungsaufnahme ausprobiert werden, was Wohlfühl, besseres Körper- und Selbstbewusstsein und Wahrnehmungsschulung jenseits festgefügtter Verhaltensrahmen ermöglichen kann. Selbstbeobachtung und Sensibilisierung im Umgang mit sich und anderen kann nonverbal Blockaden lösen, welche Störungen im Gesundheitsempfinden verursacht haben. Psychisches System, Organismus, soziales und ökologisches System können hier in Kontakt treten und miteinander und voneinander lernen, sich wohltuender und `gesund` in seinem Umfeld zu bewegen. Der Mensch, der diese Angebote nutzt und nach eigener Bewertung angemessen auswählt, kann Unterstützung und Stärkung erfahren und eigene Kompetenzen möglicherweise besser entwickeln.

Ergänzend zu präventiven Maßnahmen kann mithilfe des Konzepts des Empowerment das Aushalten und Akzeptieren von Ambivalenzen erlernt werden, können Potenziale zur Lebensbewältigung geschaffen und lösungsorientierte Lernhilfen zur gesunden Lebensführung angeboten werden. Somit möchte ich gesundheitsbildende Pädagogen und interessierte Leser dieser Arbeit ermutigen, sich gesundheitsfördernde Maßnahmen auszudenken, zu Konzepten der Gesundheitsbildung beizutragen, private oder öffentliche Aktionen zu starten, die Veränderungen im Gesundheitsverhalten der Bürger bewirken könnten, und selbst mit Spaß, Kreativität und Sensibilität zu agieren.

### **Transkriptionsregeln für Interviews, Tonband und Videoprotokolle:**

Im Sinne der Erfassung des Inhaltes der Klienten- und Therapeutenäußerungen in unseren Interviews einigten wir uns in der Forschungsgruppe allgemein auf die etwas vereinfachten, von Mayring (Mayring: „Einführung in die qualitative Sozialforschung.“ Weinheim: PVU 1993) eingeführten Transkriptionsregeln.

1. Die Interviews werden vollständig transkribiert mit gesamtem Wortlaut.
2. Pausen werden durch ... dargestellt.
3. Füllwörter wie `hm` und `äh` werden nur bei längeren Pausen (ab 4 Sekunden) transkribiert.
4. Der Interviewer wird mit I gekennzeichnet, der Befragte mit B.
5. Die ausdrückliche phonetische Betonung einzelner Wörter oder Texte wird durch **Fettschrift** dargestellt.
6. Die auffällige Unterstreichung des Gesagten durch Lachen, Stottern, gereiztes Sprechen, Schreien, etc. (Prosodie-Änderung) wird in Klammern mitangegeben.
7. Dialekte werden in Hochdeutsch transkribiert, in sinnhaften Sonderfällen oder Spezialausdrücken übernommen.
8. Im Nachhinein unverständliche (zu leise, genuschelte) Textpassagen werden mit dem vermutlichen Inhalt in Klammern abgeschrieben. (wahrscheinlich)
9. Paraphrasierungen werden in Anführungszeichen gesetzt: Er sagte, `Ich dachte, ich könnte das`.
10. Fragen des Interviewers, die dem Leitfaden entstammen, werden in Klammern vor dessen Äußerung geschrieben. (1)

## Literaturverzeichnis

- Adamek, K.: "Singen und Bewältigung. Zur Empirie und Theorie eines Gesundheitsverhaltens." Unveröffentlichte Habilitationsschrift. Z.Zt. zu erhalten über den Autor: Sauerländer Weg 2, 48145 Münster.
- Adler, N.; Matthews, K.: "Health psychology: "Why do some people get sick and some stay well?" Annual Review of Psychology, 45. S. 229-259.
- Aldridge, D.: "Die Musik und das Selbst. Eine phänomenologische Studie." Musiktherapeutische Umschau, 12. Göttingen 1991. S. 97-109.
- Aldridge, D.: "Physiologische Veränderungen beim Spielen improvisierter Musik. Einige Vorschläge für Forschungsarbeiten." Musiktherapeutische Umschau, 13. Göttingen 1992. S. 174-186.
- Aldridge, D.: "Auf dem Weg zur Entwicklung einer europäischen Wissenschafts- und Forschungskultur für Musiktherapie." Musiktherapeutische Umschau, 17. Göttingen 1996. S. 6-16.
- Aldridge, D.: "Music Therapy Research and Practice in Medicine: From out of silence." London 1996.
- Allesch, C.G.: "Ästhetik." In: Decker-Voigt, H.H.; Knill, P.J.; Weymann, E. (Hrsg.): „Lexikon Musiktherapie“. Göttingen Bern Toronto: Hogrefe 1996.
- Altgeld, T.; Laser, I.; Walter, U. (Hrsg.): „Gesundheitsfördernde Handlungskonzepte und gesellschaftliche Hemmnisse.“ Weinheim München: Juventa Verlag 1997.
- Alvin, J.: "Musiktherapie. Ihre Geschichte und ihre moderne Anwendung in der Heilbehandlung." München 1984.
- Amir, D.: „Research in Music Therapy – quantitative or qualitative?“ Nordic Journal of Music Therapy 2(2). 1993.
- Antonovsky, A.: "Health, stress and coping." London 1979.
- Antonovsky, A.: "Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well." San Francisco: Jossey-Bass 1987. (seit 1997 in deutscher Übersetzung von Franke, A. : „Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit.“ ) (Anmerkung: Abdruck des einzigen Vortrages, den Antonovsky je in Deutschland gehalten hat mit Begründung seiner jüdischen Vergangenheit!)
- Antonovsky, A.: „Die salutogenetische Perspektive: Zu einer neuen Sicht von Gesundheit und Krankheit.“ Meducs, 2. 1989. S. 51-57.
- Antonovsky, A.: "Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung." (aus dem Englischen übersetzt von Franke, A. und Broda, M.; In: Franke, A.; Broda, M. (Hrsg.): Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept.“ Tübingen: Deutsche Verlagsgesellschaft für Verhaltenstherapie 1993.
- Apel, K.O.: „Szientistik, Hermeneutik, Ideologiekritik.“ In: Bubner, R. (Hrsg.): „Hermeneutik und Ideologiekritik.“ Frankfurt a.M. 1971.
- Bastine, R.: „Klinische Psychologie.“ Band 1: „Grundlagen und Aufgaben Klinischer Psychologie. Definition, Klassifikation und Entstehung psychischer Störungen.“ Stuttgart: Kohlhammer 1990.
- Bastine, R.: „Klinische Psychologie.“ Band 2: „Klinische Psychodiagnostik, Prävention, Gesundheitspsychologie, Psychotherapie, Psychosoziale Intervention.“ Stuttgart: Kohlhammer 1992.
- Beck, J.: „Der Bildungswahn.“ Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag. 1994.

Becker, P.: "Psychologie der seelischen Gesundheit." Band 1: "Theorien, Modelle, Diagnostik." Göttingen 1982.

Becker, P.: „Seelische Gesundheit als protektive Persönlichkeitseigenschaft.“ Zeitschrift für Klinische Psychologie, 21. 1992. S. 64-75.

Bengel, J., Belz-Merk, M.: „Subjektive Gesundheitskonzepte“. In: Schwarzer, R. (Hg.): „Gesundheitspsychologie.“ Göttingen: Hogrefe 1990, S. 105-115.

Bengel, J.; Strittmatter, R.; Willmann, H.: „Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand – Expertise.“ Köln 1998.

Bergin, A.E.; Garfield, L.S. (Hrsg.): "Handbook of Psychotherapy and Behavior Change." New York: Wiley 1978 + 1994.

Bertram, W.: "Integrierte Psychosomatische Medizin. Bilanz einer Entwicklung." In: Uexküll, T.v.; Adler, R. (Hrsg.): "Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik." Stuttgart New York 1992.

Blaxter, M.: "Health and lifestyles." London 1990.

Belz-Merk, M.: "Gesundheit ist Alles und alles ist Gesundheit." Frankfurt a.M. 1995.

Blättner, B.: "Gesundheit läßt sich nicht lehren." Theorie und Praxis der Erwachsenenbildung. Bad Heilbrunn 1998.

Bloch, S.; Crouch, E.C.: Therapeutic factors in group psychotherapy". Oxford: Oxford University Press. 1985.

Brumlik, M.: "Advokatorische Ethik. Zur Legitimation pädagogischer Eingriffe." Kritische Texte. Böllert, K. et al. Bielefeld: KT-Verlag 1992.

Brumlik, M.: "Bildung und Glück. Versuch einer Theorie der Tugenden." Berlin Wien: Philo Verlagsgesellschaft 2002.

Buchard, E.; Michaels, J.; Kotkov, B.: „Criteria for the evaluation of group therapy.“ Psychosomatic Medicine. 10. 1948. S.257-274.

Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. (Hrsg.): Daten des Gesundheitswesens - Ausgabe 1985 Bonn Bad Godesberg 1985.

Calnan, M.: "Health and illness. The lay perspective." London 1987.

Capra, F.: „Wendezeit. Bausteine für ein neues Weltbild.“ Bern München Berlin 1983.

Costo: „Die kosmische Oktave. Der Weg zum universellen Einklang.“ Essen: Synthesis-Verlag 1994.

Cramer, F.: "Chaos und Ordnung. Die komplexe Struktur des Lebendigen." Stuttgart 1988.

Decker-Voigt, H.; Knill, P. J.; Weymann, E.: „Lexikon Musiktherapie.“ Göttingen Bern Toronto: Hogrefe 1996.

Derogatis, L.; Franke, G.: „Symptom-Check-Liste. (SCL-90-R)“ Göttingen: Hogrefe 1994.

Dies, R.R.; MacKenzie, K.R.: „Advances in group psychotherapy.“ New York: International Press. 1983.

Dörner, K.: „In der Fortschrittsfalle. Leiden an der Gesundheit.“ In: Deutsches Ärzteblatt. Themen der Zeit. Heft 38. (Hrsg.): Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern) und Kassenärztliche Bundesvereinigung 2002. B 2104 – B 2108.

Dörner, K.: „Die allmähliche Umwandlung aller Gesunden in Kranke. Warum die Gesundheitsgesellschaft ihre Vitalität verliert.“  
Frankfurter Rundschau. Druck- und Verlagshaus Frankfurt a.M. 2002.

Faltermaier, T.: "Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag." Weinheim 1994.

Faltermaier, T.; Bengel, J. (Hrsg.): "Gesundheitsvorstellungen. Subjektorientierung in der Gesundheitspsychologie." Göttingen 1998.

Faltermaier, T.; Kühnlein, I.; Burda-Vierning, M.: "Gesundheit im Alltag. Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung." Weinheim 1998.

Flick, U. (Hrsg.): „Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften.“ Reinbek bei Hamburg 1995.

Flick, U. (Hrsg.): „Gesundheitsvorstellungen im Alltag: Forschungsansätze und ihre Bedeutung für Psychologie und Gesundheitswissenschaften.“ In: Weitkunat, R.; Haisch, J.; Kessler, M. (Hrsg.): „Public Health und Gesundheitspsychologie. Konzepte, Methoden, Präventionen, Versorgung, Politik.“ Bern Göttingen Toronto: Verlag Hans Huber 1997.

Flick, U. (Hrsg.): "Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit." Gesundheitsforschung. Weinheim München 1998.

Forster, G.M.; Anderson, B.G.: "Medical Anthropology". New York 1978.

Fuhriman, A.; Burlingame, G.M.: "Handbook of Group Psychotherapy". An Empirical and Clinical Synthesis. New York: Wiley & Sons 1994.

Gadamer, H.-G.: "Körper und Leib." Vortrag am 27.1.1984, Abteilung Medizinische Psychologie Heidelberg, nicht-autorisiertes Transskript einer Tonträgeraufzeichnung.

Gadamer, H.-G.: "Wahrheit und Bewusstsein." Vortrag beim 2. Internationalen Kongress des Europäischen Collegiums für Bewusstseinsstudien „Welten des Bewusstseins“, Februar 1996, Stadthalle Heidelberg. S. 141-148.

Glaser B.G., Strauss, A.L.: "The discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research." New York: Aldine 1967.

Glaser, B.; Strauss, A.: „The discovery of the grounded theory.“ Chicago: Adline 1967.

Goffman, E.: „Wir alle spielen Theater – Die Selbstdarstellung im Alltag.“ München: Piper 1997/1959.

Haardt, A.-M.; Klemm, H.: "Musiktherapie. Selbsterfahrung durch Musik." Wilhelmshaven 1982.

Habermas, J.; Luhmann, N.: „Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie.“ Frankfurt a.M. 1971.

Haisch, J.: „Gesundheitspsychologie.“ In: Straub, J.; Kochinka, A.; Werbik, H. (Hrsg.): „Psychologie in der Praxis. Anwendungs- und Berufsfelder einer modernen Wissenschaft.“ München: Deutscher Taschenbuchverlag 2000. S. 561-580.

Harrer, G.: "Grundlagen der Musiktherapie und Musikpsychologie." Jena Stuttgart: Fischer 1975.

Haug, Ch.V.: "Gesundheitsbildung im Wandel." Bad Heilbrunn 1991.

Hegi, F.: "Improvisation und Musiktherapie." Paderborn: Jungfermann 1993.

Henkelmann, Th.; Karpf, D.: "Gesundheitserziehung gestern und heute." Stuttgart 1982.

Hettlage, R.; Lenz, K. (Hrsg.): „Erving Goffman – ein soziologischer Klassiker der zweiten Generation.“ Bern Stuttgart: Haupt-Verlag 1991.



- Hörmann, G.: "Die heile Welt des Heilens - Alternative Therapien auf Abwegen?"  
In: Forschungs- und Entwicklungsgruppe "Gesundheitswissenschaften" (Hrsg.) Bielefeld 1987.
- Hoffmeister, B.: „Referat: Über die Verborgenheit der Gesundheit. Zu Hans-Georg Gadamer.  
Rezension. S. 1-5.
- Holm-Hadulla, R.; Soeder U.: "Psychische Beschwerden und Störungen von Studierenden."  
PPmP Psychotherapie Psychosomatische und Medizinische Psychologie. 1997.
- Holm-Hadulla, R.; Kiefer, L.; Sessar, W.: "Zur Effektivität tiefenpsychologisch fundierter Kurz- und Psychotherapien." Originalarbeit. PPM Psychotherapie Psychosomatische und Medizinische Psychologie, 47. Stuttgart 1997.
- Horesh, T.: „Dangerous Music – Working with the destructive and healing powers of popular music in the treatment of substance abusers.“ Vortrag – Oxford, 10th world conference of music therapy, July 2002.
- Hüsing, J.; Stang, A.: "Mit der Sense zur Vernunft bringen?" In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 100, Heft 38. (Hrsg.): Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern) und Kassenärztliche Bundesvereinigung 2003. B 2020.
- Hurrelmann, K.: "Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf." Grundlagentexte Soziologie. Weinheim München 1988.
- Klaar, Ch.: „Gesundheitsbildung im Wandel. Analyse der pädagogischen Relevanz von Gesundheitsbildung anhand von ausgewählten Fallbeispielen aus dem Forschungsprojekt "StimMusTher" an der Abteilung für Medizinische Psychologie der Psychosomatischen Universitätsklinik Heidelberg.“ Erziehungswissenschaftliche Magisterarbeit. Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg 1999.
- Knörzer, W. (Hrsg.): „Ganzheitliche Gesundheitsbildung in Theorie und Praxis.“  
Heidelberg: Karl F. Haug Verlag 1994.
- Kordy, H.; Scheibler, D.: „Individuumsorientierte Erfolgswissenschaft.“ Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie. 32, 1994. S.218-233+S.309-318.
- Krüger, W.: "Didaktische Aspekte der Gesundheitsbildung."  
In: "Volkshochschulen im Westen". 2/1984. S. 85-87.
- Küppers, B.O.: "Der Ursprung biologischer Informationen." München 1986.
- Kuhlmann, E.: "Subjektive Gesundheitskonzepte. Eine empirische Studie mit Professorinnen und Professoren." Münster 1996.
- Lang, H. (Hrsg.): „Wirkfaktoren der Psychotherapie.“ 3. Auflage.  
Würzburg: Verlag Königshausen & Neumann 2003.
- Langenberg, M.: "Vom Handeln zum Be-Handeln. Darstellung besonderer Merkmale der musiktherapeutischen Behandlungssituation im Zusammenhang mit der freien Improvisation." Stuttgart New York 1988.
- Lazarus, R.S.: "Psychological stress and the coping process." New York: McGraw 1966.
- Lazarus, R.S.: "Stress und Stressbewältigung – ein Paradigma." In: Filipp, S.H. (Hrsg.): „Kritische Lebensereignisse.“, Bd. 1, München: Urban & Schwarzenberg 1981. S. 198-232.
- Lazarus, R.S.; Folkmann, S.: "Transactional theory and research of emotions and coping." In: Laux, L.; Vossel, G. (Hrsg.): „Special Issue.“ European Journal of Personality, 1, 1987. S. 141-170.
- Loos, G.K.: "Spiel-Räume." Stuttgart Kassel: Fischer / Bärenreiter 1986.
- Loos, G.K.: „Spielraum.“ Göttingen Bern Toronto: Hogrefe 1996.

- Loos, G.K.: „Mutterklima – Vaterbild. Entwicklungen des Selbst und seine Störungen.“ In: Musiktherapeutische Umschau 18. Göttingen: Verlag Vandhoeck & Ruprecht. 1997. S. 35-51.
- Lynch, J.; et aliter: "The effect of talking on the blood pressure of hypertensive and normotensive individuals." Psychosomatic Medicine, 43. 1981. S. 25-33.
- MacKenzie, K.R.: "Introduction to Time-Limited Group Psychotherapy." Washington D.C.: American Psychiatric Press 1990.
- Markellis, V.C.: "Epidemiology: Corner for Health Education." In: "Health Education". Dez 1985 / Jan 1986. S. 14-17.
- Maturana, H.R.; Varela, F.J.: "Der Baum der Erkenntnis." Bern München Wien 1984.
- Means, R.K.: "A History of Health Education in the United States." Philadelphia 1962.
- Menninger, K.: „Das Leben als Balance. Seelische Gesundheit und Krankheit im Lebensprozess.“ München: Piper 1968.
- Mishler, E.G.: "Viewpoint: Critical Perspectives on the Biomedical Model." In: Mishler, E.G. et al.: "Social Context of 'Health, Illness & Client Care.'" Cambridge 1981. S. 1-23.
- Müller-Elmau, B.: "Heilung durch das Selbst". Fellbach 1981.
- Nicolis, G.; Prigione, J.: "Die Erforschung des Komplexen. Auf dem Weg zu einem neuen Verständnis der Naturwissenschaften." München 1987.
- Niemöller, K.W. (Hrsg.): „Kölner Beiträge zur Musikforschung.“ Band 152. Regensburg 1988.
- Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung; unveröffentlichtes Arbeitspapier der Tagung "Gesundheitsförderung und Gesundheitsförderung in der Aus- und Weiterbildung sozialer Berufe". Bad Bevensen 4.-6. 12. 1987.
- Pearlin, L.J.: "The sociological study of stress." Journal of Health and Social Behaviour, 22. S. 337-356.
- Pelikan, J.M.; Demmer, H.; Hurrelmann, K.: „Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen.“ Weinheim München: Juventa Verlag 1993.
- Piaget, J.: „La formation du symbole chez l'enfant, imitation, jeu et rêve, image et représentation." Neuchâtel 1945.
- Piaget, J.: "Die Äquilibration der kognitiven Strukturen." Stuttgart 1976.
- Pill, R.: "Health beliefs and behaviour at home." In: Anderson, R., Davies, J.K.; Kickbusch, I. et al. (Eds.): "Health behaviour research and health promotion." Oxford 1988. S. 45-52.
- Rappaport, J.: „Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit: Ein sozialpolitisches Konzept des 'empowerment' anstelle präventiver Ansätze.“ In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis. 2/85. S. 257-279.
- Rittner, S.: „Zur Rolle der Vokalimprovisation in der Musiktherapie.“ Musiktherapeutische Umschau 11(2): 1990. S. 104-119.
- Rittner, S.: „Körper, Stimme und Gefühle – Zur Bedeutung der Stimme in der Musiktherapie.“ In: Decker-Voigt, H. (Hrsg.): „Musik und Kommunikation.“ Hamburger Jahrbücher zur Musiktherapie. Lilienthal Bremen: Eres 1991.
- Rittner, S.: „Innenräume – Außenräume.“ In: Rätsch, C.: „Naturverehrung und Heilkunst.“ Südergellersen: Martin 1993.
- Rösing, H. (Hrsg.) „Musikpsychologie. Ein Handbuch.“ Reinbek bei Hamburg 1994.

Ruud, E.; Mahns, W.: „Meta-Musiktherapie. Wege zu einer Theorie der Musiktherapie.“ Stuttgart Jena New York: Gustav Fischer Verlag 1992.

Schaefer, G.: "Balanceakt Gesundheit. Die Kunst, richtig zu leben." Darmstadt 1998.  
Schäfer, M.J.: "Musiktherapie als Heilpädagogik bei verhaltensauffälligen Kindern."  
Eschborn bei Frankfurt a.M. 1985.

Schipperges, H.: "Zur Lage der Gesundheitserziehung."  
In: Deutsches Ärzteblatt (4). 1979. S. 238-242.

Schlippe, A.v.; Schweitzer, J.: „Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung.“  
Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1997.

Schulte, D.: „Wie soll Therapieerfolg gemessen werden?“  
Zeitschrift für Klinische Psychologie. 22. 1993. S.374-393.

Schulze, C.; Welters, L.: "Geschlechts- und altersspezifisches Gesundheitsverständnis."  
In: Flick, U.: "Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit." Heidelberg 1991. S. 70-86.

Strauss, A.; Corbin, J.: "Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung." Weinheim 1996.

Strauß, B.; Eckert, J.; Tschuschke, V. (Hrsg.):  
"Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung." Opladen 1996.

Tress, W.; Junkert, B.: "Psychosomatische Medizin zwischen Naturwissenschaft und  
Geisteswissenschaft - tertium non datur?"  
PPmP Psychotherapie Psychosomatische und Medizinische Psychologie 42. 1992. S. 400-407.

Trojan, A.; Stumm, B. (Hrsg.): "Gesundheit fördern statt kontrollieren.  
Eine Absage an den Mustermenschen." Frankfurt 1992.

Tschuschke, V.: „Wirkfaktoren stationärer Gruppentherapie – Prozess-Ergebnis-Relationen.“  
Göttingen: Vandhoeck & Ruprecht 1993.

Tüpker, R.: "Ich singe, was ich nicht sagen kann. Zu einer morphologischen Grundlegung der  
Musiktherapie." Regensburg 1988.

Uexküll, T.v.; Wesiack, W.: „Theorie der Humanmedizin.“  
München Wien Baltimore: Urban & Schwarzenberg 1988.

Uexküll, T.v.: "Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin." 4. Aufl. München Wien Baltimore 1990.

Uexküll, T.v.; Adler, R. (Hrsg.): "Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik."  
Stuttgart New York 1992.

Ungerer, D.: "Präventives Lernen und Lebensgestaltung."  
In: Ärztezeitschrift f. Naturheilverfahren 4/1983. 24. JG. S. 230-234.

Venth, A.: "Gesundheitsförderung durch Erwachsenenbildung an Volkshochschulen".  
In: bag-Mitteilungen 33, Jan. 1989, S. 3-9.

Verres, R.: "Krebs und Angst. Subjektive Theorien von Laien über Entstehung, Vorsorge,  
Früherkennung, Behandlung und die psychosozialen Folgen von Krebserkrankungen."  
Berlin: Springer 1986.

Verres, R.: „Zur Kontextabhängigkeit subjektiver Krankheitstheorien.“ In: Bischoff, C.; Zenz, H. (Hrsg.):  
„Patientenkonzepte von Körper und Krankheit.“ Bern Stuttgart Toronto: Verlag Hans Huber 1989.

Verres, R.: „Die Kunst zu leben. Krebsrisiko und Psyche.“ München: Piper 1991.

Verres, R.: „Wirkfaktoren in der Verhaltenstherapie.“ In: Lang, H. (Hrsg.):  
„Wirkfaktoren der Psychotherapie.“ Würzburg 1994. S. 139-149. sowie 3. Auflage 2003.

Verres, R.: „Gesundheits- und Krankheitstheorien als Forschungsobjekte der Medizinischen Psychologie.“ In: Bauer, A. (Hrsg.): „Theorie der Medizin. Dialoge zwischen Grundlagenfächern und Klinik.“ Heidelberg Leipzig: Johann Ambrosius Barth 1995. S.154-165.

Verres, R.: „Etüden zur Gesundheit.“ In: Bartsch, H.H.; Bengel, J. (Hrsg.): „Salutogenese in der Onkologie.“ Basel: Karger 1997. S. 20-36.

Verres, R.: „Heilkunst und Bewusstseinswandel.“ In: „Verres, R.; Leuner, H.; Dittrich, A. (Hrsg.): „Welten des Bewusstseins.“ Band 7: Multidisziplinäre Entwürfe. Berlin, Verlag für Wissenschaft und Bildung 1998.

Verres, R.; Schweitzer, J.; Jonasch, K.; Süßdorf, B. (Hrsg.): „Heidelberger Lesebuch Medizinische Psychologie“. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1999.

Verres, R.; Bader, U.: „Krankheit, Gesundheit und Emotion.“ In: Otto, J.H.; Euler, H.A.; Mandl, H. (Hrsg.): „Emotionspsychologie. Ein Handbuch.“ Weinheim: PVU Verlag 2000.

Wambach, M.M. (Hrsg.) „Der Mensch als Risiko.“ Frankfurt: Suhrkamp 1983.

Weber, E.: "Erziehungsstile." Donauwörth 1978.

Weizsäcker, Victor von: „Gesammelte Schriften“. Band 8. Frankfurt a.M. 1930 und 1986.

Williams, G.: "Concepts of health: An analysis of lay logic." *Sociology*, 17 (2). S. 185-205.

Yalom, E.D.: "The theory and practice of group psychotherapy." New York: Basic Books 1975. (deutsche Ausgaben: 1989 und 1994) sowie neueste Erscheinung: Yalom, E.D.: "Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie." 4. Auflage. München: Pfeiffer 1996.

Zerssen, D.v.; Hecht, H.: „Gesundheit, Glück, Zufriedenheit im Licht einer katamnestic Erhebung an psychiatrischen Patienten und gesunden Probanden.“ *PPmP Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*. 37. 1987. S. 83-96.

### Internet-Quellen:

Statistisches Bundesamt. In: Bundesministerium für Gesundheit: „Daten des Gesundheitswesens“ 2001: [www.bmggesundheit.de](http://www.bmggesundheit.de)

Der Konsens zur Gesundheitsreform – Gesundheitsreform 2003 – Die Eckpunkte: [www.aerztezeitung.de/series](http://www.aerztezeitung.de/series) vom 5.8.2003

Überblick zur Gesundheitsreform – Wer gewinnt, wer verliert: [www.spiegel.de/wirtschaft](http://www.spiegel.de/wirtschaft), Spiegel online vom 22.7.2003

Die Musik-Formel: [www.spiegel.de/spiegel](http://www.spiegel.de/spiegel) , Spiegel 31/2003 vom 28.7.2003

Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung: [www.dngfk.de/html/gdoks/ottawa-charta.htm](http://www.dngfk.de/html/gdoks/ottawa-charta.htm)

Ebenso: [www.api.or.at/akis/download/whodoc/ottawa%20charter.pdf](http://www.api.or.at/akis/download/whodoc/ottawa%20charter.pdf)

Constitution of the World Health Organisation:  
[www.api.or.at/akis/download/whodoc/consitution%20who.pdf](http://www.api.or.at/akis/download/whodoc/consitution%20who.pdf)

Universität Witten/Herdecke - "Über die Kosten die Inhalte nicht vergessen."  
Prof. Grönemeyer kritisiert Gesundheitsreform und warnt vor Zwei-Klassen-Medizin.  
Pressemitteilungen vom 15.11.1999: [notesweb.uni-wh.de](http://notesweb.uni-wh.de)

Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa Kopenhagen: „Gesundheit 21 - Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert: Eine Einführung.“ Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 5. 1998: [www.api.or.at/akis/download/whodoc/gesundheit%20fuer%20alle%20im%2021\\_jahrhundert.pdf](http://www.api.or.at/akis/download/whodoc/gesundheit%20fuer%20alle%20im%2021_jahrhundert.pdf)

Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978: Internetquelle: [www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html](http://www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html)

Winkler, H.; Bergermann, U.: „Singende Maschinen und resonierende Körper. Zur Wechselbeziehung von Progression und Regression in der Popmusik.“ 2001. Vortrag Musikwissenschaftliches Seminar Detmold, [www.uni-paderborn.de/~winkler/pop.html](http://www.uni-paderborn.de/~winkler/pop.html)

# Abbildungsverzeichnis

<a href="#">Diagramm 1:</a>	
Die 11 häufigsten Assoziationen zum Stichwort `Gesundheit` 1992 in Deutschland	18
<a href="#">Diagramm 2:</a>	
Die 13 häufigsten Assoziationen zum Stichwort `Krankheit` 1992 in Deutschland	19
<a href="#">Diagramm 3:</a>	
Die 12 häufigsten Assoziationen zum Stichwort `Lebenskraft` 1992 in Deutschland	20
<a href="#">Diagramm 4:</a>	
Anteile der therapeutischen Aktionen im Gesamtverlauf von 12 Sitzungen	144
<a href="#">Tafel 1:</a> Dimensionen von Gesundheit	17
<a href="#">Tafel 2:</a> Antonovskys Modell des Gesundheitskontinuums	29
<a href="#">Tafel 3:</a> 4 Einflussgrößen im Modell der Salutogenese	30
<a href="#">Tafel 4:</a> Modell der Salutogenese: Stressoren	32
<a href="#">Tafel 5:</a> Modell der Salutogenese: Bewältigung	33
<a href="#">Tafel 6:</a> Modell der Salutogenese: Widerstandsressourcen	34
<a href="#">Tafel 7:</a> Modell der Salutogenese: Kohärenzgefühl	37
<a href="#">Tafel 8 – 11:</a> Einzelfallbetrachtung der Klientin Katja nach salutogenetischem Modell	239
<a href="#">Schaubild 1:</a> Prozesse des Aufkommens und Bewältigens von Stress	41
<a href="#">Schaubild 2:</a> Die polaren Lebensprinzipien des Menschen in verschiedenen Erlebensebenen	79
<a href="#">Schaubild 3:</a> Übersicht über die Lebensfelder - Rahmenplan `Gesundheitsbildung` der VHS	95
<a href="#">Schaubild 4:</a> Gesundheitsfördernde Angebote der VHS	96
<a href="#">Schaubild 5:</a> Forschungspositionen zum Einzelfall Katja	148
<a href="#">Tabelle 1:</a> Bevölkerungsentwicklung in Deutschland	52
<a href="#">Tabelle 2:</a> Bevölkerung nach Altersgruppen	53
<a href="#">Tabelle 3:</a> Zum internationalen Vergleich: Bevölkerung nach dem Alter in ausgewählten Staaten	54
<a href="#">Tabelle 4:</a> Lebenserwartung in Jahren im Alter X	55
<a href="#">Tabelle 5:</a> Sterbefälle nach ausgewählten Todesursachen nach Hauptkapiteln der ICD-10 Anzahl und je 100.000 Einwohner in Deutschland 1998 und 2000	58
<a href="#">Tabelle 6:</a> Kranke und Unfallverletzte nach Altersgruppen und Geschlecht	59
<a href="#">Tabelle 7:</a> Klientendaten: Mittelwerte und Standardabweichungen des SCL-90-R	244
<a href="#">Tabelle 8:</a> Klientendaten: Mittelwerte und Standardabweichungen des Howard`schen Well-Being-Scale (Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit)	245
<a href="#">Tabelle 9:</a> Klientendaten: Mittelwerte und Standardabweichungen der PBL	245
<a href="#">Plakat 1:</a> Werbung der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention	70

# Anhang

## Anhang 1: „Declaration of Alma Ata“ der WHO 1978“ im Originaltext (3 Seiten)

### International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978

The International Conference on Primary Health Care, meeting in Alma-Ata this twelfth day of September in the year Nineteen hundred and seventy-eight, expressing the need for urgent action by all governments, all health and development workers, and the world community to protect and promote the health of all the people of the world, hereby makes the following Declaration:

#### I

The Conference strongly reaffirms that health, which is a state of complete physical, mental and social wellbeing, and not merely the absence of disease or infirmity, is a fundamental human right and that the attainment of the highest possible level of health is a most important world-wide social goal whose realization requires the action of many other social and economic sectors in addition to the health sector.

#### II

The existing gross inequality in the health status of the people particularly between developed and developing countries as well as within countries is politically, socially and economically unacceptable and is, therefore, of common concern to all countries.

#### III

Economic and social development, based on a New International Economic Order, is of basic importance to the fullest attainment of health for all and to the reduction of the gap between the health status of the developing and developed countries. The promotion and protection of the health of the people is essential to sustained economic and social development and contributes to a better quality of life and to world peace.

#### IV

The people have the right and duty to participate individually and collectively in the planning and implementation of their health care.

#### V

Governments have a responsibility for the health of their people which can be fulfilled only by the provision of adequate health and social measures. A main social target of governments, international organizations and the whole world community in the coming decades should be the attainment by all peoples of the world by the year 2000 of a level of health that will permit them to lead a socially and economically productive life. Primary health care is the key to attaining this target as part of development in the spirit of social justice.

## **VI**

Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self-reliance and self-determination. It forms an integral part both of the country's health system, of which it is the central function and main focus, and of the overall social and economic development of the community. It is the first level of contact of individuals, the family and community with the national health system bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process.

## **VII Primary health care:**

- reflects and evolves from the economic conditions and sociocultural and political characteristics of the country and its communities and is based on the application of the relevant results of social, biomedical and health services research and public health experience;
- addresses the main health problems in the community, providing promotive, preventive, curative and rehabilitative services accordingly;
- includes at least: education concerning prevailing health problems and the methods of preventing and controlling them; promotion of food supply and proper nutrition; an adequate supply of safe water and basic sanitation; maternal and child health care, including family planning; immunization against the major infectious diseases; prevention and control of locally endemic diseases; appropriate treatment of common diseases and injuries; and provision of essential drugs;
- involves, in addition to the health sector, all related sectors and aspects of national and community development, in particular agriculture, animal husbandry, food, industry, education, housing, public works, communications and other sectors; and demands the coordinated efforts of all those sectors;
- requires and promotes maximum community and individual self-reliance and participation in the planning, organization, operation and control of primary health care, making fullest use of local, national and other available resources; and to this end develops through appropriate education the ability of communities to participate;
- should be sustained by integrated, functional and mutually supportive referral systems, leading to the progressive improvement of comprehensive health care for all, and giving priority to those most in need;
- relies, at local and referral levels, on health workers, including physicians, nurses, midwives, auxiliaries and community workers as applicable, as well as traditional practitioners as needed, suitably trained socially and technically to work as a health team and to respond to the expressed health needs of the community.



## **VIII**

All governments should formulate national policies, strategies and plans of action to launch and sustain primary health care as part of a comprehensive national health system and in coordination with other sectors. To this end, it will be necessary to exercise political will, to mobilize the country's resources and to use available external resources rationally.

## **IX**

All countries should cooperate in a spirit of partnership and service to ensure primary health care for all people since the attainment of health by people in any one country directly concerns and benefits every other country. In this context the joint WHO/UNICEF report on primary health care constitutes a solid basis for the further development and operation of primary health care throughout the world.

## **X**

An acceptable level of health for all the people of the world by the year 2000 can be attained through a fuller and better use of the world's resources, a considerable part of which is now spent on armaments and military conflicts. A genuine policy of independence, peace, détente and disarmament could and should release additional resources that could well be devoted to peaceful aims and in particular to the acceleration of social and economic development of which primary health care, as an essential part, should be allotted its proper share.

The International Conference on Primary Health Care calls for urgent and effective national and international action to develop and implement primary health care throughout the world and particularly in developing countries in a spirit of technical cooperation and in keeping with a New International Economic Order. It urges governments, WHO and UNICEF, and other international organizations, as well as multilateral and bilateral agencies, non-governmental organizations, funding agencies, all health workers and the whole world community to support national and international commitment to primary health care and to channel increased technical and financial support to it, particularly in developing countries. The Conference calls on all the aforementioned to collaborate in introducing, developing and maintaining primary health care in accordance with the spirit and content of this Declaration.

Internetquelle: [www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html](http://www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html)

## **Anhang 2: „Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986“ (5 Seiten)**

Die erste Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung hat am 21. November 1986 in Ottawa die folgende Charta verabschiedet. Sie ruft damit auf zu aktivem Handeln für das Ziel "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" und darüber hinaus.

Diese Konferenz war vor allem eine Antwort auf die wachsenden Erwartungen an eine neue Bewegung für die Gesundheit in der ganzen Welt. Die Diskussion befasste sich vorrangig mit Erfordernissen in Industrieländern, es wurden aber auch Probleme aller anderen Regionen erörtert. Ausgangspunkt waren die auf der Grundlage der Deklaration von Alma-Ata über gesundheitliche Grundbetreuung erzielten Fortschritte, das WHO-Dokument "Einzelziele für Gesundheit 2000" sowie die, während der letzten Weltgesundheitsversammlung geführte Diskussion über intersektorale Zusammenarbeit für Gesundheit.

Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden.

### **Voraussetzungen für Gesundheit**

Grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Jede Verbesserung des Gesundheitszustandes ist zwangsläufig fest an diese Grundvoraussetzungen gebunden.

### **Interessen vertreten**

Ein guter Gesundheitszustand ist eine wesentliche Bedingung für soziale, ökonomische und persönliche Entwicklung und ein entscheidender Bestandteil der Lebensqualität. Politische, ökonomische, soziale, kulturelle, biologische sowie Umwelt- und Verhaltensfaktoren können alle entweder der Gesundheit zuträglich sein oder auch sie schädigen. Gesundheitsförderndes Handeln zielt darauf ab, durch aktives, anwaltschaftliches Eintreten diese Faktoren positiv zu beeinflussen und der Gesundheit zuträglich zu machen.

### **Befähigen und ermöglichen**

Gesundheitsförderung ist auf Chancengleichheit auf dem Gebiet der Gesundheit gerichtet. Gesundheitsförderndes Handeln ist darum bemüht, bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern sowie gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr größtmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen. Dies umfasst sowohl Geborgenheit und Verwurzelung in einer unterstützenden sozialen Umwelt, den Zugang zu allen wesentlichen Informationen und die Entfaltung von praktischen Fertigkeiten als auch die Möglichkeit, selber Entscheidungen in bezug auf die persönliche Gesundheit treffen zu können. Menschen können ihr Gesundheitspotential nur dann weitestgehend entfalten, wenn sie auf Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluss nehmen können. Dies gilt für Frauen ebenso wie für Männer.

### **Vermitteln und Vernetzen**

Der Gesundheitssektor allein ist nicht in der Lage, die Voraussetzungen und guten Perspektiven für die Gesundheit zu garantieren. Gesundheitsförderung verlangt vielmehr ein koordiniertes Zusammenwirken unter Beteiligung der Verantwortlichen in Regierungen, im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, in nichtstaatlichen und selbstorganisierten Verbänden und Initiativen sowie in lokalen Institutionen, in der Industrie und den Medien. Menschen in allen Lebensbereichen sind daran zu beteiligen als einzelne, als Familien und als Gemeinschaften. Die Berufsgruppen und sozialen Gruppierungen sowie die Mitarbeiter des Gesundheitswesens tragen große Verantwortung für eine gesundheitsorientierte Vermittlung zwischen den unterschiedlichen Interessen in der Gesellschaft.

### **Aktives, gesundheitsförderndes Handeln erfordert die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik**

Gesundheitsförderung beinhaltet weit mehr als medizinische und soziale Versorgung. Gesundheit muss auf allen Ebenen und in allen Politikbereichen auf die politische Tagesordnung gesetzt werden. Politikern muss dabei die gesundheitlichen Konsequenzen ihrer Entscheidungen und ihre Verantwortung für Gesundheit deutlich werden. Dazu wendet eine Politik der Gesundheitsförderung verschiedene, sich gegenseitig ergänzende Ansätze an, u.a. Gesetzesinitiativen, steuerliche Maßnahmen und organisatorisch strukturelle Veränderungen. Nur koordiniertes Handeln kann zu größerer Chancengleichheit im Bereich der Gesundheits-, Einkommens- und Sozialpolitik führen. Ein solches gemeinsames Handeln führt dazu, ungefährlichere Produkte, gesündere Konsumgüter und gesundheitsförderlichere soziale Dienste zu entwickeln sowie eine gesündere und erholsamere Umwelt zu schaffen.

Eine Politik der Gesundheitsförderung muss Hindernisse identifizieren, die einer gesundheitsgerechteren Gestaltung politischer Entscheidungen und Programme entgegenstehen. Sie muss Möglichkeiten einer Überwindung dieser Hemmnisse und Interessengegensätze bereitstellen. Ziel muss es sein, auch politischen Entscheidungsträgern die gesundheitsgerechtere Entscheidung zur leichteren Entscheidung zu machen.

### **Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen**

Unsere Gesellschaften sind durch Komplexität und enge Verknüpfung geprägt; Gesundheit kann nicht von anderen Zielsetzungen getrennt werden. Die enge Bindung zwischen Mensch und Umwelt bildet die Grundlage für einen sozialökologischen Weg zur Gesundheit. Oberstes Leitprinzip für die Welt, die Länder, Regionen und Gemeinschaften ist das Bedürfnis, die gegenseitige Unterstützung zu fördern - sich um den anderen, um unsere Gemeinschaften und unsere natürlichere Umwelt zu sorgen. Besondere Aufmerksamkeit verdient die Erhaltung der natürlichen Ressourcen als globale Aufgabe.

Die sich verändernden Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen haben entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte ein Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen.

Eine systematische Erfassung der gesundheitlichen Folgen unserer sich rasch wandelnden Umwelt - insbesondere in den Bereichen Technologie, Arbeitswelt, Energieproduktion und Stadtentwicklung - ist von entscheidender Bedeutung und erfordert aktives Handeln zugunsten der Sicherstellung eines positiven Einflusses auf die Gesundheit der Öffentlichkeit. Jede Strategie zur Gesundheitsförderung hat den Schutz der natürlichen und der sozialen Umwelt sowie die Erhaltung der vorhandenen natürlichen Ressourcen mit zu ihrem Thema zu machen.

### **Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen**

Gesundheitsförderung wird realisiert im Rahmen konkreter und wirksamer Aktivitäten von Bürgern in ihrer Gemeinde: in der Erarbeitung von Prioritäten, der Herbeiführung von Entscheidungen sowie bei der Planung und Umsetzung von Strategien. Die Unterstützung von Nachbarschaften und Gemeinden im Sinne einer vermehrten Selbstbestimmung, ihre Autonomie und Kontrolle über die eigenen Gesundheitsbelange zu stärken, ist ein zentrales Anliegen der Gesundheitsförderung.

Die Stärkung von Nachbarschaften und Gemeinden baut auf den vorhandenen menschlichen und materiellen Möglichkeiten auf. Selbsthilfe und soziale Unterstützung sowie flexible Möglichkeiten der größeren öffentlichen Teilnahme und Mitbestimmung für Gesundheitsbelange sind dabei zu unterstützen bzw. neu zu entwickeln. Notwendige Voraussetzungen dafür sind der kontinuierliche Zugang zu allen Informationen, die Schaffung von gesundheitsorientierten Lernmöglichkeiten sowie angemessene finanzielle Unterstützung gemeinschaftlicher Initiativen.

### **Persönliche Kompetenz entwickeln**

Gesundheitsförderung unterstützt die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten durch Information, gesundheitsbezogene Bildung sowie durch die Verbesserung sozialer Kompetenzen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Sie will den Menschen helfen, mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und Lebenswelt auszuüben, und will ihnen zugleich ermöglichen, Entscheidungen in ihrem Lebensalltag zu treffen, die ihrer Gesundheit zugute kommen. Es gilt, Menschen zu lebenslangem Lernen zu befähigen und ihnen zu helfen, die verschiedenen Phasen ihres Lebens sowie eventuelle chronische Erkrankungen und Behinderungen angemessen zu bewältigen.

Dieser Lernprozess muss sowohl in Schulen wie auch zu Hause, am Arbeitsplatz und in der Gemeinde erleichtert werden. Öffentliche Körperschaften, Privatwirtschaft und gemeinnützige Organisationen sind hier ebenso zum Handeln aufgerufen wie die traditionellen Bildungs- und Gesundheitsinstitutionen.

### **Die Gesundheitsdienste neu orientieren**

Die Verantwortung für die Gesundheitsförderung wird in den Gesundheitsdiensten von Einzelpersonen, Gruppen, den Ärzten und anderen Mitarbeitern des Gesundheitswesens, den Gesundheitseinrichtungen und dem Staat getragen. Sie müssen darauf hinarbeiten, ein Versorgungssystem zu entwickeln, das auf die stärkere Förderung von Gesundheit ausgerichtet ist und weit über die medizinisch-kurativen Betreuungsleistungen hinausgeht.

Die Gesundheitsdienste müssen dabei eine Haltung einnehmen, die sensibel ist für die unterschiedlichen kulturellen Bedürfnisse, sie anerkennt und respektiert. Sie sollen dabei die Wünsche von Individuen und sozialen Gruppen nach einem gesünderen Leben aufgreifen und unterstützen und Möglichkeiten der besseren Koordination zwischen dem Gesundheitssektor und anderen gesundheitsrelevanten sozialen, politischen und ökonomischen Kräften eröffnen.

Eine solche Neuorientierung von Gesundheitsdiensten erfordert zugleich eine stärkere Aufmerksamkeit für gesundheitsbezogene Forschung und Veränderungen in der beruflichen Aus- und Weiterbildung. Ziel dieser Bemühungen soll ein Wandel der Einstellungen und der Organisationsformen sein, die eine Orientierung auf die Bedürfnisse des Menschen als ganzheitliche Persönlichkeit ermöglichen.

### **Auf dem Weg in die Zukunft**

Gesundheit wird von den Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt, dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in der Lage ist, selber Entscheidungen zu fällen und Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft in der man lebt, Bedingungen herstellt, die allen ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.

Füreinander Sorge zu tragen, Ganzheitlichkeit und ökologisches Denken sind Kernelemente der Entwicklung der Gesundheitsförderung. Alle Beteiligten sollen anerkennen, dass in jeder Phase der Planung, Umsetzung und Bewertung von gesundheitsfördernden Handlungen Frauen und Männer gleichberechtigte Partner sind.

### **Gemeinsame Verpflichtung zur Gesundheitsförderung: die Teilnehmer der Konferenz rufen dazu auf,**

- an einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik mitzuwirken und sich dafür einzusetzen, dass politisches Engagement für Gesundheit und Chancengleichheit in allen Bereichen zustande kommt;

- allen Bestrebungen entgegenzuwirken, die auf die Herstellung gesundheitsgefährdender Produkte, die Erschöpfung von Ressourcen, auf ungesunde Umwelt- und Lebensbedingungen oder auf eine ungesunde Ernährung gerichtet sind; und die Lösung öffentlicher Gesundheitsprobleme wie der Luftverschmutzung, Gefährdungen am Arbeitsplatz sowie Raum- und Siedlungsplanung in den Mittelpunkt ihrer Bemühungen zu rücken;
- die gesundheitlichen Unterschiede innerhalb der Gesellschaften und zwischen ihnen abzubauen und den von den Regeln und Traditionen dieser Gesellschaften geschaffenen gesundheitlichen Ungleichheiten entgegenzuwirken;
- die Menschen selber als die Träger ihrer Gesundheit anzuerkennen und zu unterstützen und auch finanziell zu befähigen, sich selbst, ihre Familien und Freunde gesund zu erhalten. Soziale Organisationen und die Gemeinde sind dabei als entscheidende Partner im Hinblick auf Gesundheit, Lebensbedingungen und Wohlbefinden zu akzeptieren und zu unterstützen;
- die Gesundheitsdienste und ihre Mittel auf die Gesundheitsförderung umzuorientieren und auf das Zusammenwirken der Gesundheitsdienste mit anderen Sektoren, anderen Disziplinen und vor allem mit der Bevölkerung selbst hinzuwirken;
- Gesundheit und ihre Erhaltung als wichtige gesellschaftliche Investition und Herausforderung zu betrachten und sich den globalen ökologischen Fragen unseres Lebens und Überlebens zuzuwenden.

Die Konferenzteilnehmer rufen dazu auf, sich in diesem Sinne zu einer starken Allianz zur Förderung der öffentlichen Gesundheit zusammenzuschließen.

### **Aufruf zu internationalem Handeln**

Die Konferenz ersucht die Weltgesundheitsorganisation und alle anderen internationalen Organisationen, für die Förderung von Gesundheit Partei zu ergreifen und ihre einzelnen Mitglieds-länder dabei zu unterstützen, Strategien und Programme zur Gesundheitsförderung zu entwickeln.

Die Konferenzteilnehmer sind der festen Überzeugung, dass, wenn Menschen in allen Bereichen des Alltags, wenn soziale Verbände und Organisationen, wenn Regierungen, die Weltgesundheitsorganisation und alle anderen betroffenen Gruppen ihre Kräfte entsprechend den moralischen und sozialen Werten dieser Charta vereinigen und Strategien der Gesundheitsförderung entwickeln, "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" Wirklichkeit werden kann.

Nachdruck der autorisierten Fassung 1993  
 G. Conrad, Verlag für Gesundheitsförderung  
 Uissigheimer Strasse 10-12  
 97956 Gamburg  
 Bundesrepublik Deutschland

Internetquelle: <http://www.dngfk.de/html/gdoks/ottawa-charta.htm>

## **Anhang 3: „Die Eckpunkte des Gesundheitsreform-Entwurfes 2003“ (15 Seiten)**

### **Informationsstand August 2003 / Entwurfssfassung, noch nicht als Gesetz verabschiedet**

(Zusammenfassung der Internetquellen: Informationen der Autoren der Ärzte Zeitung Online, [www.aerztezeitung.de/series](http://www.aerztezeitung.de/series) sowie des Spiegel Online, [www.spiegel.de/wirtschaft](http://www.spiegel.de/wirtschaft) )

### ***Das bringt die Gesundheitsreform für ÄRZTE***

#### **Qualitätsmanagement**

In den ärztlichen Praxen wird ein internes Qualitätsmanagement eingeführt. Sie werden dabei von den KVen unterstützt.

#### **Verpflichtung zur Fortbildung**

Alle Ärzte und sonstige Gesundheitsberufe müssen durch kontinuierliche interessenunabhängige Fortbildung zur

Qualitätssicherung beitragen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, ihre Mitglieder auf die Einhaltung ihrer Fortbildungspflichten zu überprüfen, indem sie sich die Fortbildungsnachweise vorlegen lassen. Wer keinen Fortbildungsnachweis erbringt, muss Vergütungsabschläge hinnehmen. Wer sich der Fortbildung generell verweigert, muss mit dem Entzug der Zulassung rechnen.



#### **Vergütung durch Regelleistungsvolumina**

Die ärztliche Vergütung richtet sich künftig an der Morbidität der Patienten aus und ist nicht allein von ökonomischen Vorgaben bestimmt. Deshalb wird die ärztliche Gesamtvergütung, die wie ein sektorales Budget wirkt, ab 2007 durch arztgruppenspezifische Regelleistungsvolumina (vereinbarte Menge x fester Preis) ersetzt. Die ärztliche Vergütung wird grundsätzlich auf feste Preise umgestellt.

Die Fortschreibung der Regelleistungsvolumina richtet sich nach der Krankheitsentwicklung der Bevölkerung. Die Kassen tragen damit künftig das Morbiditätsrisiko, jedoch nicht das Risiko steigender Arztzahlen. Bei der jährlichen Veränderung ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten, das heißt Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsreserven sind auszuschöpfen.

Für besondere Versorgungsformen und Leistungen (wie zum Beispiel ambulantes Operieren) können abweichende Vergütungsvereinbarungen getroffen werden. Bis zum Jahr 2007 muss die Fortschreibung der Gesamtvergütung die durch den Bundesausschuss neu zugelassenen Leistungen und Methoden berücksichtigen. Im Jahr 2006 soll die neue Regelung unter dem Dach der Gesamtvergütung erprobt werden. Der Honorarverteilungsmaßstab entfällt ab dem Jahr 2007.

Eine einvernehmliche Vereinbarung des Honorarverteilungsmaßstabes zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen für die Jahre 2004 bis 2006 erleichtert einen Übergang auf das neue Vergütungssystem.

### **Feste Preise für den einzelnen Arzt**

Der einzelne Arzt wird entsprechend seines Regelleistungsvolumens mit festen Preisen vergütet. Leistungen, die das Volumen überschreiten, werden stark abgestaffelt vergütet. Die Abstufung wird gesetzlich vorgegeben. Bestimmte Leistungen sind nur für bestimmte Arztgruppen mit entsprechender Qualifikation abrechenbar. Die ärztliche Vergütung soll grundsätzlich stärker auf Leistungskomplexe und Fallpauschalen ausgerichtet sein.

### **Angleichung der Vergütung an das West-Niveau in den neuen Ländern**

Die Einkommen aus vertragsärztlicher Tätigkeit in den neuen Ländern, die heute durchschnittlich bei rund 96 Prozent des Niveaus der alten Länder liegen, werden durch entsprechende Erhöhung der Gesamtvergütungen in Schritten bis Ende 2006 angeglichen.

### **Strengere Wirtschaftlichkeitsprüfungen**

In der Vergangenheit waren Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht ausreichend wirksam. Deshalb sollen Wirtschaftlichkeitsprüfungen künftig durch darauf spezialisierte Personen durchgeführt werden, die über das Ergebnis ihrer Prüfungen regelmäßig Rechenschaftsbericht ablegen. Stichprobenprüfungen und Auffälligkeitsprüfungen bleiben nebeneinander bestehen.

Auffälligkeitsprüfungen erfolgen grundsätzlich bei Überschreitung einer Schwelle von 25 Prozent der vereinbarten Richtgröße oder bei sonstigen erheblichen Auffälligkeiten. Die geprüften Personen erhalten auch weiterhin die Möglichkeit, den Beschwerdeausschuss anzurufen.

Die Vorstände der Krankenkassenverbände und der Kassenärztlichen Vereinigungen haften für eine ordnungsgemäße und wirksame Umsetzung dieser Regelungen.

### **Wer gewinnt, wer verliert:**

#### **Allgemeinmediziner**

**Eher Gewinner.** Ärzte müssen sich für 2004 zwar auf eine Honorarnullrunde einstellen und mit einigen neuen Regelungen fertig werden. So müssen sie Fortbildungen nachweisen, wenn sie nicht den Verlust ihrer Kassenzulassung riskieren wollen. Im Grundsatz aber behalten die Mediziner ihre bisherige Stellung. Ärzte-Präsident Rolf-Dieter Hoppe findet die Reform denn auch insgesamt "gelingen".

Positiv für die Mediziner: Die Quittung, die dem Patienten Einblick in die Kosten seiner Behandlung erlaubt, muss weiterhin nicht automatisch ausgestellt werden, sondern nur auf Verlangen. Ärzte im Osten sollen bereits 2006 96 Prozent der Honorare ihrer West-Kollegen erhalten. Negativ für die schwarzen Schafe: Wer bei Kassen falsch abrechnet, muss mit verschärfter Kontrolle durch neue Ermittlungsgruppen rechnen.



## **Fachärzte**

**Unentschieden.** Das viel diskutierte Hausarztmodell, in dem der Allgemeinmediziner eine Pilotfunktion hat und Patienten zu Fachärzten entsendet, soll eingeführt werden, wird aber nicht zur Norm. Kassen werden verpflichtet, Sondertarife nach diesem Prinzip anzubieten, die Patienten belohnen, wenn sie zuerst zum Hausarzt gehen.

Das neue Modell wird vermutlich viele Patienten vom direkten Gang zum Facharzt abhalten. Das alte System besteht aber weiter, im Grundsatz wird die freie Arztwahl nicht eingeschränkt. Vorteilhaft für Fachleute: Bestimmte Leistungen können nur noch Ärzte mit Spezialqualifikation abrechnen.

## ***Das bringt die Gesundheitsreform für PATIENTEN***

### **Einführung einer Patientenquittung**

Die Versicherten erhalten auf Verlangen eine Kosten- und Leistungsinformation in verständlicher Form vom Arzt, Zahnarzt oder Krankenhaus.



### **Einführung einer intelligenten Gesundheitskarte**

Ab 2006 löst eine intelligente Gesundheitskarte die bisherige Krankenversicherungskarte ab. Sie soll fälschungssicher sein, datenschutzrechtlichen Belangen genügen und Daten, wie zum Beispiel den Namen des Versicherten und Angaben zur Krankenkasse speichern sowie auf Wunsch des Versicherten Gesundheitsdaten, insbesondere die wichtigsten Angaben zur Notfallversorgung, verfügbar machen.

### **Versicherte sollen Kostenerstattung wählen können**

Alle Versicherten sollen unabhängig von ihrem Versicherungsstatus die Möglichkeit zur Wahl der Kostenerstattung erhalten. Die Wahl der Kostenerstattung betrifft den gesamten ambulanten Bereich. Die Krankenkassen erstatten auf der Grundlage der in der GKV geltenden Vergütungsregeln. An diese Wahlentscheidung ist der Versicherte mindestens ein Jahr gebunden.

### **Arztbesuche im EU-Ausland sollen einfacher werden**

Gesetzlich Krankenversicherte erhalten künftig grundsätzlich die Möglichkeit, bei einem Aufenthalt in einem anderen Mitgliedsstaat der EU Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen. Eine vorherige Genehmigung der Krankenkasse ist nur bei Krankenhausbehandlungen erforderlich. In Ausnahmefällen können Versicherte auch nicht zugelassene Leistungserbringer im Inland über Kostenerstattung in Anspruch nehmen, wenn dies zuvor von der Krankenkasse genehmigt wurde.

### **Tarife mit Beitragsrückerstattung in der GKV**

Den Versicherten sollen größere Entscheidungs- und Gestaltungsmöglichkeiten beim Versicherungsumfang und dessen Finanzierung eingeräumt werden. Deshalb erhalten die Krankenkassen das Recht, freiwillig Versicherte zum Beispiel Tarife mit Beitragsrückgewähr oder Selbstbehalten mit Beitragsminderung anzubieten.

### **Vermittlung von Zusatzversicherungsangeboten durch die Krankenkassen**

Als Ergänzung zu den Leistungen der GKV können Versicherte über ihre Krankenkasse günstige Angebote zum Abschluss von privaten Zusatzversicherungen erhalten. Dazu wird den Kassen die Kooperation mit privaten Krankenversicherungsunternehmen ermöglicht.

### **Versichertenbonus**

Versicherte können bei erfolgreicher Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, qualitätsgesicherten Präventionsmaßnahmen oder bei freiwilliger Teilnahme an besonderen Versorgungsangeboten, wie zum Beispiel dem Hausarztssystem oder einer betrieblichen Gesundheitsförderung, einen finanziellen Bonus erhalten. Der Bonus wird durch die Selbstverwaltung jeder Kasse bestimmt. Die Aufwendungen hierfür müssen mittelfristig aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden.

### **Transparenz über Mittelverwendung durch Krankenkassen**

Die Versicherten haben Anspruch auf Information über die Höhe der Beiträge sowie Verteilung der Beitragsmittel auf Leistungsausgaben und Verwaltungs- und Personalausgaben der jeweiligen Kasse.

### **Qualifiziertes Anhörungsrecht für Patientenverbände**

Patienten- und Behindertenverbände erhalten für Fragen, die die Versorgung betreffen, ein qualifiziertes Antrags- und Mitberatungsrecht in den Steuerungs- und Entscheidungsgremien, insbesondere beim Bundesausschuss, dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit, den Zulassungsausschüssen sowie den Spitzenverbänden der Krankenkassen.

### **Patientenbeauftragter soll Patienten helfen**

Auf Bundesebene soll ein Patientenbeauftragter bestellt werden. Dieser soll in unabhängiger und beratender Funktion die Weiterentwicklung der Patientenrechte unterstützen und Sprachrohr für Patienteninteressen in der Öffentlichkeit sein.

### **Versicherungsfremde Leistungen werden umfinanziert**

Zur Gegenfinanzierung wird in den Jahren 2004 und 2005 die Tabaksteuer in drei Stufen um insgesamt einen Euro je Packung angehoben.

### **Zahnersatz wird nicht mehr von der GKV bezahlt**

Ab 2005 wird der Zahnersatz aus dem Leistungskatalog der GKV ausgegliedert, wobei jedoch ein zusätzlicher Bereich für einen festen, einkommensunabhängigen Beitrag für Zahnersatzversicherungen gebildet werden soll. Kassenmitglieder können aber auch bei einer PKV eine Police abschließen.

## **Krankengeld ist ab 2006 allein Sache der Versicherten**

Schon ab 1. Januar 2006 wird das Krankengeld allein durch die Versicherten finanziert. Das bisher von der siebten Krankheitswoche an zu zahlende Krankengeld sollen Arbeitnehmer dann ohne Arbeitgeberzuschuss versichern. Die Versicherten sollen einen Sonderbeitrag von 0,5% bezahlen.

## **Übertragung von Leistungen in die Eigenverantwortung der Versicherten**

Sterbegeld, Entbindungsgeld und Leistungen bei Sterilisation, die nicht aus medizinischen Gründen geboten sind, müssen die Versicherten künftig selber finanzieren.

Der Leistungsanspruch bei der Versorgung mit Sehhilfen wird begrenzt auf Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre sowie schwer sehbeeinträchtigte Versicherte.

Der Anspruch auf Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung wird zumutbar eingeschränkt (Reduzierung auf drei statt vier Versuche, Altersgrenzen zwischen 25 und 40 Lebensjahren für Frauen beziehungsweise 50 Lebensjahren bei Männern) und mit einer Eigenbeteiligung von 50 Prozent belegt. Sterilisation aus nicht-medizinischen Gründen sowie Entbindungsgeld wird nicht mehr erstattet

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind nur noch in engen Grenzen durch die GKV erstattungsfähig.

Fahrtkosten für Taxi- und Mietwagenfahrten werden in Zukunft in der ambulanten Versorgung grundsätzlich nicht mehr erstattet. Es gibt allerdings Ausnahmen, die jeweils von der Krankenkasse genehmigt werden müssen.

## **Zuzahlungen unter anderem bei Arztbesuchen, Arzneimitteln**

Grundsätzlich wird eine prozentuale Zuzahlung bei allen Leistungen von zehn Prozent, jedoch mindestens fünf Euro und höchstens zehn Euro erhoben. Die Zuzahlung bei ambulanter ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung beträgt zehn Euro je Quartal und Behandlungsfall. Erfolgt die Behandlung auf Überweisung, entfällt die Zuzahlung.

Damit beschränkt sich die Zuzahlung beim Arzt im Regelfall auf zehn Euro je Quartal. Bei einem Klinikaufenthalt fallen täglich zehn Euro für maximal 28 Tage pro Jahr an. Für häusliche Krankenpflege und Heilmittel sind zehn Euro Praxisgebühr plus 10% der Kosten zu zahlen. Für alle Zuzahlungen gilt die Höchstgrenze von 2% des Bruttoeinkommens, bei chronisch Kranken 1%.

Für alle Versicherte gilt künftig für alle Zuzahlungen gleichermaßen eine Belastungsgrenze in Höhe von zwei Prozent des Bruttoeinkommens. Den besonderen Bedürfnissen chronisch Kranker wird durch eine Überforderungsklausel von einem Prozent des Bruttoeinkommen im Jahr Rechnung getragen. Die Definition des Status "chronisch Kranker" wird präzisiert und auf dauerhafte Erkrankungen beschränkt. Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr sind generell von allen Zuzahlungen befreit.

Anstelle der bisherigen prozentualen Zuschüsse bei Zahnersatz wird es künftig Festzuschüsse zur im Einzelfall notwendigen Versorgung geben. Härtefälle werden besonders berücksichtigt.

## **Gleichbehandlung nichtversicherter Sozialhilfeempfänger**

Künftig übernehmen die Krankenkassen auch für die Sozialhilfeempfänger, die nicht gesetzlich krankenversichert sind, die Aufwendungen für Krankenbehandlung.

### **Wer gewinnt, wer verliert:**

#### **Gesunde Versicherte**

**Eher Verlierer.** Auch wer gar nicht zum Arzt geht und keinerlei Zahnersatz braucht, wird tendenziell eher mehr bezahlen als vorher. Grund: Der Patient darf nicht selbst entscheiden, ob er die neue Zahnersatz-Zusatzversicherung braucht - sie ist in guter deutscher Tradition und aus Rücksicht auf die Gesetzlichen Kassen (GKV) obligatorisch. Bei Privaten Versicherern (PKV) soll diese neue Versicherung 7,50 Euro im Monat kosten, die Tarife der Gesetzlichen sind noch unklar. Da die neue Gebissversicherung nicht paritätisch von den Arbeitgebern mitgezahlt wird, trägt der Patient sämtliche Kosten. Zusätzliche Belastung: Ab 2007 wird auch das Krankengeld auf ähnliche Weise aus der paritätischen Finanzierung herausgenommen.

Unsicher ist hingegen, ob es die versprochene Entlastung der Beitragszahler überhaupt in nennenswerter Höhe geben wird. Die Politiker haben das Ziel, den Durchschnittssatz für die GKV schon bis Ende 2004 auf 13 Prozent zu drücken, fallen gelassen - die Rede ist nur noch von 13,6 Prozent.

Ein Beispiel: Angenommen, der durchschnittliche Kassensatz fällt von 14,5 derzeit auf nur 14,0 Prozent Ende 2004. Ein Arbeitnehmer mit 2.500 Euro Einkommen würde dann im Monat nur 6,25 Euro sparen. Diese Einsparung liegt wahrscheinlich unter den Mehrkosten für die neuen Versicherungen. Dies können Patienten höchstens durch Kassen-Hopping wettmachen. Ein positiver Faktor: Die Einführung von Sondertarifen bei Kassen wird einfacher - Patienten, die an Präventiv-Maßnahmen teilnehmen, könnten dadurch mit Gebührennachlässen belohnt werden.

#### **Kranke Patienten**

**Klare Verlierer.** Zu den neuen Kosten für die neuen nichtparitätischen Versicherungen kommen erhöhte Zuzahlungen und Gebühren. Darunter ist die Praxisgebühr von zehn Euro pro Quartal und eine erhöhte Klinikgebühr (zehn Euro pro Tag statt neun, Zuzahlung für maximal 28 statt bisher 14 Tage).

Grundsätzlich werden Zuzahlungen für Arzneien und Behandlungen erhöht - bei Medikamenten soll der Patient nun zehn Prozent zuzahlen, bis zu einer Maximal-Belastung von zwei Prozent des Bruttoeinkommens für Normalpatienten (ein Prozent weniger für chronisch Kranke, weitere Ausnahmen kommen hinzu). Rezeptfreie Medikamente werden grundsätzlich nicht mehr erstattet.

Leistungen wie Sterbegeld, Zahlungen für Brillen, Entbindungsgeld und Taxi-Fahrten zum Arzt und in vielen Fällen die Sterilisation werden gestrichen. Auch Paare, die nicht auf natürlichem Wege Kinder bekommen können, gehören potenziell zu den Leidtragenden - die Ansprüche auf Bezahlung für künstliche Befruchtung werden weiter eingeschränkt.

### **Rentner**

**Klare Verlierer.** Wer Betriebsrenten erhält oder Nebeneinkünfte bezieht, muss künftig nicht mehr den halben Beitragssatz zahlen, sondern den vollen - das soll den Kassen pro Jahr 1,6 Milliarden Euro bringen. Da Rentner tendenziell mehr Medikamente benötigen und öfter zum Arzt gehen, steigen die Belastungen deutlich.

### **Arbeitsmarkt Deutschland**

**Unentschieden.** Anders als die Patienten werden die Arbeitgeber real entlastet: Die Kassenbeiträge werden geringfügig sinken, zudem werden Unternehmen in Bereichen wie Zahnersatz aus der Pflicht zur paritätischen Mitfinanzierung entlassen.

Die Krankenkassenkosten für Arbeitgeber fallen aber nicht so stark, wie ursprünglich von der Regierung in Aussicht gestellt. Weil auch die Rentenversicherung kriselt, müssen Arbeitgeber weiterhin eher mit steigenden Lohnnebenkosten rechnen.

### ***Das bringt die Gesundheitsreform für KLINIKEN***

#### **Teilöffnung der Krankenhäuser**

Die Teilöffnung bei hochspezialisierten Leistungen soll durch einen gesetzlichen Katalog von Leistungen ermöglicht werden.



Die Selbstverwaltung soll diesen Katalog fortentwickeln. Leistungsentgelte sind analog der vertragsärztlichen Vergütung festzulegen. Im Rahmen von DMP werden Krankenhäuser "nach Maßgabe des DMP-Vertrages" für die ambulante Behandlung geöffnet.

#### **Kleine Geldspritzen bei der Arbeitszeitproblematik**

Zur Lösung der Arbeitszeitproblematik in Krankenhäusern sowie zur Realisierung der geplanten Abschaffung des Arztes im Praktikum werden zusätzliche Mittel in Höhe von 100 Millionen Euro jährlich - ansteigend bis zur Gesamtsumme von 700 Millionen Euro im Jahr 2009 - bereitgestellt.

## **Wer gewinnt, wer verliert:**

### **Krankenhäuser**

**Unentschieden.** Die Reform belastet vor allem andere, in Einzelbereichen erhöht sich aber der Druck auf die Kliniken. Hochspezialisierte Leistungen sollen sie nun verpflichtend ambulant anbieten. Andererseits wird den Krankenhäusern durch die Reform auch nicht geholfen. Wie bisher werden viele kommunale oder konfessionelle Kliniken notgedrungen an private Klinik-Konzerne verkauft werden müssen, die auf Grund ihrer Größe Kostenvorteile ausspielen können.

### ***Das bringt die Reform für KASSEN / KVen***

#### **Gleiche Wettbewerbsbedingungen für Kassen**

Für die verschiedenen Kassenarten werden gleiche Wettbewerbsbedingungen geschaffen - das Mitgliedschafts- und Organisations-



recht wird harmonisiert. Fusionen bedürfen bei allen Kassenarten der Zustimmung der vor und nach der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden.

#### **Hauptamtlicher Vorstand für KVen / kleine KVen verschwinden**

Die Organisationsstrukturen der KVen werden gestrafft, indem ein hauptamtlicher Vorstand eingerichtet und die Vertreterversammlung verkleinert wird.

Soweit dem hauptamtlichen Vorstand niedergelassene Ärzte angehören, können diese eine ärztliche Nebentätigkeit in begrenztem Umfang ausüben. Soweit mehrere KVen mit weniger als 10 000 Mitgliedern in einem Land bestehen, werden diese zusammengelegt.

#### **Beitragssenkungen sind sichergestellt**

Mit der Gesundheitsreform sollen die Beitragssätze zur gesetzlichen Krankenversicherung von derzeit durchschnittlich 14,4% auf 13,6% im kommenden Jahr und auf 12,15% im Jahr 2006 gesenkt werden.

Für die Kassen bedeutet die Reform im Jahr 2004 eine Entlastung von ca. zehn Milliarden Euro, wovon sie drei Milliarden zum Abbau ihrer Schulden verwenden sollen und der Rest die Senkung des Beitragssatzes finanzieren muss.

### **Andere Organisationsformen bei der gemeinsamen Selbstverwaltung**

An die Stelle des Koordinierungsausschusses und der bisherigen Bundesausschüsse tritt ein Gemeinsamer Bundesausschuss. Er bildet Unterausschüsse für Fragen der ärztlichen, zahnärztlichen und stationären Versorgung. Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses sind die Selbstverwaltungspartner.

### **Schärfere Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen**

Zur Bekämpfung von Fehlverhalten (zum Beispiel Falschabrechnungen, Korruption) im Gesundheitswesen werden Krankenkassen und Kassenärztliche oder Kassenzahnärztliche Vereinigungen auf Landes- und Bundesebene verpflichtet, entsprechende Prüf- und Ermittlungseinheiten einzurichten.

### **Transparenz bei Krankenkassen und KVen**

Krankenkassen sowie Kassen- und Kassenzahnärztliche Vereinigungen müssen künftig über die Verwendung der Mittel gegenüber ihren Mitgliedern Rechenschaft ablegen und ihre Verwaltungskosten gesondert als Beitragssatz- oder Umlageanteil ausweisen.

### **Reduzierung der Verwaltungsausgaben**

Die Verwaltungsausgaben sind in den letzten Jahren überproportional gestiegen. Deshalb werden die Verwaltungskosten je Mitglied bis zum Jahr 2007 an die Grundlohnentwicklung gebunden. Solange die Verwaltungskosten je Mitglied einer Krankenkasse um mehr als zehn Prozent über den durchschnittlichen Verwaltungskosten liegen, werden diese eingefroren.

### **Wahlmöglichkeiten bei Versicherungskonditionen**

Krankenkassen erhalten das Recht, freiwillig Versicherte zum Beispiel Tarife mit Beitragsrückgewähr oder Selbstbehalten mit Beitragsminderung anzubieten.

### **Vermittlung von Zusatzversicherungen durch die Krankenkassen**

Krankenkassen können Versicherten günstige Angebote zum Abschluss von privaten Zusatzversicherungen anbieten. Dazu wird den Kassen die Kooperation mit privaten Krankenversicherungsunternehmen ermöglicht.

### **Versichertenbonus**

Kassen können Versicherten bei erfolgreicher Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, qualitätsgesicherten Präventionsmaßnahmen oder bei freiwilliger Teilnahme an besonderen Versorgungsangeboten, wie zum Beispiel dem Hausarztssystem, einen finanziellen Bonus gewähren. Der Bonus wird durch die Selbstverwaltung jeder Kasse bestimmt. Die Aufwendungen hierfür müssen mittelfristig aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die aus diesen Maßnahmen resultieren, finanziert werden.

## **Integrierte Versorgung**

Um zusätzliche Anreize zur Vereinbarung integrierter Versorgungsverträge zu geben, stehen zwischen 2004 und 2006 bis zu ein Prozent der jeweiligen Gesamtvergütung und der Krankenhausvergütungen in den KV-Bezirken als übertragener Vergütungsanteil zur Verfügung. Apotheken können in die integrierte Versorgung einbezogen werden.

## **Angebote für Hausarztssystem**

Die Krankenkassen werden verpflichtet, flächendeckend hausarztzentrierte Versorgungsformen anzubieten. Für die Versicherten ist dieses Angebot freiwillig.

## **Qualitätswettbewerb in der ärztlichen Versorgung**

In der ärztlichen Versorgung wird ein Wettbewerb um das beste Versorgungskonzept in Gang gesetzt. Dieser Qualitätswettbewerb ruht auf drei Säulen:

1. Die Landesverbände der Kassen und die KVen vereinbaren künftig einen Versorgungsauftrag für die Versicherten. An der Versorgung kann teilnehmen, wer über eine Zulassung und die Qualifikation in der ärztlichen Weiterbildung verfügt sowie den im Versorgungsauftrag festgelegten Qualitätsanforderungen genügt.
2. Die Vertragspartner können besondere Versorgungsaufträge vereinbaren (etwa für Disease-Management-Programme). Die Teilnahme ist für Vertragsärzte und Versicherte freiwillig.
3. Alternativ zu diesen kollektiv-vertraglichen Vereinbarungen können Kassen Direktverträge zur Förderung integrierter Versorgungsformen abschließen.

## **Wer gewinnt, wer verliert:**

### **Kassenärztliche Vereinigungen**

**Gewinner.** Die umstrittenen Ständeorganisationen behalten im Wesentlichen ihre bisherige Stellung. Einzelverträge zwischen Kassen und Patienten werden zwar erlaubt - sie sollen aber nur als Ergänzung zwischen den Verträgen zwischen Kassen und KV möglich sein. Die Ärztehonorare jedenfalls werden weiter einheitlich von KV und Kassen verhandelt.

### **Gesetzliche Krankenkassen**

**Unentschieden.** Die Kassenchefs gehören zu den schärfsten Kritikern der Reform. Viele Kassen hätten sich mehr Wettbewerb zwischen Ärzten und Apotheken und eine Schwächung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) gewünscht, um Ausgaben zu sparen. Den Kassen droht zunächst einmal ein Kostenschub, weil sich Patienten Zahnersatz nach den alten Konditionen beschaffen werden.



Zugleich sollen die Kassen ihre Verwaltungskosten um 300 Millionen Euro drücken und bestraft werden können, wenn sie pro Patient eine Höchstgrenze überschreiten. Wenn die Kassen auch die neuen Zusatzversicherungen anbieten wollen, steigt aber der bürokratische Aufwand - womöglich müssen sie dafür sogar neue Tochtergesellschaften gründen.

Der Wettbewerb zwischen den Kassen nimmt nur in begrenztem Ausmaß zu, weil neue Arten von Sondertarifen erlaubt werden. Kleine Kassen, die mit Bonus-Modellen für bestimmte Patientengruppen aufwarten, können sich damit profilieren. Viele Funktionäre behalten aber ihre Pfründe, denn ein wirklich gravierender Strukturwandel kommt nicht in Gang.

Einen Zwang zur Fusionierung von Kassen etwa wird es nicht geben. Im vergangenen Jahr hatte Gesundheitsministerin Schmidt noch angekündigt, die Zahl der 350 Kassen radikal reduzieren zu wollen.

### **Privat-Versicherer**

**Eher Gewinner.** In ersten Reaktionen begrüßten die Privatkassen die Reform. Im Wettbewerb um die Zahnersatz-Zusatzversicherung haben die PKV wohl gute Karten, neue Einnahmequellen zu erschließen. Nach Maßgabe der Politik soll der Wettbewerb zwischen Gesetzlichen und Privaten um die neuen Versicherungen fair sein. Die PKV bringen aber bereits Lobbyisten in Stellung und erstellen Rechtsgutachten. Diese zweifeln an, ob die Gesetzlichen überhaupt befugt sind, die Zusatzversicherungen anzubieten.

Kleiner Wermutstropfen: Das Krankengeld wird zwar ab 2007 Gegenstand einer neuen Pflichtversicherung. Den Privaten wäre eine weiter gehende Reform lieber gewesen, die noch mehr Bereiche aus dem Herrschaftsbereich der Gesetzlichen auslagert und für den Wettbewerb öffnet.

## ***Das bringt die Gesundheitsreform für APOTHEKEN***

### **Importarzneimittel**

Der Preisabstand eines importierten Arzneimittels, zu dessen

Abgabe der Apotheker verpflichtet ist, wird auf mindestens

15 Prozent festgesetzt.

### **Versandhandel**

Für den Versand von Arzneimitteln durch Apotheken werden faire Bedingungen für den Wettbewerb von Versandapotheken mit öffentlichen Apotheken geschaffen. Versandapotheken werden wie öffentliche Apotheken in die integrierte Versorgung einbezogen. Die Krankenkassen können dann bei Ausschreibungen die Höhe der Krankenkassenrabatte abweichend von der Arzneimittelpreisverordnung vereinbaren.

### **Mehrbesitzverbot**

Künftig darf eine Apotheke bis zu drei Nebenstellen haben; das Fremdbesitzverbot bleibt bestehen.

### **Novellierung der Arzneimittelpreisverordnung**

Die Arzneimittelpreisverordnung wird grundlegend umgestaltet. Die Apotheken erhalten künftig je Packung ein Abgabehonorar von 8,10 Euro und einen Zuschlag von drei Prozent auf den Apothekeneinkaufspreis. Der Apothekenrabatt wird mit zwei Euro je Packung festgesetzt. Über Anpassungen entscheidet das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit beziehungsweise die Selbstverwaltung. Der Großhandelsabschlag wird so geregelt, dass übermäßige Belastungen der Apotheker vermieden werden.

### **Wer gewinnt, wer verliert:**

#### **Apotheker**

**Eher Gewinner.** Für Apotheker bleibt, mit Abstrichen, alles so wie gehabt - eine Strukturreform findet nicht statt. Der Versandhandel für Medikamente etwa, der Kosten sparen und den Wettbewerb anheizen könnte, soll nur in Ausnahmefällen erlaubt werden. Ein Apotheker darf nun zwar bis zu drei Filialen besitzen - Apothekenketten bleiben aber weiterhin verboten. Eine Konsolidierungswelle, die die Effizienz steigern, aber auch Kleinunternehmer verdrängen könnte, ist somit nicht zu erwarten.



## ***Das sind die neuen Regelungen für ARZNEIMITTEL***



### **Weiterentwicklung der Festbetragsregelung**

Patentgeschützte Arzneimittel, die eine erkennbare therapeutische

Verbesserung bewirken oder geringere Nebenwirkungen

verursachen, bleiben auch künftig festbetragsfrei.

Patentgeschützte Arzneimittel ohne oder mit vergleichsweise geringfügigem zusätzlichem Nutzen werden in die Festbetragsregelung einbezogen. Es können auch Festbetragsgruppen gebildet werden, wenn diese mindestens drei patentgeschützte Arzneimittel, die der Festbetragsregelung unterliegen, enthalten.

Der Herstellerabschlag wird bis zum Wirksamwerden der neuen Festbeträge pauschal von sechs Prozent auf 16 Prozent für verschreibungspflichtige Nichtfestbetrags-Arzneimittel im Jahr 2004 erhöht.

### **Neuregelung der Kostenübernahme für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel**

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden grundsätzlich in die Eigenverantwortung der Versicherten übertragen, zumal diese Arzneimittel bereits heute überwiegend von Patienten ohne Kassenrezept selbst gekauft werden. Hiervon ausgenommen bleiben Kinder bis zum 12. Lebensjahr sowie Jugendliche mit Entwicklungsstörungen.

Allerdings werden bei bestimmten Indikationen nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel auch weiterhin erstattet. Hierzu erarbeitet der Bundesausschuss für etwa zehn bis zwölf Indikationen einen Ausnahmekatalog (zum Beispiel Acetylsalicylsäure nach Schlaganfall, Mistelpräparate bei Krebs). Dabei ist der therapeutischen Vielfalt Rechnung zu tragen.

### **Ausschluss von Arzneimitteln zur Verbesserung der privaten Lebensführung**

Arzneimittel, die überwiegend der Verbesserung der privaten Lebensführung dienen, wie zum Beispiel Mittel gegen erektile Dysfunktionen, werden von der Erstattungspflicht der Kassen ausgenommen.

### **Verzicht auf Positivliste und Negativliste**

Angesichts der Wirkungen einer neuen Festbetragregelung, der Nutzenbewertung von Arzneimitteln und der grundsätzlichen Herausnahme nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel und sogenannter "life-style-Arzneimittel" sind Positivliste und Negativliste entbehrlich.

### **Geltung der Arzneimittel-Preisverordnung für OTC-Produkte (over the counter)**

Die bisher geltenden Arzneimittelpreisverordnung gilt für OTC-Produkte, die nicht von den Krankenkassen erstattet werden, fort. Für alle anderen OTC-Produkte werden die Preise freigegeben.

**(OTC bedeutet über den Handel / Ladentisch absetzbar)**

## **Vereinfachung der Aut-idem-Regelung**

Bei der Aut-idem-Regelung entfällt für die Apotheker die Ermittlung von Obergrenzen für das untere Preisdrittel des Arzneimittelmarktes. Dafür werden im Gegenzug die Festbeträge für wirkstoffgleiche Arzneimittel im unteren Preisdrittel festgesetzt. (Aut idem (latein.) heißt "oder das Gleiche". Damit ist der Austausch eines Arzneimittels gegen ein anderes wirkstoffgleiches Arzneimittel gemeint. Diesen Austauschvorgang nennt man auch Substitution. Die neue Gesetzgebung (AABG) bezeichnet mit aut idem den Austausch eines teuren Arzneimittels durch ein preisgünstiges wirkstoffgleiches Präparat aus dem unteren Preisdrittel.)

## **Wer gewinnt, wer verliert:**

### **Pharma-Industrie**

**Eher Gewinner.** Die Positivliste von Arzneien, bis kurz vor Schluss wichtige Forderung der SPD, kommt nun doch nicht. Sie hätte die Zahl der kassentauglichen Medikamente merklich begrenzt. Zwar wird die Industrie mit einer vorübergehenden Erhöhung der Herstellerrabatte um eine Milliarde Euro in die Pflicht genommen - die Arzneipreise in Deutschland dürften aber weit höher als in vielen Anrainerstaaten bleiben. Allgemein fällt die Preisbindung für rezeptfreie Mittel, Re-Importe müssen aber günstiger abgegeben werden.

Eine neu geschaffene Stiftung zur Qualitätssicherung soll Medikamente überprüfen, aber ausdrücklich nicht auf die Angemessenheit der Preise achten. Die Festlegung von Preisen für patentgeschützte Medikamente könnte leicht unangenehm für die Konzerne werden, ändert aber nichts entscheidend am Status quo.

### **Tabak-Industrie**

**Verlierer.** 2004 und 2005 wird die Tabaksteuer erneut in drei Stufen auf insgesamt einen Euro angehoben. Dies soll helfen, versicherungsfremde Leistungen zu finanzieren. Der Konsum von Zigaretten wird wohl weiter zurückgehen.

## ***Das sind die Pläne für das neue QUALITÄTSINSTITUT***



### **Unabhängigkeit von staatlichen Organen durch Gründung einer Stiftung geplant**

Die Partner der Selbstverwaltung gründen eine, auch in der Rechtsform

vom Staat unabhängige Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.

Diese Stiftung gründet ein fachlich unabhängiges wissenschaftliches Institut.

Die Aufgaben des Instituts:

- Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei ausgewählten Krankheiten.
- Erstellung von wissenschaftlichen Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen. Dabei sollen alters-, geschlechts- und lebenslagenspezifische Besonderheiten berücksichtigt werden.
- Bewertung evidenzbasierter Leitlinien für die epidemiologisch wichtigsten Erkrankungen, Abgabe von Empfehlungen zu Disease-Management-Programmen.
- Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln.
- Bereitstellung von verständlichem Informationsmaterial zur Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung.

Das Institut bearbeitet die Aufgaben im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses, indem es seinerseits Aufträge zu wissenschaftlichen Stellungnahmen an externe Sachverständige, zum Beispiel wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaften, Qualitätssicherungs-Institutionen der Selbstverwaltungspartner oder an Dritte vergibt; dazu zählen auch wissenschaftliche Forschungseinrichtungen und Universitäten im In- und Ausland. Das Bundesministerium für Gesundheit erhält ein Antragsrecht beim Institut, Themen zur Bearbeitung anzumelden. Lehnt das Institut diesen Antrag als unbegründet ab, muss das Bundesministerium für Gesundheit die Kosten für den Auftrag tragen, wenn es seinen Antrag aufrecht erhält.

### **Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln**

Der gemeinsame Bundesausschuss kann das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen damit beauftragen, eine Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln vorzunehmen. Eine Kosten-Nutzen-Bewertung findet nicht statt. Der Bundesausschuss entscheidet über die Übernahme von Ergebnissen der Nutzenbewertung in die Arzneimittelrichtlinien. Diese wirken dann als Empfehlungen für eine wirtschaftliche Arzneimitteltherapie des Arztes.

### **Anhang 4: „Einladung zum musiktherapeutischen Forschungstag / Projektvorstellung 2001“**

Es folgen: (2 Seiten)



**Musiktherapeutischer Forschungstag**

**Kontakt**

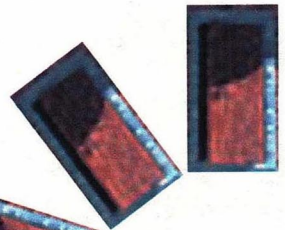
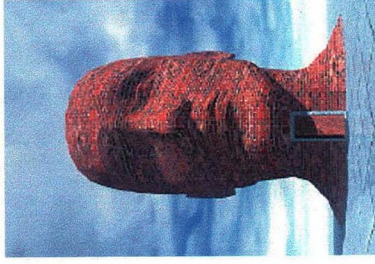
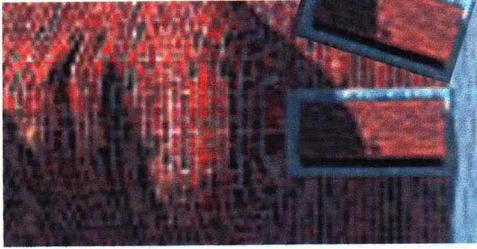
Tel. 06221-56 81 42 (Sekretariat von 9-12)

**e-mail**

Sabine\_Rittner@med.uni-heidelberg.de  
Henrik\_Jungaberle@med.uni-heidelberg.de

**Projekt**

# Stimme und Musik in der Psychotherapie (StimMusTher)



**Freitag, 19. Oktober 2001 von 9 - 16.30**

**Abt. für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Heidelberg  
Bergheimer Str. 20, Linker Eingang**

Wir berichten Ergebnisse eines Gruppentherapie-Forschungsprojektes, das in den Jahren 1997 - 1999 an der Universitätsklinik Heidelberg durchgeführt wurde. Eingeladen sind interessierte Kolleginnen und Kollegen aus den psychosozialen Fächern in- und außerhalb der Universität. Anmeldung ist nicht erforderlich.

## Klinisches Konzept und Evaluation

9.00

### Einführung und Überblick über das Forschungsprojekt

Sabine Ritter, Musikpsychotherapeutin, Abt. für Medizinische Psychologie

9.20

### Klingende Systeme - Musiktherapie, Hypnotherapie und systemische Beziehungsanalyse: Möglichkeiten und Grenzen einer methodischen Dreierbeziehung

Michel Wolfart, Dipl.-Psych., Abt. für Stimm- und Sprachstörungen sowie Pädaudiologie an der Universitätsklinik Heidelberg

Anhand von zwei Falldarstellungen soll das Potential, der von uns neu entwickelten methodischen Integration systemischer, hypnotherapeutischer und musiktherapeutischer Konzepte, veranschaulicht werden. Der Referent berichtet über Anwendungskriterien für diese Methodenkombination.

### Ergänzende Einzelfalldarstellung aus der Perspektive der pädagogischen Gesundheitsbildung (Focus on health)

Christine Klaar, Erziehungs- und Musikwissenschaftlerin, M.A.

Nach dem Modell der Salutogenese wird aufgezeigt, welche Faktoren aus Patientenperspektive Einfluss auf den Therapieerfolg einer Klientin genommen haben. Dem werden Beobachtungen von Therapeuten und Forschern gegenübergestellt.

### Diskussion

10.45

### Pause

11.00

### Evaluation der Gruppenbehandlung aus qualitativer und quantitativer Perspektive

Henrik Jungeberle, Dipl. Musiktherapeut, Abt. für Medizinische Psychologie

Die Evaluation der Behandlung erfolgte über verschiedene Fragebögen (z.B. SCL-90-R, Psychosoziale Beschwerdeliste), Goal-Attainment-Scalies und qualitative Interviews. Ergebnisse und Strategien werden vorgestellt und kritisch diskutiert.

### Diskussion

12.00

### Mittagspause

## Aspekte des therapeutischen Prozesses

13.30

### Zwei Skizzen eines Therapieprozesses - Darstellung stimmlicher Veränderungsprozesse und bedeutsamer Therapiemomente

Simone Kühn, cand.med. und Ulrike Seifert, Ärztin

Anhand von zwei Einzelfalldarstellungen phoniatrischer Patienten sollen Methodik und Ergebnisse einander ergänzender Forschungsperspektiven dargestellt werden. Zum Einsatz kamen: Phoniatrische und logopädische Untersuchungen, Stimmrating, Fragebögen, Patiententagebücher und halbstrukturierte Interviews.

### Diskussion

14.30

### Klangbrüche, Tongewebe, Resonanzgebilde - Metaphern im Verlauf therapeutischer Prozesse

Henrik Jungeberle, Dipl.-Musiktherapeut, Abt. für Medizinische Psychologie

Durch die systematische Metapheranalyse von Klienteninterviews kann man Einblick in kognitive Prozesse gewinnen, die das musikalische Erleben begleiten. Wie wird aus dem Musikerleben eine therapeutisch relevante Erfahrung? Verschiedene Ebenen der musikalischen Bedeutungsgenerierung werden aufgezeigt und an Beispielen erläutert.

### Diskussion

15.15

### Experimentelle Veranschaulichung therapeutischer Prozesse

Sabine Ritter, Musikpsychotherapeutin

Die Möglichkeit der bildnerischen Darstellung therapeutischer Prozesse als klinisches und als Forschungsinstrument wird vorgestellt.

### Resumée

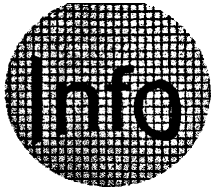
Sabine Ritter

15.45

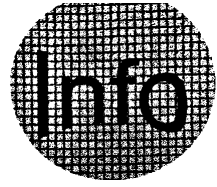
### Abschlussdiskussion

## Anhang 5: „Werbe- und Info-Material zur Teilnehmer-Rekrutierung“ (4 Seiten)

Angefügt sind das Informationsblatt für interessierte Klienten "Wenn etwas nicht mehr stimmt" sowie „Gruppentherapie mit kreativen Methoden“ die Erläuterungen zu diesem Therapieangebot und der Ärzte-Rundbrief, der das Therapieangebot in Praxen vorstellt.



# Wenn etwas nicht mehr stimmt ...



### **Klang und Bewegung als Mittel ganzheitlicher Behandlung**

In vielfacher Weise sind wir als moderne Menschen daran gehindert, das auszudrücken, was uns berührt und bewegt. Ja, wir können oft nicht einmal mehr genau empfinden, was wir an Belastungen und ungelösten Konflikten tagtäglich mit uns herumschleppen.

Gerade deshalb aber, weil diese seelischen und körperlichen Lasten oft so namenlos und gestaltlos bleiben, können sie zum echten Problem werden und sich in allerlei chronischen, körperlichen und seelischen Symptomen, wie zum Beispiel dem der Stimmstörung ausdrücken. "Stimme ist lauthafte Biographie."

Die hier angebotene **körperorientierte Musik-Psychotherapie** in der Gruppe ist ein vielfach erprobter Weg, eigene Gefühle und Bedürfnisse wieder deutlicher zu spüren und sie in den Medien von Klang, Stimme und Bewegung auszudrücken.

Die Gruppe wird geleitet von zwei auf dem Gebiet der Stimmtherapie sehr erfahrenen Therapeuten: Sabine Rittner (Atem-, Stimm- und Sprechtherapie, Musikpsychotherapie) und Michel Wolfart (Psychologe an der Abt. für Phoniatrie und Pädaudiologie der Universitätsklinik Heidelberg). Der geschützte Raum einer festen Gruppe gibt die Möglichkeit, sich selbst und den eigenen verborgenen Reichtum an Empfindungs- und Ausdrucksmöglichkeiten neu zu erleben und vielleicht auch das zu erproben, "was ich schon lange einmal loswerden wollte".

Die Teilnehmer werden dabei unterstützt, die gewonnenen neuen Erfahrungen in das je eigene Selbst- und Weltverständnis zu integrieren.

Geeignet ist diese Gruppe für Menschen, die z.B. unter folgenden Schwierigkeiten leiden:

Häufig wiederkehrende Schwäche oder Heiserkeit der Stimme in Belastungssituationen, Räusperzwang und Kloßgefühl, mangelnde stimmliche Durchsetzungsfähigkeit, Schwierigkeiten im Zusammenhang mit beruflicher oder privater Kommunikation.

Das Projekt soll in erster Linie seiner psychotherapeutischen Zielsetzung gerecht werden.

Darüber hinaus dient es der Erforschung und Dokumentation der Wirksamkeit dieses integrativen psychotherapeutischen Ansatzes auf die Stimme.

Interessent/Innen werden vor Beginn der Gruppe zu einem orientierenden Vorgespräch mit den beiden Leitern eingeladen.

**Die Kosten werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.**

**Es sind keinerlei musikalische Vorkenntnisse erforderlich.**

**Ort:** Bergheimer Straße 20 - linker Eingang  
Abt. für Medizinische Psychologie der Universitätsklinik Heidelberg

**Anmeldungen:** bei **Henrik Jungaberle** Abteilung für Medizinische Psychologie - Bergheimer Straße 20 - 69115 Heidelberg Tel 06221 / 568147

**Termine:** jeweils **Donnerstag, 17.30-20.30 Uhr**

- |           |                                  |            |
|-----------|----------------------------------|------------|
| ① 23.4.98 | ⑥ 28.5.98                        | ⑩ 25.6.98  |
| ② 30.4.98 | ⑦ Dienstag, 09.6.98 16.45-19.45  | 11 02.7.98 |
| ③ 07.5.98 | ⑧ 18.6.98                        | 12 09.7.98 |
| ④ 14.5.98 | ⑨+⑩ Sonntag, 21.6.98 11.00-18.00 |            |



# Gruppentherapie mit kreativen Medien

## **Klang und Bewegung als Mittel ganzheitlicher Behandlung**

In vielfacher Weise sind wir als moderne Menschen daran gehindert, das auszudrücken, was uns berührt und bewegt. Ja, wir können oft nicht einmal mehr genau empfinden, was wir an Belastungen und ungelösten Konflikten tagtäglich mit uns herumschleppen. Gerade deshalb aber, weil diese seelischen und körperlichen Lasten oft so namenlos und gestaltlos bleiben, können sie zum echten Problem werden und sich in allerlei chronischen, körperlichen und seelischen Symptomen ausdrücken.

Die hier angebotene Gruppentherapie mit musiktherapeutischem Schwerpunkt ist ein vielfach erprobter Weg, eigene Gefühle und Bedürfnisse wieder deutlicher zu spüren und sie in den Medien von Klang, Stimme und Bewegung auszudrücken.

Der geschützte Raum einer festen Gruppe, die von zwei erfahrenen Therapeuten (Sabine Rittner und Michael Wolfart) geleitet wird, gibt die Möglichkeit, sich selbst und den eigenen verborgenen Reichtum an Empfindungs- und Ausdrucksmöglichkeiten neu zu leben und zu erproben. Die wieder zugänglichen eigenen Kraftquellen können erfahrungsgemäß dabei helfen, die oben angedeuteten Schwierigkeiten abzubauen.

Die Teilnehmer werden dabei unterstützt, die gewonnenen neuen Erfahrungen in das je eigene Selbst- und Weltverständnis zu integrieren.

Geeignet ist diese Gruppe für Menschen, die z.B. unter folgenden Schwierigkeiten leiden: Mangelnde Durchsetzungsfähigkeit, Antriebslosigkeit, Probleme der Kommunikation und der Beziehungsgestaltung mit anderen Menschen, depressive Verstimmungen, psychosomatische Symptome, Störungen des Atems und/oder der Stimme, Prüfungs- und Leistungsängste.

Das Projekt soll in erster Linie seiner psychotherapeutischen Zielsetzung gerecht werden. Darüber hinaus dient es der Erforschung und Dokumentation der Wirksamkeit dieser musikpsychotherapeutischen Methode.

Interessent/Innen werden vor Beginn der Gruppe zu einem orientierenden Erstgespräch mit den beiden Leitern eingeladen.

**Die Kosten werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.  
Es sind keinerlei musikalische Vorkenntnisse erforderlich.**

**Ort:** Bergheimer Straße 20 - Linker Eingang  
Abt. für Medizinische Psychologie der Universitätsklinik Heidelberg  
**Anmeldung:** Henrik Jungaberle 06221 - 56 81 47

### Gruppentermine

Donnerstags 17 - 20 Uhr		außer 8.+9. Samstag 11 - 18 Uhr	
1. 8.10.98	4. 29.10.98	7. 26.11.98	11. 10.12.98
2. 15.10.98	5. 12.11.98	8.+9. (!) 28.11.98	12. 17.12.98
3. 22.10.98	6. 19.11.98	10. 3.12.98	

## Einige Bemerkungen zu diesem Therapieangebot

Wir verstehen diese Gruppentherapie als integratives Angebot, insofern als sie verschiedene psychotherapeutische Methoden miteinander verknüpft. Ihr Schwerpunkt liegt auf der Musiktherapie.

Weitere Elemente der Behandlung stammen aus der modernen Hypnotherapie nach Milton H. Erickson sowie der systemischen Familientherapie. Körper- und atemtherapeutische Komponenten werden in das Behandlungsspektrum einbezogen.

In den 12 kommenden Sitzungen legen wir vor allem Wert auf **einen lösungsorientierten Ansatz und den Zugang zu persönlichen Fähigkeiten und Ressourcen**. Die Bewältigung individueller Probleme kann durch die Mitwirkung der Gruppe gefördert werden.

Die kreativen Medien, wie zum Beispiel Musik und Bewegung dienen dabei als Experimentierfeld, mit dem sich in spielerischer und anregender Weise Impulse setzen und neue Ausdrucksmöglichkeiten entwickeln lassen.

## Bei der Erforschung dieses Angebotes sind wir auf Sie angewiesen !

Wir möchten herausfinden, was diese Therapieform erfolgreich macht, wie wir sie verbessern können, und welche Menschen dabei am meisten profitieren.

Dazu benötigen wir ihre Mithilfe. Folgendes erwartet sie von Seiten der Forschung:

- Ein Fragebogen zu bestimmten Beschwerden: am Tag des Erstgespräches, vor und nach der Therapie.
- ein Interview vor und nach der Therapie mit Dipl. Musiktherapeut Henrik Jungaberle. Die Dauer dieses Interviews beträgt jeweils etwa 1 bis 1½ Stunden.
- Während der Sitzungszeit werden wir sie bitten nach jeder zweiten Stunde einige Eindrücke auf einem kurzen Fragebogen wiederzugeben. Dies wird zwischen fünf und zehn Minuten dauern.
- Einige nette junge Leute hinter der Videokamera, die von Ihnen lernen möchten.
- Ein Gespräch sechs Monate nach Ende der Sitzungen, also etwa Juni nächsten Jahres.

## Ärzte-Rundbrief

Psychosomatische Klinik  
Abt. für Med. Psychologie  
Sabine Rittner  
Bergheimerstr. 20  
69120 Heidelberg  
tel 06221-568140

**Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,**

**8.7.97**

mit beiliegendem Patienten-Informationsblatt erlauben wir uns, Sie auf ein Gruppenpsychotherapie-Angebot hinzuweisen, das ab Herbst diesen Jahres im Rahmen der Ambulanz der Abteilung für Medizinische Psychologie an der Universitätsklinik Heidelberg beginnen wird.

Die Gruppe wird geleitet von Sabine Rittner (Musikpsychotherapeutin an der Abt. für Medizinische Psychologie) und Michael Wolfart (Dipl. Psychologe und Psychotherapeut an der Abt. für Stimm- und Sprachstörungen der Universitätsklinik und in eigener Praxis).

Auf dem Hintergrund unserer mehr als 20-jährige psychotherapeutischen Erfahrung wollen wir in dieser Gruppenarbeit Ansätze der musik- körper und hypnotherapeutischen, sowie der systemischen Arbeit zusammenführen, um ihre spezifische therapeutische Wirksamkeit zu erforschen, aber auch zu potenzieren.

Die angebotene Therapie, die von Mitte Oktober '97 bis Januar '98 einmal wöchentlich stattfindet, ist für Patient/Innen mit folgenden Indikationsstellungen geeignet:

- Psychosomatische Störungen,
- Depressionen, Antriebslosigkeit, Hemmungen
- Kommunikationsstörungen, Atem- und Stimmstörungen
- Prüfungs- und Leistungsängste
- Beziehungs- und Kontaktstörungen
- Mangelnde Durchsetzungsfähigkeit
- Störungen des Selbstwertgefühls und der Lebensfreude

Ausschlusskriterien sind lediglich:

Eine gleichzeitig laufende andere psychotherapeutische Behandlung, sowie schwere körperliche und/oder geistige Erkrankungen und Behinderungen..

Musikalische Vorkenntnisse sind nicht erforderlich !

Die Effektivität der von uns angebotenen Maßnahme wird in einem begleitenden Forschungsprojekt gründlich evaluiert. Die Ergebnisse können auf Wunsch selbstverständlich zugänglich gemacht werden.

Vor Therapiebeginn werden wir gemeinsam ein bis zwei klärende und orientierende Vorgespräche mit allen Teilnehmer/Innen führen.

Sollten Sie Patienten haben, für die Ihnen dieses unterstützende Therapieangebot hilfreich erscheint, so wären wir Ihnen dankbar, wenn Sie diese Maßnahme empfehlen und unser beiliegendes Informationsblatt weitergeben könnten. Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen benötigen von Ihnen für die Teilnahme lediglich einen Überweisungsschein.

Weitere Informationen werden auf Wunsch gerne von uns gegeben.

Mit freundlichen Grüßen,

## **Anhang 6: „Leitfaden zum Erstinterview sowie zum halbstrukturierten Vorinterview“ (2 Seiten)**

### **Fragestellungen des Erstinterviews**

- Wie haben Sie vom Angebot erfahren, von wem wurde es empfohlen oder wer hat Sie überwiesen?
- Haben Sie vorgängige Therapieerfahrungen?
- Wie beschreiben Sie Ihr Anliegen?
- Wie erklären Sie sich selbst Ihre vorliegenden Probleme oder Beeinträchtigungen?
- Wieso sind Sie jetzt zu einer Therapie dieser Art entschlossen?
- Wann traten die Probleme erstmalig auf?
- Gibt es eine Problemveränderung durch Einfluss von Personen, Umständen, Zeitpunkten, Gefühlen, Umgehensweisen?
- Was sind Ihre Hoffnungen und Befürchtungen die Therapie betreffend,- günstiger und ungünstigster Fall?
- Was wäre vielleicht ein erster Schritt in die angestrebte Richtung?
- Was würde sie dabei unterstützen oder behindern?
- Nehmen Personen Ihres Umfeldes die gleichen Probleme an Ihnen wahr oder werden dadurch noch mehr gestört? Wie würde diese Person ihr Verhalten beschreiben?
- Würde diese Person Veränderungen an Ihnen bemerken und wodurch?
- Wenn ein plötzliches Wunder geschehen würde und alle Probleme über Nacht verschwunden wären, was wäre dann anders in Ihrem Leben?
- Welche Punkte möchten sie konstant halten, welche ändern?
- Gibt es belastende Lebensereignisse, die früher oder heute noch ausschlaggebend sind für die momentane Situation?
- Mit welchen Gedanken, Tätigkeiten und Gefühlen können Sie sich aufbauen und Energie holen?
- Was können Sie jetzt schon gut, wo liegen Ihre Stärken?
- Was haben Sie sich immer schon mal gewünscht, was ist bis jetzt noch nicht geschehen?

Ebenso wurde ein Familiendiagramm mit Kurzbeschreibungen aufgenommen.

**Leitfragen des halbstrukturierten Vorinterviews / Vorstellungen von der Therapie und Prozessenerwartungen, zu Gesundheitsvorstellungen und therapeutischen Medien**

- Welche Erwartungen haben Sie an die bevorstehende Gruppentherapie?
- Wann wären Sie mit einem Ergebnis zufrieden, was müssten Sie wahrnehmen?
- Was wäre der Eigenbeitrag zu solch einer Therapie?
- Wie würden Sie es beschreiben, wenn Sie sich ganz gesund fühlten oder bestimmte körperliche Probleme gelöst und verschwunden wären. Welche Auswirkungen hätte das?
- Könnte die Musik speziell Ihnen etwas erleichtern oder erreichen helfen?
- Was haben Sie bis jetzt für einen Bezug zu Musik?
- Aus welchem Grund haben Sie sich für eine Gruppentherapie entschieden, wie könnte die Gruppe besonders hilfreich sein bei Erreichung Ihrer Zielvorstellungen?

## Anhang 7: „Das katamnestische Interview der Klienten durch die Therapeuten“ (1 Seite)

Ein halbes Jahr nach Ende der Gruppentherapie wurden die Klienten nochmals befragt.

- Wie geht es Ihnen zur Zeit? - Und wenn Sie das vergleichen mit der Zeit unseres ersten Gesprächs?
- Was hat sich seit der Zeit der Therapie für Sie verändert, unabhängig davon, ob Sie das auf die Therapie zurückführen, oder nicht?
- Was waren Ihre Ziele zu Beginn der Gruppentherapie?
- Haben sich die Ziele im Lauf der Therapie verändert?
- Inwieweit sind Sie Ihrem Ziel näher gekommen und worin hat sich dies konkret gezeigt?
- Was hat Ihrer Einschätzung nach am ehesten dazu beigetragen, (es verhindert), dass Sie diese Veränderung (nicht) erreichen konnten?
- Was haben Sie selbst dazu beigetragen, dass Sie diese Veränderung erreichen konnten?
- Hat Ihnen die Therapie etwas gebracht?
- Welche Veränderungen, glauben Sie, konnten Ihre nächsten Angehörigen, Bekannten, Freunde etc. an Ihnen am ehesten bemerken?
- Konnten Sie in Ihren familiären Beziehungen Veränderungen feststellen?
- Können Sie sich an Ereignisse oder Situationen innerhalb der Therapie erinnern, die Sie besonders beeindruckt, bzw. berührt haben?
- Welche Interventionen, Situationen oder Ereignisse schienen Ihnen hilfreich, bzw. wirksam in Richtung auf Ihre angestrebten Ziele?
- Welche Bedeutung hatte die Musik für Sie? (Instrumente, Singen, Improvisationen usw.)
- Welche Bedeutung hatten die Körperübungen, die Bewegungselemente für Sie?
- Welchen Stellenwert hatten die Phantasiereisen, Geschichten und meditativen Übungen?
- Welche Bedeutung lassen Sie den Gesprächen und verbalen Feedbacks der Gruppe und der Leiter zukommen?
- Was hat Sie am methodischen Aufbau, an der Zeitstruktur, an der Gruppenzusammensetzung oder anderem gestört, bzw. hätten Sie gerne etwas anders gehabt?
- Inwieweit hat Sie der Forschungsaspekt bei Ihrem Erleben der Therapie beeinträchtigt?
- Gab es während der Therapiezeit irgendwelche bedeutenden Ereignisse in Ihrem Leben, die Sie stark beeinflusst haben?
- Welche Probleme halten Sie nach wie vor für änderungsbedürftig?
- Welche Pläne haben Sie in Bezug auf weitere Therapie?
- Wie geht es Ihnen jetzt nach diesem Gespräch?

# Lebenslauf



**Name** Christine Klaar; M.A.  
**Adresse** Schubertstr. 25 / 69214 Eppelheim  
Tel.: 0 62 21 / 86 63 36  
Email: klaar@gmx.de

**Geburtsdatum** 09.02.1970  
**Geburtsort** Berlin-Charlottenburg  
**Staatsangehörigkeit** deutsch  
**Familienstand** ledig  
**Führerschein** Klasse 3

## Schulbildung

1976 bis 1980 Grund- und Hauptschule Heilbronn-Frankenbach  
1980 bis 1989 Elly-Heuss-Knapp-Gymnasium Heilbronn, Abschluss Abitur

## Berufsweg

Juli 1989 Ausbildung zur Werbekauffrau bei ad extra Werbeagentur, Heilbronn  
bis Mai 1991 Kaufmännische Berufsschule, Tauberbischofsheim

Mai 1991 Werbeassistentin und Junior-Kontakterin  
bis Dezember 1992 bei ad extra Werbeagentur, Heilbronn

Januar 1993 Junior-Kontakterin bei Werbeagentur Konzept Team, Heilbronn  
bis Mai 1993

## Universitätsstudium und begleitende Ausbildungen

Juni 1993 private Studiumsvorbereitungen, musikalischen Weiterbildung  
bis März 1994 (Querflöte, Gesang, Gehörbildung, Musiktheorie, Tonsatz)

April 1994 Studium der Erziehungswissenschaft und  
bis September 1999 Musikwissenschaft an der Ruprecht-Karls-Universität,  
Heidelberg, mit Abschluss Magister Artium (Endnote 1,1)

November 1996 Sonntagsarbeit Beschäftigungstherapie mit geistig wie  
bis Januar 1999 körperlich behinderten Kindern in der Rehaklinik Neckargemünd

seit Oktober 1999 Doktorandin der Erziehungswissenschaft in Heidelberg

Juni 2000 Anstellung im Institut der Medizinischen Psychologie des  
bis Dezember 2002 Uniklinikums Heidelberg für verschiedene Projektstellen

seit Juni 2000 Doktorandin der Erziehungswissenschaft in Frankfurt  
(Doktorvater: Prof. Dr. Micha Brumlik)

## Private Interessen

Musik- und Beschäftigungstherapie, eigene musikalische Auftritte mit Gesang, Querflöte und Percussion, Studio-, Chor-, Band-, Orchester- und Bühnenarbeit, Gesangsunterricht erteilen, Sprachen, Malerei, Tanz, Literatur, Theater, Chi-Kung und vieles mehr.

Heidelberg, Oktober 2003

## **Schriftliche Versicherung**

Als Verfasserin der vorliegenden Dissertation bestätige ich, Christine Klaar, dass ich diese Arbeit selbständig verfasst habe und alle in Anspruch genommenen Hilfsmittel in der Dissertation angegeben habe.

Meine Magisterarbeit aus dem Jahr 1999 liegt dem Erziehungswissenschaftlichen Institut der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg vor, mit dem Titel: „Gesundheitsbildung im Wandel. Analyse der pädagogischen Relevanz von Gesundheitsbildung anhand von ausgewählten Fallbeispielen aus dem Forschungsprojekt „StimMusTher“ an der Abteilung für Medizinische Psychologie der Psychosomatischen Universitätsklinik Heidelberg.“

Heidelberg, Oktober 2003