

Gesundheitsbildung durch Selbstfürsorge
am Beispiel des „Essener Modells“ für
Integrative Medizin und Naturheilkunde
und dessen Übertragung in
den ambulanten Bereich

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	1
Einleitung	2
Teil I: Gesundheitsbildung und Selbstfürsorge.....	8
1 Gesundheit	
1.1 Gesundheit und Achtsamkeit	13
1.2 Gesundheit und Lebenskunst	17
1.3 Idee der Bildung und Selbstbildung.....	22
1.4 Emotionale (Selbst-)Bildung	26
1.5 Gesundheitsbildung als Domäne der Pädagogik.....	29
1.6 Gesundheitsbildung durch Selbstfürsorge	35
Teil II: Gesundheitsbildung durch Selbstfürsorge am Beispiel des „Essener Modells“ für Integrative Medizin und Naturheilkunde	48
2 Einführung in das „Essener Modell“	48
2.1 Historische Wurzeln und Hintergründe	54
2.1.1 Entwicklung der Ordnungstherapie	63
2.1.2 Entwicklung der Mind-Body-Medizin (MBM)	67
2.2 Mind-Body-Medizin Programme.....	70
2.2.1 Herbert Bensons Mind-Body Symptom Reduction Program	72
2.2.2 Jon Kabat-Zinns Mindfulness-Based Stress Reduction Program (MBSR)	75
2.2.3 Dean Ornish´s Program for Reversing heart disease	78
2.3 Salutogenese	82
2.4 Achtsamkeit	89
2.5 Allgemeine Grundlagen und Ziele des Essener Modells	101
2.5.1 Ordnungstherapie nach dem Essener Modell	101
2.5.2 MBM-Prinzipien und -Methoden im Essener Modell ..	104
2.5.3 Ziele im Essener Modell	106
2.5.4 Das Fachpersonal	108
2.5.5 Praktische Umsetzung des Essener Modells.....	109
2.5.6 Methodische Herangehensweise	113
2.5.7 Wirkevidenz ordnungstherapeutischer und mind-body-medizinischer Interventionen.....	116

2.6	Didaktische und methodische Grundlagen des Essener Modells.....	118
2.6.1	Achtsamkeitsbasierte Grundhaltung	118
2.6.2	Konstruktivistische Grundhaltung	120
2.6.3	Salutogenetischer Ansatz.....	123
2.6.4	Empowerment Ansatz.....	124
2.6.5	Multimodale und kommunikationsorientierte Umsetzung	125
2.6.6	Methodische Basiskonstrukte	126
2.7	Perspektiven.....	127

**Teil III: Übertragung des „Essener Modells“
für Integrative Medizin und Naturheilkunde
in den Ambulanten Bereich.....129**

3	Ursprünge der Entwicklung des Arbeitsbuches “Natürlich herzgesund” zur begleitenden Therapie von Herz- Kreislaufkrankungen in der niedergelassenen Praxis	132
3.1	Vorstellung des Arbeitsbuches „Natürlich Herzgesund“	136
3.2	Mind-Body-Medizin als Bestandteil eines ambulanten (Be)handlungskonzeptes: Individuelle Mind-Body-Medizin Anamnese als Basis	140
3.3	Motivation zur Gesundheitsverhaltensänderung: Selbstfürsorgliche Lebensstilgestaltung.....	145
3.3.1	Das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung.....	147
3.3.2	Die Motivierende Gesprächsführung	159
3.4	Mind-Body-Medizin als Bestandteil eines integrativen (Be)handlungskonzeptes im ambulanten Bereich: Möglichkeiten und Grenzen der Umsetzung	167
4	Fazit und Ausblick	181
5	Anhang.....	187
5.1	Mind-Body-Medizin Anamnese Fragebogen	187
5.2	Fragebogen zur Motivation einen gesunden Lebensstil zu führen.....	196
5.3	Adressen zur Weiterbildung	198
6	Literaturverzeichnis	201

Abkürzungsverzeichnis

Ders.	Derselbe
MBM	Mind-Body-Medizin
Selbstregulation und Selbstfürsorge	
MBSR	Mindfulness Based Stress Reduction
MI	Motivierendes Interview
NHK	Naturheilkunde
NIH	National Institutes of Health
OT	Ordnungstherapie
TCM	Traditionelle Chinesische Medizin
TIM	Traditionelle Indische Medizin
TTM	Transtheoretisches Modell
u. a.	unter anderem
usw.	und so weiter

Einleitung

*„ ... Der Mensch wurde ein Geschenk und eine Bedrohung.
Denn seine Schöpferkräfte waren einzig in ihrem Potential,
zur Zerstörung und zur Heilung.
Wie würde er diese Kräfte anwenden?
Welche Richtung würde er einschlagen?
Die Erde erwartet die Antwort auf diese Fragen,
und sie wartet noch.
Zitternd. ... “*

(Matthew Fox, 1998)

Der global raumgreifende Auflösungsprozess gewachsener Traditionen, Konventionen und Normen, die einst Orientierung und Verlässlichkeit vermittelten, fordert die Menschen zunehmend dazu heraus, die Sorge um sich selbst und ihre Lebensgestaltung eigenverantwortlich wahrzunehmen und auszubilden. Im Zuge der industriellen Entwicklung und Modernisierung sind den Bewohnern der Industrieländer viele Chancen, Vorzüge und Freiheiten entstanden. – Durch technologische und wissenschaftliche Errungenschaften sowie die Option zur Befreiung innerer und äußerer Bindungen – einhergehend mit dem Zerfall traditioneller Lebensverhältnisse und Werte – ist der Einzelne zu Beginn des 21. Jahrhunderts, mit so vielen Möglichkeiten und damit auch Lebensentscheidungen konfrontiert, wie selten zuvor in der Menschheitsgeschichte.

Die gesamtgesellschaftlichen Veränderungen betreffen und fordern alle, im beruflichen Kontext sowie im Privatleben. Das Streben nach Eindeutigkeit und Sicherheit ist komplexer geworden, als dies noch in den Gesellschaftssystemen des 20. Jahrhunderts der Fall war. Der schmale Streifen Normalität, der früher markierte, was gut, richtig, annehm- und vertretbar war, ist durch ein breites Optionsspektrum von Wahlmöglichkeiten ersetzt worden. Durch den Umbruch der gesellschaftlichen Systeme stehen Zerfalls- und Wachstumsprozesse sowie Entwicklungschancen und Risiken nahe beieinander.

Für viele führt diese Situation zu einem latenten Gefühl von Verunsicherung und Überforderung. – Denn je freiheitsträchtiger der Zugewinn an subjektiven Entscheidungsoptionen aus einem breiten Repertoire verschiedener Werte und Standpunkte auch sein mag, desto belastender empfinden viele Menschen den ständigen Druck autonomer Entscheidungsfindung und Handlung.

Anschaulich und für viele zu einer oft leidigen Erfahrungstatsache wird diese Entwicklung am Beispiel des Gesundheitssystems. Die einstige sozialstaatliche Errungenschaft, eine Art gesundheitlicher „Vollkaskoversicherung“, ist an die Grenzen ihrer Finanzierbarkeit gestoßen. – Mit der Auflösung der gesellschaftlichen Sicherungssysteme obliegt die Verantwortung sowohl für materielle Absicherung, als auch für immaterielle Bedürfnisse, nach psychischem und physischem Wohlbefinden zunehmend dem Einzelnen selbst.

Die auf materielles Wachstum und äußeren Wohlstand ausgerichteten Modernisierungsprozesse, welche der Philosoph Wilhelm Schmid (2007) als eine „... *Auflösung von Zusammenhängen und somit von Sinn* ...“, bezeichnet, ließen das Potential der Bevölkerung zur Sorge um sich und um ihre Lebensführung nicht gleichzeitig mitwachsen. Durch den Zerfall des alten Ordnungsgefüges ist großen Teilen der Bevölkerung die Orientierung für die Gestaltung ihres Lebens auf mehreren Ebenen ihres Seins abhanden gekommen. Die Vorgaben einer profit- und leistungsorientierten Arbeitswelt und Kultur der entwickelten Industrieländer haben dazu beigetragen, dass das gesunde Gespür für organismusgerechte Lebensrhythmen zunehmend in den Hintergrund geraten ist. Damit einhergehend verloren die Menschen auch das achtsame Gewahrsein für natürliche Bedürfnisse wie die Balance von Belastung und Erholung, Quantität und Qualität der Nahrung, nach körperlicher Bewegung und weiterer Gesundheitserhaltender Haltungen und Handlungen – und damit auch die Sorge für sich selbst (vgl. Paul in Kraft und Stange, 2010).

Stressbedingte, chronische Erkrankungen prägen und beeinträchtigen mittlerweile das Wohlbefinden und die Gesundheit großer Teile der Bevölkerung. Durch sozial(politisch)e Unsicherheiten in Deutschland und weltweit – im Wettlauf mit der Beschleunigung der Lebensveränderungen und -geschwindigkeit – sowie durch die Belastung und Zerstörung des Ökosystems leiden viele Menschen zunehmend unter Ängsten, Burnout-Zuständen, Depressionen, somatischen und weiteren psychischen Erkrankungen sowie unter Vereinsamung und verschiedenen Formen sensorischer Abstumpfung. Auf der sozialen, ökologischen und transpersonalen Ebene hat „*Die Entfremdung von den Mitmenschen und die nachlassende sinnliche Verbundenheit mit der Lebenswelt ein existenzielles Defizit (erzeugt), das von der oft verzweifelten Suche nach Sinn geprägt ist*“, (Postman und Richter, 1998).

Äußere Bedingungen spiegeln innere Beziehungen wieder. Mit dem Lebensstil der westlichen Gesellschaften ist auch unsere Erde überfordert. Doch die Menschen entdecken zunehmend, wie die Sorge um die Zukunft unseres Planeten auch mit der Fürsorge für sie selbst untrennbar verbunden ist. Der spirituelle Lehrer Eckhart Tolle beschreibt in seinem Buch „Eine neue Erde. – Bewusstseinsprung anstelle von Selbstzerstörung“ (2005), wie die Entwicklung des menschlichen Geistes zu einer kollektiven Fehlentwicklung geführt hat, durch die der Mensch für sich selbst und für alles Leben auf dieser Erde zur Bedrohung geworden ist. Angelangt an einem Wendepunkt, wo der Zustand des Planeten ein unübersehbares Indiz für die mangelnde Fürsorge und Freundlichkeit ist, die wir uns selbst und unseren Lebenszusammenhänge zukommen lassen, haben wir die Chance – um nicht zu sagen: sind wir durch die Krise aufgefordert, uns wieder der bewussten Aktivierung unserer Kräfte zur Heilung, anstelle der (un)bewussten Zerstörung zuzuwenden.

Dieser Schritt beginnt bei der nachhaltigen Sorge des Einzelnen um sich. Wie für alle Organismen dieser Erde gelten auch für den Menschen gewisse Ordnungsgesetze. Werden diese über einen längeren Zeitraum nicht beachtet, gefährden wir unsere Gesundheit. Dabei kommt es zur Auseinandersetzung mit dem, was die europäische Naturheilkunde als „Lebensordnung“ bezeichnet. Die Entscheidungshilfen, die die Naturheilkunde für die Ordnung des Lebens, im Sinne der Gesundheitsbildung geben kann, zielen vor allem auf die Förderung der Fähigkeiten und Kräfte zu Selbstheilung und Selbstregulation. Von hier ist es kein weiter Schritt zur „ars vivendi“, zur Lebenskunst, um aus der Notwendigkeit eine Tugend zu machen und sich im Hinblick auf die Gesundheitshaltung im weitesten Sinne zu bilden und das Leben so gut es geht selbstfürsorglich zu gestalten.

Im Bereich unseres konventionellen medizinischen Systems ist mit den wissenschaftlichen und technischen Neuerungen ein sehr hoher Standard erreicht worden, der die Lebenserwartung der Menschen in den entwickelten Industrieländern fast verdoppelt hat (Hurrelmann, 2000). Konventionelle medizinische Interventionen können strukturelle oder funktionelle physische Veränderungen korrigieren und damit heilsame Impulse für Regenerations- und Reorganisationsprozesse geben. Ihr Augenmerk gilt jedoch nicht den salutogenen, ressourcen-orientierten Aspekten, die Gesundheit zu erhalten, zu bilden oder zu fördern vermögen.

Chronische Erkrankungen sind wie viele Zivilisationsleiden auf Stress zurückzuführen und stehen mit einem Lebensstil in Verbindung, der den natürlichen Bedürfnissen des Organismus' zuwiderläuft. Aus diesem Grunde ist die konventionelle Herangehensweise für sich allein praktiziert weder dauerhaft finanzierbar, noch sinnvoll, noch langfristig Erfolg versprechend, da sie die Ursachen, weshalb Menschen sich gestresst fühlen und krank werden, nur unzureichend beeinflussen kann. Dysfunktionale Verankerungen in der Haltung und Einstellung, die wiederum an inadäquate emotionale und kognitive Strukturen gekoppelt sind, äußern sich auch auf der Verhaltensebene in einer Lebensweise, die den Gesundheit erhalten wollenden Kräften (des Menschen) nicht entspricht. Medizinische Interventionen müssen, wenn sie nachhaltig wirksam sein wollen, darauf abzielen, die Selbstheilungskräfte und die Entwicklung von Fähigkeiten zu gesundheitlicher Selbstfürsorge von Patienten zu (re)aktivieren und zu fördern (Antonovsky, 1987; Dörner, 2003). Unter diesen Gesichtspunkten ergibt sich, im Sinne der Gesundheitsbildung, eine Handlungsnotwendigkeit für den pädagogischen Kontext.

In der vorliegenden Arbeit möchte ich am Beispiel des Konzeptes der Essener Klinik für Innere Medizin, mit dem Schwerpunkt „Integrative Medizin und Naturheilkunde“, an den Kliniken Essen-Mitte ein „Modell“ vorstellen, welches die konventionelle medizinische Behandlung mit Prinzipien der Naturheilkunde und einem gesundheitspädagogischen Konzept – der modernen Ordnungstherapie – zu einer Synthese verbindet.

Mit diesem seit 1999 praktizierten Ansatz ist es möglich, Patienten bei der Entdeckung und aktiven Nutzung ihrer eigenen Potentiale zu Gesundheit und Heilung behilflich zu sein, indem sie bei der Entwicklung ihrer Motivation und ihrer Fähigkeiten zum Aufbau eines selbstverantwortlichen und gesundheitsfürsorglichen Lebensstils begleitet werden.

In diesem Sinne kommen im Essener Modell ordnungstherapeutische Interventionen zum Einsatz, die entsprechend den Prinzipien der europäischen Naturheilkunde: „Lebensordnung und Gesundheitsbildung“ darauf ausgerichtet sind, mit Patienten die bewusste gesundheitsförderliche Gestaltung ihres Alltags in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Spannungsregulation (Gleichgewicht zwischen An- und Entspannung) sowie im Umgang mit sozialen Kontakten, Gefühlen und Gedanken aktiv einzuüben. Dabei werden auch der Thematisierung von Werten, Le-

benszielen und dem Eingebundensein in ökologische Zusammenhänge sowie hinsichtlich spiritueller Aspekte bewusst Raum zu geben.

Diese Herangehensweise findet sich in sehr ähnlicher Form auch in den traditionellen asiatischen Naturheil- und Gesundheitsbildungssystemen (siehe 2.1). In der europäischen Naturheilkunde ist sie von Maximilian Bircher Benner (1867-1939) seit dem Jahre 1938 unter dem Begriff der „Ordnungstherapie“ zusammengefasst.

Zum Teil identische und diesen Ansatz u. a. durch das Prinzip der Achtsamkeit (siehe 2.4) ergänzende Interventionen werden im Hinblick auf ihren Ursprung im anglo-amerikanischen Raum als „Mind-Body-Medicine“ bezeichnet (Paul und Franken, 2006). Sie orientieren sich an einem bio-psycho-sozialen und spirituellen Menschenbild und verfolgen einen salutogenetischen, d. h. ressourcenorientierten Ansatz, der die Stärkung personaler gesundheitsbezogener Schutz- und Bewältigungsmechanismen zum Ziel hat. Im 21. Jahrhundert stehen dabei die Ausbildung von Fähigkeiten zu Stressbewältigung sowie die Entwicklung einer nachhaltigen ressourcenorientierten und Gesundheit bildenden Lebenskunst im Fokus.

In ihrer Wirkungsweise sind mind-body-medizinische Interventionen grundsätzlich darauf ausgerichtet, die Interaktionen von Gehirn, Geist, Psyche, Körper und Verhalten direkt zu beeinflussen und durch emotionale, mentale, soziale, spirituelle und behaviorale Faktoren unmittelbar auf die Gesundheit einzuwirken.

Diesem Anspruch entsprechende Methoden und Programme werden in der vorliegenden Arbeit detailliert vorgestellt. Ihre grundlegende Gemeinsamkeit basiert auf der Achtung und Stärkung personaler Fähigkeiten zu Selbstbewusstsein, Selbstregulation und Selbstfürsorge.

Umgesetzt wird das Essener Modell für Mind-Body-Medizin (MBM) durch ein interdisziplinär zusammenarbeitendes Team von Medizinern, Pflegekräften, Physiotherapeuten, Heilpraktikern – und (Sozial-)Pädagogen sowie Psychologen, Sportwissenschaftlern und Ökotrophologen, welche die Patienten in ihrer Funktion als MBM-Therapeuten, zur aktiven Mitarbeit am Prozess ihrer Genesung und Selbstheilung einladen. Die ressourcenorientierten Methoden werden dabei – in Abstimmung auf die individuellen Bedürfnisse und momentanen Fähigkeiten – gemeinsam mit den Patienten erarbeitet. Im Anschluss an den stationären Aufenthalt besteht das Angebot der Teilnahme an einem teilstationären Tagesklinikpro-

gramm, in welchem die Patienten eine Unterstützung erfahren, das Kennengelern-te in ihrem Alltag nachhaltig aufrecht zu erhalten und wirksam werden zu lassen.

Die mind-body-medizinischen Interventionen lassen sich, wie im Essener Modell praktiziert, evaluiert und weiter entwickelt, im (teil)stationären Kontext und im ambulanten Bereich umsetzen. Hier können sie sowohl im Einzelkontakt bzw. durch den Aspekt der psycho-sozialen Unterstützung, bevorzugt im Gruppen-setting eingesetzt werden.

Das Anliegen dieser Arbeit besteht darin, die Möglichkeiten und Herausforderun-gen der Umsetzung dieses Konzeptes (insbesondere) hinsichtlich der Übertragung und Anwendung in der „Ambulanten Patientenversorgung“ zu beleuchten. Ver-sorgt werden die Patienten dabei nicht nur – wie im herkömmlichen Sinne – mit traditionellen Formen der Behandlung und Therapie, sondern insbesondere mit praktischen Hilfestellungen zur eigenverantwortlichen Gesundheitsbildung durch Entwicklung ihrer Potentiale zu Selbstfürsorge und Selbstheilung.

Die im Folgenden beschriebenen Konzepte und Interventionen sind für alle im Gesundheitsbereich Tätigen relevant, die ganzheitlich, ressourcenorientiert und interdisziplinär arbeiten möchten.

Gliederung der Arbeit

Die vorliegende Arbeit ist in drei Teile gegliedert. In Teil I „Gesundheitsbildung und Selbstfürsorge“ werden zunächst die gegenwärtigen Vorstellungen und Mo-delle zum Konstrukt der gesellschaftlichen Übereinkunft von „Gesundheit“ vorge-stellt. In diesem Zusammenhang kommt dem Prinzip der Achtsamkeit als Ge-sundheitsstabilisator eine Schlüsselfunktion zu. Es folgen Anschauungsbeispiele aus philosophischer Sicht zum Phänomen Gesundheit und Lebenskunst sowie zur Idee der Bildung und Selbstbildung. Wobei Bildung hier die Lebens- und Selbst-gestaltung von Menschen meint – im Sinne der Entwicklung einer Lebenskunst, die den Menschen zum bewussten, gesundheitsförderlichen Leben und Zusam-menleben befähigen soll. Der emotionalen (Selbst-)Bildung ist hier ein gesonder-tes Kapitel gewidmet. Es folgen Erläuterungen zum Konzept der Gesundheitsbil-dung als Domäne der Pädagogik. Schließlich wird die (antike) Lebensphilosophie „epimeleia heautou“ – die „Sorge um sich“ – in ihrer Bedeutung für die Gesund-

heitsbildung, in einer Überleitung auf das Konzept des „Essener Modells“ für Integrative Medizin und Naturheilkunde, dargestellt.

Im zweiten Teil findet dieses Modell unter Einbeziehung der Kernelemente des Prinzips „Gesundheitsbildung durch Selbstfürsorge“ eine ausführliche Vorstellung. In Kapitel 2 werden die historischen Wurzeln und Hintergründe des Essener Modells anhand der Systeme der europäischen und asiatischen Gesundheitsbildung und Naturheilkunde beschrieben. Es folgen Erläuterungen zur Entwicklung der europäisch-naturheilkundlich orientierten Ordnungstherapie sowie der anglo-amerikanisch geprägten Mind-Body-Medizin und ihrer Programme. In Kapitel 2.3 wird das Konzept der Salutogenese sowie im Anschluss – das Prinzip der Achtsamkeit – als Herzstück des mind-body-medizinischen Ansatzes beschrieben. Kapitel 2.5 ist der Darstellung der allgemeinen Grundlagen und Ziele des „Essener Modells“ gewidmet. Der zweite Teil schließt mit den Erläuterungen zu den didaktischen und methodischen Grundlagen des modellspezifischen Ansatzes sowie mit einem perspektivischen Ausblick auf die Integrierbarkeit in den ambulanten Bereich.

In Teil III der Arbeit wird gezeigt, in welcher Weise sich die moderne Ordnungstherapie des Essener Modells für Integrative Medizin und Naturheilkunde auch auf den ambulanten Bereich übertragen lässt. Das (sich in der Endphase der Entwicklung befindliche) diagnosespezifische Manual „Natürlich herzgesund“, ein Leitfaden für Ärzte und Therapeuten zur Begleitung von Patienten mit Herzkreislauferkrankungen, wird in diesem Zusammenhang exemplarisch vorgestellt. Im Folgenden werden die Kernkonstrukte des Leitfadens, zugleich Basiselemente der mind-body-medizinischen Arbeit nach dem Essener Therapiekonzept beschrieben. Diese bilden in Kapitel 3.2 die individuelle MBM-Anamnese sowie in Kapitel 3.3 das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (TTM) sowie die Motivierende Gesprächsführung (MI). Abschließend werden in Kapitel 3.4 sowohl die Möglichkeiten als auch die momentanen Grenzen bei der Umsetzung von MBM-Interventionen im ambulanten Bereich aufgezeigt.

Nach dem Fazit und Ausblick finden sich im Anhang dieser Arbeit ein Fragebogen zur näheren Veranschaulichung der MBM-Anamnese sowie ein bei der Entwicklung des Arbeitsbuches „Natürlich herzgesund“ entstandener „Fragebogen zur Exploration der Motivation, einen gesunden Lebensstil zu führen“.

Teil I: Gesundheitsbildung und Selbstfürsorge

1 Gesundheit

„Die Rätsel der Krankheit bezeugen das große Wunder der Gesundheit, das wir alle leben und das uns alle mit dem Glück des Vergessens, dem Glück des Wohlseins und der Leichtigkeit des Lebens immer wieder beschenkt.“

(Hans-Georg Gadamer 1993, S. 115)

Im Hinblick auf den Kontext der „Gesundheitsbildung“ möchte ich mich zu Beginn dieser Arbeit dem Phänomen der „Gesundheit“ zuwenden. Diese Betrachtung soll keine umfassende historische Darstellung zum Wandel des komplexen Gesundheitsbegriffes sein, sondern lediglich als ein kleiner, „naiver“ Exkurs zum Überblick der gegenwärtigen Vorstellungen und Modelle zu diesem Konstrukt dienen.

Einsichten und Ausdrucksweisen sind untrennbar verbunden mit der Zeit, in der Menschen leben. So sind Gesundheits- ebenso wie Krankheitsvorstellungen und -beschreibungen sozio-kulturellen und geschichtlichen Veränderungen unterworfen und eine allgemeine, universal gültige Definition von Gesundheit, als eines der Grundphänomene des menschlichen Lebens, kaum möglich. Gehört diese doch zu einem vor-sprachlichen Phänomen- und Bewusstseinsbereich, der sich dem Verstand und somit der Verschriftlichung nahezu entzieht. Ebenso wie die Liebe, die Freude oder der innere Frieden (vgl. Tolle, 1997).

„Denn die Gesundheit an sich gibt es nicht, und alle Versuche, ein Ding derart zu definieren, sind kläglich missraten“ (Nietzsche 1887, S. 477).

Seit Mitte des 20. Jahrhunderts haben Philosophen, Soziologen, Kulturwissenschaftler und Mediziner sich bemüht, die Gesundheit naturwissenschaftlich zu begreifen, sie zu definieren, zu umschreiben oder zu messen. Dabei sind sie immer wieder an die Grenzen dieses Unterfangens geraten. Von dem Philosophen Hans-Georg Gadamer (1993), der eine sehr subjektive, holistische Sichtweise auf die Gesundheit prägte, bekam sie aus diesem Grunde auch den Beinamen „*Die Verborgene*“.

Um zu verdeutlichen, wie sich das Verständnis von Gesundheit seit Mitte des 20. Jahrhunderts verändert hat, werden im Folgenden einige Vorstellungen, Formulie-

rungen, Konzepte und Modelle angeführt, in denen das Bemühen, das komplexe Phänomen der Gesundheit darzustellen, verdeutlicht werden soll.

In einem der bekanntesten Definitionsversuche der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahr 1948 wird Gesundheit als „*Zustand körperlichen, seelischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen*“ beschrieben. Durch Kritik an dieser eher statisch aufzufassenden Proklamation von „Gesundheit“ fühlte sich die WHO 1998 bei der Veröffentlichung des „Glossars zur Gesundheitsförderung“ veranlasst, auf eine Wandlung vom *Zustandsbegriff* der Gesundheitsdefinition zu einem *Ressourcenbegriff* in der Ottawa-Charta von 1986 hinzuweisen. Ergänzend wurde hier darauf aufmerksam gemacht, dass heute auch die „*spirituelle Dimension von Gesundheit zunehmend anerkannt*“ ist (WHO, 1998, S. 1).

In der Online-Ausgabe des Gesundheitsbrockhaus vom Jahr 2001 findet sich die Beschreibung von Gesundheit als: „*ungestörtes Funktionieren eines Organismus mit subjektiv empfundener Lebensqualität (Wohlbefinden) und objektiv feststellbarem körperlichem, geistigem und seelischem Gleichgewicht. (...) Heute werden Gesundheit und Krankheit nicht mehr als sich gegenseitig ausschließende statistische Zustände betrachtet, sondern als dynamische Prozesse mit fließenden Übergängen. So muss Gesundheit immer wieder neu erhalten und erarbeitet werden. Mit der Prävention werden Maßnahmen zur Erhaltung vorhandener Fähigkeiten und Funktionen ergriffen, mit der Prophylaxe Anleitung zu gesundheitsförderndem Verhalten gegeben.*“

Anhand dieser Definition zum Verständnis von Gesundheit wird deutlich, dass ihr Erhalt und ihre Förderung im Zusammenhang mit menschlichen Fähigkeiten und Potentialen stehen – ganz im Sinne der 1986 von der WHO verabschiedeten Ottawa Charta – die eine Überwindung des Risikofaktorenkonzepts konstatiert und Gesundheit weniger als Ziel, sondern als Lebensstil versteht. Durch eine Abwendung von der pathozentrischen Perspektive hin zu einem ressourcenorientierten Konzept, dem salutogenetischen Ansatz (siehe 2.3) entsprechend, stehen hier die Entwicklung und Förderung gesunder und die Gesundheit erhaltende Fähigkeiten im Mittelpunkt des Bestrebens.

Wege zur Anregung, Stärkung und Ausbildung dieser Fähigkeiten können als Domäne der Pädagogik bezeichnet werden. Die entstandene Teildisziplin „Gesundheitspädagogik“ setzt sich konkret mit dieser Thematik auseinander. Georg Hörmann, Inhaber des Lehrstuhls Pädagogik/ Gesundheitspädagogik an der Uni-

versität Bamberg, sieht in erster Hinsicht die Beeinflussbarkeit des Lebensstils von Menschen als Möglichkeiten, mit denen *“man Gesundheit durch entsprechendes hilfreiches Vorgehen fördern kann, Gesundheit also letztendlich als pädagogischen Auftrag verstehen kann“*, (Hörmann 1998, S. 115).

Bei der Förderung von Gesundheit, hinsichtlich der Lebensstilgestaltung steht üblicherweise die Vorgabe konkreter Verhaltensweisen und daraus resultierendem Gesundheitsverhalten, durch geeignete Informationen, Handlungsanleitungen und Motivierung zu diesen im Vordergrund. Gesundheitspsychologen haben inzwischen zahlreiche Modelle entwickelt, welche Gesundheit, das Gesundheitsverhalten sowie den Prozess der Veränderung des Gesundheitsverhaltens, einschließlich der Wege zur Förderung der Motivation dazu (siehe 3.3.2) darzustellen versuchen. Zu den verschiedenen dynamischen Stufenmodellen der Gesundheitsverhaltensänderung, welche gegenwärtig besonders diskutiert und erforscht werden, zählen u. a. das „Health Action Process Approach Model“ (Schwarzer, 1996), das Rubikon-Modell (Gollwitzer, 1996), das MoVo-Modell (Göhner, 2007) und das Trans-theoretische Modell von Jim Prochaska und Carlo Di Clemente aus dem Jahre 1985 (siehe 3.3.1). Was die genannten Modelle miteinander vereint, ist ein Verständnis von Gesundheit, welches sich primär durch ein bestimmtes Verhalten erhalten oder erarbeiten lässt. Neben diesen für den pädagogischen Kontext wichtigen und sinnvollen, behavioral orientierten Ansätzen, die sich auf das Anregen und Einüben gesundheitsförderlicher Wertevorstellungen, Lebensstilentscheidungen, Fertigkeiten und Verhaltensweisen konzentrieren – welche primär durch von außen kommende Informationen und Interventionen vorgegeben werden – lassen sich in der Orientierung an bereits natürlich vorhandene Gesundheitsressourcen von Menschen auch solche finden, die sich aus einer bestimmten Haltung heraus, von innen, selbst (wieder) einstellen können, insofern dies(e) bewusst wahrgenommen und zugelassen wird bzw. werden. Dabei ist es unumgänglich, dass *„das Erleben von Gesundheit ... auf jeden Fall eine Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion des Individuums voraus(setzt)“* (Faltermaier, 1994, S. 56 f.).

So ist es auch im Kontext der Gesundheitsbildung wichtig, Menschen zur Stärkung ihrer Gesundheit nicht nur mit „iatrogenen“ Ansätzen vertraut zu machen, sondern sie insbesondere auch hinsichtlich ihrer „autogenen“ Fähigkeiten zu achtsamem Selbstgewahrsein und zur Selbsterkenntnis der Interaktionen von körperli-

chen, emotionalen, mentalen, sozialen, spirituellen und behavioralen Faktoren, in ihrem Wirkvermögen auf die Gesundheit zu sensibilisieren, um sie dadurch bei der Entwicklung ihrer salutogenen Ressourcen zu Selbstfürsorge, im Sinne der Aktivierung ihrer Selbstregulations- und Selbstheilungspotentiale zu unterstützen. In diesem Anliegen kommt der Kultivierung einer Haltung, die sich als achtsam beschreiben lässt, eine Schlüsselfunktion zu.

1.1 Gesundheit und Achtsamkeit

*„Wenn Achtsamkeit etwas Schönes berührt,
offenbart sie dessen Schönheit.
Wenn sie etwas Schmerzvolles berührt,
wandelt sie es um und heilt es.“*

(Thich Nhat Hanh, 1997)

Vor zweieinhalbtausend Jahren ging es in den ostasiatischen, spirituell ausgerichteten Traditionen um das gleiche menschliche Anliegen wie heute: die Aufhebung und Verringerung von Leid(en). Die Kultivierung von Achtsamkeit ist der Pfad zur Erlangung der im Buddhismus angestrebten Erkenntnisse in die Gesetzmäßigkeiten der Entstehung und Überwindung von Leid. Für taoistische Gelehrte befand sich der Weg der Achtsamkeit insbesondere in dem Ziel, möglichst lange bei guter Gesundheit zu leben.

Das Prinzip der Achtsamkeit weist auch in anderen Kulturen eine lange Tradition auf. Viele spirituelle Traditionen haben zur Pflege eines achtsamen Bewusstseins verschiedene Methoden entwickelt und tradiert. Wie etwa die buddhistische Vipassana-Meditation, die Metta-Meditation (das Herzensgebet), das hinduistische Hatha-Yoga und das taoistische Qigong. Wobei sich der Alltag, als Achtsamkeitspraxis, auch auf informale Weise, insbesondere durch das bewusste Sein und Erleben der Natur oder durch die kreative Ausübung der Künste, wie etwa das Schreiben, Dichten oder Musizieren bewusst gestalten lässt. Und darüber hinaus auch jede andere Tätigkeit im Alltag – sei es das Duschen, Essen, Autofahren oder Spülen – eine Haltung der Achtsamkeit fördert, wenn sie dementsprechend ausgeübt wird.

Die kulturübergreifende Gemeinsamkeit der Kultivierung von Achtsamkeit liegt in der Konzentrierung der Aufmerksamkeit im gegenwärtigen Moment und in einer nicht wertenden, weil akzeptierend wahrnehmenden und mitfühlenden Haltung sich selbst gegenüber, zu den Mitbewesen und zu den Erscheinungen der gesamten Lebenswelt. In einer selbst-referenziellen Form ist der Fokus hierbei sowohl bei den Objekten der Aufmerksamkeit als auch beim Selbst anwesend.

Durch die regelmäßige Praxis von Achtsamkeit wird es möglich, die Aufmerksamkeit auf eine systematische Weise zu lenken und dadurch die Fähigkeiten zu Selbstwahrnehmung, Selbsterkenntnis und Selbstregulation auf körperlicher, emotionaler und kognitiver Ebene zu schulen. Auf der Basis eines bewussten Erlebens

ihrer eigenen, inneren Dimensionen können Menschen aller Altersklassen lernen, vertrauter mit sich selbst zu werden und auch in schwierigen, Stress auslösenden Situationen bewusster, d. h. behutsamer mit sich und anderen bzw. Anderem umzugehen.

Achtsamkeit als Gesunde(r)Haltung

Durch die Vorgaben einer seit dem 19. und 20. Jahrhundert prekarisierten und „zu-vielisierten“ Gesellschaft, wie Ruth Cohn (1992) die lebensweltlichen Bedingungen in den westlichen Industrieländern bezeichnet, ist vielen Menschen die Sensibilität für die natürlichen Bedürfnisse ihres Organismus weitgehend abhanden gekommen. In der 100 Jahre vor Christus verfassten taoistischen Textsammlung „Wenzi“ heißt es:

„Jene, die in alter Zeit dem Weg gemäß lebten, ordneten ihre Gefühle und ihre Natur und lenkten ihre geistigen Funktionen, indem sie sie durch Harmonie nährten und das rechte Verhältnis wahrten... Es gibt da etwas, was ihre Natur nicht wollte, und da sie keine Begierde danach verspürten, bekamen sie es auch nicht. Da war etwas, woran sich ihre Herzen nicht erfreuten, und da sie darüber keine Freude empfanden, taten sie es nicht. Was ihrer wesenhaften Natur nicht zuträglich war, dem erlaubten sie es nicht, ihre Harmonie zu stören. Sie ließen im Denken und Handeln keine Willkür zu, daher waren ihre Maßstäbe ein Vorbild für die ganze Welt. Sie aßen gemäß der Größe ihres Bauches, sie kleideten sich, wie es ihrem Körper entsprach, sie lebten in einem Raum, dessen Größe ihren Bedürfnissen entsprach, sie handelten, wie es ihre Lage erforderte.

(Thomas Cleary, 1996, S. 33)

Im Laufe ihrer Entwicklung haben die Menschen „...vielschichtige und veränderliche Haltungen entwickelt, die nicht nur ihren Sinn verändern, sondern mitunter auch die Folgen, die sie zeitigen können.“, wie Michel Foucault (1984) in seinem Werk „Von der Freundschaft als Lebensweise“ schreibt.

Bei der Kultivierung von Achtsamkeit wird eine Haltung eingeübt, wie sie auch für „gute“ Eltern, Freunde oder Therapeuten charakteristisch ist (vgl. Altner, 2009). Durch ein achtsames und mitfühlendes Begleiten des (eigenen inneren) Erlebens können ein freundschaftlich-zugewandter Umgang mit der eigenen Person und das Bewusstsein für eine (selbst)fürsorgliche Lebensgestaltung wachsen. Eine achtsame Haltung und mit dieser verbundene Verhaltensweisen können in Bezug auf die Gesundheit als „psychische und physische Integrationsleistung“ ver-

standen werden, die sich durch achtsame pädagogische und therapeutische Arbeit anregen und weiter entwickeln lässt – so wie es sich beispielsweise in der Dissertation des Gesundheits-Pädagogen Nils Altner (2006) ausführlich beschrieben findet.

Integrale Salutogenese als Ziel

Die Kultivierung einer achtsamen Haltung bietet gute Voraussetzungen, jene Potentiale zu stärken, die es dem Einzelnen im Verbundensein mit seiner Lebenswelt ermöglichen, sensibler für innere und äußere Prozesse zu werden und sich um einen behutsamen Umgang mit dem Selbst und dem jeweiligen Lebenskontext, in welchen es eingebunden ist, zu sorgen. Dies entspricht den Prinzipien, Maßnahmen und Verantwortlichkeiten, die in der Erklärung der Weltgesundheitsorganisation (1998) durch ein konzertiertes Handeln und eine partnerschaftliche Zusammenarbeit die Vision einer „Gesundheit für alle“ im 21. Jahrhundert als Ziel verfolgen (sollen). Im Sinne einer integralen Salutogenese umfasst die Ausbildung und Weiterentwicklung von individuellen Gesundheitskompetenzen hierbei die körperliche, emotionale und mentale Ebene sowie die soziale Dimension – zum Schutz und zur Gesundheitsförderung der Familie und der Gemeinschaft – als auch die Ausbildung und Kultivierung von Fähigkeiten zur Schaffung einer nachhaltigen Gesundheit auf der ökologischen sowie der Spirituellen Ebene des menschlichen Seins.

Integrativer Aspekt

Inzwischen wird das Prinzip der Achtsamkeit effektiv zur Förderung einer umfassenden und bestenfalls ansteckenden Gesundheit in der Medizin, im Gesundheitswesen, der Pädagogik und der Psychotherapie sowie im Strafvollzug und der Präventionsarbeit in der Gesellschaft eingesetzt und anerkannt.

In zahlreichen wissenschaftlichen Studien konnten positive Wirkungen nachgewiesen werden, die sich beispielsweise in einer erhöhten Entspannungsfähigkeit und einer besseren Bewältigung von Stresssituationen und Schmerzen zeigen, als auch in einer Verminderung von körperlichen und psychischen Symptomen sowie hinsichtlich eines Zuwachses an Selbstakzeptanz und Selbstvertrauen (vgl. Ott, 2010). Hinsichtlich der Konzipierung, Durchführung und Etablierung von Ansätzen zur Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils hat es sich als be-

sonders wirksam erwiesen. In Teil II dieser Arbeit werden diese Ansätze, am Beispiel des Essener Modells für achtsamkeitsbasierte Mind-Body-Medizin näher beschrieben (siehe 2.2.2 und 2.4).

Auch im Bildungskontext mehren sich die Argumente und das Engagement für die Gestaltung und Etablierung einer achtsamen Pädagogik. Hier ist es der Entwicklungs- und Bildungsaspekt, der die Methoden der Achtsamkeitspraxis, als Wege der Persönlichkeitsentwicklung, insbesondere unter dem Aspekt der Gesundheitsbildung, -erhaltung und -förderung sinnvoll und bedeutsam werden lassen. Um bereits Kinder und Heranwachsende möglichst früh mit der systematischen Kultivierung von Achtsamkeit vertraut zu machen, wachsen die Argumente und Bemühungen, achtsamkeitsbasierte Methoden auf ihre stressreduzierende und gesundheitsförderliche Wirkung hin weiter zu untersuchen und sie auf Basis der bisher bestehenden Studienergebnisse möglichst früh in den pädagogischen Alltag zu integrieren (siehe 2.4).

Das Ziel dieser Bemühungen ist es, durch eine bestmögliche Entwicklung der Aufmerksamkeits- und Gedächtnisprozesse allen Beteiligten optimale Bedingungen für das Lehren und Lernen zu schaffen, die entscheidend von der Entwicklung der Gehirnstrukturen beeinflusst werden und sich durch Achtsamkeitspraxis positiv verändern lassen. Für den Neurowissenschaftler Gerald Hüther (2002, S. 123) stellt die Kultivierung von Achtsamkeit *„eine ganz wesentliche Unterhaltungs- und Wartungsmaßnahme für ein menschliches Gehirn“* dar – für eine umfassende Nutzung all seiner Potentiale. Diese Potentiale lassen sich sowohl auf kognitiver als auch auf emotionaler Ebene (siehe 1.3), insbesondere in Stresszuständen, bewusst gestalten (vgl. Franken, 2004).

Im Vordergrund dieser Möglichkeiten steht die Stärkung des Selbst, das sich aus einer achtsamen Beziehung zu sich selbst auch bereitwillig und mit Freude um die gesundheitsförderliche Entwicklung seiner sozialen und ökologischen Lebensbezüge sorgen kann.

Möglichkeiten und Perspektiven zur Integration des „Weges der Achtsamkeit“ in den medizinischen, psychologisch-therapeutischen und im pädagogischen Alltag sollen u. a. zu den genannten Gesichtspunkten im August 2011 auf dem „Internationalen Kongress Achtsamkeit“ an der Universität Hamburg von renommierten Wissenschaftlern konkretisiert, diskutiert und weiter aufbereitet werden (www.achtsamkeitskongress.de).

1.2 Gesundheit und Lebenskunst

„Hätte ich nicht recht zu sagen, dass die depressiven und produktiv gehobenen Zustände des Künstlers, Krankheit und Gesundheit keineswegs scharf getrennt gegeneinander stehen? Dass vielmehr in der Krankheit, und gleichsam unter ihrem Schutz Elemente der Gesundheit am Werke sind und solche der Krankheit Genie wirkend in die Gesundheit hinübergetragen werden?“

(Thomas Mann, Doktor Faustus, 1947)

Das Zitat aus Thomas Manns „Doktor Faustus“ entspricht dem salutogenetischen Gedankenmodell (siehe 2.3). In der Verdeutlichung, dass es keine Dichotomie zwischen Gesundheit und Krankheit gibt und der Mensch demnach nicht nur krank oder nur gesund ist. Sondern vielmehr als „Künstler“ dazu fähig, die Elemente der Krankheit mit denen der Gesundheit „Genie wirkend“ in einem „Werk“ zu verbinden.

Die Tatsache, dass es so gegensätzliche Phänomene wie Gesundheit und Krankheit überhaupt gibt, bringt das universelle Gesetz der Polarität im Leben zum Vorschein. Demnach stellt alles in Erscheinung Tretende ein Paar von Gegensätzen in unterschiedlicher Ausprägung zwischen zwei Extremen dar. Im „Kybalion“ der sieben hermetischen Schriften (Campobasso, 2010) heißt es hierzu:

"Alles ist zweifach, alles hat zwei Pole, alles hat sein Paar von Gegensätzlichkeiten, gleich und ungleich ist dasselbe, Gegensätze sind identisch in der Natur, nur verschieden im Grad. Extreme berühren sich, alle Wahrheiten sind nur halbe Wahrheiten, alle Widersprüche können miteinander in Einklang gebracht werden."

Im Sinne des „miteinander in Einklang Bringens“ von Gesundheit und Krankheit kann das Heilsame einer Krankheit darin auch liegen, sich dem Wert der Gesundheit, dem individuellen Wesentlichen – dem Sinn des Lebens wieder bewusster werden zu können. Indem eine Erkrankung uns aus der bisherigen Existenz herauskatapultiert, kann sie zum Hinweis werden, das Leben anders, bewusster zu gestalten als bisher. *„Nicht Gesundheit und Lust, sondern meist erst Krankheit und Schmerz führen Menschen zum Überdenken des Lebens und zu tieferen Einsichten ins*

Leben.“, wie der Philosoph Wilhelm Schmid (1998) in seinem Werk „Philosophie der Lebenskunst“ schreibt.

Das entscheidende Gegensatzpaar, wenn es um die Hinwendung zu den Quellen des Guten und Schönen – der Liebe und der Heilung geht, aus denen das Leben bejahenswert und sinnvoll gestaltet werden kann, scheint jedoch nicht jenes der „Gesundheit und Krankheit“ zu sein.

Die Kunst der Sorge um sich

Für die Kunst, das Leben im Werden und Sein als einen schöpferischen und künstlerischen Akt zu gestalten, ist die „Sorge des Selbst um sich“ und für sein Leben von entscheidender Bedeutung. Das grundlegende Gegensatzpaar zeigt sich hier im Grad der Ausprägung zwischen der „gesunden, reflektierten Sorge“ und der „ungesunden, willkürlichen“ Sorglosigkeit“ des Selbst um sich. Wenn sich das Leben *„...nicht im Disparaten, Diffusen, unentwegt in Transformation Befindlichen verlieren soll, dann ist ihm Gestalt zu verleihen, um es wirklich, das heißt, bewusst zu leben: Das ist Lebenskunst, eine fortwährende Gestaltung des Lebens und des Selbst“*, (Ders., 1998).

Das Prinzip der „Selbstsorge“ (siehe 1.6) ist bereits von den griechischen und römischen Philosophen der Antike (z. B. Epikur, Epiktet, Seneca, Marc Aurel) als zentraler Aspekt der Lebenskunst betrachtet worden. Im 20. Jahrhundert hat vor allem der französische Psychologe und Philosoph Michel Foucault dieses Wissen wieder in die Diskussion gebracht. Als Michel Foucault 1984 starb, blieb seine Idee zur Neubegründung einer Philosophie der Lebenskunst unausgeführt. In den Arbeiten Wilhelm Schmids, der u. a. auch als „Philosophischer Seelsorger“ am Spital Affoltern am Albis tätig ist, wird diese, neben weiteren Anregungen dazu wieder aufgegriffen. Jene beziehen sich konkret auf die Situation der Menschen, die im 21. Jahrhundert bemüht sind, ihr Leben „als Kunstwerk“ zu gestalten.

Gesundheit als künstlerisches Werk

Hinsichtlich des Sinns der Krankheit sowie der Gestaltung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils, als künstlerisches Werk, finden sich bei diversen weiteren Autoren Ausführungen. Der Romantiker Friedrich von Hardenberg alias Novalis sprach von einer „Kunst“, die Krankheit zu benutzen, etwa zur Inspiration und zur persönlichen Reifung. Friedrich Nietzsche sah in der Krankheit ein Medium der

Erkenntnis und der Veränderung, wie es Wilhelm Schmidt (1998) ausdrückt. Der Psychologe und Gründer des „Fritz Perls Instituts“ für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung, Hilarion Gottfried Petzold (1999), spricht von der Gestaltung einer *„Lebenskunst als Fähigkeit der Sorge um sich und um andere als eine der Entwicklungsaufgaben des Menschen.“* Für den Mediziner und Psychologen Rolf Verres (1997) ist das beständige Gestalten und Entwickeln des eigenen Lebensstils mit Hilfe der Selbstsorge wie ein „Geburtsvorgang“, der die eigene Existenz als Kunstwerk hervorbringt.

Vom Künstler Joseph Beuys, stammt ein Zitat, welches gleichsam die Grundaussage der Lebenskunst bildet: *„Jeder Mensch ist ein Künstler“*. Mit diesem umreißt er seine Beschreibung des *„erweiterten Kunstbegriffes“*, den er auch als *„anthropologischen Kunstbegriff“* bezeichnet (Buschkühle, 1997, S. 75 ff.). Jeder Mensch ist ein Künstler in seinen Fähigkeiten, die ihm zur Verfügung stehen, sich selbst und sein Leben zu gestalten und diesem einen individuellen Stil zu geben. Diese Fähigkeiten gilt es auszubilden. Joseph Beuys hat sich selbst ausdrücklich auch als Kunstpädagoge verstanden. Das Pädagogische bezeichnete er einmal in einem Interview als *„... das entscheidende Element in seiner Kunst ...“*, (Ders., 1997, S. 281 ff.)

In Wilhelm Schmidts *„Philosophie der Lebenskunst“* (1998, S. 275) wird für eine *„... reflektierte Lebenskunst nicht nur das individuelle Leben, sondern auch die Gesellschaft zum Kunstwerk, an dem jeder Einzelne auf seine Weise arbeitet.“*

Diese Auffassung entspricht ebenso Alfred Adlers Prinzipien. In seinem 1933 erschienenen Buch *„Der Sinn des Lebens“* nennt er die Entwicklung des Gemeinschaftsgefühls als eine der wichtigsten Lebensaufgaben des Menschen. In bestmöglicher Weise kann sich das Gemeinschafts- und Verbundenheitsgefühl über die ganze Menschheit hinaus auch auf die *„Tiere, Pflanzen, andere leblose Gegenstände, und schließlich sogar auf den Kosmos überhaupt ausbreiten.“*, wie der Psychologe Josef Seidenfuß (1927) schrieb. In Alfred Adlers Lehre verkörpert die Ausprägung des Gemeinschaftsgefühls das Ausmaß der seelischen Gesundheit des Individuums. Das Ziel seines 1913 erschienenen literarischen Werkes *„Heilen und Bilden“*, ein Buch der Erziehungskunst für Ärzte und Pädagogen, bestand in der Bereicherung der Bildungsarbeit mit den Grundzügen seiner Lehre. In deren Zentrum: die Ausbildung des Gemeinschaftsgefühls.

Ende des 20. Jahrhunderts verweist der Mediziner Dean Ornish (siehe 2.2.3) in seinem Buch *„Heilen mit Liebe“* auf entsprechende Erkenntnisse. Aus seinen Un-

tersuchungen ging hervor, dass sozial isolierte Menschen „... im Vergleich zu jenen, die über ein starkes Zusammengehörigkeits- und Gemeinschaftsgefühl verfügen, ein mindestens zwei- bis fünfmal so hohes Risiko, vorzeitig zu erkranken und zu sterben.“, aufweisen (zit. n. Ornish, 1999).

Wilhelm Schmid (1998, S.72) drückt es so aus: „*Lebenskunst mag grundsätzlich die Sache von Individuen sein, gleichwohl ist sie nicht eine rein individuelle Angelegenheit, denn sie braucht, um sich entfalten zu können, Andere und die Gesellschaft; sie braucht Verhältnisse, für die ein Individuum nicht allein sorgen kann.*“

Der brasilianische Befreiungstheologe Leonardo Boff beschrieb im Jahre 1999 in seinem Buch „Logik des Herzens. Wege zu neuer Achtsamkeit“ den Weg einer von liebevollem Miteinander bestimmten Beziehung zur Wirklichkeit als den einzigen, der für die Menschheit nachhaltig gehbar sein wird. Die Förderung eines Dialogs mit dem „tiefsten Kern“ des eigenen Selbst hält er hierbei für besonders entscheidend. Um dadurch die Wahrnehmungsfähigkeit der eigenen Befindlichkeit sowie das Mitfühlen mit Anderen zu kultivieren. Zur Ausbildung einer Kultur der Innerlichkeit bedarf es nach seiner Meinung einer neuen Pädagogik, um Heranwachsenden hinreichende Entwicklungsmöglichkeiten für ihre Lebensgestaltung bieten zu können (Boff, 2000).

Lebenskunst durch Bildung und Selbstbildung

In der antiken Philosophie, aus der der Begriff der Lebenskunst hervorgeht, war ihre Ausgestaltung – insbesondere in der stoischen Philosophie – geradezu normativ festgelegt. Unter den Bedingungen der Freiheit, im 21. Jahrhundert, wird die Lebenskunst jedoch eher zu einer Frage der Wahl, indem sie Möglichkeiten eröffnet, die sich vor dem geistigen Auge des Einzelnen ausbreiten. Zu den notwendigen Bedingungen, um aus den Wahloptionen eine bewusste Entscheidung treffen zu können und diese auf eine künstlerische Weise auszugestalten, gehört die Kultivierung von Selbstsorge und Selbstverantwortung (vgl. Schmid, 1998). Bildung kann darauf vorbereiten und in diesem Sinne eine Hilfe zur Selbsthilfe sein.

Da die künstlerische Qualität der Lebensgestaltung, dem Bildungsgedanken gemäß, ein lebenslanger Prozess ist, sollte er bestenfalls schon in frühen Jahren hilfreich unterstützt werden. Ein Beispiel des Engagements, diesen bisher vernachlässigten Aspekt in der Pädagogik zu stärken, zeigt sich etwa in der Integration des Schulfaches „Lebensgestaltung – Ethik – Religionskunde“ (LER), welches seit

1996 per Schulgesetz in die Sekundarstufe I des Bundeslandes Brandenburg eingeführt wurde. Seit dem Wintersemester 2003/04 wurde LER als grundständiger Studiengang an der Universität Potsdam angeboten, mit dem Ziel, das gleichnamige Fach in der Schule zu unterrichten

1.3 Idee der Bildung und Selbstbildung

„Es ist in der Tat ein Wunder, dass die modernen Methoden der Ausbildung die heilige Neugier des Forschens noch nicht völlig erstickt haben; denn diese zarte, kleine Pflanze bedarf, neben dem Ansporn hauptsächlich der Freiheit; ohne diese geht sie ohne jeden Zweifel zugrunde.“

(Albert Einstein)

Der Begriff „Bildung“ entstammt dem mittelhochdeutschen „bildunge“ und bedeutet soviel wie Schöpfung, Bildnis, Gestalt. Dies erinnert an die Schöpfungsgeschichte der Bibel, in der es heißt: *„Gott schuf den Menschen nach seinem Bilde, nach dem Bilde Gottes schuf er ihn.“*, (Gen 1, 27).

Der Theologe Matthew Fox sieht in der schöpferischen Kraft, der Kreativität, die wahre Natur des Menschen: *„ ... our true nature is our creativity.“*, (Fox, 2002, S. 28). In seiner neuen Schöpfungsgeschichte, die zu Beginn der Einleitung dieser Arbeit bereits Erwähnung findet, bezeichnet er die *„Schöpferkräfte“* des Menschen als *„einzig in ihrem Potential, zur Zerstörung und zur Heilung...“*, (ders., 1998). Die Kreation einer neuen Schöpfungsgeschichte entspringt seinem Anliegen, die modernen Erkenntnisse der Naturwissenschaften mit denen der Spiritualität wieder zusammenfinden zu lassen, um dadurch insbesondere auch die ökologischen Probleme zu lösen. Seiner Ansicht nach verbinden sich im schöpferischen Prozess die Kräfte des Selbst, des Universums mit denen der göttlichen Kraft (vgl. Kehl, 2006).

Dank ihrer schöpferischen, kreativen Ressourcen sind Menschen lebendig, frei in ihren Gedanken, Gefühlen und Handlungen und fähig, Neues zu schaffen und sich zu verändern. Für den Psychoanalytiker Donald Winnicott (1997) gehört der *„kreative Impuls“* zur Lebendigkeit und ist – unzerstörbar – in allen Menschen vorhanden. Kreativität ist jedoch nicht nur beschränkt auf den künstlerischen Schaffensprozess, sondern auch eine *„Grundeinstellung des Individuums...“*, (Ders., 1997, S. 81). *„Kreativ leben“* ist nach Winnicott *„ein Zeichen von Gesundheit“*, (1997, S. 78). Diesbezüglich sind sich beide Autoren einig, dass die schöpferisch gestaltende, kreative Kraft dem Menschen als Ressource zur Verfügung steht, um Gesundheit und Heilung, im etymologischen Sinne eines Ganzwerdens, entstehen zu lassen. Dies entspricht dem modernen dynamischen und „ganzheitlichen“ Bildungsbe-

griff, der für einen lebensbegleitenden Entwicklungsprozess des Menschen steht, bei dem er seine personalen und sozialen Kompetenzen erweitern kann.

In einer Pädagogik der Lebenskunst bezieht sich die Erweiterung von Kompetenzen durch Bildungsprozesse *„...grundsätzlich auf die Gestaltung und Selbstgestaltung von Menschen und ihrem Leben“*, wie Wilhelm Schmid es in der „Suche nach einer neuen Lebenskunst“ (2002) beschreibt.

Hierbei verweist er darauf, dass Bildung ausdrücklich nicht mit Wissen gleich zu setzen ist. Die Bildung bedient sich des Instruments Wissen sowie des Verstandes. Um die Entwicklung gewisser Bedingungen zu fördern, deren Sinn darin liegt, den Einzelnen zur Lebenskunst, zum bewussten Leben und Zusammenleben in der Gesellschaft zu befähigen, dabei jedoch weniger auf die *„... Ausbildung von Funktionsträgern für die wissenschaftlich-technische Welt abzielt“*, (Ders., 2002).

Denn *„Solange die Ökonomie zu formulieren vermag, was der Einzelne zu leisten hat, um gesellschaftlich teilhaben zu können, was er erbringen muss, um als „gebildet“ zu gelten, und was er lernen muss, um in dieser Welt zu bestehen, ist die Indienstnahme der Pädagogik kaum mehr als das Instrument zur Erfüllung des ökonomisch Geforderten, und sie wird sich daraus wohl nur mit Berufung auf ihre bildungsphilosophischen Grundlagen befreien können. Dies wäre keine Rückbesinnung, sondern Besinnung, die auf Zukunft gerichtet ist“*, so äußert sich Wolfgang Lieb (2008) zu den „Ein- und Ansprüchen zur Ökonomisierung von Bildung“ als Mitherausgeber des kritischen Jahrbuches zum „Nachdenken über Deutschland“.

Substanz versus Korrelationsansatz

Eine Pädagogik der Lebenskunst möchte das Subjekt *„bei der Arbeit, die Freiheit zur eigenen Lebensgestaltung zu erlangen ... das eigene Leben zum Kunstwerk zu machen“* und für sich selbst Sorge zu tragen, unterstützen (vgl. Schmid, 1998, S. 311). Im Gegensatz zu dem durch Pisa, von der Politik und Wirtschaft der Gesellschaft suggerierten Bildungsideal, welches in erster Linie eine substanzorientierte Aneignung und Abrufbarkeit von Wissen als „Bildung“ klassifiziert, handelt es sich hier um ein am Korrelationsansatz orientiertes Verständnis von Bildung – durch eine Verschiebung von der Metaebene zur Relationsebene. Dabei stehen nicht etwa der Stoff, reine Inhalte, politische oder wirtschaftliche Perspektiven im Vordergrund, sondern der Einzelne, das Individuum selbst wird als Maßstab aller Erhebungen im Bildungskontext betrachtet. Dessen Bildung sollte über kognitive

Funktionen hinaus auch in allen anderen Grunddimensionen menschlicher Fähigkeiten von statten gehen und die Formung, Entwicklung, Reifung von körperlichen, seelischen und geistigen Kräften zum Ziel haben.

Eine Besinnung dieser Art findet sich eindrucksvoll in den Gedanken von Georg Simmel, die er in einer im Wintersemester 1915/16 gehaltenen Vorlesung zur Schulpädagogik formulierte:

„Bildung ist weder das bloße Haben von Wissensinhalten, noch das bloße Sein als eine inhaltslose Verfassung der Seele. Gebildet ist vielmehr derjenige, dessen objektives Wissen eingegangen ist in die Lebendigkeit seiner subjektiven Entwicklung und Existenz, und dessen geistige Energie andererseits mit einem möglichst weiten und immer wachsenden Umfang von wertvollen Inhalten erfüllt ist.“

(Simmel, 1999; S. 85)

Im Simmelschen Verständnis kann „Bildung“ als die Verknüpfung von objektivem Wissen mit der wachsenden, geistigen Energie des subjektiven Individuums unter Berücksichtigung seines Einheits- und Wurzelbewusstseins verstanden werden. Innerhalb eines solchen Bildungsprozesses steht das Individuum in einem Beziehungsverhältnis zu sich selbst, zu seiner Lebenswelt, seinen Mitmenschen und einem größerem Ganzen, mit dem es verwoben ist.

Aus diesem korrelativen Blickwinkel besteht das Bildungsziel darin, ein Verhältnis, einen Bezug des Einzelnen zu den Bildungsinhalten herzustellen. Dieses sollte sich dabei an den individuellen Veranlagungen und momentanen Möglichkeiten orientieren. Der Fokus richtet sich dabei an der folgenden Fragestellung aus: *Kann bzw. wie kann innerhalb des Bildungsprozesses das subjektive Bewusstsein des Einzelnen berührt und das Gefühl geweckt werden, durch das Vermittelte bereichernde Inhalte zur bewussten Gestaltung der individuellen Existenz mitbekommen zu haben, die er in sein zukünftiges Handeln und In-der-Welt-Sein integrieren kann?*

Die Inhalte können als Güter zur Formung und Entwicklung des Einzelnen gesehen werden. Als „Bildung“ kann der Prozess, in dem dieses von statten geht, beschrieben werden. Das Bildungsverständnis bezieht sich demnach sowohl auf den Prozess „sich bilden“ als auch auf den Zustand „gebildet sein“. Ein Zeichen der Bildung, welches in diesem Sinne nahezu allen Bildungstheorien gemein ist, lässt

sich beschreiben als das reflektierte Verhältnis zu sich selbst, zu anderen und zur Welt (Simmel, 1992).

Voraussetzungen für gelingende Prozesse der (Selbst)bildung

Gelingende Prozesse der Bildung und Selbstbildung sind im zuvor dargelegten Sinne immer verbunden mit:

- subjektiven Sinnbezügen
- Wertschätzung durch andere
- konkreten Lebensbezügen
- kognitiver und emotionaler Aktivität
- Erwartungen der (Selbst-)Wirksamkeit

... so wie sie in Holmer Steinfalts (1998) „Modell der Selbstkonzeption“ als sinnlich-emotionale Komponenten und Grundlage für ein sinnerfülltes Leben, ausgehend von den subjektiven Veranlagungen, Erfahrungen, Interessen, Wünschen und Visionen eines Menschen gesehen werden. Selbstkonzeptionen erweisen sich als besonders wirksam, wenn sie auch von anderen geschätzt werden, also eine soziale Komponente beinhalten (Schmid, 1998).

1.4 Emotionale (Selbst-)Bildung

*Ebenso kann ein jeder leicht in Zorn geraten...
Das Wem, Wieviel, Wann, Wozu und Wie
zu bestimmen, ist aber nicht jedermanns
Sache und ist nicht leicht.*

(Aristoteles)

Vor allem die in Regelschulen, als auch in Gesundheitsbildungsansätzen oftmals sehr wenig beachtete Dimension des Emotionalen ist für gelingende Lern- bzw. Bildungsprozesse von grundlegender Bedeutung, wie schon seit längerer Zeit von der Hirn- und Kognitionsforschung nachgewiesen werden konnte (vgl. Ciompi, 1997).

Der Psychologe und Kognitionswissenschaftler Daniel Goleman erklärt in seinem Buch „Die heilende Kraft der Gefühle“ (1998) weshalb, wie und mit welcher erstaunlichen Perspektiven für unsere Gesellschaft auch das „emotionale Alphabet“ gelernt werden sollte. Die Ausbildung der zutiefst menschlichen Fähigkeit, mit den eigenen Gefühlen und denen anderer intelligenter, achtsamer und kreativer umzugehen, fördert laut Daniel Goleman auch unsere Fähigkeiten zu Mitgefühl, Selbstfürsorge und Kooperation.

„Die Kosten der emotionalen Unbildung“ sind bereits enorm hoch (Goleman, 1998, S. 291). Wenn man die Ausgaben für die Folgen von Gewalt, Kriminalität, Drogenmissbrauch und Umweltzerstörung sowie die sozialen Kosten durch Arbeitslosigkeit, zerrüttete Familien und Beziehungsprobleme, ebenso wie die Korrelation von Gesundheitsschäden und „niedriger Produktivität“ im Gesundheitswesen u. a. m. betrachtet (vgl. Nefiodow, S. 22 f.), dann wird deutlich, dass dies nicht nur „eine unerwünschte Begleiterscheinung, gewissermaßen ein(en) Schönheitsfehler des modernen Fortschritts“ darstellt (ebd., S. 23), sondern dass „die inneren Störungen moderner Gesellschaften inzwischen einen Umfang erreicht (haben), der den Wachstumsprozess – und damit auch die Lebensqualität – erheblich beeinträchtigt“, (ebd., S. 20).

Zusammen mit anderen Wissenschaftlern stellte Daniel Goleman (1998) fest, dass die Entwicklung der „Emotionalen Intelligenz“ für den Erfolg im Leben bzw. für das „Gelingen des Lebens“ weit wichtiger ist als die mit IQ-Tests messbare akademische Intelligenz, „die bestenfalls zu 20% dazu beiträgt“.

Die Brisanz und Wirkung dieser Aussage schürte am Ende meiner Schulzeit das Bedürfnis, mich der Pädagogik widmen zu wollen – damals noch dem Grundschullehramt. Die Frage, weshalb es in den Regelschulen keinerlei Anregungen, geschweige denn ein eigenes Fach gibt, das sich der Entwicklung der interpersonellen und intrapersonellen Fähigkeiten, die Howard Gardner (2002) unter dem Oberbegriff der „Emotionalen Intelligenz“ zusammenfasst, ließ mir keine Ruhe – wenn diese für das „Gelingen Können“ (s. o.) des Lebens doch so entscheidend sind.

Gewöhnlicherweise konzentriert sich das Lernen und Lehren in den Regelschulen primär auf die Förderung der verstandesgeleiteten linguistischen und mathematischen Intelligenzen. Nur in wenigen Fällen kann die „subjektive Seele“ hierbei einen konkreten sinnlichen Bezug zwischen den Inhalten und dem alltäglichen Leben herstellen, geschweige denn eigene kreative Potentiale zur Entfaltung bringen.

Neben der „Logik des Verstandes“ die sich primär auf die kognitive Vermittlung (und Abfrage) von Wissensinhalten konzentriert, wäre es wichtig, in Bildungsprozessen auch die Logik der Emotionen bzw. die „Logik des Herzens“ auf „Wegen zu einer neuen Achtsamkeit“, wie Leonardo Boff (2000) es nennt, zu integrieren. Zumindest dann, wenn es nicht nur um die „*Ausbildung von Funktionsträgern für die wissenschaftlich-technische Welt*“ (s. o.) gehen soll, sondern darum, Menschen eine hinreichende Orientierung für eine ganzheitliche Lebensgestaltung zu geben, die ihre Innerlichkeit mit einbezieht und die freie Entwicklung eigener kreativer Ideen und Potentiale zulässt, um ihnen die Freude am Lernen und Leben, im Sinne der Selbstbildung, zu erhalten – bzw. diese bestenfalls noch zu fördern.

Dem Prinzip der Achtsamkeit (siehe 2.4) kommt in diesem Anliegen eine zentrale Rolle zu. Daniel Goleman (1998) bezeichnet es als den „*Grundpfeiler*“, die „*grundlegende emotionale Kompetenz*“, (1998 a, S. 68), auf der alle anderen aufbauen.

Emotionale (Selbst)bildung als Grundvoraussetzung für Gesundheit

Die gesundheitsförderliche Wirkung eines achtsamkeitsbasierten Ansatzes zur Stärkung emotionaler Fähigkeiten und Qualitäten wurde von der Pädagogin Ulla Franken, die als Mitarbeiterin der Essener Klinik für Integrative Medizin und Naturheilkunde die (onkologischen) Tagesklinikgruppen betreut, in ihrer Dissertation

zum Thema „Emotionale Kompetenz - Eine Basis für Gesundheit und Gesundheitsförderung“ ausführlich dargestellt (Franken, 2004). Derzeit soll durch ihre Initiative in den Räumlichkeiten der ehemaligen Lukaskirche in Essen-Holsterhausen ein „Zentrum für Achtsamkeit und Gesundheitsförderung“ entstehen. Dieses soll die Kirche nach dem Umbau zu einem Mehrgenerationenprojekt, als eine „Schule für emotionale Gesundheit und Lebenskunst“ mit neuem Leben füllen und die „Vision einer altersgerechten, gesunden Stadt“ verwirklichen helfen.

Ergänzend zu traditionellen Themen der Gesundheitsbildung, wie Entspannung, Bewegung, Ernährung etc. erhalten Menschen hier, so wie in der Essener Klinik, auch Anregungen zur „Kunst einer gesundheitsförderlichen Lebensführung“ (Nefiodow 2001, S. 29), die den achtsamen Umgang mit sozialen Strukturen, Emotionen und spirituellen Themen, insbesondere hinsichtlich der Aspekte Präsenz, Sinnsuche und Gemeinschaft, mit einbezieht.

1.5 Gesundheitsbildung als Domäne der Pädagogik

„Sich bilden und sich pflegen sind verbundene Tätigkeiten.“

(Michel Foucault, 1989)

Prolog

Die historischen Wurzeln der europäischen Gesundheitsbildung (Haug, 1991) werden von diversen Autoren einvernehmlich in der Antike gesehen. Der Medizinhistoriker Schipperges (1977) bezeichnet das aus dieser Zeit stammende von Hippokrates von Kos entwickelte Konzept der DIAITA als Leitfaden für zwei Jahrtausende europäischer Gesundheitsgestaltung (vgl. Knörzer, 1994). Diese fungierte als Regelung zur Ordnung der gesamten Lebensweise des Menschen – sowohl als Teil einer allgemeinen Paideia (Erziehung, Bildung), als auch einer (Natur-)Heilkunde (vgl. Haug, 1991). Eine umfassendere Darstellung zur Entwicklungsgeschichte der europäischen Gesundheitsbildung kann an dieser Stelle nicht erfolgen. In Teil II wird zur Verdeutlichung der „Historischen Wurzeln und Hintergründe“ (siehe 2.1) des „Essener Modells für Integrative Medizin und Naturheilkunde“ jedoch auch ein kleiner Exkurs zur Veranschaulichung der wichtigsten europäischen und asiatischen Gesundheitsbildungssysteme unternommen.

Mittlerweile wird der Terminus der Gesundheitsbildung in der deutschen Literatur häufig ohne Differenzierung – zum Teil auch synonym für die Begrifflichkeiten der „Gesundheitsberatung“, „Gesundheitsaufklärung“, „Gesundheitserziehung“ verwendet (vgl. Wulfhorst 2002, S. 25). „In den vergangenen drei Jahrzehnten haben die Begriffe jedoch eine inhaltliche, konzeptionelle und zielgruppenorientierte Gewichtung erfahren“, (Sabo, 2003, S. 70). Gemeinsam lassen sie sich als Handlungsfelder der Gesundheitspädagogik zusammenfassen, die durch bestimmte Prinzipien und Methoden die beiden wesentlichen Ziele, Gesundheitsförderung und Krankheitsvermeidung (Prävention), verfolgen (Wulfhorst, 2002).

Im Englischen wird zwischen den Termini der „Gesundheitserziehung“ und „Gesundheitsbildung“ interessanterweise nicht unterschieden. Im Glossar zur Gesundheitsförderung der WHO (1998, S. 5) werden beide unter dem Begriff „health education“ wie folgt definiert: „Gesundheitsbildung/Gesundheitserziehung umfasst bewusst gestaltete Lernmöglichkeiten, die gewisse Formen der Kommunikation einschlie-

ßen und zur Verbesserung der Gesundheitsalphabetisierung (health literacy) entwickelt wurden; letztere schließt die Erweiterung von Wissen und die Entwicklung von Alltagskompetenzen (life skills) ein, die individueller und kollektiver Gesundheit förderlich sind. Gesundheitsbildung bzw. -erziehung befasst sich nicht nur mit der Verbreitung von Informationen, sondern auch mit der zur Gesundheitsverbesserung notwendigen Stärkung von Motivation, Kompetenzen und Vertrauen (Selbstwirksamkeit)...“.

In Deutschland zählen zum offiziellen Sprach- und Berufsverständnis der **Gesundheitserziehung** eher verhaltensorientierte risikofaktorenbezogene Methoden zur Krankheitsvermeidung, die sich als autoritäre Anleitung und Belehrung von Kindern und Jugendlichen – „als Zöglinge“ definieren lassen.

Gesundheitsbildung orientiert sich an salutogenetisch ausgerichteten Prinzipien und Methoden, die verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen zur Unterstützung und Steigerung der individuellen Kompetenzen zu Gesundheitsentstehung, Gesundheitsförderung und zur Persönlichkeitsentwicklung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen beinhalten (vgl. Sabo 2003).

Zur Verdeutlichung der Prinzipien des Gesundheitsbildungskonzepts, wie es im „Essener Modell der Integrativen Medizin und Naturheilkunde“ umgesetzt wird, sollen in Tabelle 1 dessen spezifische Merkmale im Vergleich zu denen des traditionellen Gesundheitserziehungskonzeptes veranschaulicht werden.

Merkmale	Gesundheitserziehung	Gesundheitsbildung
Basis	Vermeidung von Krankheit Risikofaktorenorientierung	Gesundheitsorientierung Ausrichtung an salutogenetischen Faktoren Ganzheitliches Menschenbild
Verhältnis Pädagoge – Klient	Kompetenzgefälle Wissensvorsprung wird an den Klienten weitergegeben	Eigenverantwortung des Klienten Unterstützung des Prozesses zur gesunden Lebensführung durch Impulse zur Weiterentwicklung
Mittel und Methoden	Information, Aufklärung zu allgemeingültigen Verhaltensweisen Führung, Belehrung, Bevormundung, Fremdbestimmung	Partizipation, soziales Lernen Anregungen zum Erspüren eines persönlichen Weges, Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung
Ziel	Verhütung von Krankheit	Gesundheitspotenziale bzw. Aufbaufaktoren für Gesundheit fördern Stärkung der natürlichen Selbstheilungskräfte, selbst bestimmtes Handeln (Hilfe zur Selbsthilfe)
Dauer des Prozesses	Abschluss mit Zielerreichung	Lebenslanger Prozess

Tab.1: Vergleich zwischen traditioneller Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung (Baumgarten 2003, vgl. Blättner 1998, Knörzer 1994)

Nach Wolfgang Knörzer (1994, S. 21) zielt Gesundheitsbildung darauf ab „... *das Gesundheitspotenzial ... in allen Dimensionen des Menschseins zu fördern und zu entwickeln und dabei auch die gesellschaftlichen Strukturen, besonders im Hinblick auf ihre krankmachenden und gesundheitsfördernden Strukturen, kritisch zu reflektieren und gegebenenfalls Möglichkeiten zu ihrer Veränderung zu entwickeln (...)*“.

In seinem Werk „Ganzheitliche Gesundheitsbildung in Theorie und Praxis“ (1994) bezeichnet er das Konzept der Gesundheitsbildung als „... *den Gesundheits-*

förderungsansatz in der organisierten Erwachsenenbildung ...“, der sich an einem umfassenden Gesundheitsverständnis, entsprechend den Prinzipien der Ottawa Charta von 1986 orientiert, in der es heißt:

„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 um andere sorgt, dass man in der Lage ist, selbst 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.“

(WHO, 1986).

In diesem Verständnis von Gesundheit kommt auch der Aspekt der „Selbstfürsorge“ als notwendige Bedingung für ihr Entstehen(können) treffend zum Ausdruck.

Der Pädagoge Christoph von Haug (1991 S. 405 ff) verweist in seinen Ausführungen zur „Gesundheitsbildung im Wandel“ darauf, dass Gesundheitsbildung aktiv-partizipative Bildung sein solle, indem sie es ermöglicht, durch „... aktives Handeln eingeübt, erlebt, erworben, erarbeitet, gesichert, gepflegt und entfaltet zu werden“.

Der Erwerb von „Handlungskompetenz, Eigenverantwortlichkeit, Selbstbestimmung und Gesundheitsbewusstsein“, wie sie als Zieldimensionen in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (WHO 1986) enthalten sind und in der Essener Klinik hinsichtlich ihrer Entwicklung und Förderung ermöglicht werden, können als notwendige Legitimation, Aufgabe und Ziel von Gesundheitsbildung, Prävention und Rehabilitation im pädagogischen Kontext betrachtet werden (vgl. Ders., 2002).

Was „Gesundheitsförderung“ konkret für den Bildungsbereich bedeutet, wird in Feld vier: „Persönliche Kompetenzen entwickeln“ der fünf prioritären Handlungsfelder in der Ottawa Charta von 1986 angesprochen: *„Gesundheitsförderung unterstützt die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten durch Information, gesundheitsbezogene Bildung sowie die Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten. Sie will dadurch den Menschen helfen, mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt auszuüben und will*

ihnen zugleich ermöglichen, Veränderungen in ihrem Alltag zu treffen, die ihrer Gesundheit zu Gute kommen“ (WHO 1986).

Christoph von Haug (1991, S. 498) hat eine „Hypothese von wissenschaftlich fundierter Gesundheitsbildung“ entwickelt, die „... *andere Auffassungen weder ausschließen, noch unangemessen einschränken will*“ (zit. n. Haug, 1991, S. 59). Die Grundkomponenten dieses Anforderungsprofils lassen sich auch auf den Gesundheitsbildungs- und -förderungsansatz, so wie er im Essener Modell der Integrativen Medizin und Naturheilkunde (siehe Teil II) ermöglicht wird, übertragen:

- *„Gesundheitsbildung ist ein mit dem sozialen und individuellen Wandel verbundener, dynamischer Prozess, der sich durch Lebensbezug auszeichnet und lebenslang für alle Altersstufen und Gesundheitsniveaus möglich und nötig ist.*
- *Gesundheitsbildung bezieht sich dabei auf den ganzen Menschen als Einheit von „Kopf, Herz und Hand“ in allen seinen Lebensbezügen und zielt ganz im Sinne einer aktiv-partizipativen „Selbstbildung“ auf selbst bestimmtes, mit- und eigenverantwortliches Handeln in Richtung auf ein Mehr an Lebensqualität und eine bessere Lebensbewältigung.*
- *Gesundheitsbildung konzentriert sich darüber hinaus insbesondere auch auf die Entfaltung der „individuellen gesundheitlichen Potentiale im Sinne von Selbsthilfe und Selbstheilung im Rahmen eines verantwortungsvollen, interaktiven Handelns bei der Mitgestaltung und Umgestaltung der Lebenswelt im Interesse der Gemeinschaft. Letztendlich intendiert Gesundheitsbildung individuelle Emanzipation und Mündigkeit in gesundheitlichen Belangen.“ (Ders., 1991, S. 59)*

Zur Umsetzung des bisher dargestellten Profils der Gesundheitsbildung in die Praxis bedarf es eines entsprechenden Rahmens, der auch außerhalb von traditionellen Bildungsinstitutionen liegen und in einem interdisziplinären Ansatz als eine gesundheitsförderliche Maßnahme neben anderen umgesetzt werden kann (vgl. Wulfhorst, 2002).

Diesbezüglich kann Gesundheitsbildung, wie sie im Essener Modell zum einen lebensorientiert, anwenderfreundlich und auf den selbstverantwortlichen Menschen ausgerichtet ist, zur Gestaltung einer Lebenskunst anregen, die dem Selbst in seinem individuellen Lebensgang die Wahrnehmung seiner je eigenen Stimmigkeit ermöglicht, um gesundheitsfürsorgliche Entscheidungen zu treffen und einen dem entsprechenden Lebensstil zu entwickeln.

Unter der Prämisse der „Ermöglichung“ ist Gesundheitsbildung ein lebenslanger Prozess, zu dem Menschen eingeladen werden können, um sich bestenfalls auf einen Entwicklungsprozess gesundheitsförderlicher und -fördernder Selbstbildung einzulassen.

1.6 Gesundheitsbildung durch Selbst(für)sorge

„Wenn ich mich nicht um mich kümmere, wer kümmert sich dann?

Und wenn ich mich nur um mich kümmere, wer bin ich dann?

Und wenn ich mich nicht jetzt darum Sorge, wann dann?“

(Rabbi Hillel)

Im Folgenden soll die Bedeutung der antiken Lebensphilosophie „epimeleia heautou“ – die „Sorge um sich“ für die Gesundheitsbildung, mit Bezugnahme auf das mind-body-medizinische Konzept des Essener Modells für Integrative Medizin und Naturheilkunde (siehe Teil II) erhellt und in ihren Grundzügen vorgestellt werden.

Die Wurzeln der „Selbstsorge“

In der europäischen Tradition lassen sich die auf den Stoizismus zurückzuführenden Ursprünge der „Sorge um sich“ (lat.: cura sui) als eine Form der „Selbstkultivierung“ und „Ästhetik der Existenz“ – mit dem Ziel der Selbsterkenntnis und der Transformation – bis in die griechische Antike zurückverfolgen. Nach Michel Foucault (1989, S. 55-94) findet sich die Wurzel des „Prinzips der Selbstsorge“ in Platons Dialogen „Alkibiades“ und „Apologie“, wo die „Sorge um sich“ von Sokrates als „*Sorge um die Seele*“ bezeichnet wird.

Kleiner Exkurs zum Begriff der „Seele“ und zur Kategorie des „Selbst“

Der altgriechischen Anthropologie entsprechend, soll die Seele an dieser Stelle nicht als eine „*unsterbliche Instanz*“ verstanden werden (vgl. Arendt, 1996), sondern – mit Verweis auf den „Alkibiades“ – als das „*einzig sich selbst Gebrauchende*“, was eine „*(selbst)reflexive Struktur*“ aufweist (vgl. Böhme, 1988, S. 58). „*Den Interpretationen der sokratischen Ethik zufolge ist die Selbstsorge nicht der individuellen Seele gewidmet, sondern vielmehr einem allgemeinen Guten, welches mit Wissen, Weisheit und Vernunft gleichgesetzt wird*“, (Reichenbach, 2000). Der Weg zum allgemeinen Guten führt über die Selbsterkenntnis, welche als Selbstsorge gedacht wird (vgl. Fischer 1998, S. 19).

Dies entspricht ebenso den Annahmen der wissenschaftlichen Erklärungsmodelle der (Post)Moderne, denen zu Folge „... *schon lange vor dem Aufkommen der Neurowissenschaft kaum noch jemand an eine Seelensubstanz im metaphysischen*

Sinne (glaubt)“, wie sich der Philosoph Thomas Metzinger zu Fragen der Bewusstseinsforschung in einem Interview der *Ärzte Zeitung* (2010) äußert. „*Die Hirnforschung leistet einen großen Beitrag zur Selbsterkenntnis*“, die jedoch nicht immer angenehm oder emotional attraktiv sein muss (vgl. Ders., 2010). Denn im 21. Jahrhundert lassen sich die psychologischen Eigenschaften von Menschen auch ohne die Annahme einer unsterblichen Seele erklären. In seinem aktuellen Buch „*Der Ego-Tunnel. Eine neue Philosophie des Selbst*“ beschreibt Thomas Metzinger den aktuellen Stand der Neurowissenschaft und skizziert dabei die mögliche Entwicklung einer zeitgenössischen Bewusstseinsethik für den Umgang mit den neuen Erkenntnissen. Dabei macht er darauf aufmerksam, dass die Aussage der epistemisch nicht nachzuweisenden Existenz eines substantiellen Selbst(es) im Grunde nichts Revolutionäres ist. Bereits Philosophen wie David Hume oder Immanuel Kant haben sich dahin gehend geäußert, dass das erlebte Selbst keine Substanz sei, die aus eigener Kraft existiert – sich „*im Sein halten*“ könne, wenn der Körper stirbt. Auch aus frühen buddhistischen Texten geht hervor, dass das Selbst nicht fassbar sei (Ders., 2010). Neben allen bisherigen Erkenntnissen und Versuchen der zeitgenössischen Wissenschaft, spirituellen Phänomenen rational beizukommen, weist Thomas Metzinger darauf hin, dass „*intellektuelle Redlichkeit*“ diesbezüglich auch darin besteht, Demut zu praktizieren und sich darüber bewusst zu sein, dass wir vieles noch lange nicht wirklich wissen bzw. vieles bis dato unerklärlich ist.

Zur Geschichte der „Selbstsorge“

Das Thema der Selbstsorge, „als Zentrum der Kunst der Existenz“ tritt als frühe Formulierung eines philosophischen Sachverhaltes im 5. vorchristlichen Jahrhundert hervor. Es zieht sich wie ein roter Faden durch die griechische und römische Philosophie und findet sich auch im christlichen Geistesleben bis ins 4. und 5. nachchristliche Jahrhundert wieder (vgl. Foucault, 2004, S. 27). In der christlichen Kultur wurde aus dem Prinzip der „*epimeleia heautou*“, des „*Kümmerns um sich selbst*“, die christliche Askese – eine Form der Freimachung und Entsagung seiner selbst und der Welt. Selbstsorge und Selbstliebe erhielten zu dieser Zeit einen Bedeutungsakzent hin zur Egozentrik.

„*Die epimeleia heautou, die cura sui ist ein Gebot, auf das man in zahlreichen philosophischen Lehren stößt*“, (Ders., 1984/1989). In der Antike hatte die Me-

thode der Selbstfürsorge eine große Bedeutung für zahlreiche Philosophen, wie etwa Sokrates (469-399 v. Chr.), Platon (427-347 v. Chr.) oder Epiktet (ca. 50-180 v. Chr.), denen es darum ging, einen Lebensstil zu entwickeln, der darauf abzielt, dem eigenen Leben eine individuelle, ästhetische Form zu geben und es nicht ohne zu hinterfragen an fremden Normen und Vorstellungen auszurichten (Foucault, 2004, S.24). Das Prinzip der Selbstsorge ist in Anlehnung an das Prinzip der Achtsamkeit eine Form des „auf sich selbst achten“, des „sich um sich selbst kümmern“, wie es Michel Foucault ausdrückt, um eine „Selbstmächtigkeit“ und „Selbstwirksamkeit“ (siehe u. a. 2.5.6) zu erlangen.

In der Neuzeit und Moderne findet sich das Prinzip der Selbstsorge auch in Werken von Immanuel Kant (*Metaphysik der Sitten*), bei Friedrich Nietzsche (*Unzeitgemäße Betrachtungen*) und bei Martin Heidegger (*Sein und Zeit*) wieder (vgl. Böhme, 1988). Martin Heidegger (1927/1976) bezeichnet das „Dasein als Selbstsorge“ bzw. als „Sorge“. Für ihn konstituiert sich der Begriff der „Selbstsorge“ in einem tautologischen Sinne, da die „Sorge“ nur als „Selbst-Sorge“ gedacht werden könne (vgl. Reichenbach, 2000).

Die Sorge um sich als „Stilistik der Existenz“

Die Epimeleia formt die gesamte Lebensweise, sie ist die „Stilistik der Existenz“ (Schmid, 1992, S. 252). Besonderes Augenmerk gilt dabei der Sorge um den eigenen Gesundheitszustand, dem eine beständige und intensive Aufmerksamkeit gewidmet werden soll (vgl. Foucault, 1986, S. 133 ff.): *„Sich um sich kümmern ist keine Sinekure. Da sind die Körperpflege, die Gesundheitsregeln, die ausgewogenen körperlichen Übungen, die maßvolle Befriedigung der Bedürfnisse. Da sind die Meditationen, die Lektüren, die Aufzeichnungen über Gelesenes oder im Gespräch Vernommenes, auf die man später zurückgreift, das Überdenken von Wahrheiten, die man bereits kennt, aber sich noch besser zu eigen machen muss“*, (Foucault, 1984/1989, S. 71).

Hier wird der enge Zusammenhang zwischen der Selbstsorge um die eigene Gesundheit und der Meditationspraxis sowie dem epistemischem Wissen und Wahrheitsstreben bereits verdeutlicht. Wesentliche Modalitäten der Selbstsorge finden sich in der Bereitschaft zur Selbstreflexion und zur (Blick)Veränderung, zum Streben nach Erkenntnis und Wahrheit. Die Maxime des Orakels von Delphi **„Erkenne dich selbst“** (lat.: *gnothi seauton*) tritt in einen direkten Zusammen-

hang mit der sich aus diesem Prinzip ergebenden Aufforderung: „**Kümmere dich um dich selbst**“ „*Es gibt eine dynamische Verwicklung, ein wechselseitiges Anrufen von Selbsterkenntnis und Selbstsorge; keines der beiden Elemente darf zugunsten des anderen vernachlässigt werden*“ (Foucault, 1985, S. 39). Die Selbsterkenntnis, als Schlüssel der Transformation der Persönlichkeit, bedeutet im Rahmen der Selbstfürsorge die ernsthafte und beharrliche Arbeit des Selbst, zur Entwicklung und Gestaltung einer Lebenskunst, „... *die das Verhältnis zu sich selbst und zu anderen organisiert und den Stil der Existenz etabliert*“, (Schmid, 1992, S. 252).

Unter dem Aspekt der Anregung zu Selbstfürsorge, im Sinne einer Kunst zur Gestaltung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils, zielen die Interventionen der modernen Ordnungstherapie – der Mind-Body-Medizin des Essener Modells für Integrative Medizin und Naturheilkunde (siehe 2.5 u. a.) – auf die Entwicklung salutogener Ressourcen von Patienten. Diese sollen durch achtsamkeitsbasierte Interventionen zur Förderung der Selbstwahrnehmung und Selbsterkenntnis in den physiologischen, emotionalen, gedanklichen, sozialen und transpersonalen Dimensionen entwickelt und gestärkt werden.

Zwei Zeiträume der Selbstsorge

Michel Foucault hat sich in seinen Vorlesungen am Collège de France der detaillierten Vorstellung der Selbstsorge gewidmet, die sich in seinem Werk „*Hermeneutik des Subjekts*“ (1981/1982) wiederfinden. Hier werden u. a. zwei Zeiträume in der Entwicklung des Konzeptes der Selbstsorge erläutert:

- 1.) Der sokratisch-platonische Zeitraum der griechischen Kultur.
- 2.) Die Periode des „*Goldenen Zeitalters*“ der Selbstkultur, die von Michel Foucault in den ersten zwei nachchristlichen Jahrhunderten angesiedelt wird.

1. Zeitraum: Charakteristisch für den sokratisch-platonischen Zeitraum der Sorge um sich ist der Aspekt der Bildung. In dieser Epoche wurden die Männer der jungen aristokratischen Elite, die sich für eine politische Machtposition vorzubereiten suchten, zu den Inhalten der Selbstsorge unterrichtet – mit dem Ziel der Selbsterkenntnis, dass und wie sie für sich selbst Sorge zu tragen haben, um anschließend auch gut für andere, die Bürger, sorgen zu können. Hier war das Anliegen der Selbstsorge primär auf die Vorbereitung verantwortungsvoller Positionen und

Tätigkeiten gerichtet, d. h. auf das Regieren – auf die gute Führung der Polis, wobei die Ausbildung von Adoleszenten diesbezüglich im Vordergrund stand.

2. Zeitraum: Im 1. und 2. nachchristlichen Jahrhundert verlagerte sich die Ausbildung der Fähigkeit zur Sorge um sich von der Periode der Adoleszenz bis zum Erwachsenenalter, einhergehend mit einer Veränderung der Ausrichtung der **Selbstsorge**. Als Ergänzung zur Methode des Philosophierens, mit dem Ziel der **Selbsterkenntnis**, etablierten sich in diesem Zeitraum diverse Selbstpraktiken, welche sich aus der Verbindung von Philosophie und Medizin zu Methoden der Selbstsorge entwickelten, die sowohl der Gesundheit der Seele, sowie der des Körpers und des Geistes dienen sollen.

Hierbei wird zwischen zwei unterschiedlichen Formen der Selbstsorgepraxis unterschieden:

- Die erste Form bezieht sich auf Übungen zur Förderung der Selbstwahrnehmung, indem der Blick auf sich selbst gerichtet wird (vgl. Foucault, 2004, S. 115).
- Die zweite Form richtet sich auf Tätigkeiten und Verhaltensweisen zur Förderung der Potentiale zu Selbstheilung „... man muss sich pflegen, heilen“, (Foucault, 2004, S. 116). Wobei die erste und zweite Form miteinander in einer unmittelbaren Verbindung stehen.

Bei den Stoikern bildeten sich Schulen, in denen, wie etwa durch Epiktet, die Kunst der Selbstsorge gelehrt wurde. In einer Art Sprechstunde kümmerte sich Epiktet auch um Menschen, die ihn um Rat baten – für Michel Foucault eine Art seelentherapeutische Ambulanz: *„Die Schule eines Philosophen ist ein iatreion (eine Ambulanz) (...). Denn ihr geht ja nicht in die Schule, weil ihr euch wohl befindet, als Gesunde. Der eine kommt mit einer verrenkten Schulter, der andere mit einem Geschwür, der dritte mit einer Fistel, der vierte hat Kopfschmerzen“*, (Foucault, 1984/1989, S. 133 ff.).

Des Weiteren bildeten sich Gruppen, wie die der „Therapeuten“ in der Nähe von Alexandria, in denen sich Menschen gemeinsam der Selbstsorge widmeten. Sie nannten sich selbst „Therapeuten“, weil sie es sich zum Ziel gesetzt hatten, ihre Seele so zu behandeln, wie vergleichsweise Ärzte den Körper behandeln. *„Sie pflegen das Sein und ihre Seele (...) aufgrund dieses Zusammenspiels von Sorge um das Sein und Sorge um die Seele können sie sich die Therapeuten nennen“*

(Foucault, 2004, S. 133). Michel Foucault sieht in dieser Entwicklung eine Korrelation zwischen Philosophie und Medizin, die durch eine Verflechtung des physischen und des psychischen Bereiches hervortritt (Foucault, 2004, S. 132 ff.) und damit ein neues Merkmal der Selbstsorge im 1. und 2. Jahrhundert markiert.

„Die Verbesserung, die Vervollkommnung der Seele, die man in der Philosophie sucht, die paideia, die sie gewährleisten soll, nimmt mehr und mehr medizinische Farben an. Sich bilden und sich pflegen sind verbundene Tätigkeiten“, (Foucault, 1984/1989, S. 74). Schon zu dieser Zeit verbanden sich Philosophie, Pädagogik und Medizin in diesem Sinne zu einem integrativen Ansatz.

An dieser Stelle sei darauf verwiesen, dass es im mind-body-medizinischen Konzept des Essener Modells (siehe Teil II als auch III) nicht im traditionell-klassischen Sinne um Therapie geht, sondern vielmehr um Empowerment (vgl. Hurrelmann, 2000) – um „Gesundheitsbildung durch Anregung und Befähigung zu Selbstfürsorge“.

(Selbst-)Bildung als Befähigung zur Sorge um sich

„Bildung befähigt das Individuum zur Gestaltung seiner selbst und zur eigenen Lebensgestaltung“, (Schmid, 1998). Was bereits Philosophen wie Sokrates und Diogenes zur Entstehung der Pädagogik in der Antike beitrugen, war das Verständnis der Bildung, als Befähigung zur Sorge um sich. Bildung, als die Anleitung zur Selbstsorge, zur Selbstformung eines Menschen, der sich selbst zu führen weiß – wenn nicht gleich christlich inspiriert, um eines Zugangs zum Himmel willen, sondern zur Verbesserung irdischer Verhältnisse (vgl. Ders., 1998). In Michel Foucaults Arbeiten zur antiken Philosophie der Selbstsorge steht die „Bildung des Selbst“ im Vordergrund. In seinen späten Werken wird deutlich, dass es in erster Linie dem Pädagogen auferlegt ist, sich um einen Zugang zur Wahrheit und zum eigenen Selbst zu bemühen. Die Voraussetzung für die Parrhesia – Freimütigkeit und Offenheit der Rede – ist die Glaubwürdigkeit dessen, der sie übt. Seine Anregungen müssen durch seine eigene Selbstsorge, seinen Stil der Existenz beglaubigt sein (Foucault, 1985, S. 58): *„Wer gut für sich sorgt, kann auch andere Menschen dabei unterstützen, ihr Leben in die eigenen Hände zu nehmen“*, (Foucault, 1986). Die Selbstfürsorge von Therapeuten, Pädagogen, Medizinern u. a. um die Aktivierung ihrer eigenen salutogenen Ressourcen können als achtsame Form der „Burnout-Prävention und Lebenskunst in helfenden Berufen“

(Gussone und Schiepek (2000), gesehen werden. Darüber hinaus erweist sich die Praxis der Achtsamkeit als ein möglicher Weg, auf dem ein transzendentes Bewusstsein geweckt und ausgeweitet werden kann. Hierin findet sich ein Leitmotiv des pädagogischen Berufsethos, nämlich „...*die Botschaft des Absoluten, der Wahrheit, des Guten und des Schönen (...)* – *in der leiblosen Hinwendung auf den Zögling zu sein*“, (Meder, 2007), um anderen eine intrinsisch gebildete Haltung vermitteln zu können, die unverfälscht von allen denkbaren Störeffekten, ausschließlich vom Absoluten bestimmt ist, wie es der Philosoph und Professor für Allgemeine Pädagogik der Universität Duisburg-Essen, Norbert Meder, im „Salzburger Vortrag: Die Grenzen der Erziehungswissenschaft sind ABSOLUT“ (Ders., 2007) ausdrückt. Indem Menschen auf dieser Weise geistig-seelisch berührt werden, können sie im Spiegel des anderen auch die transzendente Facette in ihrem eigenen Bewusstsein entdecken, welche die Seinsweise verändert und dazu inspiriert, neue gesundheitsförderliche Haltungen, Fähigkeiten und „Weisen“ zu bilden (vgl. Wolfstetter, 1984, S. 59).

Ethik und Ästhetik sind Eins, wie es der Philosoph Ludwig Wittgenstein (1922) im „Tractatus“ ausdrückte. So ließe sich eine Ahnung des Absoluten, eine Manifestation des im weitesten Sinne Mystischen, welche sich letztlich den Möglichkeiten von Sprache entzieht, in der Kunst (der Achtsamkeit) finden und (nonverbal) zum Ausdruck bringen.

Drei Aspekte der Selbstsorge

In seinen Interpretationen weist Michel Foucault darauf hin, dass dem Prinzip der Selbstsorge drei Aspekte zugehörig sind, welche als Grundprinzipien die Basis für die Entwicklung einer ganzheitlichen Selbstkultur und Lebensgestaltung bilden:

Erstens: Die Sorge um sich impliziert den Aspekt einer allgemeinen Grundhaltung zum Sein, einer bestimmten Art und Weise, das Leben zu betrachten und sich in der Welt zu verhalten sowie die Beziehungen zu den anderen zu pflegen. Die *epimeleia heautou* ist eine Haltung sich selbst, den Mitmenschen und der gesamten Lebenswelt gegenüber.

Zweitens: Die *epimeleia heautou* beinhaltet ebenfalls eine bewusste Form der Lenkung der Aufmerksamkeit. Sich um sich selbst zu sorgen bedeutet die Notwendigkeit, den Blick umzukehren, dass man ihn von außen nach innen wendet.

(vgl. Foucault, 2004), um sowohl die Inhalte des Denkens, als auch auf die Strukturen des Denkens zu beobachten. Das Wort „epimeleia“ ist mit „melete“ verwandt, welches sowohl Übung als auch Meditation bedeutet.

Drittens: Der Begriff der epimeleia bezeichnet nicht nur eine allgemeine Grundhaltung und eine Form der sich selbst zugewandten, der selbst-referenten Aufmerksamkeit. Sie bezeichnet stets auch eine Reihe von Handlungen, durch die man für sich selbst Sorge trägt, durch die man sich verändert, reinigt, verwandelt und läutert. Diese beinhalten Übungen, die in der Geschichte der abendländischen Kultur, Philosophie, Moral und Geistesgeschichte eine lange Tradition haben. Wie etwa Meditationstechniken, Techniken der Erinnerung der Vergangenheit, Techniken der Gewissensprüfung, Techniken der Überprüfung der Vorstellungen, sofern sie Vorstellungen des Geistes sind (vgl. Foucault, 2004, S. 27).

An dieser Stelle lassen die Ausführungen wiederum auf eine unmittelbare Verbindung des „Prinzips der Selbstsorge“ mit dem der „Achtsamkeit“ (siehe 2.4 u. a.) – als Basis des mind-body-medizinischen Konzeptes im Essener Modell – aufmerksam werden.

Die „Sorge um sich“ als ein Gebot und ethisches Konzept

In der Antike wurde von Sokrates, als auch von Epikur deutlich darauf hingewiesen, dass es „... *für keinen zu früh und für keinen zu spät ist, sich um die Gesundheit seiner Seele ...*“, durch eine beständige Übung der Sorge um sich zu bekümmern: „*Jeder Mensch muss sich Tag und Nacht, sein ganzes Leben lang um seine Seele kümmern*“, (vgl. Foucault, 1984/1989).

Für den griechischen Philosophen Epiktet ist der Mensch, als ein Lebewesen – mit der Vernunft beschenkt – der Sorge um sich anvertraut. – Für ihn ist sie eine Art „*Pflicht-Privileg, ein Gebot-Geschenk*“, welches dem Menschen die „*Freiheit gewährt*“, sich selbst als Gegenstand all seiner Bemühungen zu nehmen (Ders., 1984/1989). An dieser Stelle stehen „Selbstsorge“ und „Selbstverantwortung“ bereits in einem untrennbaren Zusammenhang.

Für Seneca war es ein Aphorismus, das ganze Leben in eine permanente Übung zu verwandeln, das ganze Leben lang Leben zu lernen. Im 21. Jahrhundert sind es Philosophen wie Peter Sloterdijk (2009), der unter dem Aspekt der Einsicht in die Natur des Menschen, der sich durch Selbstbildung transformiert, mit den Worten Rainer Maria Rilkes (1907): „*Du musst dein Leben ändern*“ das Plädoyer auswei-

tet, demnach der Mensch sich selbst und das Leben gestaltet durch übende Verfahren: *„Der Mensch als Übender, als ein sich durch Übungen selbst erzeugendes Wesen.“*

Technologien des Selbst

Michel Foucault (1984) äußert sich zu den übenden Verfahren – einer Reihe von Praktiken bzw. Existenztechniken (*techne tou biou*) – durch die sich der Mensch selbst gestaltet, seine Potentiale ausschöpft und den Stil seiner Existenz zum Kunstwerk macht, wie folgt: *„Ich aber wurde mir mehr und mehr bewusst, dass es in allen Gesellschaften noch einen anderen Typ von Technik gibt: Techniken, die es Individuen ermöglichen, mit eigenen Mitteln bestimmte Operationen mit ihren eigenen Körpern, mit ihren eigenen Seelen, mit ihrer eigenen Lebensführung zu vollziehen, und zwar so, dass sie sich selber transformieren, sich selber modifizieren und einen bestimmten Zustand von Vollkommenheit, Glück, Reinheit, übernatürlicher Kraft erlangen. Nennen wir diese Techniken „Technologien des Selbst“, (Foucault, 1984).*

Diese Technologien bilden eine „Matrix“ der praktischen Vernunft (1993, S. 26), die auf Transformation, nicht auf Vollkommenheit oder Geschlossenheit zielen: *„Das wichtigste im Leben und in der Arbeit ist es, etwas zu werden, das man am Anfang nicht war“, (Foucault, 1993).* Peter Sloterdijk bezeichnet die „handelnde Vernunft“ als Klugheit, deren Aufgabe darin besteht, die Weisheit nachzuahmen. Das Abenteuer des Lernens im 21. Jahrhundert besteht demnach in der Herausforderung, die Weisheit – als betrachtende Vernunft auf die Seite der Klugheit – der handelnden Vernunft zu übertragen (vgl. Sloterdijk, 2008). Hierbei geht es um eine Ethik, die Übungen, Regelmäßigkeit und Arbeit erfordert und das ästhetische Moment, als Stil und Formgebung des Lebens, mit dem obersten Ziel der Selbstsorge für die Griechen: der Seelenruhe „*eudaimonia*“ – einer inneren Ruhe und Zufriedenheit – durch eine tugendhafte Lebensführung verbindet. Diese Betrachtung findet sich bereits auch in den Ausführungen zu den Existenzkünsten – den Technologien des Selbst, in der Antike:

Die Askese

In der Tradition der philosophischen Askese stehen eine Reihe von Praktiken, welche nach Michel Foucault in einem Ensemble zusammengefasst sind, die in

zwei Arten von Übungen unterteilt werden können: „Zum einen „meletan“ (Meditation) und zum anderen „gymnazein“ (nicht exzessive Körperübungen) (Foucault, 2004, S. 516). Diese Übungen sollen den Menschen zur Tapferkeit (Andreia) und Fähigkeit zur Besonnenheit führen. Beide Übungen werden allerdings nicht getrennt voneinander praktiziert, da es das Ziel in der Selbstsorge ist, die Seele (Mind) mit dem Körper (Body) verbinden zu können, also eine Einheit zu bilden (vgl. Foucault, 2004, S. 519). Dies entspricht ebenso den Prinzipien der Mind-Body-Medizin, deren Interventionen und Technologien bzw. Methoden – wie u. a. Entspannungstechniken, Vorstellungsbildungen, Meditation, kognitiv-behaviorale Techniken, Gruppenunterstützung und Spiritualität das Selbst darin unterstützen, das Zusammenspiel von Geist, Psyche, Körper und Verhalten durch die bewusste Gestaltung von emotionalen, mentalen, sozialen, spirituellen und Verhaltensfaktoren zu fördern, so dass die eigenen Fähigkeiten zur Selbstfürsorge um die Gesundheit gestärkt werden. (siehe 2.5.2).

Anders als die christliche Askese bedeutet die antike Askese für die Menschen nicht Verzicht und Entbehrung, sondern Stärkung und Zurüstung im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe, so wie sie durch mind-body-medizinische Interventionen eine Einladung und die Möglichkeit darstellten, das Leben selbst(verantwortlich) und gesundheitsförderlich zu gestalten.

Fünf Modalitäten der Sorge um sich

In Anlehnung an die antiken Schriften der griechischen bzw. römischen Philosophen und Gelehrten, wie Sokrates, Platon, Seneca, Marc Aurel u. a. beschreibt Michel Foucault (1989, S. 89) im dritten Band von „Sexualität und Wahrheit“ fünf Modalitäten der Selbstsorgepraxis:

1.) das Thema der Selbstreflexion, die es dem Menschen ermöglichen soll, den äußeren und inneren Herausforderungen seiner Existenz zu begegnen, in dem er sich darin übt, sich aus seiner Gebundenheit zu lösen, um sich von außen immer wieder selbst zu betrachten, sich auf sich selbst zurückzuwenden und bewusst neue Strukturen und Bindungen zu begründen (Schmid, 1998, S. 239), die der (Wieder-)Herstellung von Kohärenz dienen sollen.

2.) ein Bündel von konkreten Übungen zur Förderung der „Lebenskunst“ durch nicht-exzessives Körpertraining (wie im Essener Klinikkonzept u. a. durch Yoga-

und Qi Gong- Übungen angeboten), durch Meditationspraxis, die Lektüre und kritische Vergewisserung eigener Wahrheiten und deren Artikulation etc. Diese Formen der Selbstzuwendung und Selbstkultivierung werden unter dem Aspekt der Selbstfürsorge als eine soziale und kommunikative Praxis vorgestellt. Indem man sich mit sich selbst befasst, befähigt man sich dazu, sich mit anderen zu befassen. *„Zwischen dem Sich-mit-sich-Befassen und dem Sich-mit-anderen-Befassen besteht ein Finalitätsband“*, (Foucault, 1993, S.43). In diesem Sinne finden alle mind-body-medizinischen Interaktionen bevorzugt im Gruppensetting statt. Im Prozess der Freiheitspraxis des Subjekts *„(...) haben andere Mitglieder der (...) Gemeinschaft eine entscheidende Rolle zu spielen, als notwendige Agenten, die jemanden in die Lage versetzen, die Wahrheit über sich selbst zu entdecken“*, (Foucault, 1996, S.119).

3.) die Tradition der Selbstsorge, als Mittelpunkt eines „therapeutischen“ bzw. „medizinischen“ Denkens, in welchem die philosophische Reflexion als „Heilmittel“ des Selbst fungiert, wobei sich der Schüler als krank, d. h. als unvollkommen, unwissend, bildungsbedürftig zu begreifen habe (vgl. dazu Ewald 1996: S. 239). Bei Epiktet finden sich Verweise darauf, dass die Schule nicht als bloße Bildungsstätte gesehen werden soll, in der man nützliche Kenntnisse für den Berufsweg einheimen kann, um Nutzen daraus zu ziehen. Man soll die Schule als „Ambulanz der Seele“ verstehen. *„Die Verbesserung, die Vervollkommnung der Seele, die man in der Philosophie sucht, die paideia, die sie gewährleisten soll, nimmt mehr und mehr medizinische Farben an. Sich bilden und sich pflegen sind verbundene Tätigkeiten“*, (Foucault, 1984/1989, S. 74). Schon zu dieser Zeit verbanden sich Philosophie, Pädagogik und Medizin, in diesem Sinne zu einem integrativen Ansatz.

Michel Foucault verweist darauf, dass die Disziplinen durch ein gemeinsames Vokabular, wie etwa den Begriff des *páthos*, der sowohl Leidenschaft (als eine unfreiwillige Regung und Störung der Seele) als auch physische Krankheit bedeutet, verbunden sind, wodurch auch der Verbundenheit von Körper und Seele – entsprechend dem integrativen und (systemischen/ganzheitlichen) Ansatz im Essener Modell für Mind-Body-Medizin Ausdruck verliehen wird. *„Denn der Punkt, dem sich in diesen Selbstpraktiken die Aufmerksamkeit zuwendet, ist der, an dem die Übel des Körpers und der Seele sich mitteilen und austauschen können, dort,*

wo die schlechten Gewohnheiten der Seele körperliche Gebrechen nach sich ziehen können, während die Exzesse des Körpers die Schwäche der Seele bekunden und befördern“.

Der Fokus liegt hierbei sowohl auf dem systemischen Aspekt, als auch dem der Selbstverantwortung, der Autonomie. An dieser Stelle sei darauf verwiesen, dass es im mind-body-medizinischen Konzept des Essener Modells für Integrative Medizin und Naturheilkunde (siehe Teil II und III)) nicht im traditionell-klassischen Sinne um Therapie geht, sondern vielmehr um Empowerment (vgl. Hurrelmann, 2000) – um „Gesundheitsbildung durch Anregung und Befähigung zu Selbstfürsorge“.

4.) Dieser Aspekt steht für eine Form der persönlichen und gesellschaftlich relevanten Selbsterkenntnis, im Sinne einer Vergegenwärtigung und Überprüfung eigener Fähigkeiten, Möglichkeiten und Notwendigkeiten, in Bezug auf Tugend und Abhängigkeit, das Gewissen und das Wissen um Nichtwissen (vgl. Reichenbach, 2000). Eine Form der kritischen Selbstüberprüfung mit dem Ziel, das rechte Maß für die Handlungen in der Gegenwart zu erreichen beschreibt keine in Abständen durchzuführende Übung, sondern primär eine Haltung, bei der es darum geht, unablässig aufmerksam, gegenwärtig zu sein.

5.) Das Prinzip der Umkehr zu sich selbst, ist das gemeinsame Ziel der vorhergehenden Aspekte (Foucault, 1989, S. 89). Demnach ist bei allen Haltungen und Handlungen, die man im Sinne der Selbstsorge ausübt, das Ziel, die Orientierung an sich selbst, im Verhältnis seiner zu sich zu suchen. Dabei kann die Erfahrung einer Freude entstehen, die man an sich selbst findet: *„(...) Wer es vermocht hat, endlich Zugang zu sich selber zu finden, ist für sich ein Objekt der Freude. Nicht bloß gibt man sich mit dem zufrieden, was man ist, und fügt sich in Beschränkung, sondern man erfreut sich an sich selber“*, (Foucault, 1986, S. 91).

Resümee

Im Kontext von Gesundheitsbildung geht es prinzipiell um Transformation, um Persönlichkeitsentwicklung, die letztlich nicht abschließbar ist, da sie auf einen Prozess der Selbstformung und Neukonstituierung ausgerichtet ist. Da es in einer von der Selbstsorge ausgehenden Ästhetik der Existenz kein „eigentliches Wesen“, kein Selbst (vgl. Metzinger) zu entdecken gibt, geht die „Sorge um sich“ mit

dem Zweifel einher, das eigene Selbst überhaupt erkennen zu können und damit, weder „wahr“ noch „eins mit sich“ zu sein (vgl. Schmid, 1998). Dieses Unbehagen, unter dem Vorzeichen der Angst – des Leidens – macht, wenn sonst nichts, wie im positiven Sinne: die Freude am Sein, am Prozess der Bildung und der Transformation, die Selbstsorge aus.

In Michel Foucaults Arbeiten zur Selbstsorge steht die „Ästhetik der Existenz“ – die schöpferische Gestaltung des Lebens als Kunstwerk – durch einen von der Selbstsorge geprägten Lebensstil an zentraler Stelle. Entsprechend den Interpretationen Michel Foucaults (Schmid, 1992, S. 286) steht der Begriff der „Ästhetik“ auch mit einer spezifischen Art von Aufmerksamkeit der Selbstwahrnehmung in Verbindung, die im Sinne des Essener Modells durch die Vermittlung achtsamkeitsbasierter Methoden und Interaktionen unterstützt wird. Das Prinzip der Achtsamkeit (siehe 2.4) fördert somit die Kultivierung eines salutogenen Lebensstils, einer ästhetischen Selbstsorge, die zugleich mit der Sorge um jene Qualitäten einher geht, die dem Selbst das Empfinden eines Bewusstseins für ethische Motive und einer inneren Weisheit ermöglichen, aus denen es gut für sich sorgt.

Die Sorge des Selbst um sich lässt sich dabei vergleichen mit den Charakteristika – wie sie der Haltung der Achtsamkeit entsprechend – mit einer elterlichen Zuneigung und Zuwendung verbunden sind, welche für die Fürsorge eines Kindes notwendig ist. Aus dieser liebevollen Zuwendung und Sorge, die das Selbst, im Umgang mit sich pflegt, kann sich eine Stärke und eine umfassende Sorge entfalten, die es ihm ermöglicht, sich bewusst an der Entwicklung einer integralen Salutogenese (siehe 2.3) zu beteiligen.

Teil II: Gesundheitsbildung durch Selbstfürsorge am Beispiel des „Essener Modells“ für Integrative Medizin und Naturheilkunde

2 Einführung in das „Essener Modell“ für Integrative Medizin und Naturheilkunde

„Die Menschheit strebt ... in praktischer und geistiger Hinsicht nach einem immer stärkeren Zusammenschluss.“

(Pierre Teilhard de Chardin)

Im Jahre 1999 wurde die erste Klinik für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Integrative Medizin als Modellvorhaben des Landes Nordrhein-Westfalen an den Kliniken Essen-Mitte durch die Initiative des Altbundespräsidenten Johannes Rau ins Leben gerufen.

Der Begriff „Essener Modell für Integrative Medizin“ steht für den Behandlungs- und Gesundheitsbildungsansatz, der in der Klinik für Naturheilkunde und Integrative Medizin der Kliniken Essen-Mitte und dem angeschlossenen „Alfried Krupp von Bohlen und Halbach - Stiftungslehrstuhl für Naturheilkunde“ der Universität Duisburg-Essen unter Leitung von Prof. Dr. Gustav Dobos und Dr. rer. medic. Anna Paul praktiziert, beforscht, unterrichtet und weiter entwickelt wird.

Die Klinik umfasst 63 stationäre Betten, eine Tagesklinik und eine Ambulanz. Seit Anfang 2010 befindet sich ein integrativ-onkologisches Behandlungszentrum für naturheilkundliche und mind-body-medizinisch unterstützte Senologie unter der Leitung von PD Dr. Sherko Kümmel im Aufbau.

Das Ziel der Einrichtungen ist die Erforschung, Evaluation und Anwendung naturheilkundlicher, ordnungstherapeutischer und mind-body-medizinischer Ansätze und deren Integration in die klinische Versorgung.

Das als „Essener Modell“ bezeichnete integrativmedizinische Konzept ist eine Synthese von Verfahren und Programmen aus dem Bereich der Mind-Body-Medizin mit der modernen Ordnungstherapie und den Methoden der konventionell bewährten Medizin sowie mit traditionellen Verfahren aus der europäischen

Naturheilkunde und der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) (siehe Abb. 1).

Seit dem Jahr 2008 haben Patienten zusätzlich die Möglichkeit, ambulante und seit 2010 auch stationäre Behandlungsangebote der Traditionell Indischen Medizin (TIM) in Anspruch zu nehmen.

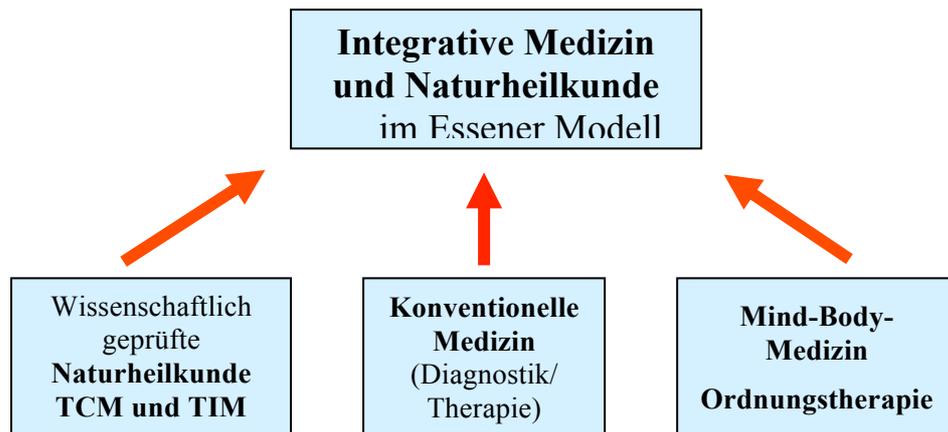


Abb. 1: Das Konzept der Integrativen Medizin und Naturheilkunde im Essener Modell (vgl. Dobos, 2006)

Die Essener Klinik stellt in Kombination mit dem angeschlossenen Lehrstuhl für Naturheilkunde an der Universität Duisburg-Essen europaweit ein Unikat dar und kann als prototypisch für die weitere Entwicklung von integrativ-medizinischen Ansätzen in Forschung, Lehre und Patientenversorgung gesehen werden. Klinik und Lehrstuhl bieten gemeinsam die ideale und modellbildhafte Möglichkeit, aktuelle wissenschaftlich evaluierte Forschungsergebnisse der Naturheilkunde, der Mind-Body-Medizin und der Ordnungstherapie in der klinischen und präventiven Versorgung umzusetzen als auch in der Aus- und Weiterbildung zu vermitteln.

Seit Eröffnung der Einrichtung wurden mehr als 10.000 Patienten stationär, teilstationär und ambulant behandelt. Im Oktober 2004 wurde nach 5-jähriger Evaluation durch einen unabhängigen Wissenschaftsbeirat der in Deutschland bisher einzige Lehrstuhl für Naturheilkunde mit dem Schwerpunkt Integrative Medizin an der Universität Duisburg-Essen etabliert. Neben der Patientenversorgung und der wissenschaftlichen Evaluation gehören die Durchführung universitärer Lehrangebote (mit der Abdeckung eines kompletten

Querschnittsbereichs an der medizinischen Fakultät) ebenso wie das Angebot von Weiterbildungen zu den Aufgaben von Klinik und Lehrstuhl. Dazu zählt die jährlich stattfindende Mind-Body-Medizin Summer School und das darauf aufbauende, einjährige mind-body-medizinische Vertiefungsseminar für Ärzte und andere Akademiker, die im medizinischen und sozialen Bereich tätig sind und sich weiter qualifizieren möchten (siehe III, 3). Des Weiteren bietet die Einrichtung von der Landesärztekammer zertifizierte Weiterbildungskurse für Ärzte zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Naturheilkunde“ an.

Hintergründe zur Entwicklung des Konzepts

In Orientierung an die Leistungen und Erfahrungen der Arbeitsgruppe um Dieter Melchart am „Zentrum für Naturheilkundliche Forschung der TU München“ hinsichtlich der Ordnungstherapie sowie in Anlehnung an die Arbeitsinitiativen von Malte Bühring am „Lehrstuhl für Naturheilkunde des Universitätsklinikums Benjamin Franklin“ in Berlin konnte die Essener Klinik für Integrative Medizin ihre individuelle konzeptionelle Arbeit anknüpfen und aufbauen.

Im Bereich der Mind-Body-Medizin besteht der transatlantische Kontakt und regelmäßige Austausch mit dem „Benson Henry Institute for Mind Body Medicine“ an der Harvard Medical School in Boston sowie zu dem von Jon Kabat-Zinn an der University of Massachusetts Medical School gegründeten „Center for Mindfulness“ in Worcester. Im Verlauf der mehrjährigen Zusammenarbeit mit den Instituten in Boston und Worcester wurden die Konzepte der US-amerikanischen Mind-Body-Medizin mit den Elementen der naturheilkundlichen Ordnungstherapie aus dem deutschen Raum zu einem Gesamtkonzept im „Essener Modell“ zusammengefügt. Durch Modifizierung wurden sie auf den (teil)stationären klinischen Alltag im deutschen Krankenhaus-Setting zugeschnitten. Derzeit werden weitere Schritte unternommen, um sie auf den ambulanten Bereich der Patientenversorgung zu übertragen und dort zu etablieren (siehe III).

Der Terminus „Integrative Medizin“ verdeutlicht bereits den Anspruch an Ganzheitlichkeit. Seitdem es im Mittelalter, unter anderem durch den Philosophen und Naturwissenschaftler René Descartes (1596-1650), mit der Formulierung des Grundsatzes: „*Im Körper ist nichts, was zum Geist gehört und im Geist nichts, was zum Körper gehört.*“ zu einer Auflösung des Einheitsverständnisses und durch die Newtonsche Physik zur Kreation eines mechanistischen Weltbildes

gekommen war (vgl. Bittscheidt, 2010), verlagerte sich in der Moderne der Fokus medizinischer und gesundheitsbildnerischer Ansätze primär auf die Behandlung von Krankheiten sowie auf die Vermeidung von Gesundheit gefährdenden Verhaltensweisen, um mögliche Risikofaktoren zu minimieren. Die mind-body-medizinische Herangehensweise im Essener Modell orientiert sich in Ergänzung zu diesen Ansätzen an den Fähigkeiten von Menschen zu Selbstfürsorge und Selbstheilung, indem sie ihnen Unterstützung bietet, ihre gesunden körperlichen, psychischen und geistigen Anteile zu aktivieren und zu entwickeln (Dobos et al., 2006). Dabei versteht sich die Mind-Body-Medizin ausdrücklich nicht als Alternative zur konventionell bewährten Medizin. Vielmehr hält sie zusätzlich ressourcenorientierte Methoden bereit, die nach individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten der Patienten vom interdisziplinär zusammenarbeitenden Fachpersonal (siehe 2.5.4) der Essener Klinik empfohlen und gemeinsam mit den Patienten erarbeitet werden können.

Nicht zuletzt unter Berücksichtigung gesundheitspolitischer Hintergründe wurden spezifische ordnungstherapeutische Methoden zusammen mit Techniken und Programmen der MBM als verhaltensorientierte Ansätze zur selbsthilfezentrierten, psychoedukatorischen Lebensstilmodifikation in die medizinische Praxis und Forschung integriert. In Studien konnten durch mind-body-medizinische Interventionen und ordnungstherapeutisch-naturheilkundliche Maßnahmen in Kombination mit Behandlungsformen der konventionell bewährten Medizin signifikante Effekte bei folgenden Beschwerden und Erkrankungen nachgewiesen werden:

- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (Elsenbruch et al., 2005);
- Bluthochdruck (Linden und Chambers, 1994);
- Rehabilitation bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Dusseldorp et al., 1999; Linden et al., 1996);
- Onkologische Erkrankungen (Meyer und Mark, 1995);
- Inkontinenz (Weatherall, 1999);
- Vorbereitung vor chirurgischen Eingriffen (Devine, 1992; Johnston, 1993);
- Schlafstörungen (Murtagh und Greenwood, 1995);
- Kopfschmerz (Haddock et al., 1997; Holroyd und Penzien, 1990);

- Chronische Rückenschmerzen (LWS; van Tulder et al., 2000);
- Arthritis (Superio-Cabuslay, 1996).

Integrativer Ansatz

Der integrativ-medizinische Ansatz im Essener Modell vollzieht den Schritt von einer diversifizierten und spezialisierten Herangehensweise, bei der die verschiedenen Fachdisziplinen, Heilverfahren und Diagnosen gesondert und oft unabhängig voneinander betrachtet werden, zu einem transtheoretischen, integralen Verständnis von Heilkunde und Gesundheit, in dem die integrierten Fachrichtungen, Verfahren und Programme ihr Potential miteinander verbinden und sich so zu einer für die Patienten heilsamen Einheit entfalten können. In dieser Herangehensweise steht nicht die jeweilige Erkrankung in ihrer Diagnose und Symptomatik im Vordergrund, sondern der erkrankte Mensch in seiner individuellen Lebenssituation und Biographie, der das Potential zu Heilung und Gesundheit bereits in sich trägt. Durch die Möglichkeit der bewussten Vernetzung können die Module und Methoden im Essener Modell auf die individuellen Voraussetzungen und Störungen – und insbesondere auf die personenspezifischen Ressourcen und Bedürfnisse – abgestimmt werden.

Das Bestreben aller ordnungstherapeutischen MBM-Interventionen ist die Anregung zu Selbstfürsorge, zum Aufbau einer nachhaltig gesundheitsförderlichen Lebensordnung in ihrem Alltag. Damit knüpfen sie an die europäischen und asiatischen Naturheiltraditionen an, in denen gesundheitsfördernde Lebensstilelemente fester Bestandteil der Interventionen waren und sind (siehe 2.1). In der europäischen Naturheilkunde werden sie unter dem Begriff der „Ordnungstherapie“ zusammengefasst, während für ähnliche und zum Teil identische Ansätze im Kontext der Integrativen Medizin US-amerikanischer Prägung der Begriff der „Mind-Body-Medizin“ verwendet wird (Paul und Franken, 2006). Teilweise werden die beiden Begriffe daher synonym verwendet, so wie in dieser Arbeit auch.

Umsetzung in der Essener Klinik für Integrative Medizin

Im klinischen Alltag bilden Konzepte, die den Lebensstil berücksichtigen, noch die Ausnahme. An der Essener Klinik haben Patienten bereits seit zehn Jahren die Möglichkeit, in einer (teil)stationären Behandlung auch mind-body-medizinische Angebote wahrzunehmen. In Patientenseminaren werden hierbei Informationen

und Handlungsanleitungen zur gesundheitsförderlichen Lebensstilgestaltung in den Bereichen Ernährung, Bewegung, zur Unterstützung des sozialen Miteinanders sowie zur Bewältigung von Stress und Belastungen vermittelt. Neben Anregungen zur kognitiven und emotionalen Neustrukturierung in Bezug auf dysfunktionale Einstellungen gehören die Förderung von Achtsamkeit, verstanden als Anregung zu einer nicht wertenden, selbstreflexiven Form der Wahrnehmung des Gegenwärtigen, aus einer akzeptierenden Grundhaltung heraus, zum wesentlichen Bestandteil des Klinikkonzeptes. Im Klinikalltag äußert sich das Prinzip der Achtsamkeit (siehe 2.4) zudem in einer angestrebten Grundhaltung den Patienten, den Kollegen und der eigenen Person gegenüber, die sich durch eine präsen- te, zugewandte und wertschätzende Kommunikationskultur charakterisieren lässt.

Stationärer Klinikaufenthalt

Mit den Kostenträgern wurde das Klinikkonzept mit einer Aufenthaltsdauer von etwa zwei Wochen abgestimmt. Die Klinik ist als Krankenhaus der Akutversorgung im Krankenhausbedarfsplan des Landes aufgeführt und hat Behandlungsauftrag und Zulassung für die folgenden Indikationen:

- Herz-Kreislauf-Krankheiten
- Magen-Darm-Erkrankungen
- Akute und chronische Schmerzerkrankungen
- Entzündliche und degenerative Skeletterkrankungen
- Zustand nach onkologischen Erkrankungen

Teilstationäres Tagesklinikprogramm

Nach dem stationären Aufenthalt besteht für die Patienten das Angebot, an einem zehnwöchigen, teilstationären tagesklinischen Anschlussprogramm von zehn Mal sechs Stunden pro Woche teilzunehmen, welches ebenfalls von den Krankenkassen finanziert wird. Hier wird mit den Patienten gemeinsam eine Basis geschaffen, die ihnen helfen soll, das Kennengelernte und Erprobte in ihren Alltag zu etablieren.

2.1 Historische Wurzeln und Hintergründe

„Wir alle werden krank, immer wieder krank, und wir blühen immer wieder auf zu tausendfältiger Gesundheit! Jedermann ist daher selbst verantwortlich. Jeder sollte nicht nur die Grenzen und Abstufungen von Gesundheit kennen, sondern auch die Möglichkeiten seiner Gesunderhaltung sowie seiner Wiederherstellung von Gesundheit.“

(Paracelsus, in Schipperges, 2003)

Die Wurzeln des Essener Modells für Integrative Medizin

Die Verbindung ursprünglich verschiedener Modelle und Systeme der Medizin und Naturheilkunde, so wie sie im „Essener Modell für Integrative Medizin und Naturheilkunde“ aus einer Synthese der konventionell westlichen Medizin, der Europäischen Naturheilkunde und der Traditionellen Chinesischen sowie der Indischen Medizin zusammen mit der modernen Ordnungstherapie und der anglo-amerikanischen Mind-Body-Medizin praktiziert wird, hat zu dem Terminus der „*Integrativen Medizin*“ geführt. In diesem jungen medizinischen Ansatz wird das Wissen um das Zusammenwirken von Geist, Seele, Körper und Verhalten gezielt genutzt, um dadurch menschliche Potentiale zur Entwicklung von Gesundheit und Heilung bewusst fördern zu können.

Die Bezeichnung „Integrativ“ verdeutlicht bereits den Anspruch an Ganzheitlichkeit, welcher sich auch darin widerspiegelt, dass im US-amerikanischen Raum, mitunter alternativ, von der *holistischen Mind-Body-Medizin* gesprochen wird. Dies deutet darauf hin, dass die zuvor einzeln erwähnten Medizinmodelle und -systeme derzeit teilweise verschmelzen oder gelegentlich synonym verwendet werden (Esch, 2008). In den USA ist die Zusammenführung komplementärmedizinischer Ansätze mit konventionellen medizinischen Verfahren keine Seltenheit mehr. An renommierten Fakultäten und Kliniken wie der Stanford University, der Harvard Medical School und am Sloan Kettering Memorial Hospital in New York wird diese Integration ganzheitlich-systemischer Ansätze, die altes Wissen mit neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen und Methoden verbinden, seit Jahren erfolgreich praktiziert. In Europa war die im Jahre 1999 an den Kliniken Essen-Mitte gegründete Modellklinik für Innere Medizin die erste mit dem Schwerpunkt Integrative Medizin und Naturheilkunde.

Im „Essener Modell“ erfährt das bio-physiologisch dominierte Verständnis der konventionellen Schulmedizin des 18. und 19. Jahrhunderts eine Erweiterung um

die Aspekte von Geist, Gefühlen, das Eingebundensein in soziale und natürliche (ökologische) Beziehungen als auch um die Dimensionen der Spiritualität, so wie es in den traditionellen, naturheilkundlichen Gesundheitssystemen bereits vor Jahrtausenden der Fall gewesen ist.

Dieses Prinzip lässt sich als kultur- und epochenübergreifendes Merkmal der verschiedenen Medizin- und Gesundheitsbildungssysteme identifizieren. Im Folgenden werden die wichtigsten Konzepte aus dem europäischen und aus dem asiatischen Raum kurz vorgestellt.

Konzepte der europäischen und asiatischen Gesundheitsbildung und Naturheilkunde

Das **Indische Ayurveda** gilt als die älteste ganzheitliche Gesundheitslehre und natürliche Heilkunst der Welt. Sie wird teilweise als die „Mutter“ bzw. der „Vater“ aller Heilsysteme bezeichnet. Ihre Ursprünge reichen bis etwa **2500 Jahre vor Christus** zurück. Der Begriff stammt aus dem indischen Sanskrit und setzt sich aus den beiden Wörtern *Ayus* (Leben) und *Veda* (Wissen) zusammen. Das „Wissen bzw. die Weisheit vom langen Leben“ findet sich in den Veden, den Schriften der altindischen Religionen (zwischen 4500 und 1200 v. Chr.). Der Veda wurde von den Gelehrten der vedischen Zeitepoche als „stille Intelligenz der Natur“ – als Ur- und Ordnungsprinzip der Evolution gesehen. Eine der Grundregeln der ayurvedischen Philosophie lautet in der literarischen Sammlung der Veden: *„Was immer wir selbst tun können, um unsere eigene Gesundheit zu stärken, wirkt besser als das, was andere für uns tun“* (Frawley, 2001). Aus diesem Grunde bildeten ausgefeilte Pläne zur Ordnung und Strukturierung des Tagesablaufs und spezielle Handlungsanleitungen zur Kultivierung einer gesundheitsförderlichen Lebensweise die Basis der indischen Gesundheitslehre. Die Behandlung von Krankheiten wurde erst mehrere hundert Jahre später beschrieben.

Gesundheitsbildung durch Selbstfürsorge war und ist auch hier das leitende Prinzip, wenn es um die drei zu ordnenden und auszugleichenden Temperamente (Doshas) geht, die dem Indischen Ayurveda zu Grunde liegen. In der Typologie werden die drei Doshas als verschiedene Lebensenergien wie folgt unterschieden:

- Vata (Wind, Luft und Äther Pneuma), das Bewegungsprinzip
- Pitta (Feuer und Wasser, *Chole*), das Feuer- bzw. Stoffwechselprinzip
- Kapha (Erde und Wasser, *Phlegma*), das Strukturprinzip

Sind die drei Doshas als Dreiklang der Persönlichkeit miteinander in Harmonie, entsteht der indischen Philosophie gemäß Gesundheit.

Die **Traditionelle Chinesische Medizin** (TCM) ist ein seit den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts vereinfachtes und standardisiertes Konstrukt der etwa **über 2500 Jahre alten Heilkunst und Gesundheitslehre der Chinesischen Medizin**. Das *Huangdi Neijing* (Das Innere Buch des Gelben Kaisers), als wichtigstes Werk der chinesischen Medizingeschichte, wird in seiner Bedeutung mit dem „Corpus Hippocraticus“ der europäischen Antike verglichen. Das so genannte Entsprechungsdenken zwischen Makro- und Mikrokosmos bildet die Grundlage der chinesisch-philosophischen und der medizinisch-theoretischen Vorstellungen, die vom Daoismus und Konfuzianismus geprägt wurden. Das Hauptaugenmerk der Daoisten lag auf der Beziehung von Mensch und Natur und damit in der Gesinnung, dass durch ein Leben im Einklang mit der Natur auch körperlich-geistige Harmonie erreicht werden kann. Dem konfuzianischen Gedankengut entsprechend ergab sich die körperlich-geistige Harmonie aus einem moralisch-korrekten Leben des Menschen im Einklang mit der Gesellschaft (Unschuld, 1986).

Die Uridee vom Qi¹, welche näherungsweise als „Lebenskraft(-energie)“ verstanden werden kann, die nicht nur den Organismus harmonisch durchfließt und dabei gesund erhält, sondern auch als kosmische Energie zu verstehen ist, wurde durch zwei weitere Grundkonzepte der Chinesischen Medizin verfeinert. Dies sind *yin – yang* und *wu xing*, die „Fünf Wandlungsphasen“ (Unschuld, 1980), welche anders als yin und yang keine komplementären Gegensätze, sondern zeitliche Abläufe und rhythmische Strukturen eines Beziehungsgeflechtes zu einem System von Entsprechungen zusammenfasst. Im 4. Jahrhundert vor Christus kamen chinesische Philosophen zu der Erkenntnis, dass allen Erscheinungen dieser Welt ein polares Prinzip inne wohne, welches sowohl entgegen gesetzte als auch sich er-

¹ Übersetzungen wie Lebensenergie, Kraft, Temperament, Atmosphäre erfassen nur Teilbereiche dieses zwischen Sein und Schein oszillierenden Begriffes (Tao, 2008). Gudula Linck beschreibt die Allgegenwärtigkeit des Qi wie folgt: „So stellen sich Werden und Vergehen als Folge beständiger Wandlungen des qi dar, zwischen seinen beiden Polen feinsten Zerstreung (Leere, yang) auf der einen Seite und extremer Verdichtung (Fülle, yin) auf der anderen.“

gänzende Aspekte in sich vereine. Das dynamische Wechselspiel der polaren Kräfte yin und yang wurde dabei als Urwesen jeder Erscheinungsform, jeder Existenz betrachtet (vgl. Tao, 2008): Männlich und weiblich, Logos und Mythos, aktiv und passiv, Tag und Nacht, Körper und Geist – jedem Phänomen steht ein anderes diametral gegenüber und bildet so ein Gegensatzpaar. Die Konzepte *yin yang* und *die Fünf Wandlungsphasen* entwickelten sich zu einem alle Ebenen des menschlichen Seins durchdringenden Ordnungsprinzip.

„Das Tao brachte Yin und das Yang hervor. Das Gleichgewicht zwischen Yin und Yang, das freie, rhythmische Fließen des Qi, das den beständigen Wandel zwischen Yin und Yang hervorbringt, ist Leben – ist Gesundheit“, so äußert sich die Ärztin und TCM-Therapeutin Beate Maul (2010). In ihrem Vortrag auf dem Mannheimer TCM-Kongress beschreibt sie, wie die schöpferische Kraft des Qi zwei einander entgegen gesetzte Pole in einer rhythmisch pulsierenden Umstülpungsbewegung harmonisch miteinander vereint und so – durch deren ständiges Wechselspiel – Ordnung, Gesundheit und Heilung be- und entstehen.

Die rhythmisch pulsierende Umstülpungsbewegung als Eigendynamik des Qi, welche bereits Rudolf Steiner, ausgehend von seinen kontemplativen Beobachtungen der Natur, in der Anthroposophie beschrieb, wurde u. a. von Paul Schatz und Naoki Yoshimoto (Shinsey Mystery) auf eine wissenschaftliche Basis gestellt (Schatz, 2008). Mit Lineal (als männlicher Schöpfungsimpuls) und Zirkel (als weiblicher Schöpfungsimpuls) gelang es den Wissenschaftlern, eine rhythmisch pulsierende Umstülpungsbewegung zu konstruieren, durch die das 2500 Jahre alte Rätsel der Volumenverdoppelung des Würfels eine Lösung fand. „Die Umstülpbarkeit von Festkörpern (*Definition: Wenn das Innere eines Körpers nach außen gestülpt wird oder das äußere nach innen, spricht man von Umstülpung*) kann als ein der Materie innewohnendes Geheimnis und deren direkte, mathematisch beleg- und erfahrbare Verbindung zum Geistigen gesehen werden“, (ders., 2010). Gleichzeitig beinhaltet dieses Phänomen einen möglichen Schlüssel zum Verständnis von Qi und dessen harmonisch fließenden, weil rhythmisch pulsierenden Umwandlungskraft von Yin (dem Körperlichen) zu Yang (dem Geistigen). Der Takt- und Ordnungsgeber dieses dynamisch pulsierenden Prozesses ist, der chinesischen Philosophie entsprechend der Kaiser bzw. das Herz, welcher auf der Ebene des Nicht-Stofflichen – des Bewusstseins, den Geist (chinesisch: *cang shen*) beherbergt.

Welche Bedeutung haben diese Entdeckungen für den Kontext von Medizin und Gesundheitsbildung? Sie fordern uns auf zu einer Rückbesinnung auf eine ganzheitlich ausgerichtete Herangehensweise, so wie sie in der Chinesischen Medizin seit Jahrtausenden – und im Essener Modell in der Moderne – umgesetzt wird. Hier findet das Zusammenspiel der stofflichen und der nicht-stofflichen Dimensionen des Menschseins in ihren Auswirkungen auf Gesundheit und Krankheit gleichermaßen Beachtung.

Krankheit ist der Chinesischen Medizin zu Folge zunächst eine Störung des funktionellen Gleichgewichts des Organismus, welches durch die Förderung des harmonischen Flusses des Qi wieder hergestellt werden soll. Fließt das Qi gleichmäßig und in ausreichender Menge in den Leitbahnen, den sog. Meridianen, herrscht Ordnung und die organismischen Funktionen sind gewährleistet. Wird der harmonische Fluss gestört, entsteht im Körper eine Disharmonie. Dies ist z.B. der Fall, wenn durch Überlastung das Qi im Mangel ist oder durch dysfunktionale Haltungen sein freier Fluss behindert wird. Im Fall eines Mangels wird der Körper im Sinne der Selbstregulation angeregt, diesen aufzufüllen. Gestautes Qi wird zum Beispiel durch den Akupunkturreiz zum Fließen gebracht.

Jede Form der Chinesischen Heilkunde stellt das Bemühen dar, einen Ausgleich herbeizuführen und den harmonischen Fluss des Qi zu stärken. Neben spezifischen Behandlungen nach individueller Anamnese, Puls- und Zungendiagnostik richtet sich die Übernahme von gesundheitlicher Selbstfürsorge auf den Bereich der Ernährung (Diätetik nach den Fünf Elementen), eine regelmäßige Bewegung und Selbstkultivierung durch Qi Gong, Taiji, sowie durch Daoyin-Atemübungen als auch durch manuelle Selbstanwendungen wie Akupressur und Tuina-Techniken.

In der **Europäischen Naturheilkunde, zur Zeit der altertümlichen Antike** vor über 2000 Jahren, zu Zeiten **Hippokrates von Kos** (460–370 v. Chr.), wurde das Gesundheitsverständnis identisch gesetzt mit einem Leben des Menschen in Einklang mit der Natur. Das zentrale Anliegen bestand hier darin, dass die Naturheilkraft die Gesundheit des Menschen wiederherstellen soll (Bircher-Benner, 1935). Da die Krankheitsursachen hauptsächlich „in der Lebensführung“ lägen, mussten die „Heilmaßnahmen des Arztes“ dort ansetzen, indem er den Menschen dabei helfe, jene innere Ordnung wieder herzustellen, die bei ihnen durch einen unaus-

gewogenen, unnatürlichen Lebensstil aus dem Gleichgewicht geraten war (Ders., 1935).

Daher galten Anleitungen zur gesunden Lebensführung, wie aus dem „Corpus Hippocraticus“ ersichtlich, als wichtiger Teil einer medizinischen Behandlung (Hippokrates, 1994). Unter "DIAITA" verstand Hippokrates nicht nur „Diät“, im Sinne einer Ernährungslehre, sondern die gesamte Lebensweise des Menschen. Es entspricht dem umfassenden Gesundheitsverständnis der alten Griechen, das die «Diaita» Aspekte aus allen Lebensbereichen umfasst, die nicht nur einzeln, sondern auch in Beziehung zueinander betrachtet wurden. Regelkreise zur gesunden Lebensführung bildeten ein vernetztes System, das nur in Harmonie und Kooperation wirksam werden konnte. Der sorgsame Umgang mit den „Gemütsbewegungen“ wurde von den Ärzten der Antike in die Handlungsanleitungen für eine gesunde Lebensordnung mit einbezogen. Gemäß den Anweisungen der Diaita ist der ganze Tagesablauf dem Erhalt der eigenen Gesundheit gewidmet. Grosse Bedeutung wurde der Selbsterkenntnis und Selbstbeobachtung zugeschrieben, um Zeichen des Unbehagens oder gar der Krankheit wahrnehmen zu können, sobald sie sich bemerkbar machen, um die Lebensweise dementsprechend anzupassen (Haug, 1991).

Als Begründer der Medizin zur Wissenschaft wurden Hippokrates besondere Heilkräfte nachgesagt. Er selbst sah seine ärztliche Kunst insbesondere unter dem Aspekt der Anregung zu Selbstfürsorge: *„Wenn ein Mensch Gesundheit sucht, dann frage ihn erst, ob er bereit ist, künftig auch die Ursachen seiner Krankheit zu beseitigen. Nur wenn er dies bejaht, darfst Du ihm helfen“*, (Hippokrates, 1994).

Auf der Insel Kos gründete Hippokrates eine Ärzteschule, in der über 60 heilkundliche Schriften der Antike entstanden. Die Gesundheitsbildung seiner Zeit bezog sich auf die Kultivierung des persönlichen Lebensstils (diaita privata), welche gleichzeitig in allen Punkten auf die öffentliche Gesundheitspflege (diaita publica) übergriff und sich in kleinen, überschaubaren Gemeinschaften (diaita communis) umsetzen ließ.

Im frühen christlichen Welt- und Gesundheitsverständnis, etwa um 500 nach Christus, stand die seelische Gesundheit im Vordergrund. Die Lex Benedicta, welche sich als umfassende christliche Lebensordnung verstehen lassen, haben als „Regeln des Heiligen Benedikt von Nursia“ die frühchristliche Gesundheitsbil-

dung entscheidend beeinflusst (Haug, 1991). Bei ihrer Verfassung stützte sich der Heilige Benedikt auf seine profunden Kenntnisse der antiken Gesundheitslehre und übertrug diese auf die christlichen Prinzipien. Getreu dem christlichen Grundsatz „ora et labora“ verlegt er die Notwendigkeit der körperlichen Bewegung auf die physische Arbeit und äußert sich ausführlich über die Ernährung und gar über die richtige Art zu schlafen.

Im Mittelalter prägte u. a. die Mystikerin **Hildegard von Bingen** (1098-1179) entscheidend das Verständnis von Gesundheit und deren Heilkunde. Ihre Werke befassen sich mit Religion, Medizin, Musik, Ethik und Kosmologie. Die Entwicklung ihrer Heilkunde, die seit dem 20. Jahrhundert als „Hildegard-Medizin“ bezeichnet, angewandt und in der deutschen Bevölkerung populär wurde, erwuchs aus ihren persönlichen Erfahrungs- und Erkenntniswerten, die sie bereits als Kind und schwer kranke Frau mit ihrer Aufgabe als Äbtissin des Benediktinerklosters in Bingen verband (Schäfer, 2010). Ihre Gesundheitslehre war wesentlich geprägt vom Geist der Heiligen Schrift und der Benediktusregel. Diese haben zwar keinerlei Behandlungsmethoden oder Heiltechniken überliefert, wohl aber ein Bild des gesunden und des kranken Menschen, mit konkreten Anleitungen zu einer gesunden Lebensordnung und Lebensführung sowie einer Kunde vom Heil und der Heilung des Menschen.

Nähere Ausführungen zu ihrer „Natur- und Heilkunde“ beziehen sich im Folgenden auf den von Schwester Philippa Rath (2011) verfassten Text auf der Internetseite der Benediktinerinnenabtei St. Hildegard:

Hildegard von Bingens naturkundliche und medizinische Schriften entstanden zwischen 1150 und 1160. Sie sind Kompilationen aus volkskundlichen Erfahrungen, antiker Überlieferung und benediktinischer Traditionen, die sie zusammen mit ihrer eigenen visionären Lebenserkenntnis in ein Gesamtkonzept brachte und niederschrieb. Das Originalwerk Hildegards trug den Titel "Das Buch von den Geheimnissen der verschiedenen Naturen der Geschöpfe" (Liber subtilitatum diversarum naturarum creaturarum). In ihrem Werk versuchte Hildegard von Bingen die antike Kosmologie und Humoralpathologie mit der christlichen Schöpfungs- und Erlösungslehre zu verbinden. Zur Begründung ihrer Heilkunde ging sie zurück bis zur Erschaffung der Welt, um damit die besondere Stellung des Menschen im Kosmos und seine Heilsbestimmung zu betonen, die sie in der ur-

sprünglichen Harmonie des Menschen mit Gott und dem ganzen Kosmos sah. Krankheit stellte in Hildegard von Bingens Denken keinen Prozess, sondern eine Ermangelung und Verfehlung des menschlichen Wesens, seiner Natur dar – und damit auch ein existentielles Defizit. Aufgabe der Heilkunst und Gesundheitslehre war es angesichts dessen, dem Menschen den Weg zurück zum umfassenden Heil, zur "restitutio", zu ermöglichen. Sich im Alltag einer festen Lebensregel zu unterwerfen, gehörte zu den Prinzipien eines vernünftigen Lebensstils – zu einer ausgewogenen Lebensordnung, die man sich selber gibt oder von einem anderen annimmt.

In Verbindung mit den Anweisungen zu einer inneren Lebensordnung hat Hildegard von Bingen 280 Pflanzen und Bäume katalogisiert und in ihrer Anwendung bei Krankheiten beschrieben. In Hildegard von Bingens Heilkunde ging es jedoch weniger um eine therapeutische Korrektur, als vielmehr um die Hinwendung zu einer sinnvollen und maßvollen Lebensführung (restitutio ad integritatem). Eine solche Lebensführung ist dem Menschen ganz natürlich (LDO IV, 73: *ei naturale est*). Denn alle Natur will von Natur aus zur Kultur.

Als wichtige Heilmittel betrachtete Hildegard von Bingen die heilsamen Kräfte im Wort und in der Musik, vor allem aber auch die persönliche Zuwendung zum Kranken: „*Wie könnt ihr Heilmittel verabreichen, ohne eure Tugend dazu zu tun!*“

Was Hildegard von Bingens Heilkunde auszeichnet, ist eine gelungene Synthese der antiken „*techne therapeutike*“ mit dem christlichen Geist der "humanitas" und der "misericordia". Das Ethos liegt hier in jener Barmherzigkeit, die einer für den anderen aufzubringen bereit ist und sich in dem Leitbild der "misericordia" symbolisiert. Das Mitgefühl, welches aus der Hinwendung zum anderen erwächst, verkörpere die Mitmenschlichkeit, die dem Heil dienen soll. „*Diese Barmherzigkeit trägt bei Hildegard das grüne Gewand der "viriditas", der Grünkraft, als elementare Lebenskraft*“, wie es Ordensschwester Philippa Rath (2011) ausdrückt.

In der **beginnenden Neuzeit** gilt Theophrastus Bombastus von Hohenheim (1493-1541), der sich später **Paracelsus** nannte, als bekannter Arzt. Er vertrat eine Gesundheitslehre, in der Störungen der wesenseigenen Spiritualität (*spiritus*, lat: Geist) und äußere Einflüsse durch Naturgegebenheiten im Mittelpunkt standen. Dabei sprach er von einer *vis vitalis*, einer Lebensenergie – als alle Ebenen des Seins verbindendes und durchdringendes Element. Dies erinnert wiederum an die

2500 Jahre alte Lehre vom *Qi* in der chinesischen Medizin – vergleichbar bzw. identisch mit dem Begriff *Prana* aus dem indischen Sanskrit oder dem griechischen *Pneuma*. So erklärt die Quantenphysik das energetische Wechselspiel der Kräfte zwischen dem menschlichen Organismus und seiner universellen Lebenswelt durch die *Lichtenergie* (Biophotonen).

Die Heilkunst und Gesundheitslehre des Paracelsus fußten auf Natur- und Gotteserkenntnis. Zum Verständnis aller Dinge und damit auch zur Entstehung von Gesundheit nutzte er einerseits empirische Befunde, zusätzlich hielt er jedoch die Betrachtung des Zusammenhangs eines Großen und Ganzen für entscheidend (vgl. Bittscheidt, 2010). Diese größere, umfassende Einheit bestand nach Paracelsus aus fünf Daseinsebenen:

1. ens astrale: der Kosmos der Zeitlichkeit, der Geschichte und des biographischen Schicksals
2. ens veneni: der Bereich der Umwelt, respektive der Umwelteinflüsse
3. ens naturale: die Ebene des Organismus
4. ens spirituale: der Bereich des psycho-sozialen Kontextes
5. ens Dei: das absolute, alles verbindende Bezugssystem

Gott war demnach nicht der einzige Bezugspunkt für die menschliche Gesundheit; vielmehr offenbarte er sich in der Natur, um dem Menschen auf diese Weise gute und schlechte Entwicklungsmöglichkeiten zu offenbaren, aus denen dieser sich den guten – den seiner Gesundheit dienlichen, zuwenden sollte (Haug, 1991).

Obwohl Paracelsus Willen und Vernunft des Menschen stärker betonte als die frühchristlichen Gesundheitsgelehrten, ging er von einer göttlichen Ordnung aus, die den Dingen und damit auch der Gesundheit zu Grunde läge. Dies änderte sich im Zeitalter der Aufklärung. Hier ist es nicht mehr Gott, der die Dinge in der Umgebung des Individuums ordnet, sondern das Individuum selbst. „*Der Mensch wird zum 'weltoffenen Wesen', das aus seiner selbstverschuldeten Unmündigkeit herausgeführt werden muss, um seine in ihm schlummernden Potentiale und Fähigkeiten entfalten zu können*“ (Haug, 1919, S 111).

Resümee

Lässt man den Blick über den „historischen Abriss“ der Zeit-Epochen aus 2500 Jahren Heilkunst und Gesundheitsbildung schweifen, so finden sich hierin grundlegende Themen und Inhalte der modernen, naturheilkundlichen Ordnungstherapie wieder, die zusammen mit den Ansätzen der amerikanischen Mind-Body-Medizin das Essener Modell der Integrativen Medizin und Naturheilkunde ausmachen. Im Folgenden sollen diese beiden einander ergänzenden und zum Teil identischen Ansätze eine nähere Vorstellung finden.

2.1.1 Entwicklung der Ordnungstherapie

Im 19. Jahrhundert führte die Entdeckung der Zelle und der Mikroorganismen zu der Vorstellung, dass die Lebensvorgänge und deren Ordnung vornehmlich auf physikalischen und chemischen Prozessen beruhen, die kausal konzipierten Naturgesetzen folgen. Aus Perspektive der wissenschaftlich etablierten Medizin werden im Äußeren sichtbar werdende Störungen des Menschen in erster Linie als spezifische Erkrankungen fragmentierter Einzelteile (Organe, Zellen) behandelt und nicht als physischer Ausdruck der Störung des gesamten Menschen gesehen.

Pfarrer Sebastian Kneipp (1821-1897) lässt sich als einer der wichtigsten Vertreter eines Verständnisses der ganzheitlichen Naturheilkunst und Gesundheitsbildung betrachten, der im Zuge der Entwicklung einer auf Modernität und Wissenschaft ausgerichteten Konventionellen Medizin die Tradition der Anregung der Selbstheilungskräfte durch eine gesundheitsfürsorgliche Lebensweise aufrechterhielt. Mit dem Naturheilkundler aus Wörishofen sind heute insbesondere die Kneippschen Wasseranwendungen assoziiert, durch die er sich selbst von seiner Tuberkulose in der eiskalten Donau heilte. Ebenso viel Bedeutung innerhalb seiner Heilkunde hatten die richtige Ernährung, der Einsatz von Heilpflanzen und eine ausreichende Bewegung. Dabei erkannte auch er die Wechselwirkungen der menschlichen Einheit von Leib, Geist und Seele: *„Erst als ich Ordnung in die Seelen der Menschen brachte, besserten sich auch die körperlichen Gebrechen“*. Diesbezüglich regte er zu einer ausgewogenen und naturnahen Lebensführung an, die der erkannten Einheit gerecht werden sollte. Seine Patienten lehrte er: *„Im Maße liegt die Ordnung, jedes Zuviel und jedes Zuwenig setzt an die Stelle von Gesundheit Krankheit.“*

Franz Kleinschrod, einer der ersten Ärzte, die mit Kneipp zusammenarbeiteten, begann 1921 die einzelnen Elemente der Gesundheitslehre Kneipps nach naturwissenschaftlichen Prinzipien zu ordnen und symbolisierte diese Ordnung in einem Tempel, der zu dieser Zeit auf den folgenden drei Säulen ruhte: Ernährung, Bewegung, Hydro-Physikalische Therapie.

Der Schweizer Arzt und Ernährungsexperte **Max Bircher-Benner** (1867–1939), entwickelte auf Basis der Erkenntnisse von Sebastian Kneipp und der Arbeiten von Franz Kleinschrod eine umfassende Gesundheitslehre. Im Jahre 1937 prägte er die „Ordnungstherapie“ als Überbegriff für ein mehrdimensionales naturheilkundliches Therapiekonzept. Es basiert auf der Vorstellung, dass Gesundheit Ordnung im menschlichen Organismus (physisch und psychisch), in seiner Umwelt und im Tagesablauf bedeute. Krankheit entstehe durch Unordnung in mindestens einem dieser Bereiche (Melzer et al., 2004). Max Bircher-Benner wollte „Ordnung“ in die Lebensführung, d.h. in das Verhalten seiner Patienten, bringen und damit ihre Gesundheit fördern. Unter dem Titel „Die Ordnungsgesetze des Lebens“ veröffentlichte er drei Vorträge, in denen es u. a. heißt: *„Der Weg ist einfach: Ordne dein Leben, deine Ernährung nach den natürlichen Lebensgesetzen, gib deinem Körper sein Hautleben, seine harmonische Bewegung, sein Atmen in reiner Luft zurück, geh früh ins Bett und steh früh auf, lass geistige Kräfte deine Seele lenken. Dies ist der Heilungsweg der Lebensordnung: die Ordnungstherapie“*, (Bircher-Benner, 1938).

Die Einordnung der Ordnungstherapie als einen von fünf Teilbereichen in der Naturheilkunde ist auf den **Kneippianer J. H. Kaiser** zurückzuführen, der 1957 die Metapher der Säulen, auf denen die Lehre Kneipps beruhte, um zwei weitere Säulen erweiterte. Die Klassische Naturheilkunde wird seit dato von fünf Säulen getragen, zu denen auch die Ordnungstherapie zählt (Melzer et al., 2004):

Klassische Naturheilkunde

1. Ernährungstherapie
2. Bewegungstherapie
3. Hydro-/Physikalische Therapie
4. Pflanzenheilkunde
5. Ordnungstherapie

Abb. 2 (Paul, 2007)

In jedem dieser Bereiche ist das Ziel der Therapie, Menschen behilflich zu sein, in ihrem eigenen Alltag gesundheitsförderliche Lebensstilentscheidungen umzusetzen, um dadurch die Bedingungen für Ordnung und Harmonie im Leben zu optimieren. Die angestrebte und zu bewahrende Ordnung bezieht sich auf den Tagesablauf, auf angemessene Ernährung, Bewegung und Entspannung sowie auf das soziale Eingebundensein; auf Gefühle, Gedanken, Werte und Lebensziele bis hin zu spirituellen Fragen (Melzer, 2004). Damit entspricht sie ganz dem durch die WHO definierten aktuellen Gesundheitsbegriff, der von der Förderung der „Kompetenz zum Schutz der eigenen Gesundheit des einzelnen Menschen, der Familie und der Gemeinschaft“ spricht und darüber hinaus auch „eine gesunde und sichere natürliche, soziale und kulturelle Lebenswelt“ avisiert, (WHO, 2006).

Der in den achtziger Jahren von Dieter Melchart und seinem Expertenteam im Münchener Modell – heute Zentrum für naturheilkundliche Forschung an der TU München - entwickelte Ansatz sieht die Ordnungstherapie als gesundheitspädagogisches Konzept, welches insbesondere bei Patienten mit chronischen Erkrankungen zur Lebensstilmodifikation angezeigt und praktiziert wird:

Die Inhalte dieses strukturierten Gesundheitsbildungsansatzes sind:

- Entspannung und Stressreduktion
- Ernährung
- Bewegung
- Gesundheitspraxis im Alltag
- Selbsthilfestrategien

Im Mittelpunkt der Schulung steht das naturheilkundliche Übungsprinzip, um eine Verhaltensänderung zu initiieren. Es soll durch aktives Einüben von neuen Verhaltensweisen und Bewusstwerden von Zusammenhängen altes Verhalten modifiziert werden. Was zu Bircher-Benners Zeiten mit dem Begriff der „Ordnung“ charakterisiert wurde, finden wir heute eher durch Begriffe wie „Stressbewältigung“, „Work-Life-Balance“ und „ressourcenorientierte nachhaltige Lebensstilgestaltung“ beschrieben wieder.

Um die gesundheitsförderliche Komponente der „sozialen Unterstützung“ zu integrieren, finden ordnungstherapeutische Interventionen bevorzugt im Gruppensetting statt. So kamen etwa Psychiater der University of San Francisco in ihrer Forschungstätigkeit zur Funktionsweise des emotionalen Gehirns zu der Schlussfolgerung: *„Die (affektive) Beziehung ist ein ebenso reales und ebenso wichtiges Konzept wie jedes Medikament oder jede chirurgische Intervention“*, (Lewis et al. 2000). Im Positionspapier „Der Kardiologe“ (4/2008) werden psychosoziale Faktoren, wie das „Leben ohne Partner, der Verlust eines nahen Angehörigen sowie ein Mangel an emotionalem Rückhalt durch zuverlässige soziale Beziehungen“ als Bedingungen dargestellt, die zu einer Risikoverdopplung im Verlauf der koronaren Herzerkrankung führen. Hintergrund ist, dass unter diesen Bedingungen ein wichtiger Stresspuffer fehlt (vgl. Lett, et al., 2005). Das Eingebundensein einer Person in soziale Beziehungen gilt als eine der wichtigsten Ressourcen für Gesundheit, denn das Bedürfnis der Einbindung in liebevolle Beziehungen ist ein von der Evolution natürlich angelegtes Bedürfnis des Menschen (David Servan-Schreiber, 2004). Studienergebnisse verdeutlichen, dass sozial gut integrierte Menschen in Bezug auf Erkrankungs- und Sterblichkeitsraten sowie auf Blutdruck und Adrenalinpiegel deutlich bessere Werte aufweisen, dass sie Schmerzen besser bewältigen können, seltener Therapien abbrechen, eine höhere Adhärenz aufweisen und von medizinischen und psychologischen Interventionen mehr profitieren als sozial isolierte Menschen (vgl. Laireiter, 1992). Aus diesem Grunde ist die Gruppe das bevorzugte Setting der mind-body-medizinischen Maßnahmen. Sie kann zusätzlich als stress- und angstreduzierender Faktor wirken und beschleunigt dadurch die Heilung im ganzheitlichen Sinne. Studien des Mind-Body-Instituts der Harvard University haben Selbiges gezeigt: „social support“ ist ein wesentlicher Faktor für die Förderung der Gesundheit.

Hintergründe zu Forschungsaktivitäten

Da in Deutschland bisher keine öffentlichen Mittel zur Evaluation naturheilkundlich-ordnungstherapeutischer Interventionen verfügbar waren und sind, stehen hierzulande umfangreiche Studien für ihre Evidenz bisher noch aus. Aus diesem Grund bezieht sich die aktuelle Integrative Medizin, wie sie von der Essener Klinik vertreten wird, auf vergleichbare, evaluierte Interventionsprogramme der Mind-Body-Medizin (siehe 2.2), die in den USA entstanden, untersucht und zu Teilen in das Essener Modell integriert wurden.

Seitdem im Jahre 1998 an den National Institutes of Health (NIH) in Amerika das National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) eingerichtet wurde, vergibt die staatliche Einrichtung jährlich Fördergelder in Höhe von 140 Millionen Dollar für naturheilkundliche Forschung. In diesem Rahmen werden dort auch Studien zur Mind-Body-Medizin geplant, koordiniert und finanziert.

2.1.2 Entwicklung der Mind-Body-Medizin

In den siebziger und achtziger Jahren des letzten Jahrhunderts wurden in den USA neue Therapieprogramme entwickelt, die der Ordnungstherapie in ihrer Herangehensweise entsprechen bzw. diese ergänzen. Zu den Gemeinsamkeiten gehören der salutogenetische, ressourcenorientierte Ansatz und ein integrales Verständnis des Menschen in seiner bio-psycho-sozialen und spirituellen Einheit. In den 1990er Jahren wurden diese Konzepte von den National Institutes of Health (NIH) unter der Bezeichnung *Mind-Body-Medicine (MBM)* zusammengefasst. Bei den verwendeten MBM-Techniken wird gezielt die Interaktion zwischen Geist, Psyche, Körper und Verhalten genutzt, um die Selbstheilungskräfte des Individuums anzuregen.

Stressforschung als Basis

Ausschlaggebend für die Entwicklung der MBM war eine Reihe von neuen Erkenntnissen, deren Hauptquelle in der medizinischen Stressforschung lag. Man begann sich intensiv mit dem Phänomen Stress, insbesondere im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen, auseinanderzusetzen und ging dabei folgenden Fragen nach: Gibt es Zusammenhänge zwischen unserem Verhalten und der Reaktion unseres Immunsystems? – Welchen Einfluss können Verhalten, Kognitio-

nen, Einstellungen, Erwartungen oder Emotionen auf körperliche Symptome und Funktionen nehmen? – Entsteht Stress vielleicht durch die Bewertung einer Situation, in der wir uns befinden?

Die Bedeutung des Stresskonzeptes für Gesellschaft, Medizin und Wissenschaft hat in den letzten Jahren stetig zugenommen. Durch die moderne Stressforschung ist der Einfluss von Stress auf die Gesundheits- bzw. Krankheitsentstehung inzwischen allgemein anerkannt ist (Esch, 2002). Psychosozialen und mentalen Faktoren kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu.

Das moderne Stresskonzept und die wesentlichen Ursprünge der Mind-Body-Medizin lassen sich in den verhaltensmedizinischen Testlabors amerikanischer Universitäten finden: **Walter Cannon** untersuchte in den 1920er Jahren an der Harvard University den Zusammenhang zwischen Stress und neuroendokrinen Vorgängen. Er prägte dabei die Begriffe der „Fight- or Flight- Response“ (Kampf- oder Fluchtreaktion) und der „Homöostase“ als Fähigkeit des Organismus, sein inneres Gleichgewicht beizubehalten und nach störenden Reizen wieder zu erlangen, (Cannon, 1923).

In den 1930er bis 1950er Jahren entwickelte **Hans Selye** in Montreal eine physiologische Stresstheorie, die als grundlegend für das moderne Stresskonzept gilt (Selye, 1956).

Richard Lazarus (University of California, Berkeley) erkannte in den 1960er Jahren, dass die subjektive Bewertung einer Person und ihre subjektive Meinung darüber, ob sie über genügend eigene Ressourcen zur Bewältigung einer Anforderung verfügt, entscheidenden Einfluss auf den Verlauf einer Stressreaktion nehmen (vgl. Lazarus, 1966).

Wegweisend waren u. a. auch die Erkenntnisse aus der Forschung zur Psychoneuro(endokrino)immunologie, die ebenfalls in die Entwicklung der MBM mit einfließen: **Robert Ader** (University of Rochester) und **Nicholas Cohen** beschäftigten sich in den 1970er Jahren mit der detaillierten Erforschung der Zusammenhänge zwischen Psyche und Bewusstsein. Ihre Ergebnisse zur Konditionierbarkeit der Immunreaktion erweckten das Interesse zur näheren Untersuchung der Interaktionen von Psyche, Nervensystem, hormonellen Vorgängen und Immunsystem und trugen damit zur frühen Placebo-Forschung bei (Ader & Cohen 1975). Später fand man heraus, dass akute, über kurze Zeit andauernde Stresszustände bei gesunden Menschen in der Regel zu einer erhöhten bzw. verbesserten Reaktion des

Immunsystems führen (Richter et al. 1996), während chronische Stressbelastungen das Immunsystem deutlich schwächen (Cohen et al. 1991; Takkouche et al. 2001).

Heute wird der Terminus „Stress“ als ein Oberbegriff aufgefasst, welcher die Auswirkungen psychosozialer und umweltbedingter Faktoren, d.h. psychologische, soziale, biologische, physikalische sowie chemische Einflussgrößen, auf das körperliche und geistig-seelische Wohlbefinden zusammenfasst (Stefano, 2005). Dabei wird chronischer, also krank machender Stress, als „*Wahrnehmung einer Bedrohung des körperlichen oder seelischen Wohlbefindens – in gleichzeitiger Erwartung einer individuell unzureichenden Bewältigungsfähigkeit*“ gesehen, (Herbert Benson, 1998).

Mit den aus der Stress- und der Psycho-Neuro-Immunologie-Forschung gewonnenen Erkenntnissen nahm das Interesse an Methoden der Spannungsregulation, der Selbstwahrnehmung und Selbstfürsorge zu. Diesbezüglich nennt das NIH Interventionsstrategien wie: Yoga, Meditation, Tai Chi, Qi Gong, Progressive Muskelentspannung, Hypnose, Autogenes Training, Imaginationstechniken, kognitiv-behaviorale Techniken, Gruppenunterstützung und Spiritualität (NIH, 2006).

Einhergehend mit dieser Entwicklung wuchs auch das gesundheitspolitische Bewusstsein für präventive Strategien der Gesunderhaltung. Neben der Frage nach der Entstehung und Bekämpfung von Krankheiten gewann die Suche nach salutogenen Faktoren, die Gesundheit erhalten und fördern, an Bedeutung. So kam es, dass Mind-Body-Techniken als verhaltens- und lebensstilorientierte Ansätze in die bis dahin vorrangig somatisch orientierte medizinische Forschung und Praxis integriert wurden. Dabei gibt es offensichtlich Berührungspunkte zur psychosomatischen Medizin und zur Psychotherapie. MBM-Interventionen fokussieren jedoch weder tiefenpsychologisch, analytisch und Konflikt aufdeckend, noch konzentrieren sie sich primär auf die Suche nach Erklärungen für dysfunktional beschriebenes Verhalten. Sie zielen vielmehr in konstruktiver Weise auf psychoedukatorisch initiierte Anregungen zur ressourcenorientierten Entwicklung gesundheitsfördernder Haltungen und Verhaltensweisen, in ihren Wechselwirkungen auf Körper und Geist.

2.2 Mind-Body-Medizin-Programme

*„Es ist leichter für die Menschen,
einen großen Wandel zu
durchlaufen, als
einen kleinen.“*

(Dean Ornish)

Mind-body-medizinische Interventionsprogramme haben die nachhaltige Entwicklung eines gesundheitsfördernden Lebensstils zum Ziel. Wie selten dieser Ansatz in die herkömmliche medizinische Versorgung integriert wurde bzw. immer noch ist – und zugleich – wie notwendig und viel versprechend es ist, dies zu verändern, verdeutlichen z.B. die Ergebnisse der EPIC-Studie. Seit 1992 ist diese die größte prospektive Kohortenstudie in Europa, die Zusammenhänge zwischen dem Gesundheitsverhalten und Krebs sowie anderen chronischen Erkrankungen untersucht. An der EPIC-Studie sind 23 administrative Zentren in zehn europäischen Ländern mit 519.000 Studienteilnehmern beteiligt. In einer im Jahre 2008 veröffentlichten Studie etwa wurden die Auswirkungen eines gesunden Lebensstils, bestehend aus einer Kombination von Nikotinverzicht, täglicher Bewegung, moderatem Alkoholkonsum, mind. 5 Portionen Obst oder Gemüse am Tag darin dokumentiert, dass diese Form der Lebensweise das Potential aufweist, die Lebensdauer um bis zu vierzehn Jahre zu verlängern. Des Weiteren zeigte sich, dass die genannten Lebensstilfaktoren mit einem signifikanten Rückgang der Mortalität korrelierten (Khaw et al., 2008). In einer anderen Langzeit-Untersuchung am Berliner Zentrum der EPIC-Studie, dem „Deutschen Institut für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke (DIfE)“ deren Ergebnisse im Jahr 2009 veröffentlicht wurden, konnte gezeigt werden, dass das Merkmal „niemals geraucht zu haben“, ein Körpergewicht mit einem Body Mass Index (BMI)* unter 30 zu besitzen, mindestens dreieinhalb Stunden pro Woche körperlich aktiv zu sein und das Merkmal „sich gesund zu ernähren“ - das heißt, mit vergleichsweise viel Obst, Gemüse und Vollkornbrot, aber wenig Fleisch, das Risiko chronisch zu erkranken, um 78 Prozent vermindert (Ford et al., 2009).

„Dies belegt, wie wichtig es ist, eine gesunde Lebensweise im Rahmen einer effektiven Prävention chronischer Erkrankungen weiter in die Bevölkerung zu tragen und mit gesundheitspolitischen Maßnahmen zu unterstützen“, sagt Heiner Boeing, der Leiter des Potsdamer Institutes.

Die beispielhaft genannten Untersuchungsergebnisse bieten in der Tat überzeugende Anhaltspunkte für die Notwendigkeit einer stärkeren Fokussierung medizinischer und gesundheitsbildnerischer Ansätze, die Bevölkerung zu sensibilisieren und sie dabei zu unterstützen, ihre salutogenetischen Ressourcen durch die Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils in ihrem Alltag bewusst zu stärken.

In Anlehnung an die Ergebnisse der Stressforschung entstanden in Amerika bereits in den 1970er Jahren verschiedene mind-body-medizinische Programme, deren Ziel darin besteht, Patienten beim Aufbau eines gesundheitsfürsorglichen Lebensstils zu unterstützen. Wegweisend waren diesbezüglich die Arbeiten des Kardiologen Herbert Benson, der an der Harvard University of Massachusetts das „Institute for Mind Body Medicine“ gründete, welches sich der Forschung, Therapie und Lehre auf diesem Gebiet widmet.

2.2.1 Herbert Benson's Mind-Body Symptom Reduction Program

Herbert Bensons Anliegen war es, herauszufinden, ob und wie sich der Bluthochdruck regulieren lässt. Dabei fand er heraus, dass meditative Verfahren, wie die ursprünglich von Maharishi Yogi gelehrt Transzendente Meditation, mindestens genauso effektiv sind wie das Biofeedbackverfahren oder die mit potenziellen Nebenwirkungen belastete Einnahme von Medikamenten. Ausgehend von seinen Untersuchungen prägte er den Begriff von der *Relaxation Response*, als Gegenfunktion zur *Fight- or Flight-Response* (Benson 1976), durch die sich stressinduzierte Veränderungen des Organismus im Alltag auf eine selbstfürsorgliche und selbst regulative Weise wieder ausgleichen lassen. Die *Relaxation Response* geht dabei mit folgenden positiven physiologischen Wirkungen einher:

	Kampf und Fluchtreaktion	Relaxation response
Verdauung	↑↑	↓↓
Puls	↑↑	↓↓
Blutdruck und Blutgerinnung	↑↑	↓↓
Atemfrequenz	↑↑	↓↓
Muskelspannung	↑↑	↓↓
Bereitschaft auf Adrenalin zu reagieren	↑↑	↓↓
Blutfette und Blutzucker	↑↑	↓↓
Schwitzen und Talgproduktion	↑↑	↓↓

Tab. 2: (vgl. Benson 1976, 1998; Vaitl & Petermann 2004)

↑↑: Erhöhung
↓↓: Senkung

Die psychische Wirkung der Entspannungsreaktion (Relaxation Response) ist gekennzeichnet durch eine:

- geringere emotionale Erregbarkeit
- verbesserte Introspektionsfähigkeit
- erhöhte Merk- und Konzentrationsfähigkeit
- Zunahme interner Kontrollüberzeugung und Selbstwirksamkeitserwartung
- verbesserte Interozeptionsfähigkeit
- verbesserte Symptomtoleranz.

Durch das Auslösen der Entspannungsreaktion wird eine natürlich angelegte Gegenregulation zur Kampf-oder-Flucht-Reaktion eingeleitet: Der Organismus pendelt sich zwischen Ent- und Anspannung auf eine „Wohlspannung“ ein, die mit „wacher Gelassenheit“ umschrieben werden kann.

Relaxation Response - Techniken

Die MBM hält verschiedene Techniken bereit, die als physiologischer Gegenspieler der Stressantwort die Entspannungsreaktion auslösen können, die einen deutlich positiven Effekt auf den Verlauf von chronischen Erkrankungen, wie erstmals bei der Koronaren Herzerkrankung gezeigt (Benson et al. 1975), haben kann. Die Techniken sind meist leicht zu erlernen und eignen sich gut, um im Rahmen eines auf Selbstfürsorge ausgerichteten Programms zum Einsatz zu kommen. Im Laufe der Menschheitsgeschichte sind viele Methoden entwickelt worden, die eine bewusste, gesundheitsfördernde (Tiefen-)Entspannung herbeiführen können. Diese sind beispielsweise:

- Progressive Muskelentspannung,
- Autogenes Training
- Diaphragmales Atmen (Zwerchfellatmung)
- Visualisierung
- Achtsamkeit
- Meditation
- Qigong
- Tai-Chi
- Yoga
- Beten

Basierend auf den Untersuchungsergebnissen von Prof. Herbert Benson entwickelte er zusammen mit seinen Mitarbeitern am Mind-Body Medical Institute der Harvard University in Massachusetts das **Mind-Body Programm zur Symptomreduzierung**, um Menschen ein Forum zu eröffnen, in dem sie das Wechselspiel bio-psycho-sozialer und spiritueller Dimensionen in ihren Auswirkungen auf Gesundheit und Krankheit besser verstehen können. Um aus diesem Bewusstsein heraus besser für ihre Gesundheit sorgen zu können. Die Schwerpunkte des Programms bilden Techniken, die eine Relaxation Response ermöglichen, sowie Methoden zur kognitiven und emotionalen Umstrukturierung. Dabei sollen Fähigkeiten zu psychophysiologischer Selbstregulierung erfahren, gelernt und gefördert werden.

Die Themen des achtwöchigen Stressreduzierungsprogramms sind:

- Die Verbindung zwischen Körper und Geist
- Verhaltensänderung
- Erlernen von Techniken, die die Relaxation Response hervorrufen
- Mentale Fokussierung
- Förderung des Bewusstseins von Körper und Geist durch Hatha Yoga
- Fettarme Ernährung
- Bewegungstraining
- Stressbewusstsein
- Kognitive Umstrukturierung
- Stressbewältigung
- Kommunikationsfähigkeit
- Rückfallprävention: Das Ende des Anfangs

Untersuchungsergebnisse zu gesundheitsfördernden Wirkungen des achtwöchigen Programms liegen für die Bereiche Herzgesundheit, Krebs, Unfruchtbarkeit, Schlafstörungen, Wechseljahresbeschwerden, Reizdarm, Schmerzerkrankungen, Asthma sowie Depression und Angststörungen vor (vgl. BHI, 2009). Außerdem werden spezielle Programme zur Unterstützung bei der Gewichtsreduktion sowie für gestresste Eltern angeboten (Day, 1982).

2.2.2 Jon Kabat-Zinn's Mindfulness-Based Stress Reduction Programm (MBSR)

MBSR ist ein Interventionsprogramm, welches 1979 von Prof. Dr. Jon Kabat-Zinn und seinen Mitarbeitern an der „Stress Reduction Clinic“ der medizinischen Universitätsklinik von Massachusetts in Worcester, entwickelt wurde.

Jon Kabat-Zinns eigene, langjährige Übungserfahrung mit achtsamer Meditation aus der Vipassana- und Zen-Tradition und dem Hatha-Yoga brachten ihn auf die Idee, die heilsamen Wirkungen dieser Praxis bei Patienten mit chronischen Erkrankungen zu untersuchen, die als „austherapiert“ galten, da konventionelle Therapieformen keine Besserung ihrer Beschwerden mehr bewirken konnten.

Wie in Herbert Bensons Symptom Reduction Programm wird den Teilnehmenden an diesem Programm eine tägliche Durchführung von meditativen Übungen nahe gelegt. Darüber hinaus werden sie explizit zur Kultivierung einer achtsamen Haltung angeregt (siehe 2.4 und 2.7.1). Diese ist gekennzeichnet von einem präsenten Fokus der Aufmerksamkeit auf den gegenwärtigen Moment – im Hier und Jetzt – und einem akzeptierenden, nicht wertenden Gewahrsein.

Als Gründer des 1995 etablierten Center for Mindfulness in Medicine, Health Care and Society (CFM) an der University of Massachusetts Medical School war Jon Kabat-Zinn der erste, der sich stark für die Etablierung von Achtsamkeitspraxis in die Medizin und das gesamte Gesundheitswesen engagierte.

In Deutschland haben sich inzwischen mehrere Einrichtungen, die Ausbildungen zum MBSR-Lehrer anbieten, zu einem Verband zusammengeschlossen und in beinahe alle großen Städten der Bundesrepublik werden mittlerweile MBSR-Kurse angeboten (siehe Anhang).

Beschreibung des MBSR-Programms

Der MBSR-Kurs ist ein achtwöchiges Programm, welches das Ziel verfolgt, Patienten mit einer weiten Spanne (chronischer) Erkrankungen nahe zu bringen, wie sie selbstfürsorglich zur Verbesserung ihres Gesundheitszustandes und ihrer Lebensqualität beitragen können.

Das Herzstück der gesamten Intervention beruht auf einem intensiven Training von Achtsamkeitsmeditation und achtsamen Hatha-Yoga-Übungen sowie deren Integration in den häuslichen Alltag. In den Gruppentreffen werden den Teilneh-

mern unterschiedliche Achtsamkeitsübungen vorgestellt, die mit Hilfe von CDs täglich eigenständig zuhause weiter praktiziert werden sollen. Die Methoden beinhalten das Erlernen und die Verfeinerung einer Reihe von Selbstregulationsfähigkeiten, die darauf abzielen, die Entspannungsfähigkeit und die Entwicklung eines ausgeprägten und tiefen Bewusstseins für körperliche, emotionale und geistige Empfindungen zu steigern. In diesem nachhaltig wirksamen Prozess der bewussten Selbsterfahrung und -entwicklung sollen die Teilnehmenden lernen, ihre eigenen Ressourcen zu mobilisieren, um zu wachsen und zu heilen. Das Programm unterstützt die Teilnehmer in ihrer Entwicklung angeborener Fähigkeiten und erworbener Fertigkeiten, die im Alltag flexibel dazu eingesetzt werden können, um mit Stress, Schmerzen und Krankheit besser umzugehen und dies weit über die Beendigung der achtwöchigen Intervention hinaus. Neben dem Erlernen der verschiedenen Achtsamkeitsmethoden wird den Teilnehmenden Hintergrundwissen aus der Verhaltens- und Kognitionsforschung sowie der Ernährungs- und Kommunikationswissenschaft vermittelt. Jedes der acht Kurstreffen ist dabei einem bestimmten Thema gewidmet:

- Was ist Achtsamkeit?
- Kennenlernen der Gruppe und des Programms
- Wahrnehmung, Konzentration und Achtsamkeit
- Umgang mit angenehmen Erlebnissen
- Umgang mit unangenehmen Erlebnissen/ Stress
- Stress und Umgang mit schwierigen Gefühlen
- Zwischenmenschliche Kommunikation
- Ernährung und Achtsamkeit im Alltag
- Abschied und Ausblick

In der siebten Woche besteht die Möglichkeit zur Teilnahme an einem „Tag der Achtsamkeit“, der weitestgehend im Schweigen stattfindet und an dem alle bisherigen Übungen in Folge wiederholt und weiter vertieft werden. Zum Ende des Kurses, nachdem die Teilnehmenden die verschiedenen Elemente des Programms auf ihre dauerhafte Umsetzbarkeit in ihren Alltag sowie auf ihre individuell verschiedenen Wirkungen hin ausprobiert haben, sind sie häufig motiviert und in der Lage, die für sie passenden Veränderungen selbstständig beizubehalten (Kabat-Zinn et al., 1988).

Zur Wirksamkeit von MBSR

Seit 2005 ist die Anzahl der Untersuchungen zur Wirksamkeit von MBSR stark gestiegen. Ausgehend von den ersten beiden großen Meta-Analysen von Baer (2003) und Grossmann (2004), in denen die Aussagen zur Wirksamkeit des Programms durch die damals vergleichsweise geringe Anzahl und die mindere methodische Qualität der Studien eher vorsichtig formuliert waren, liegen inzwischen zwei weitere Meta-Analysen kontrollierter Studien vor. Die Ergebnisse der aktuellsten Metaanalyse zu MBSR, die von Müller und Ziehen (2009) durchgeführt wurde, veranschaulichen, dass das Achtsamkeitsprogramm positive Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Teilnehmer hat – dies trifft auf Patienten ebenso zu wie auf „Gesunde“. Die heilsamen Effekte auf die physische Gesundheit von Patienten konnten in der methodisch vorbildlichen Meta-Analyse die gleich lautenden Ergebnisse der früheren Meta-Analysen aussagekräftig absichern. Damit konnten positive, gesundheitsförderliche Ergebnisse mittlerweile bei folgenden Krankheiten bestätigt werden:

- Chronisch psychische Störungen wie Depression, Angst und Panik
- Chronische Schmerzerkrankungen wie Kopfschmerzen und Fibromyalgie
- Krebs
- Koronare Herzerkrankung

Wissenschaftliche Untersuchungen zur Wirksamkeit von MBSR bei Gesunden wurden von Chiesa und Seretti (2009) durchgeführt. Bei den Teilnehmern der MBSR-Kurse zeigten sich eine Minderung von grüblerischen Gedanken und Ängstlichkeit sowie eine Zunahme von Selbstfürsorglichkeit und Mitgefühl.

In Deutschland richten sich Achtsamkeitskurse, die auf dem Ansatz von MBSR beruhen, insbesondere an Menschen, die:

- aufgrund körperlicher und/oder psychischer Beschwerden in stationärer oder ambulanter Behandlung sind,
- Achtsamkeitspraxis zur Prävention und zum besseren Umgang mit Stress in das private und berufliche Leben integrieren möchten,
- im psychotherapeutischen Kontext oder im Gesundheitswesen arbeiten oder in pädagogischen Einrichtungen bzw. im Bildungs- und Sozialwesen tätig sind.

2.2.3 Dean Ornish's Program for Reversing Heart Disease

In den 1990er Jahren etablierte Dean Ornish, Direktor des Institutes für Präventive Medizin und Forschung (PMRI) in Sausalito/ Kalifornien an der University of California in San Francisco ein Lebensstil-Programm für Patienten mit Koronarer Herzerkrankung, welches auf einer Umstellung der Ernährung, auf Meditation, Yoga, Ausdauertraining sowie der liebevollen Zuwendung zu anderen Menschen und zu sich selbst basiert. Mit dem Einsatz dieses Programms konnte er als Erster in der modernen Medizin nachweisen, was die Schulmedizin bis dato für unmöglich hielt: durch eine dauerhafte und konsequente Änderung des Lebensstils kann die zunehmende Verengung der Herzkranzgefäße gestoppt und sogar rückgängig gemacht werden (Ornish et al., 1990). Das Ornish Lifestyle-Program stellt im Vergleich zu den konventionell-medizinischen Interventionen eine effiziente und wesentlich kostengünstigere Behandlungsmethode der KHK dar, die neben den physiologischen Parametern sogar einige der Ursachen der Erkrankung beeinflusst.

Die Bestandteile des „Program for Reversing Heart Disease“ sind:

- Strenge, äußerst fettarme, vegetarische Ernährung
- Täglich Meditation, Herz-Visualisierungen und Atemübungen über mind. 30 Minuten
- Täglich Hatha-Yoga-Übungen über mind. 30 Minuten
- Tägliche Bewegung mit Spaziergängen von 30 Minuten Dauer
- Stressreduktionsmanagement, Kognitive Umstrukturierung
- Nikotinverzicht
- Therapeutisch geleitete, wöchentliche Kleingruppentreffen zur psychosozialen Unterstützung à 90 Minuten mit medizinischen, psycho-sozialen und spirituellen Themen, zum Stressabbau, Verbesserung von Kommunikationsfähigkeiten und zur Öffnung des Herzens für den liebevollen Umgang mit anderen und mit sich selbst.

Wie Dean Ornish schon während seines Studiums bewusst wurde, berühren die derzeit noch am meisten verbreiteten, oft kostspieligen und nebenwirkungsreichen

Methoden der konventionellen Medizin die Ursache, weshalb Menschen sich gestresst fühlen und krank werden, nicht annäherungsweise. Im Laufe seiner intensiven und engen Zusammenarbeit mit Patienten wurde ihm klar, dass die emotionale Arbeit und das Öffnen des Herzens für liebevolle Beziehungen zu den wichtigsten Voraussetzungen zur Entfaltung der Selbstheilungskräfte zählen.

Er plädiert dafür, die Erkrankung als Chance für die persönliche Entwicklung zu nutzen und durch einen achtsamen Umgang mit sich selbst und mit anderen Menschen die einleitenden Bedingungen für Liebe und Gesundheit zu schaffen. Dean Ornishs Lebensstilprogramm bietet damit zusätzlich die Möglichkeit, das Leben auf einer tieferen Ebene zu transformieren.

In Deutschland werden ambulant stattfindende Ornish-Herzgruppen, wie in Düsseldorf, von Fachkräften des Deutschen Wellness-Verbandes, in Zusammenarbeit mit dem Ambulanten Rehabilitationszentrum für Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankungen RHEIN-REHA betreut. Die Patienten treffen sich alle 14 Tage unter Leitung eines erfahrenen Teams von Fachkräften, die sie basierend auf der Ornish-Methode unterrichten und begleiten.

Die Bestandteile des ambulanten Programms sind:

- Stressabbau (mit einem Spezialprogramm "Yoga fürs Herz"; 90 Minuten)
- Abendessen (Buffet à la Ornish, Speisen werden mitgebracht; 90 Minuten)
- Gesprächskreis (medizinische und psychologische Themen, Stressabbau, Öffnung des Herzens; 90 Minuten).

Die monatlichen Kosten zur Teilnahme an den Gruppentreffen werden von den Mitgliedern selbst getragen.

Aktuelle Forschungsergebnisse der Arbeitsgruppe um Dean Ornish

Inzwischen wurde von Dean Ornish und seinen Kollegen ein weiteres mind-body-medizinisches Lebensstilprogramm für onkologische Patienten entwickelt und erfolgreich evaluiert.

In der *Prostate Cancer Lifestyle Trial* konnte gezeigt werden, dass umfangreiche Veränderungen des Lebensstils die Progression des Prostatakrebses in einem frühen Stadium der Erkrankung stoppen und sogar rückgängig machen können (Ornish et al, 2006, 2008 a).

Die Ergebnisse einer weiteren Studie verdeutlichten, dass die aktive Teilnahme von Patienten mit „low risk“ Prostatakrebs an einem Lebensstiländerungsprogramm, nach bereits drei Monaten mit einer signifikanten Zunahme der Telomerase-Aktivität der Teilnehmenden korrelierte. Eine erhöhte Telomerase-Aktivität führt nachweislich zu einer Verlängerung von Chromosomen, welche die Lebensdauer positiv beeinflusst (Ornish et al., 2008 b).

In derselben Kohorte von Patienten, in denen die Lebensstiländerungen mit einer erhöhten Telomeraseaktivität einhergingen, wurde deutlich, dass die Ernährungsumstellung und die weiteren Lebensstilmodifikationen auch einen Einfluss auf die Genexpression haben. Diesbezüglich konnte eine Veränderung von über 500 Genen nachgewiesen werden. Einerseits kam es zu einer gesteigerten Aktivität von Genen, die vor verschiedenen Krankheiten schützen, gleichzeitig wurde die Aktivität jener Gene gemindert, die in einem engen Zusammenhang mit der Entwicklung von Erkrankungen, inklusive Krebserkrankungen stehen. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass eine Lebensstilveränderung biochemische Prozesse zur Abwehr von Krebs und anderen Erkrankungen begünstigen kann, was in weiteren größeren Studien jedoch noch bestätigt werden muss (Ornish et al., 2008 c).

Die Untersuchungsergebnisse zu den vorgestellten Mind-Body-Medizin Programmen veranschaulichen sehr aussagekräftig, wie wirksam die Synergieeffekte umfassender Lebensstilveränderungen durch den strukturierten und intensivierten Einsatz von Therapieelementen der MBM sein können, wie dynamisch die durch sie getriggerten Mechanismen sind und in welcher kurzer Zeit sich diese in ihren gesundheitsförderlichen Wirkungen auf verschiedenen Ebenen gleichzeitig zeigen können.

Die im Essener Modell praktizierte ordnungstherapeutische Mind-Body-Medizin verbindet das naturheilkundliche Medizinverständnis mit den Elementen und Modulen aus den oben genannten amerikanischen Lebensstilprogrammen in folgender Weise:

MBM-Programm im Essener Modell

Naturheil- kundliche Selbsthilfe: Hydro- und Phyto- therapie, Hausmittel	Benson- Programm: Relaxation Response und kogni- tive Um- struk- turierung	Ornish- Programm: mediterrane Ernährung, Bewegung, soziale Un- terstützung	Kabat-Zinn- Programm: achtsame Haltung und Meditation	TCM: Qigong, Aku- pressur	Ayurveda: Yoga
--	---	--	---	------------------------------------	-------------------

Abb. 3: Elemente des Mind-Body-Medizinischen Programms im Essener Modell
(Dobos, Paul: Mind-Body-Medizin)

2.3 Salutogenese

„Nicht die Umstände bestimmen des Menschen Glück, sondern seine Fähigkeit zur Bewältigung der Umstände.“

(Aaron Antonovsky)

Der ressourcenorientierte Ansatz der Mind-Body-Medizin wurde wesentlich vom Paradigma der „Salutogenese“ geprägt. Der Begriff geht auf Aaron Antonovsky (1923-1994), einen israelisch-amerikanischen Medizinsoziologen, zurück und bedeutet soviel wie Gesundheitsentstehung (lat. *salus* = Unverletztheit, Heil, Glück und griech. *génésis* = Entstehung). Er steht analog zu dem Begriff Pathogenese (griech. *páthos* = Schmerz, Leid), der die Lehre der Entstehung von Krankheit bezeichnet. Im Vordergrund dieses Ansatzes steht immer die Frage, weshalb Menschen gesund bleiben, selbst unter schwierigen Bedingungen und der Allgegenwärtigkeit pathogener Faktoren.

Aaron Antonovsky wurde als Sohn jüdischer Eltern in Brooklyn geboren, studierte Soziologie und emigrierte 1960 gemeinsam mit seiner Frau Helen nach Israel, wo er diverse Projekte im Bereich der Stressforschung durchführte. In einem dieser Projekte ergab sich für ihn die Frage: Was macht bzw. hält Menschen gesund? Diese entscheidende Frage stellte er anhand einer vergleichenden Untersuchung an in Israel lebenden Frauen im Klimakterium, von denen einige den Holocaust und die Inhaftierung im Konzentrationslager überlebt hatten.

„Bedenken Sie, was es bedeutet, dass 29 Prozent einer Gruppe von Überlebenden des Konzentrationslagers eine gute psychische Gesundheit zuerkannt wurde. Den absolut unvorstellbaren Horror des Lagers durch gestanden zu haben,... und dennoch in einem angemessenen Gesundheitszustand zu sein! Dies war für mich die dramatische Erfahrung, die mich bewusst auf den Weg brachte, das zu formulieren, was ich später als das salutogenetische Modell bezeichnet habe.“

So äußerte sich Antonovsky zur Frage über den Beginn des Weges der Salutogeneseforschung. Bei seinen Recherchen zu den Eigenschaften und Ressourcen, die es manchen Menschen ermöglichen, trotz schwieriger – sogar traumatischer Lebensereignisse, die Fähigkeit zu körperlicher und psychischer Gesundheit und Gesundung zu bewahren, gewann Antonovsky 1987 folgende Erkenntnisse, in deren Zentrum das Kohärenzgefühl stand.

Das Kohärenzgefühl

steht für den englischen Begriff *sence of coherence* (SOC), der in der deutschen Sprache als „Sinn für Kohärenz“, bzw. „Kohärenzgefühl“ oder „Kohärenzempfinden“ bezeichnet wird. Dieses ermöglicht es Menschen, je nach Ausprägung, die Ereignisse und Anforderungen in ihrem Leben zu verstehen, zu handhaben und in ein sinnvolles Ganzes einzuordnen. Antonovsky definierte dieses zentrale Konstrukt folgendermaßen:

„Das Kohärenzgefühl (SOC) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

- *die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind,*
- *einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen,*
- *die Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen“ (Antonovsky, 1997, S. 36).*

Es setzt sich dabei aus drei verschiedenen Teilkomponenten zusammen, die als Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit bzw. Sinnhaftigkeit bezeichnet werden:

- Das Gefühl der **Verstehbarkeit** kennzeichnet das Maß, in dem eine Person innere und äußere Stimuli als kognitiv schlüssig, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar empfindet – und nicht als willkürlich, unerklärlich oder chaotisch erlebt.
- Das Gefühl der **Handhabbarkeit** bezeichnet das Maß, in dem eine Person wahrnimmt, dass sie geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um Anforderungen zu bewältigen und damit evtl. verbundenen Stressoren zu begegnen. Die Ressourcen beziehen sich dabei sowohl auf die eigene Person, können jedoch auch auf den Einfluss von *„legitimierten anderen (...), vom Ehepartner, von Freunden, Kollegen, von Gott, der Geschichte, vom Parteiführer oder einem Arzt, von jemandem, auf den man zählen kann, jemandem, dem man vertraut“*, bezogen sein (Antonovsky, 1997, S. 35).
- Das Gefühl von Bedeutsamkeit oder Sinnhaftigkeit repräsentiert als motivationaler Faktor das Ausmaß, in dem eine Person das Leben als sinnvoll

empfindet und wenigstens einige im Leben aufkommende Probleme als Anforderungen betrachtet, für die es sich lohnt, Anstrengungen und Engagement aufzuwenden. Eine hohe Ausprägung an Bedeutsamkeit lässt eine Person Aufgaben und Anforderungen mehr als Herausforderung denn als Last und Bürde erleben.

Die beschriebenen Potenziale beziehen sich in Antonovskys weit gefasstem Verständnis auf die menschliche Fähigkeit, Ereignisse, die im Verlauf eines Lebens auftreten, verstehen und handhaben zu können und ihnen Sinn beizumessen. Je ausgeprägter der Sinn eines Menschen für Kohärenz ist, desto umfangreicher ist seine Fähigkeit, die eigene Gesundheit trotz widriger Belastungen zu erhalten bzw. wiederzuerlangen (Antonovsky, 1997).

Dynamik des Kohärenzgefühls

Ursprünglich ging Antonovsky davon aus, dass sich das Kohärenzgefühl bis zum dreißigsten Lebensjahr vollständig entwickelt hat. Dem Bildungsgedanken der menschlichen Entwicklungsfähigkeit entsprechend gibt es mittlerweile jedoch mehrere Untersuchungen an unterschiedlichen Alterskohorten, die darauf hinweisen, dass es sich im Laufe des Lebens verändert bzw. sogar leicht ansteigt (Hannöver et al. 2004; Schumann et al., 2003; Udrys und Rimann, 2000). Der Sinn für Kohärenz und das Kohärenzgefühl lassen sich als zusammenhängende Instanzen voneinander differenzieren. Neurophysiologischen Erkenntnissen gemäß ist der Kohärenzsinn ein zentrales neurobiologisches Empfindungsvermögen für Zusammenhalt; eine persönliche Empfindungsfähigkeit für Verbundenheit im Innen und Außen, welche dem Menschen als Grundbedürfnis nach Stimmigkeit, Konsistenz und Kongruenz angeboren ist (vgl. Grawe, 2004). Das darauf aufbauende Kohärenzgefühl lässt sich durch die Befriedigung des Bedürfnisses nach Zugehörigkeit und Verbundenheit im Aufbau des Vertrauens in gelingende zwischenmenschliche Beziehungen und Kommunikation anregen und ausweiten.

Salutogenese versus Pathogenese

Der grundlegende Unterschied zwischen dem pathogenetischen und dem salutogenetischen Paradigma besteht darin, dass ersteres die Homöostase, das Gleichgewicht, als Normalfall annimmt, Salutogenese hingegen das Ungleichgewicht, die Heterostase, als den Regelfall betrachtet. Diesen Unterschied verdeutlicht An-

tonovsky anhand der Metapher eines Flusses – dieser fließt nicht stetig und gerade, er hat Biegungen und unterschiedliche Fließgeschwindigkeiten, Stromschnellen und Strudel. Flussabwärts weist er Turbulenzen auf, wobei einige Menschen verzweifelt darum kämpfen, den Kopf über Wasser zu halten. Manche schaffen es, aus eigener Kraft wieder ans Ufer zu kommen, andere aber müssen von Lebensrettungsspezialisten herausgezogen und vor dem Ertrinken gerettet werden. Dem pathogenetischen Denkansatz zufolge ist Gesundheit, wie bereits erwähnt, ein normaler, passiver Gleichgewichtszustand, in dem sich Menschen befinden. Nur bei einer Kombination ungünstiger Ereignisse kommt es zu Beeinträchtigungen, zu Krankheiten. Dann muss Energie aufgewendet werden, um den Normalzustand wieder herzustellen. – Im salutogenetischen Denkbild hingegen muss der Mensch beständig Energie aufbringen, um Krankheit zu vermeiden. Er bleibt nicht von selbst im Gleichgewicht, das nur von gelegentlichen Störungen unterbrochen wird, sondern ist fortwährend einer Flut von Stimuli ausgesetzt, die Anpassungsleistungen und eine aktive Bewältigung von Stressoren erfordern. Gesundheit wird dementsprechend weniger als „Zustand“ begriffen, sondern vielmehr als dynamischer „Prozess“, der bewusst und gezielt gestaltet werden kann.

Stressoren und Widerstandsressourcen

Das Modell der Salutogenese bildet die Grundlage aller Programme der MBM. Es ermöglicht einen Perspektivenwechsel vom pathogenetisch fokussierten Blick auf jene Potentiale, die gezielt die gesunden Anteile, die Ressourcen von Menschen fördern. Denn neben einer Erkrankung sind immer auch gesunde Anteile, das heißt, Ressourcen bei einer Person vorhanden, die sie dazu befähigen, sich auf den positiven Pol des *Gesundheits-Krankheits-Kontinuums* (siehe Abb. 4) hin zu bewegen. Im salutogenetischen Gedankenmodell gibt es keine Dichotomie zwischen Gesundheit und Krankheit, sondern ein mehrdimensionales Kontinuum zwischen zwei Polen, deren Endpunkte als „Health-ease“ (Gesundheit) und „Disease“ (Ent-Gesundheit) bezeichnet werden. Der Mensch bewegt sich auf dem so genannten HEDE-Kontinuum; erreicht aber nie einen der Extrempole, ist also nie nur krank oder nur gesund.

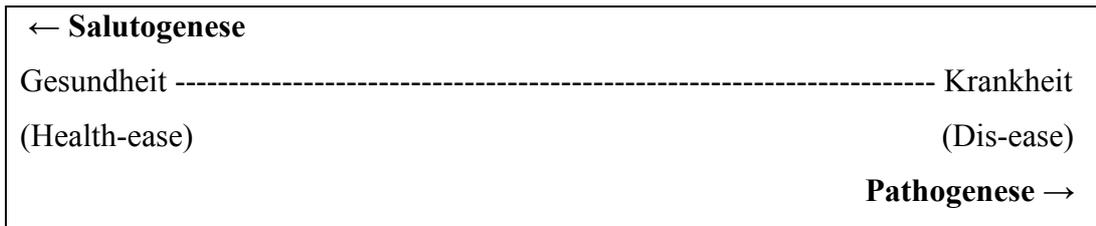


Abb. 4: Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (in Anlehnung an Antonovsky, 1997)

Salutogenetische Forschung beschäftigt sich mit der Frage, welche Faktoren dazu beitragen, dass es Menschen gelingt, trotz auftretender Widrigkeiten und Stressoren, nahe am gesunden Pol des Kontinuums zu bleiben. Hierbei gelangte man zu folgender Erkenntnis:

Je mehr so genannter **Generalisierter Widerstandsressourcen (GRR)** einer Person zur Verfügung stehen und je weniger sie sich Stressoren wehrlos ausgeliefert fühlt, desto mehr kann sie zu der Überzeugung gelangen, dass das Leben sinnvoll, überschaubar und handhabbar ist. Dass sie durch ihr eigenes Verhalten Einfluss nehmen kann und den Verlauf von Prozessen gestalten kann. Das Ausmaß dieses positiven Selbstbildes entscheidet darüber, wo sich eine Person auf dem Kontinuum von „Gesundheit und Krankheit“ befindet. Die generalisierten Widerstandsressourcen gelten dabei als entscheidende Faktoren dafür, ob eine Bewegung zum positiven Pol gelingt. Sie ermöglichen den konstruktiven Umgang mit Stressoren. Zu ihnen zählen beispielsweise kognitive Ressourcen wie Wissen, Intelligenz und Problemlösefähigkeit, Selbstvertrauen und das Gefühl von Selbstwirksamkeit. Weitere Ressourcen eines Individuums sind in dessen Lebenswelt zu finden. Darunter fallen intakte Sozialstrukturen, ein tragendes gesellschaftliches Netz als auch (arbeits-)ökonomische und materielle Sicherheit. Je größer das Repertoire einer Person an Widerstandsressourcen ist, desto höher ist ihr Empfinden von Kohärenz. Ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl befähigt eine Person wiederum, in der Konfrontation mit Anforderungen und Stressoren adäquate Widerstandsreserven zu mobilisieren. In diesem Sinne kann das Kohärenzempfinden als globale Stressbewältigungsressource betrachtet werden (Franke, 2001). Wobei Stressoren aus salutogenetischer Perspektive nicht generell als Bedrohung gesehen werden, sondern auch als Motor für Wachstum und Weiterentwicklung.

Weiterentwicklung des Salutogenese-Konzeptes

Mittlerweile hat die salutogenetische Herangehensweise eine Ausweitung auf verschiedene andere Konzepte erfahren. Bei der Weiterentwicklung kamen Experten zu dem Schluss, dass Stressbewältigung nur einen Teil angemessenen Coping-Verhaltens darstellt (Franke et al., 2001; Welbrink und Franke, 2000). Der andere Teil bezieht sich auf Haltungen, Kognitionen, Emotionen und Verhaltensweisen, die nicht nur als Schutzschild gegen Stress und Belastungen wirken, sondern auch präventiv und aktiv zu Gesundheit und Anpassung beitragen.

Im Unterschied zu anderen Stressbewältigungsmodellen, wie Rotters (1966) Kontrollüberzeugung, Kobasas (1979) Widerstandsfähigkeit sowie Scheiers und Carvers (1985) Optimismuskonzept und Banduras (1997) Selbstwirksamkeit beschreiben Sack und Lamprecht (1998, S. 328), dass der salutogenetische Ansatz über die Fokussierung auf gelungene Adaptionsleistungen an die Gesellschaft und Umwelt hinausreicht.

Dynamik des Salutogenese-Prozesses

Die Dynamik des salutogenetischen Prozesses kann sich auf alle Ebenen von Gesundheit beziehen: von der physischen, emotionalen und mentalen Ebene über die soziale, ökologische und politische bis hin zur spirituellen Dimension. Zum Wohle der individuellen Gesundheit eines Menschen und bestenfalls mit einem ansteckenden Potential zur Entwicklung einer globalen bzw. integralen Salutogenese.

Die Bedeutung von Sinnhaftigkeit für die Salutogenese

Gemäß den drei Aspekten des Kohärenzsinnerzählens konzentriert sich der salutogenetische Blick neben der Verstehbarkeit und Handhabbarkeit auf Themen der Bedeutsam- und Sinnhaftigkeit. Diese Qualitäten weisen auf personale Fähigkeiten hin, Stressoren und auch Erkrankungen akzeptieren – und sie im Sinne der Herausforderung einer reflektierten Lebenskunst (Schmidt, 2000) auch als eine Art Geschenk betrachten zu können.

In der Auseinandersetzung mit Krankheit und dem mit ihr verbundenen Wunsch nach Gesundheit und Heilung stellt sich bei einigen Menschen die Frage nach dem „Warum“ ein. Dem Kohärenzgefühl entsprechend kann neben der Frage des „warum“ die Frage nach dem „wozu“ von hinweisender Bedeutung sein. Mind-Body medizinische Interventionen sind darauf ausgerichtet, Patienten, die den

Wunsch danach verspüren, auch hinsichtlich der Deutung und Sinnfindung der mit Krankheit einhergehenden Krisen zu begleiten.

Dort, wo Krankheit in ihrer Sinnhaftigkeit, wie von Rudolf Steiner (1909), nicht primär als Leid, sondern als Gelegenheit, ein Hemmnis oder eine Störung zu überwinden, verstanden wird, kann sie von Menschen zum Anlass für Besinnung und Transformation werden. Um sich der eigenen inneren Einstellungen ans Leben und der individuellen Lebensweise bewusster zu werden. So ist es beispielsweise möglich, dass eine überwiegend auf die Zuwendung **von** anderen oder aber an der Sorge **für** Andere orientierte Person auch zu einer bewussten Sorge für sich selbst gelangt. Dabei zu mehr Freiheit, Gelassenheit und Lebensqualität findet, indem sie sich bewusst auch auf das Erleben und Empfinden ihres Selbst, ihrer Innerlichkeit einlässt und Eigenverantwortung übt.

Bei der Bewältigung von Konflikten und Umbrüchen im Leben können u. a. auch Spiritualität oder Religiosität helfen, dem Leben – auch mit weiter bestehender Krankheitssymptomatik – Sinn und gegebenenfalls eine neue Ausrichtung zu geben, da sie es ermöglichen es, einen weiteren Bezugsrahmen zu schaffen, der über beeinträchtigte Dimensionen hinausreicht.

Deshalb werden die Patienten in der Essener Klinik auch dazu angeregt, ihre Lebenssituation hinsichtlich Themen wie Präsenz, Gemeinschaft, Verantwortung, Lebenssinn und Spiritualität zu erkunden (Astin, 1997).

2.4 Achtsamkeit

*Einst kam ein Schüler zu seinem Meister und fragte ihn: „Meister, ich möchte alle Lebewesen retten, wie kann ich das tun?“
Der Meister erwiderte: „Du kannst so viel dazu tun, wie du dazu beitragen kannst, dass die Sonne aufgeht.“
„Dann kann ich ja gar nichts tun“,
entgegnete der Schüler enttäuscht.
„Doch“, meinte daraufhin der Meister,
„wach sein, wenn die Sonne aufgeht.“
(Zöls, 2005)*

Das Prinzip der Achtsamkeit ist darauf ausgerichtet, Präsenz im gegenwärtigen Moment zu entwickeln, indem der unmittelbar erfahrene Augenblick in seiner Fülle an sinnlichen Reizen (innerlich und äußerlich) körperlich, kognitiv und emotional bewusst und aufmerksam wahrgenommen wird. Das Anliegen der Ausbildung eines solchen Bewusstseins ist es, eine (nicht von vornherein) wertende und zugewandte Geisteshaltung gegenüber allem einzunehmen, was im Inneren und Äußeren geschieht. Diese offen-akzeptierende Grundhaltung charakterisiert vor allem eine achtungsvolle, nicht urteilende Haltung sich selbst und anderen gegenüber.

„Diese Art der Aufmerksamkeit steigert das Gewahrsein und fördert die Klarheit sowie die Fähigkeit, die Realität des gegenwärtigen Augenblicks zu akzeptieren. Sie macht uns die Tatsache bewusst, dass unser Leben aus einer Folge von Augenblicken besteht. Wenn wir in vielen dieser Augenblicke nicht völlig gegenwärtig sind, so übersehen wir nicht nur das, was in unserem Leben am wertvollsten ist, sondern wir erkennen auch nicht den Reichtum und die Tiefe unserer Möglichkeiten, zu wachsen und uns zu verändern... Achtsamkeit ist eine einfache und zugleich hochwirksame Methode, uns wieder in den Fluss des Lebens zu integrieren, uns wieder mit unserer Weisheit und Vitalität in Berührung zu bringen.“

So äußert sich der Verhaltensmediziner und Meditationslehrer Jon Kabat-Zinn (2004), der die Achtsamkeitspraxis für die Anwendung in Medizin, Gesundheitsbildung und Gesellschaft erschlossen hat und durch sein Konzept der „Mindfulness Based Stress Reduction“ (Stressbewältigung durch Achtsamkeit) (siehe 2.2.2) international bekannt wurde.

Zur Geschichte der Achtsamkeit

Achtsamkeitsfördernde Interventionen gehören seit Ende der 1970er Jahre mit wachsender Verbreitung zum Behandlungsspektrum der Integrativen Medizin. Neben ihrer gesundheitsfördernden Wirkung ist die Praxis von Achtsamkeit auch als Weg der Ausbildung, Entwicklung und Kultivierung von menschlichen Potentialen zu verstehen, die weit über den Zustand des „Nicht-Krankseins“ hinausreichen.

Unter westlichen Therapeuten, Medizinerinnen und im psychosozialen Kontext erfreuen sich achtsamkeitsbasierte, meditative Methoden der Selbsterkenntnis und -kultivierung eines stetig wachsenden Interesses. Unter einigen Autoren haben sie sich mittlerweile als Mind-Body-Praktik etabliert (Esch, 2009). – Eine zunehmende Beliebtheit lässt sich jedoch nicht nur in der wissenschaftlichen Gemeinschaft erkennen. Die Beachtung und Akzeptanz der Praxis von Achtsamkeit wächst in der Bevölkerung westlicher Nationen allgemein (Fortney und Taylor, 2010). Durch Ausweitung ihrer wissenschaftlichen Fundierung kann sie heute einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung einer neuen Bewusstseinskultur leisten (Metzinger, 2009).

Förderung und Schulung von Achtsamkeit als therapeutische Intervention

Das Hauptmotiv der Achtsamkeitsmethoden ist die Wahrung und Förderung menschlicher Potentiale, die ein gesundes und erfülltes Leben ermöglichen.

Für die Gesundheitsförderung und -bildung kann Achtsamkeit als „Schlüsselkonzept“ betrachtet werden, denn:

1. Eine achtsame Haltung fördert die Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung und Selbsterkenntnis, die Voraussetzung für Selbstregulation und Gesund(er)haltung ist.
2. Eine achtsame Haltung ist dem salutogenetischen Ansatz entsprechend, (siehe 2.3) vom Vertrauen in die Entwicklungsfähigkeit und die Veränderbarkeit des Wahrgenommenen als auch des Wahrnehmenden geprägt.
3. Achtsames Sein ermöglicht einen vertrauensvollen Umgang des Einzelnen mit sich selbst und mit anderen Menschen, aus dem Selbstvertrauen und Selbstfürsorge wachsen können.

4. Achtsamkeit als ganzheitliches Konzept bezieht sich auf die Ebenen: Körper, (Gehirn), Geist, Emotion, Verhalten sowie auf die soziale, ökologische und transpersonale Dimension des Seins.

So verwundert es nicht, dass das Konzept der Achtsamkeit, welches in vielen Kulturen eine lange Tradition aufweist und wie in der buddhistischen Lehre (Philosophie), das zentrale Element zur Auflösung und Verringerung des Leide(n)s ist, auch im Kontext der Medizin, der psychotherapeutischen und pädagogischen Arbeit sowie im Gesundheitswesen allgemein, zunehmend (an)erkannt wird und an Bedeutung gewinnt.

Die Bewusstmachung und anschließende Kultivierung von Achtsamkeit liegt im therapeutischen Kontext (des Essener Modells) einerseits in der Ausformung einer dauerhaft achtsamen Persönlichkeitsstruktur des Patienten und zum Anderen in der Förderung von Achtsamkeit bei den Therapeuten und Lehrenden selbst – im Sinne einer authentischen Vermittlungsfähigkeit und Übertragung auf die Patienten. Denn Achtsamkeitsbewusstsein als therapeutische Intervention kann nur wachsen, wenn sie durch den Therapeuten selbst auch verkörpert wird. Dies belegt der Versuch der Verhaltenstherapeuten (Segal, Teasdale, 2002), die sich zum Ziel setzten, ihren Klienten Achtsamkeit als therapeutische Intervention nahe zu bringen. Erst als sie begonnen hatten, auch für sich selbst Achtsamkeit zu kultivieren, konnte ihre achtsame Haltung auch das Verhältnis zu ihren Klienten prägen und die Achtsamkeitsmethoden authentisch vermittelt werden. Aus einer achtsamen Haltung heraus können die Achtung und das Vertrauen in die Patienteneigenen salutogenen Ressourcen, als Kernprinzip mind-body-medizinischer Interventionen, auch von Seiten der Therapeuten her wachsen (Segal, Teasdale, 2002). Der Schwerpunkt der Interventionen liegt hier, entgegen der behaviouristisch geprägten Ansätze weniger auf dem Verhalten, sondern primär auf dem Verhältnis – der Beziehung zwischen den Beteiligten.

Im Bereich psychosozialer und medizinischer Arbeit haben sich Interventionen zur Schulung von Achtsamkeit vor allem in der Arbeit mit Menschen bewährt, die unter chronischen Erkrankungen, Schmerzen oder Depressionen leiden. Dort hat sich die Schulung von Achtsamkeit als sinnvoller Weg zur Entwicklung und Unterstützung menschlicher Fähigkeiten etabliert, auf dem Menschen zu einem besseren Umgang mit dem Leiden finden können, welches mit lang andauernden

Krankheitszuständen verbunden ist. Ähnlich wie seelischer Beistand kann die Achtsamkeitsschulung erkrankte Menschen bei der Bewältigung belastender Erlebnisse, Körperempfindungen und Gefühlen nachhaltig dabei unterstützen, mit ihrer aktuellen Wirklichkeit und mit sich selbst bewusster umzugehen. So wird es aus einer Haltung der Achtsamkeit eher möglich, innere Auf- und Anschauungsprozesse, die durch schwierige Empfindungen, wie Angst, Trauer oder Wut ausgelöst werden, besser zu identifizieren, anstatt sich selbst mit diesen Gefühlszuständen zu identifizieren. Tendenzen zur Verstrickung in selbst schädigende Teufelskreise, getriggert durch automatisierte, stressassoziierte Gedanken-, Emotions- und Verhaltensmuster lassen sich durch eine achtsame Selbstbeobachtung schneller erkennen und folglich auch bewusst unterbrechen bzw. auflösen. Achtsamkeitsfördernde Methoden und Elemente sind daher mittlerweile die Basis diverser therapeutischer Interventionsprogramme. Zu diesen Programmen zählen:

- das indikationsübergreifend ausgerichtete Programm Stressbewältigung durch Achtsamkeit (Mindfulness-based Stress Reduction, MBSR) von Kabat-Zinn (1994),
- die Mindfulness-based Cognitive Therapy von Segal, Williams und Teasdale (2002) zur Rückfallprophylaxe bei Depressionen
- das MB-Eat Program von Kristeller und Hallet (1999) sowie die spezifische MBSR-Variante von Williams und Zylowska (2009) für Patienten mit Essstörungen,
- die dialektische Therapie der Borderline-Störung nach Linehan (1996)
- sowie das von Marlatt und Kollegen zusammengestellte Programm zur Suchtbehandlung für Alkohol- und Drogenabhängige (Bowen et al., 2006).

In diesen acht bis zehn Wochen dauernden Programmen werden die Patienten mit Meditationsformen wie der atemzentrierten Vipassana-Meditation und körperzentrierten Aufmerksamkeits- und Bewegungsübungen vertraut gemacht. Zu diesen zählen der Body Scan – eine strukturierte Körperwahrnehmungsübung, Meditation und sanfte Körperübungs-Sequenzen aus dem Hatha-Yoga, Qigong oder dem Taiji Chuan. Den Programmteilnehmern wird nahe gelegt, die gesundheitsfördernde Wirkung der Methoden durch eine tägliche Übungspraxis von 45 Minuten zur Entfaltung zu bringen.

Therapeutische Ziele

Die Intention beim Einsatz der Achtsamkeit fördernden Programme ist es, heilsame Potentiale und Persönlichkeitseigenschaften der Teilnehmenden zu wecken und diese weiterentwickeln zu helfen. In diesem Anliegen sind sie historisch anchlussfähig an die Tradition der humanistischen Psychologie und Pädagogik sowie der Positiven Psychologie (Auhagen, 2004). Seit einigen Jahren lässt sich auch auf dem Gebiet der Psychoneurophysiologie ein wissenschaftlicher Boom der Achtsamkeitsforschung erkennen (Ott, 2010). Zusammen mit anderen Wissenschaftlern untersucht Ulrich Ott, vom Bender Institute of Neuroimaging der Universität Gießen, was durch Meditation trainiert wird und wie sich Hirnstrukturen dadurch verändern. Der Neurologe Gerald Hüther proklamiert, dass die achtsame Haltung diejenige sei, die der Plastizität des menschlichen Gehirns sowie dem Entwicklungspotential des menschlichen Bewusstseins am umfassendsten gerecht wird (Hüther, 2001).

Mit Verweis auf diese Erkenntnis besteht das Anliegen der Achtsamkeitsschulung im Unterschied zu kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen – entgegen der Gewohnheit unseres Gehirns darin, dass unangenehme Wahrnehmungen vom Selbst nicht durch angenehmere Alternativen ersetzt werden müssen und sollen.

Durch eine bewusste und differenzierte Selbstwahrnehmung erhalten die achtsam Übenden die Möglichkeit, sowohl physiologisch ungünstige Haltungen und Missempfindungen als auch psychologisch inadäquate Haltungen, (negative) Selbst- oder Weltbilder, Ängste, Befürchtungen, feindselige oder aggressive Impulse und Muster bewusst wahrzunehmen und anzuerkennen. Dabei sollen die Praktizierenden dazu angeregt werden, dass neben freudvollen auch schmerzhaft erscheinungen wahrgenommen und wohlwollend sein gelassen und angenommen werden können. Der Sinologe und Nestor der Traditionellen Chinesischen Medizin in Deutschland, Manfred Porkert (1983, S.147 f.) plädiert für den Mut des Ergriffenseins, zum bewussten Er-Leben, auch des Schmerzhaften. Denn *„Jeder Akt der Ergriffenheit erneuert, bestätigt, erweitert... die Ganzheit, die Integrität..., den erweiterten Bestand der Potenzen des Individuums.“*

So erleben einige Patienten, dass sich ihre Schmerzen und Beschwerden allmählich verändern bzw. mindern, wenn sie nicht länger versuchen, diese zu bekämpfen, zu verdrängen oder abzuspalten, sondern ihnen ihre akzeptierende Aufmerksamkeit schenken. Der Meditationslehrer Thich Nath Hanh (2011) beispielsweise

geht an dieser Stelle noch einen Schritt weiter, indem er dazu ermutigt, auch schwierigen und leidvollen Empfindungen eine liebevolle Aufmerksamkeit zu schenken, sie zu umarmen, sich ihnen hinzugeben und ihren Wert anzuerkennen. Um dadurch einen inneren Prozess der Aussöhnung, des inneren Friedens, der Liebe und des Erkennens von Non-Dualität zu initiieren, der eine zunehmende Entwicklung der Auflösung Selbstbehinderungen und Verhaftungen und damit des Aufwachens ermöglichen kann.

In der Essener Klinik werden die Patienten durch eine achtsame Haltung der Therapeuten im Einzelkontakt und in der Gruppenarbeit immer wieder dazu ange-regt, ihre bewusst gewordenen (Körper-)Empfindungen, Gedanken, Gefühle, Be-dürfnisse oder Eingebungen aufmerksam wahrzunehmen, zu beschreiben und an-zuerkennen. Die Bedeutung der Reaktion der Therapeuten auf die Äußerungen der Patienten liegt weniger darin begründet, **was** sie entgegnen oder tun, sondern vielmehr, **wie** sie auf die Patienten eingehen, die gemeinsame Beziehung gestalten und den (individuellen) Prozess begleiten (vgl. Dörner, 2001).

Die Achtsamkeitsschulung umfasst im Essener Modell einen Zeitraum von zwei Wochen stationärer und anschließend zehn Wochen teilstationärer Begleitung in der Tagesklinik. In dieser Zeit haben die Teilnehmenden die Möglichkeit, für sich zu entdecken und zu beobachten, wie es für sie wirkt und was sich verändert, wenn sie sich selbst, ihren eigenen Empfindungen, Grenzen und Bedürfnissen akzeptierender und selbstfürsorglicher begegnen und auch die Beziehungen zu ihren Mitmenschen bewusster gestalten. Insbesondere für Patienten, die ihre for-male und informale Achtsamkeitspraxis – sei es beim Duschen, beim Autofahren oder beim Essen – in ihrem Alltag eigenständig aufrechterhalten, können sich die Qualitäten der achtsamen Haltung über den Zeitraum der therapeutischen Inter-vention hinaus in ihrer Wirksamkeit weiter entfalten.

Dass Achtsamkeit jedoch letztlich viel mehr ist als ein für die Gesundheitsförde-rung oder auch für die Therapie hilfreiches Konzept und darüber hinaus auch auf ein Innehalten gegenüber äußeren Zwängen und auf eine bewusste, schöpferische Lebensgestaltung abzielt, rückt sie in die Nähe von Wegen zur Lebenskunst. So sprechen Segal, Williams und Teasdale von Achtsamkeit als einem „way of life rather than a short-term therapy“ (2002, S. 261) und die Autoren Heidenreich und Michalak (2003, S. 272) betonen, dass Achtsamkeit „in erster Linie ein Lebens-prinzip darstellt und erst in zweiter Linie eine therapeutische Strategie“.

Wirkungen achtsamkeitsbasierter Interventionen

Die Qualität der Achtsamkeitsübungen ist einerseits darin zu sehen, dass sie zur Intensivierung und tieferem Erleben von (angenehm) bewegenden Momenten der Praktizierenden beitragen können. Andererseits zeigen sie einen Weg, mit schmerzlichen, Stress assoziierten und unangenehmen Aspekten des Lebens in einen intensiven und bewussten Kontakt zu kommen und zu lernen, mit diesen umzugehen (Kabat-Zinn, 2003). Traditionelle Kulturen haben schon lange gewusst, was die Wissenschaft nun belegen kann: die Schulung von Achtsamkeit, die das „Herzstück“ spiritueller Übungswege ist (Thich Nath Hanh, 1999), kann sowohl die physiologische Gesundheit, das psychologische Wohlbefinden und darüber hinaus auch gesunde zwischenmenschliche Beziehungen sowie effektive Lernprozesse fördern. (vgl. Siegel, 2007).

Zugleich kann Achtsam-Sein auch als eine spirituelle Praxis verstanden werden (Krupski et al., 2006), die mittlerweile, empirisch belegbar, sehr an Aufmerksamkeit gewinnt. *„(...) die Fähigkeit des Menschen, in einen Dialog mit dem tiefsten Kern seines Selbst zu treten und mit den Anrufen aus seinem Inneren in Einklang zu kommen. So können sowohl Anhänger eines religiösen Bekenntnisses als auch Nichtglaubende Spiritualität verstehen. (...)“*, so äußerte sich der Theologe Leonardo Boff (1995, S.10) auf der Internationalen Werktagung in Salzburg.

Die Praxis der Achtsamkeit kann sich gelöst von sinnlichen Erfahrungen dahingehend ausweiten, dass Themen von Einheit und Non-Dualität nicht nur gedacht, sondern auch unmittelbar erfahren werden bzw. sich einstellen können. Der Philosoph Thomas Metzinger hat auf dem Kongress Meditation und Wissenschaft eine Arbeitsdefinition formuliert, in der er „Spiritualität“ als eine epistemische Einstellung von Personen bezeichnet, wobei die gesuchte Form von Erkenntnis weder theoretisch, noch propositional, kognitiv oder diskursiv ist, sondern eine Form der existentiellen Selbsterkenntnis und Selbstvervollkommnung darstellt (vgl. Metzinger, 2010).

Der Sozialpsychologe John A. Astin (1997, S.99) nennt Spiritualität eine wichtige, jedoch häufig übersehene Komponente von Gesundheit und Wohlbefinden. Mit seinen Untersuchungen zur Wirkweise der Achtsamkeitspraxis hat er versucht, die Verbindung von spirituellem Erleben und Gesundheit zu fassen. Er konnte nachweisen, dass die Praxis der Achtsamkeit beides fördert.

In einem Interview am „Kripalu Center for Yoga and Health“ beschreibt Daniel Siegel (2006), der als Hirnforscher und Psychiater den Stand der Neurowissenschaften zum Phänomen Achtsamkeit umfassend und detailliert vorgestellt hat, wie das Training der Achtsamkeitspraxis zu spezifischen strukturellen Veränderungen in Gehirnarealen führt. Ebenso wie die Neuropsychologin Britta Hölzel (2009, 2010) konstatiert er, dass diese Veränderungen u. a. zu einer verbesserten Körperwahrnehmungs-, Selbstregulations- und Stressbewältigungsfähigkeit führen können. Im Laufe des Gespräches verweist Dan Siegel darauf, dass die ursprüngliche Übersetzung des Wortes YOGA aus dem Sanskrit „Einheit“ ist und diese formale Achtsamkeitsmethode in ihrer traditionellen Form nicht als eine Nebenaktivität im menschlichen Leben galt, sondern entwickelt wurde, um Menschen die Erfahrung zu vermitteln, sich über die Grenzen ihrer eigenen Persönlichkeit hinaus zu entfalten und in einem größeren Ganzen vollständig zu erblühen (vgl. Siegel, conversation, 2006). Dies lässt sich nicht als Selbstaufgabe verstehen.

In einem durch Achtsamkeitspraxis zu fördernden Bewusstsein, einer „Ethik des inneren Handelns“ (Metzinger, 2010) geht es vielmehr darum, die individuelle Selbstverwirklichung mit der Erkenntnis und der Verantwortung für das soziale, ökologische und transpersonale Eingebundensein zu verbinden. Denn *„Auf einer tieferen Ebene gibt es keinen Unterschied zwischen der eigenen Person, anderen Menschen, der Natur und dem Universum. Mit dem Ende der Vorstellung eines vom übrigen Universum getrennten Wesens geht das Ende von Leiden und Krankheit einher“*, so äußert sich der Leiter der Tagungsreihe „Medizin und Spiritualität“ und des Instituts für Integrale Medizin, Klaus Dieter Platsch (2009), zum „heilenden inneren Feld“.

Meditation und Wissenschaft

Die dualistisch-rational geprägte westliche Wissenschaft und die eher holistisch orientierten Traditionen des Ostens haben sich in den letzten Jahren angenähert und befinden sich in einem wechselseitig wachsenden komplementären Austausch, aus dem im November 2010 in Berlin erstmals ein „Interdisziplinärer Kongress zur Meditations- und Bewusstseinsforschung“ hervor gegangen ist. *„Die beiden unterschiedlichen Erkenntnisströme scheinen in einen größeren Strom zu münden, der angetrieben wird von der menschlichen Sehnsucht nach Erkenntnis und Glück: „Was*

bedeutet es, Mensch zu sein? Wie erreichen wir Gesundheit und Wohlergehen? Wer sind wir?“, (Hangartner, 2007). Thomas Metzinger, Leiter der Forschungsstelle Neuroethik/Neurophilosophie an der Universität Mainz, widmete sich diesen Aspekten auf dem Kongress aus einer empirisch-philosophischen Perspektive unter dem Themenschwerpunkt „Spiritualität und intellektuelle Redlichkeit: Wahrhaftigkeit, wissenschaftliche Rationalität und das philosophische Projekt der Selbsterkenntnis“ (www.meditation-wissenschaft.org).

Wissenschaftliche Rationalität und Spiritualität bilden keinesfalls unvereinbare Polaritäten, sondern miteinander zu vereinbare Bestandteile. – Diese beiden „Grundformen des epistemischen Handelns“ (Metzinger, 2010) bedürfen so zusa- gen der Versöhnung.

Ein Ergebnis der Wechselwirkung zwischen Meditation, Wissenschaft und des interdisziplinären Austausches ist die zunehmende Integration achtsamkeitsbasier- ter Interventionen in die Medizin und Therapie, wo sie sich hinsichtlich der As- pekte der Gesundheitsbildung auch als gesellschaftlich relevant erweisen – im Rahmen der Pädagogik, des Arbeitsleben und der allgemeinen Unterstützung von Menschen auf dem Weg der Sinnsuche und der Selbstverwirklichung.

Aktueller Stand der Achtsamkeitsforschung

In der derzeit aktuellsten bibliographischen Zusammenfassung und Analyse von Williams und Zylowska (2009) werden neben wissenschaftlichen Studien zu MBSR (siehe 2.2.2.) unter anderem folgende Anwendungsbereiche genannt, in denen der Einsatz achtsamkeitsbasierter Interventionen gesundheitsförderliche Auswirkungen auf den Umgang der Teilnehmenden mit Stress zeigte, einige der Beschwerden der Teilnehmenden mindern konnte sowie zu einem Anstieg ihrer Lebensqualität führte:

- Immunschwäche (Aids)
- Chronische Schmerzerkrankungen
- Krebs
- Chronische Müdigkeit
- Herzkrankheiten
- Diabetes
- Rehabilitation nach Hirnverletzungen

- Fettleibigkeit
- Organtransplantation
- Arthritis
- Tinnitus
- Schlafstörungen
- Multiple Sklerose
- Stress bei Frauen nach Geburt und Menopause.

Achtsamkeitsschulung bei „Gesunden“

Doch das Konzept der Achtsamkeit ist nicht nur für die Gesundheitsförderung und Therapie zur Bewältigung leidvoller Zustände eine hilfreiche und wirkungsvolle Intervention. Im Alltag von weitestgehend „gesunden“ Menschen gibt es ebenfalls genügend herausfordernde Situationen, die Stress, Ängste und depressive Verstimmungen auslösen können. Hier kann die Praxis von Achtsamkeit zur Herstellung innerer Zufriedenheit, Erfüllung, Ausgeglichenheit und Freude beitragen. Bei der Teilnahme von Gesunden mit normaler und erhöhter Stressbelastung an Achtsamkeitsprogrammen konnte eine Abnahme der Ängstlichkeit und grüblerischer Gedanken sowie eine Zunahme von Selbstfürsorglichkeit und Mitgefühl festgestellt werden (Chiesa und Seretti, 2009). Im Vergleich zu den Wirkungen auf die psychische Gesundheit von Erkrankten fielen die Effekte bei Gesunden höher aus und blieben dabei zeitlich ebenfalls stabil.

Achtsamkeitspraxis in der Pädagogik

Durch die Erkenntnis der Wirkung und Bedeutung der Achtsamkeitspraxis gewinnen die Argumente und das Engagement zur Integration dieser in den pädagogischen Kontext zunehmend an Relevanz. So bestehen unter den Aspekten der Gesundheitsbildung und -förderung bereits Studien zu ihrer Etablierung in den schulischen und universitären Alltag als auch in die Aus- und Weiterbildung von Pädagogen. So wie etwa in dem von den Universitäten Kassel und Duisburg-Essen initiierten Forschungsprojekt „AMSLE“. Hier **Macht Achtsamkeit SchuLE**, indem Nils Altner mit seinen Kollegen untersucht, welche Eigenschaften und Fähigkeiten Lehrer von der Grund- bis zur Hochschule bei sich und bei ihren Schülern fördern können, wenn sie Achtsamkeit praktizieren. Denn die Integration dieser Praxis in ihren Alltag kann sowohl hinsichtlich ihrer Selbstfürsorglichkeit

als auch für die Qualität ihrer pädagogischen Arbeit eine signifikante Wirkung zeigen (www.win-future.de/projekte/achtsamkeit-macht-schule/index.html).

In den letzten Jahren sind in Deutschland einige Programme der Achtsamkeitspraxis für den Bildungskontext entwickelt und in diesen eingesetzt worden. Zu diesen Programmen zählen beispielsweise:

- „Qigong für Schulkinder“ des Mediziners Matthias Becker (2000)
- „Yoga mit hyperaktiven Kindern“ der Pädagogin Nicole Goldstein (2002)
- „Yoga und Aufmerksamkeit bei Vor- und Grundschulkindern“ der Pädagogin Suzanne Augenstein (2003)
- Die 12-wöchigen Achtsamkeits- und Yoga-Programme von Mendelson, Greenberg und Kollegen (2010) zum Einsatz bei Studenten, Lehrern und Administratoren.
- Das „Mindfulness Training in Schools“ von Huppert und Johnson (2010).
- Eine speziell für Studierende entwickelte MBSR-Variante von Lynch und Kollegen (2009).

Im Vergleich zu Amerika sind die Erfahrungen zur Etablierung von Achtsamkeitsprogrammen in die Pädagogik im deutschen Sprachraum eher gering, jedoch im Aufbau.

Schlussfolgerungen

Die veranschaulichten wissenschaftlichen Erkenntnisse legen nahe, dass die Praxis von Achtsamkeit sich bei Erkrankten als auch bei „Gesunden“ förderlich auf die nachhaltige Entwicklung von Selbstfürsorge und Selbsterkenntnis auswirkt und somit die salutogenetischen und integralen Ressourcen stärken kann.

Aus den Forschungen der interpersonellen Psychoneurophysiologie geht hervor, dass die Aktivierung der Motivationssysteme im menschlichen Gehirn (siehe 2.7.5) im medizinisch-therapeutischen Kontext der Mind-Body-Medizin für die Änderung des Lebensstils von herausragender Bedeutung ist, ebenso wie im psychosozialen und pädagogischen Kontext für das Lernen und für die gesunde Entwicklung von Menschen allgemein. Achtsamkeit in der Pädagogik bedeutet, auch hier keine künstlichen Trennungen zu schaffen, sondern fließende Übergänge zwischen pädagogischen, therapeutischen und spirituellen Prozessen und Interventionen zu kultivieren (vgl. Naranjo, Claudio, 2000).

Für Menschen, die in psychosozialen Berufen arbeiten, kann die bewusste Aneignung einer achtsamen Haltung zudem auch als Schutz dienen, ihr emotionales, kognitives und soziales Engagement nicht überzustrapazieren, um in einer schnelllebigen und prekarierten Gesellschaft kein Ausbrennen zu erleiden.

Die Kultivierung von Achtsamkeit zeigt einen Weg, auf dem Menschen sich selbst und andere(s) besser wahrnehmen und im besten Falle angemessener auf äußere Stressoren und innere Ereignisse reagieren können. Durch das Bewusstsein für die Notwendigkeit regelmäßiger Zeiten der Besinnung und Entspannung wird es möglich, eine Basis zu schaffen, um der Entwicklung von stressbedingten Erkrankungen, die sich heute schon bei Kindern und Jugendlichen zeigen, vorzubeugen.

„Die Fähigkeiten zu Selbstfürsorge und Selbstverantwortung wachsen in gleichem Maße, wie Menschen sich der gesundheitlichen Bedeutung der kleinen und großen Lebensstilentscheidungen im Alltag bewusst werden“, so äußert sich Nils Altner (in Dobos, 2011) zum Potential der Achtsamkeitspraxis.

Nach der Definition der National Institutes of Health (NIH) (siehe 2.5.2) bezeichnet er sie als eine *„Mind-Body-Intervention par excellence“*, da sie in ihrer Wirkweise direkten Einfluss nimmt auf die *„Interaktionen von Gehirn, Geist, Psyche, Körper und Verhalten sowie auf die unmittelbaren Auswirkungen emotionaler, mentaler, sozialer, spiritueller und behavioraler Faktoren auf die Gesundheit“*.

So sollten Heranwachsende bereits in frühen Jahren dafür sensibilisiert werden, ein achtsames Gewahrsein für das unauflösliche Zusammenwirken dieser nur begrifflich separierten Dimensionen zu entwickeln. Damit liegt die Schlussfolgerung nahe, dass die Integration achtsamkeitsbasierter Methoden und die bewusste Förderung einer achtsamen Atmosphäre im pädagogischen Kontext einen wichtigen Beitrag zu einer gesunden Entwicklung auf allen Ebenen leisten kann.

2.5 Allgemeine Grundlagen und Ziele des Essener Modells

*„Gesundheit erbitten sich die Menschen von den Göttern,
denn sie haben vergessen, dass ihnen das
Potential zu Gesundheit und Heilung von
Gott bereits geschenkt wurde.*

*Paidea: Sie müssen lernen, es wieder zu entdecken.“
(Demokrit, in Abänderung)*

Integrative Medizin im Essener Modell bedeutet, konventionelle Behandlungen und modernste Diagnostik mit naturheilkundlichen Therapieverfahren aus dem europäischen und asiatischen Raum auf der Ebene der Behandlung mit der Mind-Body-Medizin und Ordnungstherapie als Möglichkeit des Handelns durch den Patienten selbst zu verbinden.

Dadurch lassen sich einerseits Symptome reduzieren als auch die Kräfte der Selbstheilung anregen und entfalten. Gleichzeitig unterstützen und schulen die ganzheitlich ausgerichteten Interventionen der Ordnungstherapie und der MBM die Patienten bei der Krankheitsbewältigung und hinsichtlich ihrer Fähigkeiten, ihre Lebensweise in Bezug auf ihre Haltung und ihr Verhalten bewusst selbst- und damit auch gesundheitsfürsorglich zu gestalten.

2.5.1 Ordnungstherapie nach dem Essener Modell

*„Gegen diese Naturordnung unseres Lebensablaufes
verstößt der Mensch der Gegenwart
in rücksichtsloser Weise, doch
in der Regel ohne zu ahnen,
was er damit anrichtet.“*

(Max Bircher Benner)

Wesentliche Grundprinzipien der modernen Ordnungstherapie liegen im Aufbau und der Stärkung gesundheitsbezogener Schutz- und Bewältigungsressourcen im bio-psycho-sozialen Kontext. Indem der Patient seinen Fokus auf vorhandene Ressourcen und deren Förderung in seinem Lebensalltag lenkt, soll er im Umgang mit der eigenen (chronisch wiederkehrenden) Erkrankung mehr Eigenverantwortung und Selbstfürsorge lernen. Die Ordnungstherapie strebt eine nachhaltige Veränderung des Lebensstils an. Dieser soll den Patienten ermöglichen, ihre individuellen, biologischen und natürlichen Rhythmen mit dem Rhythmus ihres All-

tagslebens in Einklang zu bringen und so eine Grundlage dafür zu schaffen, dass Heilung erfolgen und Gesundheit erhalten werden kann.

Ordnungstherapeutische Interventionen zielen auf die Anregung der natürlichen Regulations- und Abwehrkräfte, die das Potential der Selbstheilungskräfte des Organismus stärken sollen.

Unterstützung der Lebensstilveränderung

Die Ordnungstherapie soll den Patienten helfen, in allen gesundheitsförderlich zu gestaltenden Lebensbereichen ihres Alltags selbstfürsorgliche Entscheidungen zu treffen und eben solche Verhaltensweisen aufzubauen, die ihr Wohlbefinden und ihre Lebensqualität nachhaltig fördern. Diesbezüglich sind die gesundheitsbildnerischen Interventionen zur Vertrautmachung und Schulung der Patienten im (Tages-)klinikprogramm auf die folgenden Aspekte ausgerichtet:

- Mediterrane Vollwerternährung und achtsames Essverhalten
- Bewegung durch Yoga, Qi Gong, Nordic Walking
- Spannungsregulation durch Meditation, Body Scan, Yoga, Qi Gong und Walking
- Kognitive und emotionale Neuorientierung und -strukturierung durch Aufdecken dysfunktionaler Haltungsmuster
- Stressbewältigung
- Kommunikationstraining
- Naturheilkundliche Selbsthilfestrategien (Hydrotherapie, Anwendung von Heilpflanzen, Wickeln und Auflagen, Akupressur und Selbstmassage)

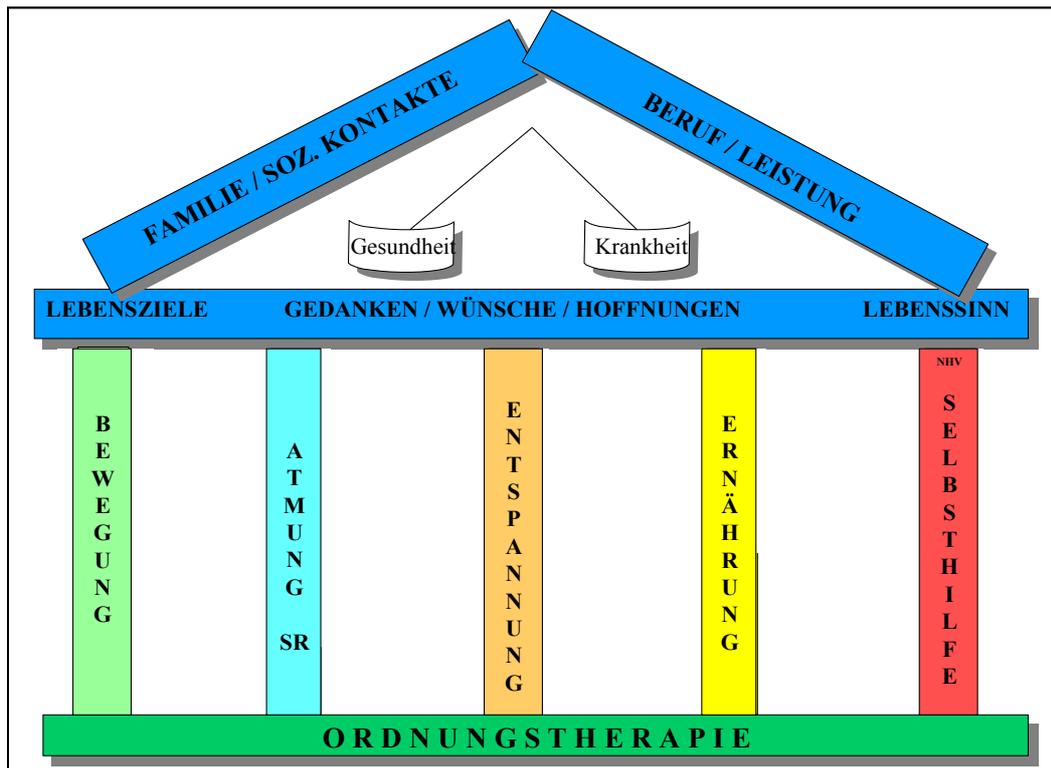


Abb. 5: Tempel der Gesundheit (Dobos et al., 2011, in Druck)

Die sozialen und familiären Beziehungen sowie die berufliche Leistungsfähigkeit, Gefühle, Gedanken, Werte, Lebensziele und spirituelle Fragen einer Person werden in den Prozess der Lebensstilveränderung mit einbezogen. Der „Tempel der Gesundheit“ (siehe Abb. 5) dient den Therapeuten zur bildlichen Verdeutlichung, welche Lebensstilbereiche sich durch unser Verhalten im Alltag gesundheitsförderlich beeinflussen und verändern lassen und daher für die Krankheitsbewältigung eine relevante Bedeutung haben. Nicht selten kommt es vor, dass die Pflege der Säulen von Menschen erst im Falle von Gesundheitsstörungen bewusst beachtet und berücksichtigt werden. Im therapeutischen Kontext hat es sich daher als sinnvoll erwiesen, nicht nur bei jenen zur Fürsorge anzuregen, die bereits beeinträchtigt sind. Durch den Mehrkomponentenansatz werden die Patienten im Essener Modell, je nach ihrer Motivation und ihren Bedürfnissen, in mehreren Lebensbereichen gleichzeitig zu Modifikationen ihrer Lebensgestaltung motiviert, wenn dies erforderlich erscheint.

2.5.2 MBM-Prinzipien und -Methoden im Essener Modell

*„Ein allgemein gültiges Prinzip lässt sich aufstellen,
wenn es mit der Wahrheit in Einklang steht,
aber seine Anwendbarkeit muss vom
inneren Bewusstsein entschieden werden,
das bei jedem Schritt prüft,
was zu geschehen hat
und was nicht.“*

(Sri Aurobindo)

Die National Institutes of Health (NIH) in Washington D.C. definieren die Mind-Body-Medizin wie folgt: *“Mind-body medicine focuses on the interactions among the brain, mind, body, and behavior, and the powerful ways in which emotional, mental, social, spiritual, and behavioral factors can directly affect health. It regards as fundamental an approach that respects and enhances each person’s capacity for self-knowledge and self-care, and it emphasizes techniques that are grounded in this approach”* (National Center for Complementary and Alternative Medicine, 2006).

Der Blick der Mind-Body-Medizin konzentriert sich auf das Zusammenspiel von Geist, Psyche, Körper und Verhalten und darauf, wie emotionale, mentale, soziale, spirituelle und Verhaltensfaktoren direkten Einfluss auf die Gesundheit nehmen. Als grundlegend erachtet sie eine Herangehensweise, die persönliche Fähigkeiten wie Selbstbewusstsein und Selbstpflege respektiert und fördert. Daher vermittelt sie Methoden, die diesem Anspruch gerecht werden sollen.

Als Mind-Body-Methoden nennt das NIH Interventionsstrategien wie Entspannungstechniken, Hypnose, Vorstellungsübungen, Meditation, Yoga, Tai-Chi, Qi-Gong, kognitiv-behaviorale Techniken, Gruppenunterstützung und autogenes Training und beschäftigt sich auch mit Spiritualität. Das amerikanische Verständnis der Mind-Body-Medizin beinhaltet also vorrangig Methoden der Stressbewältigung und Entspannung (Dusek und Benson, 2009). Daraus den Schluss zu ziehen, die Techniken der MBM würden nur im Sinne der Stressbewältigung und Entspannung wirken, würde den achtsamkeitsbasierten Techniken aufgrund ihrer Herkunft und Einbindung in traditionelle medizinische Systeme jedoch nicht gerecht. Denn jede erfolgreich vermittelte und in Folge dessen von Patienten regelmäßig angewendete Methode zur Entspannung kann konsekutiv auch dazu führen,

dass Menschen ihren Lebensstil auch in anderen gesundheitsrelevanten Bereichen verändern, wodurch sie in der Konsequenz zu mehr Wohlbefinden, Gelassenheit und Freude und damit einhergehend auch zu einer anderen Lebenseinstellung gelangen können. In der Interaktion mit den Patienten werden daher auch psychologische, mit der individuellen Haltung verbundene Aspekte wie Erwartungen, Lebensziele, Hoffnungen, philosophische und sinnstiftende Themen be(tr)achtet.

Mind/Body Medicine

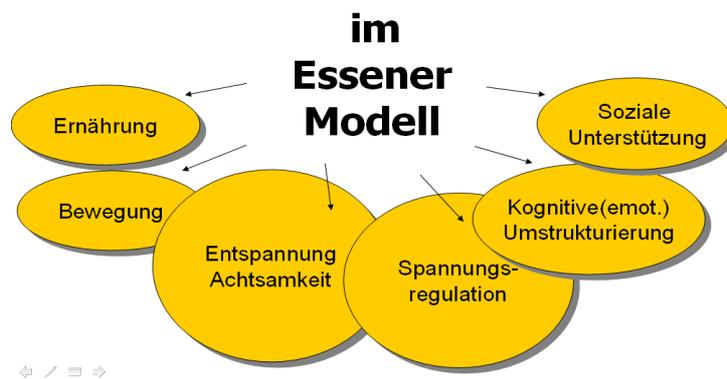


Abb. 6: Mind/ Body Medicine im Essener Modell (vgl. Paul, 2007)

2.5.3 Ziele im Essener Modell

*„Nur eines macht das Ziel unerreichbar.
Die Angst vor dem Versagen.“*

(Paulo Coelho)

Anregung zu gesundheitsförderlicher Lebensgestaltung und Selbstfürsorge

Seit den 1950er-Jahren hat sich in den Industrienationen der westlichen Welt eine deutliche Zunahme von chronischen Erkrankungen ergeben. Diese sind in vielen Fällen stressinduziert und stehen häufig mit dysfunktionalen Haltungen und daraus resultierenden ungesunden Verhaltensweisen in Verbindung. Aus diesem Grunde gewinnen zunehmend interdisziplinäre Interventionen an Bedeutung, deren Ziel darin besteht, Menschen bei der Wiedererlangung ihres Gespürs für die natürlichen Bedürfnisse ihres Organismus und damit zur nachhaltigen Gestaltung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils behilflich zu sein und damit einhergehend die Aktivierung der Ressourcen zu Gesundheit und zur Selbstheilung zu fördern.

An diesem Punkt setzen die Elemente der MBM-Programme und der ordnungstherapeutischen Methoden im Essener Modell an. Ihre Integration ermöglicht es, die salutogenen Ressourcen von Patienten zu achtsamer Selbstwahrnehmung und Selbstfürsorge in den physiologischen, emotionalen, gedanklichen, sozialen und transpersonalen Dimensionen auszubilden, zu entwickeln und zu stärken. In diesem Anliegen kommen introspektive Methoden, wie Anregungen zu kognitiver und emotionaler Neustrukturierung, Achtsamkeitsmeditation sowie empathisch geführte Gespräche mit den Patienten zur Wirkung. Diese sollen ihnen helfen, ihre Fähigkeiten zu Selbsterkenntnis und Selbstbewusstsein zu entfalten, um Potentiale zu Selbstfürsorge und Selbstverantwortung weiter entwickeln zu können. Nils Altner hat zur Veranschaulichung der Ebenen, auf denen das SELBST diesbezüglich gestärkt werden soll, das anschließende Schaubild kreiert:

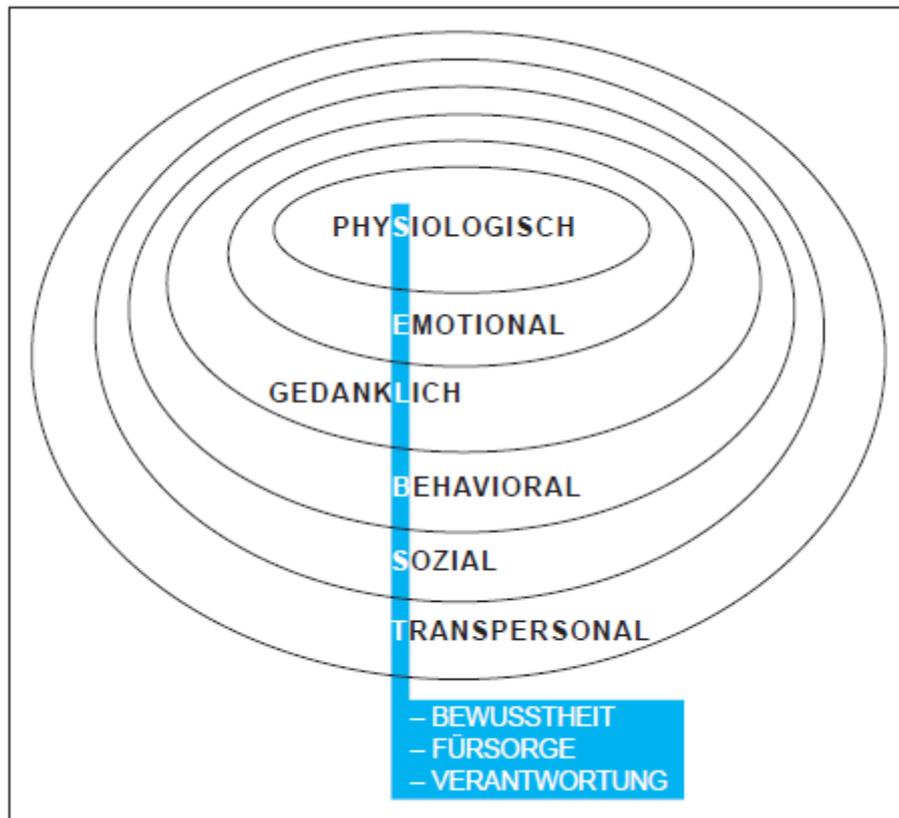


Abb. 7: Ebenen der Stärkung des SELBST durch Mind-Body-Interventionen (nach Nils Altner in Dobos; Paul, 2011)

„ ... *Ich lebe mein Leben in wachsenden Ringen,
die sich über die Dinge ziehn.
Ich werde den letzten vielleicht nicht vollbringen,
aber versuchen will ich ihn ...* “
(Rainer Maria Rilke, 1945, S. 7)

Die bewusste Entwicklung der transpersonalen oder spirituellen Dimension kann zu einem integralen Gewahrsein der Wirklichkeit führen, aus dem heraus alle Erscheinungen im Leben als holistisches Gefüge einer zusammenhängenden Einheit erfahren werden können. Auf diese Einheitserfahrung alles Existierenden bezieht sich auch Rainer Maria Rilkes Zitat.

2.5.4 Das Fachpersonal im Essener Modell

„Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile.“

(Aristoteles, 384 – 322 v. Chr.)

Das integrativ-medizinische Konzept erfordert eine fachübergreifende Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen. Die therapeutischen Interventionen werden im Essener Modell gemeinsam mit den ärztlichen, pflegerischen und physiotherapeutischen Kollegen innerhalb der interdisziplinären Teambesprechung ausgewählt. Die Module der Ordnungs- und Mind-Body-Therapie werden dabei von speziell geschulten „Ordnungs- bzw. Mind-Body-Therapeuten“ durchgeführt. In Anlehnung an den Sprachgebrauch der europäischen Naturheilkunde werden sie im deutschen Raum als *Ordnungstherapeuten* bezeichnet, im Amerikanischen, ausgehend vom Benson-Henry Institute für Mind Body Medicine an der Harvard Medical School, als *Mind-Body Instructors*.

Neben den Fachärzten mit Spezialgebieten und Zusatzbezeichnungen, sowie dem Krankenpflegepersonal und Physiotherapeuten zählen zu dieser Berufsgruppe Therapeuten mit folgenden (Fach)Hochschulabschlüssen:

- Ökotrophologie
- Sportpädagogik und -therapie
- (Sozial- und Gesundheits-)Pädagogik sowie
- Psychologen

In ihren Grundprofessionen spiegeln sich die jeweiligen gesundheitsförderlich zu unterstützenden Lebensstilbereiche des psycho-edukatorischen Konzeptes wieder. Die Ordnungstherapeuten verfügen alle über eine spezielle Weiterbildung in mindestens einem der Schwerpunkte. Wie etwa über eine psychotherapeutische Zusatzbezeichnung oder beispielsweise eine Fortbildung zum Qi Gong-, Yoga- oder Nordic-Walking-Lehrer. Mit dem Durchlauf eines einjährigen „Internships“ vor Beginn ihrer regulären Arbeit erwerben die Mitarbeiter vielseitige Kenntnisse und Kompetenzen, die sie am Ende der klinik-internen Fortbildung als Ordnungstherapeut bzw. Mind-Body-Instructor befähigt, den Patienten in

Gruppenangeboten Fertigkeiten und Inhalte zu vermitteln, die jene auf einen gesunden Lebensstil in ihrem Alltag vorbereiten sollen.

Als Generalisten sind so alle Therapeuten in der Lage, Patienten zu den einzelnen Lebensbereichen mögliche gesundheitsförderliche Interventionen vorzustellen und diese gemeinsam einzuüben. Durch ihr eigenes Vorbild regen die Therapeuten zu der Erkenntnis an, dass gesündere Verhaltensweisen langfristig „nicht Lustverzicht, sondern Lustgewinn“, also eine Steigerung der Lebensqualität bedeuten (Melchart 1999).

Wenn auf Patientenseite individueller Bedarf nach Einzelberatung im Bereich der Ernährung, zum Bewegungsverhalten oder zur psychologischen Krisenintervention besteht, kommen die Ordnungstherapeuten als Spezialisten in ihrer jeweiligen Grundprofession zum Einsatz. In diesen Fällen greifen sie auf berufsspezifische Kenntnisse und Kompetenzen ihrer Ausgangsprofession zurück.

2.5.5 Praktische Umsetzung des Essener Modells

„Die Theorie ist nicht die Wurzel, sondern die Blüte der Praxis.“

(Ernst von Feuchtersleben)

Stationäres Klinikprogramm

Patienten, die für einen zweiwöchigen Aufenthalt in der Essener Klinik stationär aufgenommen werden, haben am Aufnahmetag drei Anamnesegespräche. Neben der üblichen ärztlichen Anamnese und Untersuchung, die neben den internistischen, orthopädischen und neurologischen Untersuchungen auch auf naturheilkundlich wichtige Befunde fokussiert, nehmen die Pflegekräfte und die Ordnungstherapeuten die Patienten im Rahmen eines Erstinterviews auf. Die Pflegekräfte fragen pflegerischen Behandlungsbedarf ab und eruieren die Notwendigkeit pflegerisch-therapeutischer Maßnahmen, bezogen auf das Krankheitsbild, und die individuelle Konstitution des Patienten. Die von den Ordnungstherapeuten erhobene mind-body-medizinische Anamnese ist in Teil III (siehe Kap. 3.2) ausführlich dargestellt. Es wird umfassend nach der Lebensstilgestaltung, Tagesablauf, Belastungen und deren Bewältigungsmöglichkeiten, Ressourcen, selbstschädigenden Gedanken und Überzeugungen, Stärken und Schwächen, dem erkannten Zusammenhang zwischen Lebensstil und den aktuellen Beschwerden, belastenden

Lebensereignissen und deren Verarbeitung sowie nach Spiritualität und der Einstellung zum Sinn des Lebens, aber auch zum Tod gefragt. Wichtig ist, abschließend auch die vom Patienten subjektiv definierten Ziele für den stationären Aufenthalt zu eruieren. Die vom Patienten erhaltenen Informationen werden in einer interdisziplinären Teambesprechung, bei der neben den bisher genannten Berufsgruppen auch die Physiotherapeuten vertreten sind, ausgetauscht. In Abstimmung auf die jeweilige Indikation und Motivation werden die Elemente und Methoden individuell auf die Bedürfnisse, Voraussetzungen und Fähigkeiten der Patienten angepasst und zusammengestellt. Jeder Patient erhält damit ein individuell auf seine Person abgestimmtes Programm, die darin enthaltenen Module werden jedoch meist im Gruppensetting durchgeführt. Spezielle Fragestellungen oder besondere individuelle Probleme erfordern gelegentlich auch Einzelkontakte.

Die Einführung in die Ordnungstherapie erfolgt zu Beginn des zweiwöchigen, stationären Aufenthaltes durch Einsatz des „Tempels für Gesundheit“ (Abb. 6).

Im interaktiven Gruppenvortrag werden die Patienten zu ersten Sensibilisierungen auf ihr Gesundheitsverhalten und ihre Krankheitsbewältigung von Therapeuten-seite folgendermaßen angeregt: *„Betrachten Sie den Tempel der Gesundheit. Ist es nicht so, dass die meiste Energie und Zeit für das Dach verbraucht werden? Wie viel Ihrer täglichen Aufmerksamkeit widmen Sie der Pflege der Säulen?“*

Anschließend werden den Patienten im interaktiven Vortrag die ersten Module vorgestellt:

- Einführung in das Konzept
- Verhaltensänderung planen
- sowie Stress und Spannungsregulation.

Diese lassen sich als übergeordnete Themen zur Durchführbarkeit der nachfolgenden Arbeit an den einzelnen Lebensstilbereichen verstehen. Die möglichen Interventionen dazu werden in den Interventionsmodulen zu den Themen: „Entspannung“, „Ernährung“, „Bewegung“, „naturheilkundliche Selbsthilfestrategien“, „kognitive Strukturen“, „achtsame Kommunikation“ sowie „Emotionen, soziale Strukturen und Spiritualität“ den Patienten vorgestellt und mit ihnen in den beiden Wochen ihres stationären Aufenthaltes aktiv geübt.

Patienten, die motiviert teilnehmen und durch ihr Eigenengagement spürbar von den Angeboten profitieren, die gewonnenen Erkenntnisse zuhause weiter vertiefen

wollen oder im Alltag zunächst noch Unterstützung durch regelmäßige Anleitung in der Umsetzung benötigen, wird die Teilnahme an der teilstationären Tagesklinik angeboten.

Das Tagesklinik-Programm des Essener Modells

Das teilstationäre OT/MBM-Programm im Tagesklinik-Setting findet im Anschluss an den stationären Aufenthalt in geschlossenen Gruppen statt. Das Tagesklinikprogramm wurde entwickelt, um Patienten nach ihrem in der Regel 14-tägigen, stationären Klinikaufenthalt die Möglichkeit zu geben, die zuvor kennengelernten Anregungen und Anleitungen zum Aufbau eines gesundheitsförderlichen Lebensstils zu verfestigen und sie dabei zu unterstützen, das Erlernte in ihren Alltag zu integrieren. Dieses diagnosenübergreifende Angebot besteht für Patienten mit unterschiedlichen (chronischen) Erkrankungen. Für Patienten mit Krebserkrankungen gibt es die Möglichkeit der Teilnahme an einem gesonderten onkologischen Tagesklinikgruppenprogramm. Die wöchentlich stattfindenden Gruppentreffen des psychoedukativen Konzeptes werden von einem Ordnungstherapeuten und einem Arzt geleitet und bilden 10 aufeinander aufbauende Einheiten.

Die Bestandteile des ambulanten Programms sind:

- Mediterrane Vollwerternährung (Gemeinsames Essen und Kochen)
- Bewegungstraining (Nordic Walking, u. a.)
- Achtsamkeitsmeditation zur Stressbewältigung
- Entspannungs- und Körperwahrnehmungsübungen
- (Body-Scan, Hatha-Yoga und Qi Gong-Übungen)
- Wasseranwendungen/ Kneipp-Therapie
- Massagen und Wickel
- Pflanzenheilkunde
- Akupressur

Neben diesen regelmäßig wiederkehrenden Elementen, beginnend bei der gemeinsamen Morgenbewegung, dem Mittagessen sowie der anschließenden ärztlichen Visite steht bei jedem Tagesklinikgruppentreffen ein zentrales Thema im Mittelpunkt der Gruppe.

Die Themenschwerpunkte des Tagesklinikprogramms sind:

- Kennen lernen, Überblick und Einführung ins Mind-Body Programm
- Umgang mit Stress: Wahrnehmung und kreativer Umgang mit schwierigen Situationen
- Bedeutung von Bewertungs- und Wahrnehmungsgewohnheiten I
- Bedeutung von Bewertungs- und Wahrnehmungsgewohnheiten II
- Sensibilisierungstraining
- Lehrküche, angeleitet durch eine Ökotrophologin
- Kommunikation nach innen: Umgang mit Schmerz und schwierigen Gefühlen
- Kommunikation nach außen: schwierige, zwischenmenschliche Kommunikation
- Raum für Vertiefung: Zeit der Achtsamkeit, weitestgehend im Schweigen
- Rückblick und Ausblick

Übersichtsplan - Tagesklinik

Zeit/Datum										
30 Min.	Bewegung									
30 Min.	Gruppen – Visite									
30 Min.	Wochenrückblick Tagebucharbeit / Übungserfahrungen									
90 Min. Thema	Einführung Mind/Body -Programm	Umgang mit Stress	Lehrküche	Sensibilisierungs- training: Yoga oder Qigong	Wahrneh- mungs- und Bewertungs- gewohn- heiten I	Wahrneh- mungs- und Bewertungs- gewohn- heiten II	Kommuni- kation nach außen	Kommuni- kation nach innen	Raum für Vertiefung Zeit der Achtsam- keit	Rückblick und Ausblick
45 Min.	Thema oder Spannungsregulation*			Haus- mittel	Hydro- therapie	Thema oder Spannungsregulation				
60 Min.	Mittagessen									
60 Min.	* Yoga / Qigong / „Minis“ / etc. Spannungsregulation / Entspannung									

Abb. 8: Tagesklinikprogramm im Essener Modell

Die strukturelle Basis eines jeden Gruppentreffens bilden theoretische Informationen zur Verstehbarkeit, das aktive Training zur Handhabbarkeit und die Motivation zur Sinnhaftigkeit, welche nicht zuletzt durch den Austausch und die Anregungen der Teilnehmenden untereinander im heilsamen Klima der Gruppe selbst ent-

steht. Nach der offiziellen Beendigung des Tagesklinikprogramms werden die Teilnehmer dazu ermutigt, sich auch ohne therapeutische Leitung weiter zu treffen, um den in Gang gesetzten Prozess förderlich aufrecht zu erhalten. Dies kann zu festgelegten Terminen auch in Räumen der Klinik geschehen.

2.5.6 Methodische Herangehensweise

„Jeder Mensch in seiner Beschränktheit muss sich nach und nach eine Methode bilden, um nur zu leben.“

(Johann Wolfgang von Goethe)

Motivation zur Gesundheitsverhaltensänderung

Nicht alle Patienten zeigen sich hinsichtlich therapeutischer Empfehlungen und Anleitungen gleichsam offen und bereit zur Umsetzung. Patienten, die wider jede Vernunft an einem ungesunden Lebensstil festhalten, als mögliche Erklärung Therapieresistenz zuzuschreiben oder sie durch direktives Vorgehen zum erwünschten Ziel einer Gesundheitsverhaltensänderung zu bringen, hat sich weder als langfristig erfolgreich noch als sinnvolle Herangehensweise erwiesen.

Das von Prochaska und Di Clemente empirisch entwickelte Modell zur Unterstützung von Verhaltensänderungen beruht auf der Erkenntnis, dass eine Verhaltensänderung ein Prozess mit fünf unterschiedlichen Stufen ist, die einer jeweils spezifischen Intervention zur Unterstützung bedürfen. Es ist Aufgabe des Therapeuten, die Phase der Veränderungsbereitschaft, in der sich ein Patient momentan befindet, zu identifizieren und darauf abgestimmt hilfreich zu intervenieren, um die Entwicklung des Veränderungsprozesses zu fördern. Deshalb wurden das **Trans-theoretische Modell der Verhaltensänderung** nach Prochaska und Di Clemente (Prochaska et al., 1992; Lippke et al., 2005) (siehe 3.3.1) sowie das **Motivierende Interview** nach Miller und Rollnick (siehe 3.3.2) als effektive und dynamische Methoden zur Aktivierung und zur förderlichen Begleitung von Veränderungsprozessen (Miller und Rollnick, 2002) in das Essener Modell integriert.

Therapieebenen im Essener Modell

Die therapeutischen Interventionen bewegen sich in der Interaktion mit den Patienten auf den folgenden drei Therapieebenen:

- Vermittlung von **Informationen und Wissen** zur Verstehbarkeit der Interventionsinhalte
- Praxisanleitungen zum **Training** und zum Erwerb von Fertigkeiten zur Umsetzung und Handhabbarkeit im Alltag
- **Motivationsförderung** durch Bewusstmachen und Bestätigung positiver Erfahrungen zum Wecken der Sinnhaftigkeit und Einstellungsänderung.

Diese drei Ebenen entsprechen den Bestandteilen des Kohärenzgefühls im Konzept der Salutogenese nach Aaron Antonovsky (2.3), welches allen Programmen und Methoden der MBM/ Ordnungstherapie zu Grunde liegt. Abhängig von der Motivation des Patienten sind eher informative, motivierende oder übende Verfahren indiziert (siehe Abb. 9).

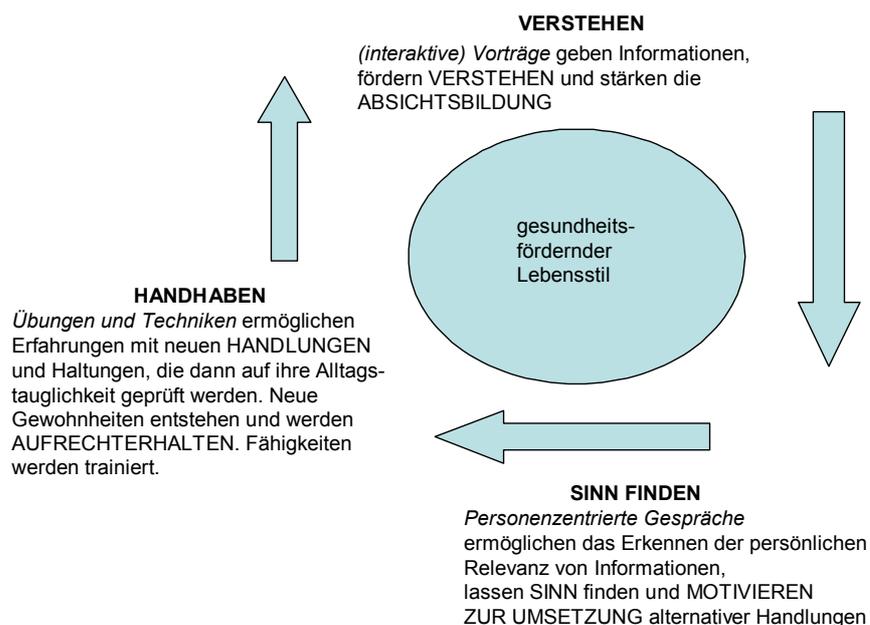


Abb. 9: Ziele und Methoden von Mind-Body Interventionen auf drei Therapie-Ebenen (Dobos und Paul, 2011)

Anregung & Aktivierung zu gesundheitsförderlicher Lebensstilmodifikation

Die verinnerlichte Zustimmung und die intrinsische Motivation einer Person zur Veränderung ihres Gesundheitsverhaltens lassen sich hinsichtlich ihrer tatsächlichen Umsetzung und Einhaltung als „Adhärenz“ bezeichnen. Eine grundlegende

Voraussetzung zur Umsetzbarkeit einer Verhaltensänderung ist immer die Überzeugung eines Menschen, auch unter schwierigen (gesundheitlichen) Bedingungen, die Handlung einer Verhaltensmodifizierung aus sich selbst heraus ausführen zu können. Dies haben Ergebnisse aus dem Bereich der Verhaltensmedizin, der Rehabilitations- und der Gesundheitsverhaltensforschung gezeigt. Diesbezüglich ist die vom Gesundheitspsychologen Schwarzer und seinen Mitarbeitern (1992; 1999; 2005) formulierte **Selbstwirksamkeitserwartung** als wichtige Ressource zu fördern. Die Selbstwirksamkeitserwartung bezieht sich auf das Ausmaß, mit dem ein Mensch davon überzeugt ist, ein gesetztes Ziel auch unter widrigen Bedingungen erreichen zu können. Mit der Erkenntnis, ein Verhalten zu ändern, welches einem Menschen offenbar schadet, reicht es nicht aus, dass ein Mensch weiß, was er stattdessen tun könnte. – Es ist auch notwendig, dass er davon überzeugt ist: „*Ich kann diese Handlung aus mir selbst ausführen.*“ Solche Kompetenzerwartungen oder auch Selbstwirksamkeitserwartungen muss die Therapie eventuell wecken, in jedem Fall aber überzeugend stärken und verankern. Dies lässt sich durch vier Interventionsansätze ermöglichen und steigern:

- **Eigene Erfolgserfahrungen**

Indem die Zielformulierungen der Lebensstilveränderung in ihrer Umsetzbarkeit auf die Möglichkeiten des Patienten abgestimmt sind.

- **Symbolische Erfahrungen**

Durch ein partnerschaftliches, vertrauensvolles, durch Anerkennung und Ermutigung getragenes Verhältnis von Patient und Therapeut.

- **Körperliche, gesamtorganismische Erfahrungen**

Selbstwahrnehmungen, die auf körperlicher, kognitiver und emotionaler Ebene erlebbar werden - wie etwa die wohltuende Wirkung einer durch Yoga ausgelösten Entspannung oder eine durch Akupressur getriggerte Schmerzminderung, können zur Neuinitiation von Selbstwirksamkeit anregen. Wenn Patienten spüren, dass sie durch ihr eigenständig hervorgerufenen Verhalten zu einer Linderung ihrer Schmerzen und von Stress beitragen können, verstärken sich der Wunsch nach Wiederholung und Intensivierung ihres Erlebens und damit auch die Hoffnung und der Glaube an Besserung ihres Leides.

- **Modelllernen**

Im zwischenmenschlichen Geschehen tragen der „Therapeut in seiner modellbildhaften Funktion“ und insbesondere das Gruppensetting durch den Aspekt der sozialen Unterstützung und Anteilnahme zur Entfaltung der individuellen Patientenpersönlichkeit bei (vgl. Kraft und Stange, 2010).

Die Förderung der Selbstwirksamkeitserwartung steigert auch die **Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung**, als weiteren wesentlichen Faktor der Krankheitsbewältigung. Dieser Begriff bezeichnet die verinnerlichte Erkenntnis des Patienten: *„Ich kann durch mein eigenes Zutun den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen.“* In Studien der Essener Klinik konnte im Rahmen der stationären und teilstationären Ordnungstherapie gezeigt werden, dass Patienten ihre gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung signifikant verbessern konnten (Hoffmann, 2004). Indem Patienten durch ihr eigenes, selbst kontrolliertes Verhalten eine Zunahme ihres Wohlbefindens und Gesundheitserleben erfahren, stellt sich die nachhaltige Erkenntnis ein, dass sie diesbezüglich selbst wirksam werden können.

2.5.7 Wirkevidenz ordnungstherapeutischer und mind-body-medizinischer Interventionen

*„Die Tat vereinigt eben Ursache und Wirkung (...).“
(Johann Wolfgang von Goethe)*

Der Einsatz von ordnungstherapeutischen und achtsamkeitsbasierten mind-body-medizinischen Interventionen hat sich vor allem bei der Behandlung chronischer Erkrankungen als sehr sinnvoll und wirksam erwiesen. Häufig kommt es zu einer Minderung der Beschwerden, die sich teilweise sogar ganz auflösen lassen. Die Effizienz von MBM-Methoden, in der Kombination mit konventionellen Behandlungsmethoden und mit naturheilkundlichen Therapiestrategien, konnte in diversen Studien mehrfach belegt werden.

Im Rahmen der Forschungsaktivitäten des „Essener Modells“ konnte gezeigt werden, dass die Entwicklung eines nachhaltig gesundheitsfördernden Lebensstils bei Patienten, die unter chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (Elsenbruch et al, 2005) litten, zu einer Steigerung ihrer Lebensqualität führte.

Bei Patienten mit Brustkrebs wurde durch den Einsatz der Ordnungstherapie ebenfalls eine Zunahme der Lebensqualität und eine Besserung der häufig auftretenden Müdigkeit (Fatigue) erreicht (Spahn, 2003).

Auf die Initiative von Nils Altner konnte, durch den Einsatz eines Achtsamkeitsbasierten Programms bei der Raucherentwöhnung, zur Reduzierung des Tabakkonsums beigetragen werden. Die gesundheitsförderliche Wirkung der Teilnahme an dem MBM-Programm zeigte sich darin, dass nach einem Jahr nahezu doppelt so viele Teilnehmer abstinent waren wie in der Vergleichsgruppe (Altner et al., 2004).

Die Wirksamkeit eines multimodalen ordnungstherapeutischen MBM-Programms, nach dem Essener Modell, konnte im Jahr 2001, in Kooperation mit der Abteilung für Kardiologie am Essener Krupp Krankenhaus in einer dreijährigen Studie an 100 ambulant teilnehmenden Patienten mit Koronarer Herzerkrankung gezeigt werden. Die Effekte wurden in der Steigerung der Lebensqualität, einer Senkung des Blutdrucks sowie im Rückgang der Herzschmerzen der Teilnehmenden deutlich. Insbesondere bei den weiblichen Patienten der ordnungstherapeutischen Gruppe, die ihren Lebensstil veränderten, kam es zu einer Verminderung der Depressivität und der Ängstlichkeit (Michalsen, et al., 2005).

Im Aufbau auf diese Studie wird von derzeit ein ambulant einsetzbares mind-body-medizinisches Interventionsprojekt der Essener Klinik für Integrative Medizin und Naturheilkunde entwickelt. In Teil III dieser Arbeit findet dieses Konzept eine nähere Vorstellung.

2.6 Didaktische und Methodische Grundlagen des Essener Modells

2.6.1 Achtsamkeitsbasierte Grundhaltung

*„Mitgefühl ist unser bestmöglicher Schutz,
und wie auch die großen Meister der Vergangenheit
immer schon wussten, ist es auch die größte Quelle der Heilung.“*

(Sogyal Rinpoche, 1994)

Die Fähigkeiten zur Kultivierung einer achtsamen Haltung und Beziehungsgestaltung (siehe 2.4) mit den Patienten gehören im Essener Modell zu den Grundvoraussetzungen für die Gestaltung des therapeutischen Prozesses. Die aufmerksame Wahrnehmung, welcher Patient, wann und von welchen Methoden und Verfahren des breiten und variabel einzusetzenden Interventionsspektrums am meisten profitieren kann, setzt ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen voraus. Zur Grundlage dieser therapeutischen Kunst gehört es, die eigene Haltung und Erwartungen erkennen und reflektieren zu können.

Daher zählen auf Seiten der Therapeuten die Fähigkeiten zu Selbstwahrnehmung und -erkenntnis, ebenso wie Schwingungsfähigkeit und das Interesse an Menschen und ihrer Entwicklung zu den impliziten Größen und professionellen Voraussetzungen für die Praxis der MBM.

Ausgehend von Carl Rogers Klientenzentrierter Gesprächsführung ist das Beziehungsangebot der Therapeuten in der Essener Klinik so zu verstehen, dass sie als Gegenüber der Patienten die Funktionen des Einfühlens, Akzeptierens und Wertschätzens übernehmen, wo sie spüren, dass Personen diese für sich selbst, als auch in der Beziehungsgestaltung mit anderen nicht mehr ausreichend erfüllen können. Diese Methode beruht auf der Anleitung zur achtsamen Selbstwahrnehmung durch den Therapeuten (Rogers, 1993).

Zu den neurobiologischen Instrumenten, die uns zum Mitgefühl und zur Empathie befähigen und damit die wichtigste Komponente für gelingende zwischenmenschliche Beziehungen bereitstellen, gehört das System der Spiegelnervenzellen. Diese befähigen, die inneren Befindlichkeiten, Motive und Gefühle anderer Menschen intuitiv zu erfassen und zu verstehen. Im Rahmen einer langjährigen Erkrankung und Leidensphase kommt es nicht selten zur Beeinträchtigung der zwischen-

menschlichen Beziehungen, wenn die Betroffenen ihre ursprüngliche Rolle im sozialen Netz nicht mehr im gewohnten Maße erfüllen können; sich in der Familie oder im Freundeskreis gegebenenfalls unverstanden oder weniger gut integriert fühlen. Diese Entwicklungen sind häufig mit Gefühlen der Angst, Enttäuschung, Sinnlosigkeit oder Einsamkeit verbunden.

Wenn zwischenmenschliche Beziehungen über einen längeren Zeitraum als stark belastend erfahren werden oder nur in geringem Maße vorhanden sind, erhöht sich die Gefahr für einen biologischen Absturz der „Motivationssysteme“ im Gehirn (Bauer, 2006). Demgegenüber kommt es folglich zur Steigerung der intrinsischen Motivation, wenn Menschen sich in wohltuenden Beziehungen zu ihren Mitmenschen bestärkt, ermutigt und angenommen fühlen können.

Als Konsequenz für den Kontext der Mind-Body-Medizin, insbesondere auch hinsichtlich der Motivation zur Lebensstiländerung, bedeutet dies, in Zitierung des Neurowissenschaftlers Prof. Dr. J. Bauer (Bauer, 2006): *„Es kann keine Motivation ohne Beziehung geben.“* – als auch umgekehrt: *„Es kann keine Beziehung geben ohne Motivation.“* Um dieses Sprachspiel weiter fortzuführen, bietet sich ein Kernsatz von Martin Buber an: *„Jede wirkliche Entwicklung heißt Begegnung.“* - Mit anderen Worten an dieser Stelle: Beziehung.

Um diesen Prozess zu fördern, finden die Mind-Body-Medizinischen Interaktionen mit Ausnahme des Anamnese-Gespräches im Regelfall im Gruppen-Setting statt. So wird es für die Patienten möglich, die gesundheitsförderliche Wirkung des Eingebundenseins in die Gruppe und das Verständnisses und die Unterstützung der Gruppenmitglieder beim von- und miteinander Lernen zu erfahren, um gemeinsam zu wachsen und sich zu verändern.

Diesbezüglich werden die Patienten jedoch nicht nur zur Entwicklung ihrer Potentiale in der Begegnung und Beziehung mit anderen angesprochen, sondern insbesondere auch für einen achtsamen Umgang in der Begegnung mit sich selbst. Der achtsame Umgang mit den Emotionen bildet hier, neben spirituellen Themen, einen der Schwerpunkte, wenn es darum geht, Menschen zur Wahrnehmung ihrer eigenen Innerlichkeit und zum Vertraut-Werden mit ihren Emotionen zu ermutigen. In diesem Rahmen kommen achtsamkeitsbasierte, introspektive Methoden zur Reflexion des persönlichen Umgangs mit Emotionen zur Wirkung, als auch Meditationen, die zu einer bewussten Auseinandersetzung mit der eigenen Innerlichkeit anregen. Die dadurch angeregten Prozesse können zu individuellen

Selbsterkenntnissen und damit verbunden auch zu Neuausrichtungen der Lebensgestaltung führen. Wenn körperliche und seelische Erkrankungen, wie von Alfred Adler in seinem Werk, „Der Sinn des Lebens“ (1933) als Ausdruck von Minderwertigkeitsgefühlen, Bedürfnissen, Motivationen und Einstellungen gesehen werden, können diese bestenfalls zum Anlass für Veränderung und Transformation werden.

2.6.2 Konstruktivistische Grundhaltung

*„Alles, was uns im Leben begegnet,
ist letztlich Resultat unseres eigenen geistigen Handelns.“*

(Bercholz, Chödzin, 1999)

Das mind-body-medizinische Programm des Essener Modells orientiert sich in seiner Grundhaltung an einer konstruktivistischen Didaktik. Die Basis dieses Ausgangspunktes bildet die Erkenntnis, dass der Mensch im Prozess seiner Wahrnehmung keine objektive Wirklichkeit abbilden kann, sondern eher eine relative und subjektive Realität konstruiert.

Die Umsetzung dieser Vergegenwärtigung führt im Essener Modell zu dem Bemühen, jede Intervention so zu gestalten, dass die Teilnehmenden die vermittelten Informationen, Motivations- und Handlungsanregungen in ihren subjektiven Erfahrungshintergrund, in ihr individuelles und kulturelles Bezugssystem sowie in ihr aktuelles Befinden integrieren können. Diesbezüglich bilden die folgenden Konzepte die Basis:

- Personenzentrierte Grundhaltung und Gesprächsführung (Carl R. Rogers)
- Themenzentrierte Interaktion (Ruth Cohn)
- Kommunikationsmodell nach Friedemann Schulz von Thun
- Sozial-Kognitive Theorie (Albert Bandura)
- Soziales Lernen (Sophian Walujo, Viktor Frankl)

Eines der bekanntesten Beispiele für konstruktivistisches Denken und Handeln, welches von den Ordnungstherapeuten im Rahmen der Anregung zur Kognitiven Neu- und Umstrukturierung gerne zitiert wird, ist Paul Watzlawicks „*Geschichte mit dem Hammer*“:

Ein Mann möchte ein Bild aufhängen. Den Nagel hat er bereits, nicht aber den Hammer. Der Nachbar hat einen. Also beschließt der Mann, hinüberzugehen und ihn auszuborgen. Doch da kommt ihm ein Zweifel: „Was, wenn der Nachbar mir den Hammer nicht leihen will?“ Gestern schon grüßte er mich nur so flüchtig. Vielleicht war er in Eile. Aber vielleicht war die Eile nur vorgeschützt, und er hat etwas gegen mich. Und was? Ich habe ihm nichts angetan; der bildet sich da etwas ein. Wenn jemand von mir ein Werkzeug borgen wollte, ich gäbe es ihm sofort. Und warum er nicht? Wie kann man einem Menschen einen so einfachen Gefallen abschlagen? Leute wie dieser Kerl vergiften einem das Leben. Und da bildet er sich noch ein, ich sei auf ihn angewiesen. Bloß weil er einen Hammer hat. Jetzt reicht es mir wirklich. – Und so stürmt er herüber, läutet, der Nachbar öffnet, doch bevor er „Guten Tag“ sagen kann, schreit ihn unser Mann an: „Behalten Sie ihren Hammer, Sie Rüpel!“

(Watzlawick, 1984, S. 37 f.)

Der erwachsenbildnerischen Zentralkompetenz entsprechend ist die therapeutische Ausrichtung und Vorgehensweise teilnehmer- bzw. patientenorientiert. Die Therapeuten treten im Interaktionsprozess nicht als privilegiert „wissende“ Funktionsträger mit erhobenem Zeigefinger vor eine Gruppe von „unwissenden“ Symptomträgern, sondern begegnen den Patienten auf gleicher Augenhöhe, in einer achtungsvollen Grundhaltung, von Mensch zu Mensch. Die Herangehensweise des Fachpersonals ist vielmehr so ausgerichtet, dass sie vor und auch bei der Vermittlung der unterschiedlichen Interventionsinhalte die aktuellen Fähigkeiten und Bedürfnisse der Patienten aufspüren, um diese dem momentanen Bewusstseinsstand der Patienten anpassen zu können.

Gleichzeitig ist jede therapeutische Intervention so gestaltet, dass sie zur Bildung von neuen Paradigmen und Perspektiven auf die Wirklichkeit anregen kann, um den Teilnehmenden die Kreation von konstruktiven Haltungen, Denkweisen und funktionaler Handlungsstrategien zu ermöglichen.

Zu einem individuell subjektiv erlebbaren Themenbereich wie dem der Gesundheit und des Lebensstils bringt jeder Patient seine eigenen biographischen Erfah-

rungen, Vermutungen, Einstellungen und Irritationen mit. Daher sind die Einstellungen, Kognitionen und Emotionen der Therapeuten gegebenenfalls andere als die der Teilnehmenden. Die Kunst des therapeutischen Vorgehens besteht hier darin, Patienten zur Erkenntnis, zu einer Änderung und Entwicklung ihrer jeweiligen Interpretationen der Wirklichkeit einzuladen, um sie dadurch auch auf der Verhaltensebene zu ermutigen, anders zu agieren als bisher.

Alles, was im therapeutischen Prozess vermittelt werden möchte, dient der Hilfe zur Selbsthilfe. Hierbei sind die Therapeuten nicht nur Lehrende, sondern lernen auch von den Patienten, indem sie bestrebt sind, den „Geist des Anfängers“, wie es im Zen-Buddhismus heißt, aufrecht zu erhalten. Aus dieser empfänglichen Haltung können sich für sie ebenfalls immer wieder neue, das eigene Bewusstsein erweiternde Aspekte einstellen, die zu einer Modifizierung ihrer eigenen Herangehensweise ebenso anregen und sie die Lebendigkeit und zuweilen auch das Staunen in der Interaktion mit Patienten aufrecht erhalten lässt. Jack Kornfield (1994) formulierte es folgendermaßen: *„Der Geist des Anfängers hat viele Möglichkeiten, der Geist des Kundigen hat wenige.“*

2.6.3 Salutogenetische Grundhaltung

"Wir sind alle sterblich! Ebenso sind wir alle, solange noch ein Hauch von Leben in uns ist, in einem gewissen Ausmaß gesund!"

(Antonovsky 1997, S. 23)

Salutogenetisch orientierte Interventionen basieren auf der Grundannahme, dass alles, was zur Stärkung des Kohärenzgefühls beiträgt, auch die Gesundheitsressourcen aktiviert. Bei der Planung und Durchführung von therapeutischen Interaktionen werden diesbezüglich folgende Grundbedürfnisse der Patienten beachtet:

- Bedürfnis nach Verstehbarkeit von Informationen und Zusammenhängen;
- Bedürfnis nach Sinnhaftigkeit von Entscheidungen und Handlungen;
- Bedürfnis nach Handhabbarkeit von praktischen Empfehlungen.

Der salutogenetische Ansatz in der MBM

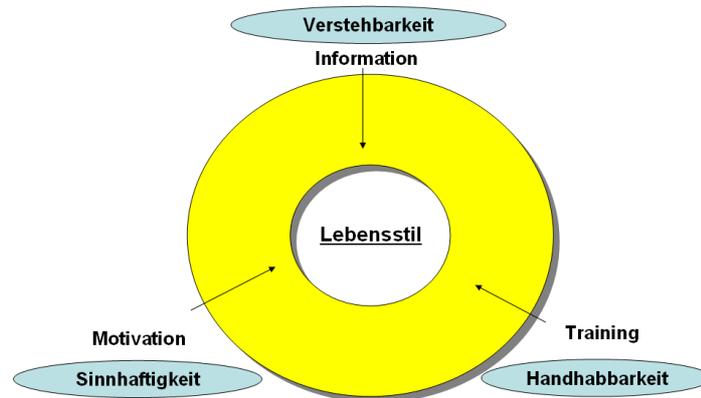


Abb. 10: Salutogenese in der MBM (Paul, 2007)

Heilung lässt sich etymologisch auf Ganzheit, Unversehrtheit und Erlöst-Sein („heilig“) zurückführen. Heilung in Bezug auf die überwindende Genesung zielt auf therapeutisch zu initiierende Prozesse des Werdens, die es den Patienten ermöglichen, die Erfahrung des Krankseins in den Lebensfluss zu integrieren.

Selbst, wenn es für einige Patienten nicht mehr zur Wiederherstellung eines uneingeschränkten „Funktionszustandes“ auf körperlicher Ebene kommt, der für die meisten Betroffenen nachvollziehbarer Weise Priorität hat und gemeinhin als „gesund“ bezeichnet wird, kann es unabhängig davon zu einer Heilung, einer saluto-

genetischen Entwicklung auf einer anderen Ebene kommen. In der bewussten Auseinandersetzung mit den eigenen Möglichkeiten, Herausforderungen und Lebensperspektiven, die sich vor dem Hintergrund der Einschränkungen und Veränderungen durch Krankheit unmittelbar ergeben, kann die (Wieder)erlangung des Wohlbefindens und ein Gefühl von Kohärenz daher auch auf der psycho-sozialen oder spirituellen Ebene des Menschseins entstehen. Dies geschieht meist dadurch, dass eine Person ein anderes Selbstverständnis entwickelt und sich damit auch die Sinnkomponente verändert. Die Ordnungstherapeuten und Ärzte regen die Patienten an dieser Stelle behutsam, aber bewusst zu dem Gewahrsein an, dass sie, selbst wenn sie Schmerz und Leid empfinden, diese nicht ihr Leben und ihre Persönlichkeit bestimmen müssen. Denn neben kranken Anteilen sind immer auch gesunde Anteile vorhanden, aus denen Menschen ihre Fähigkeiten zu autonomer Selbstfürsorge entwickeln können. Die Befähigung der Patienten zur Identifizierung ihrer eigenen Quellen für Gesundheit liegt allen mind-body-medizinischen Methoden und Modellen zu Grunde.

2.6.4 Empowerment-Ansatz

*Erzähl es mir, und ich werde es vergessen.
Zeig es mir, und ich werde mich erinnern.
Lass es mich tun, und ich werde es behalten.*

(Konfuzius)

Eine weitere wichtige didaktische Grundannahme stellt die Überzeugung von der Lern- und Entwicklungsfähigkeit des Menschen bis ins hohe Alter dar. Unter Empowerment wird dabei die Befähigung zu selbst bestimmtem Handeln verstanden, durch die Menschen eine größere Kontrollüberzeugung über jene Entscheidungen und Handlungen gewinnen, die ihre Gesundheit beeinflussen und stärken. Die Fokussierung und Belebung vorhandener Fähigkeiten, in Orientierung an den individuellen Ressourcen einer Person gilt als wesentliches Grundprinzip der MBM. Der Gesundheitspsychologe Ralf Schwarzer (1996) beschreibt mit Empowerment die Stärkung der Selbstbestimmung, der Selbstwirksamkeit und der Nachhaltigkeit. Ziel ist es, Empowerment statt Therapie, das heißt, soviel gesundheitsbezogene Eigenaktivität wie möglich anzuregen. Dafür bietet die Klinik für Integrative Medizin und Naturheilkunde Menschen einen Rahmen und vielfältige Möglich-

keiten, probate mind-body-medizinische Methoden zusammen mit Anderen zu entdecken, einzuüben und langfristig in den individuellen Lebensalltag zu integrieren.

2.6.5 Multimodale und kommunikationsorientierte Umsetzung

„Wir sind nicht unabhängige Einzelne, sondern von einander abhängige Viele“

(Jack Kornfield, 2010)

Das Ergebnis des therapeutischen Prozesses bleibt immer ein individuell spezifisches und nicht vorhersagbares. Dies bedeutet, dass die für jedes einzelne Therapiemodul formulierten Lernziele als zur Verfügung stehende Lernmöglichkeiten zu verstehen sind, die den Patienten einen Angebotsraum eröffnen sollen. Lernziele können erreicht werden, wenn sie für die Patienten relevant, verstehbar und umsetzbar sind. Das heißt, wenn sie ihre subjektiven Erfahrungswelten integriert und berücksichtigt finden. Aus diesem Grunde ist die Methodik im Essener Modell multimodal und kommunikationsorientiert gestaltet.

Die Beziehungsgestaltung spielt hier aus folgenden Gründen eine zentrale Rolle: Neurobiologische Forschungen zeigen, dass der Mensch ein auf Zuwendung, Mitgefühl und Kooperation angewiesenes Wesen ist (Bauer, 2006). Durch Verletzungen und Enttäuschungen im Laufe des Lebens kann es zu Einschränkungen dieser Bedürfnisse und Gaben kommen, so dass die personalen Fähigkeiten zur guten Beziehungsgestaltung möglicherweise Beeinträchtigungen erfahren. Menschen, die chronisch erkrankt sind, weisen häufig Defizite hinsichtlich ihrer Fähigkeiten zur guten Beziehungsgestaltung zu sich selbst, ebenso wie mit anderen auf. Wenn sie ihre Gesundheitsvoraussetzungen stärken und entwickeln wollen, können sie dies nur mittels des Aufbaus einer freundschaftlichen Beziehung und inneren Bindung zu sich selbst erreichen. Aus diesem Grunde besitzt die Gestaltung der Beziehung vonseiten der MBM Therapeuten Modellfunktion. Sie soll den fürsorglichen Umgang der Patienten mit sich selbst aufbauen und festigen helfen, damit sie sich auf dieser Basis auch anderen öffnen und zuwenden können, um in diesen Beziehungen wiederum neue Ressourcen für den Umgang mit sich selbst zu erschließen.

Die Kommunikation der Patienten miteinander dient der kollektiven Neu-Konstruktion von Werten, Wissen, Erfahrungen und Wirklichkeit, wodurch die Gruppe zum Lernfeld für eine gelingende, soziale Interaktion wird. Somit sind Gesundheitsbildung und Therapie immer wieder auch Beziehungsarbeit und dies, wie u. a. in 2.7.1 beschrieben, in vielfältiger Hinsicht.

2.6.6 Methodische Basiskonstrukte

*„Motivation to change is found within the person:
You cannot pump it in like petrol in a car.”*

(Rollnick & Jefferson, 2006)

Die Methodische Grundlage, auf der das Konzept der Essener Klinik für Naturheilkunde und Integrative Medizin hinsichtlich der Motivierung und Befähigung zur nachhaltig gesundheitsförderlichen Lebensstiloptimierung beruht, bildet das **Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (TTM)** nach Prochaska und Di Clemente (1992) (siehe 3.3.1). Die Inhalte und die Art der Vermittlung der mind-body-medizinischen Interventionsangebote orientieren sich an den im Transtheoretischen Modell identifizierbaren Stufen der Motivation einer Person zur Änderung bzw. Optimierung ihres Lebensstils. Phasenspezifisch abgestimmte Interventionen erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass ein Patient positive Erfahrungen mit den Modifikationsangeboten macht und seine Selbstwirksamkeitserwartung und Kontrollüberzeugung gestärkt wird. So sind die besten Bedingungen für ein Voranschreiten von einer zur nächsten Stufe geschaffen, sobald eine Person dafür bereit ist.

Innerhalb dieses Prozesses greifen die Ordnungstherapeuten gezielt auf ressourcenorientierte Vermittlungsstrategien der **Motivierenden Gesprächsführung** (siehe 3.3.2), als weiteres Kernkonstrukt der therapeutischen Arbeit im Essener Modell, zurück. Sie ist getragen von einer partnerschaftlichen Grundhaltung: Es wird unterstützt und gemeinsam erforscht, statt ermahnt und überredet. Dabei geht es um das Hervorrufen von Verständnis, Einsicht und Motivation – nicht um „Aufpropfen und Eintrichtern“ (Miller und Rollnick, 2004, S. 54). Das heißt, die Verantwortung für eine Veränderung bleibt beim Individuum selbst, und dessen Selbstbestimmung bleibt respektiert.

Ein patientenorientiertes Vorgehen setzt auf Seiten der Therapeuten das Interesse und die Fähigkeit voraus, die eigenen therapeutischen Angebote so zu formulieren, zu dosieren und zu gestalten, dass sie den aktuellen Bedürfnissen und Fähigkeiten der individuellen Patientenpersönlichkeit entsprechen.

Nicht selten tritt bei Patienten eine internalisierte Erwartungshaltung auf, die Eigenaktivität und Erkenntnisfindung lieber an die Experten abgeben zu wollen. An dieser Stelle sind sich die Therapeuten der Sinnhaftigkeit bewusst, klar zu verdeutlichen, dass sich mind-body-medizinische Angebote an Patienten richten, die zu einer aktiven Mitarbeit bereit sind und das Bedürfnis haben, die Art und Weise, wie sie ihr Leben im Alltag gestalten, eigenverantwortlich zu reflektieren und selbstfürsorglich zu modifizieren.

2.7 Perspektiven

*„Nichts ist stärker als eine Idee, deren Zeit gekommen ist“
(Victor Hugo)*

Neben der stationären und teilstationären Umsetzung lassen sich die Mind-Body-Medizinischen Interventionen ebenfalls in der niedergelassenen Praxis durchführen. Zur Anleitung der Umsetzung im ambulanten Bereich dient interessierten Praktikern das „Mind-Body-Medizin Vertiefungsseminar“.

Im Februar 2011 ist im Elsevier Verlag ein neues Buch der Klinik erschienen: „Mind-Body-Medizin – Die moderne Ordnungstherapie in Theorie und Praxis“ (Gustav Dobos, Anna Paul (Hrsg.)), welches die therapeutische Arbeit in Kliniken und im ambulanten Kontext durch eine detaillierte Vorstellung der Mind-Body-Therapiemodule des Essener Modells inspirieren soll. Dies sowohl hinsichtlich der Arbeit mit Patientengruppen als auch für die individuelle Einzelbetreuung im (teil)stationären und im ambulanten Setting einer niedergelassenen Praxis sowie für die Präventionsarbeit und für Reha-Angebote.

Beispiel einer krankheitsspezifischen Umsetzung des Essener Modells in die ambulante Patientenversorgung ist das sich derzeit in Erstellung befindliche Manual „Natürlich Herzgesund“ für Ärzte und Therapeuten, speziell zur Begleitung von Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen. In Teil III dieser Arbeit werden die Kernelemente dieses mind-body-medizinischen Konzeptes, nach dem Essener

Modell, vorgestellt und die Möglichkeiten ihrer Integration in die ambulante Arbeit mit Patienten näher beleuchtet.

Teil III: Übertragung des „Essener Modells für Integrative Medizin und Naturheilkunde“ in den ambulanten Bereich

*„Wenn die Vielfalt angebotener Heilweisen, Therapieformen
und Methoden wächst, braucht es Menschen,
welche Brücken statt Gräben errichten,
integrieren statt zu trennen.
Und es braucht methodische Ansätze,
die ihrerseits jene Vielfalt aufbereiten
– um für jeden einmaligen Klienten
das persönlich Wertvollste finden
und auswählen zu können.“*

(Reinhold Schneider, 2004)

Nachdem sich das „Essener Modell der Integrativen Medizin und Naturheilkunde“ sowohl im stationären Bereich als auch im teilstationären Tagesklinik-Setting über mehrere Jahre erfolgreich etablieren konnte, wurden mind-body-medizinische Aspekte des Konzeptes auch in die betriebliche Gesundheitsförderung und Präventionsforschung integriert (Paul, Lange, Altner, 2009). Hier wurden die Mind-Body-Interventionen präventiv zur Ausbildung und Förderung von Gesundheitskompetenzen der Teilnehmenden eingesetzt, um menschliche Potentiale zu Selbstregulation und Selbstfürsorge entfalten zu helfen. Dieses Anliegen wurde in den folgenden Projekten bereits wirksam:

- Im Projekt „Virtuelle Unternehmen und Life-Style Management - ViLMa“ (www.iai-bochum.de/vilma), welches von der Klinik für Naturheilkunde und Integrative Medizin durch Finanzierung des Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) mit dem Bochumer Institut für angewandte Innovationsforschung in Kooperation mit dem Beratungsunternehmen Capgemini durchgeführt wurde (Kriegesmann et al., 2006).
- Im Modellprojekt „Unternehmensgewinn durch betriebliche Gesundheitspolitik - UbeG“ (www.ubeg.net), das vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales in Auftrag gegeben wurde, sowie
- in dem Projekt „Präventives Gesundheitsmanagement durch integrierte Personal- und Organisationsentwicklung - PräGO, welches im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, in wiederholter Zusam-

menarbeit mit dem Bochumer Institut für Angewandte Innovationsforschung, eine Fortsetzung der Präventionsarbeit und -forschung im betrieblichen Kontext fand (www.praego.net).

Auch im ambulanten Bereich der niedergelassenen Praxis mehren sich die Argumente und das Engagement zur Einführung mind-body-medizinischer Interventionen, um allen Beteiligten Wege zu mehr Gesundheit und Zufriedenheit zu eröffnen. Im Folgenden sollen die bisherigen Aktivitäten und Angebote zur Ebnung dieses Weges näher beschrieben werden.

Summer School und Vertiefungsseminar der Mind-Body-Medizin

Für Ärzte, Therapeuten und andere akademische Berufsgruppen, die im medizinisch-therapeutischen und psycho-sozialen Kontext tätig sind und sich für die Umsetzung mind-body-medizinischer Prinzipien und Interventionen interessieren bietet die Essener Klinik die jährlich stattfindende Mind-Body-Medizin Summer School an. Für jene Teilnehmer, die im Anschluss an die aktive Fortbildung motiviert sind, das Kennengelernte weiter vertiefen zu wollen und in ihre eigene praktische Arbeit im stationären oder ambulanten Bereich zu integrieren, besteht das Angebot eines aufbauenden, einjährig dauernden mind-body-medizinischen Vertiefungsseminars (www.mindbodymedicine.de).

Mit diesem Ausbildungsangebot konnte der integrative Ansatz der ordnungstherapeutischen MBM des Essener Modells bereits einen zukunftsprospektiven Eingang in die ambulante Arbeit in Deutschlands niedergelassenen Praxen finden.

Die mind-body-medizinischen Inhalte und Interventionen, die aus dem Vertiefungsseminar in die Praxis der Teilnehmenden übernommen und dort weiter vermittelt werden können, sind:

- Das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit und Krankheit der Integrativen Medizin
- Mind-Body-Medizin als komplementärer Therapieansatz
- Das Reiz-Reaktions-Prinzip
- Stressverarbeitung und Symptomreduktion
- Spannungsregulation und Relaxation Response

- Das Prinzip der Achtsamkeit
- Gesundheitspsychologische Aspekte der Verhaltensänderung
- Bedeutung von Bewertungs- und Wahrnehmungsgewohnheiten
- Das Prinzip der kognitiven Umstrukturierung zur Veränderung dysfunktionaler Gedanken
- Umgang mit schwierigen Gefühlen
- Die Bedeutung des sozialen Netzes
- Grundlagen der Kommunikation
- Gesundheitsfördernde Bewegung (Walking, Nordic Walking, Yoga, Qi-gong)
- Entspannungsverfahren (Progressive Muskelentspannung, Phantasiereisen, Atemmeditation, Body Scan, Mettameditationen)
- Mediterrane Vollwerternährung

Zu jedem einzelnen Modul erhalten die Teilnehmenden theoretische Grundlagen und lernen, diese Module zu vermitteln.

3 Ursprünge der Entwicklung des Arbeitsbuches „Natürlich herzgesund“ zur begleitenden Therapie von Herz-Kreislauf-Erkrankungen im ambulanten Bereich

„Der Mensch ist nichts Festes, Gewordenes und Fertiges, nichts Einmaliges und Eindeutiges, sondern etwas Werdendes, ein Versuch, eine Ahnung und Zukunft, Wurf und Sehnsucht der Natur nach neuen Formen und Möglichkeiten.“

(Hermann Hesse)

Die SAFE LIFE Studie

Eine weitere gelungene Übertragung des Essener Modells in die ambulante Patientenbegleitung konnte anhand der Ergebnisse des multimodalen Lifestyle-Programms SAFE LIFE (Stress and Factors of Lifestyle in Coronary Patients: Evaluation of Lifestyle Interventions on endothelial/autonomic Function, EBT and Quality of Life) (Michalsen, Paul et al., 2005) gezeigt werden. Durch die Förderung der Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftung konnte ein einjähriges multimodales Lebensstilprogramm für Patienten mit einer Koronaren Herzkrankung konzipiert, durchgeführt und auf seine Wirkung hin untersucht werden. Der Studienzeitraum belief sich von April 2001 bis April 2006 mit einer Einjahres- und Dreijahres-Langzeitbeobachtung.

Die Inhalte der Patientenschulung zum Aufbau eines selbstfürsorglichen herzgesunden Lebensstils im Alltag setzen sich aus den folgenden Modulen zusammen:

- Stressmanagement und Entspannungstechniken
- Mediterrane Vollwerternährung
- Herzgesunde Bewegung

Der methodische Schwerpunkt basierte auf der Förderung der emotionalen und sozialen Eigenkompetenzen zum Aufbau eines selbstfürsorglichen Gesundheitsverhaltens durch Mind-Body-Techniken. Eine Integration in das Lebensstilprogramm fanden:

- Aspekte des Achtsamkeitstrainings nach Jon Kabat-Zinn (1982) (siehe 2.2.2)

- Techniken zum Erreichen der Relaxation-Response und der Spannungsregulation nach Herbert Benson (1993) (siehe 2.2.1)
- das salutogenetisch aufgebaute naturheilkundliche Gesundheitstraining zur Förderung der Selbstregulation im Rahmen der modernen Ordnungstherapie (Melchart et al. 2002) (siehe 2.1).
- Elemente aus dem Dean Ornish Program for Reversing Heart Disease (vgl. Ornish, 1990) (siehe 2.2.3).

Zusammenfassend konnten durch den Einsatz des ambulanten Lifestyle-Programms signifikante Schulungseffekte hinsichtlich folgender Parameter festgestellt werden:

- Eine Steigerung der Motivation zur Änderung des Gesundheitsverhaltens
- Eine hohe Ausprägung in der Adhärenz (Umsetzung des Gesundheitsverhaltens)
- Die Verbesserung definierter physiologischer kardiologischer Parameter.

Die Analyse von Einzelergebnissen und die Berichte der Patienten wiesen darauf hin, dass neben dem Training zum nachhaltigen Aufbau eines gesundheitsförderlichen Lebensstils vor allem auch die emotionale-soziale Gruppenunterstützung eine Kompetenz fördernde und heilsame Wirkungen ermöglichte. Diese führten zu einer veränderten Einstellung und zu einer gelasseneren Haltung im Umgang mit den alltäglichen Herausforderungen, was sich wiederum positiv auf die (kardiovaskuläre) Regulationsfähigkeit auswirkte. Die Analyse dieser Ergebnisse findet ihre Bestätigung in zahlreichen anderen wissenschaftlichen Untersuchungen (siehe 2.1.1).

„Natürlich herzigesund“ – ein Ratgeber für Menschen mit Koronarer Herzkrankheit

Auf Basis der Inhalte und Ergebnisse der SAFE LIFE Studie entwickelte das Essener Team unter der Leitung von Frau Anna Paul und Herrn Andreas Michalsen, dem ehemaligen leitenden Oberarzt der Abteilung für Integrative Medizin und Naturheilkunde, der seit dem Jahre 2009 am Immanuel-Krankenhaus in Berlin-Wannsee den Aufbau eines Zentrums für mind-body-medizinische Naturheilkunde leitet und sich als Inhaber der Stiftungsprofessur für Klinische Naturheilkunde an der Charité Universitätsmedizin-Berlin der Lehre in diesem Bereich widmet,

einen Ratgeber zur „Gesundheitsbildung durch Selbstfürsorge“ für Menschen mit Koronarer Herzerkrankung.

Das Ziel dieses Projektes war es, die wissenschaftlichen Inhalte und Erkenntnisse der SAFE LIFE Studie in laienverständlicher Form dem interessierten Leser zu vermitteln, um ihm dabei behilflich zu sein, die Erkrankung besser zu verstehen und erfolgreich am Aufbau eines neuen, (herz)gesunden Lebensstils zu arbeiten. Die Umsetzung dieses Projekts wurde durch die Karl Heinz Frenzen Stiftung ermöglicht und durch die Förderung der Karl und Veronica Carstens Stiftung, als Novität im deutschsprachigen Raum, einer breiten Leserschaft zur Verfügung gestellt.

„*Natürlich herzgesund - Ein Ratgeber für Menschen mit Koronarer Herzkrankheit*“ (Michalsen, 2008) beinhaltet die einzelnen Konzeptbausteine zum Aufbau eines herzgesunden Lebensstils durch konkrete, alltagstaugliche Anleitungen, Rezepte und Übungen im Bereich der Ernährung, der Bewegung und Spannungsregulation sowie für den Umgang mit dysfunktionalen, häufig selbstschädigenden Gedanken und der Anwendung naturheilkundlicher Selbsthilfestrategien. Im Rahmen der SAFE LIFE Studie sowie im (teil)stationären Bereich der Essener Klinik konnten die Elemente bereits erfolgreich mit Patienten umgesetzt und zur Stärkung der Selbstregulations- und Selbstheilungskräfte wirksam werden.

Das wichtigste Kapitel des Ratgebers beschäftigt sich mit der Motivation zur Realisierung einer Lebensstilveränderung. Denn Wissen und alltagstaugliche Anleitungen alleine sind, wie die Erfahrungen gezeigt haben, nicht ausreichend für die Etablierung neuer, gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen.

Eine Lebensstiländerung vorzunehmen bedeutet immer, eine Gewohnheit zu verändern, was den meisten Menschen in der Regel nicht auf Anhieb gelingt, sondern prozesshaft verläuft, wofür unser Körper und Geist genügend Zeit brauchen. Änderungen im Verhalten brauchen regulär mindestens ein halbes Jahr, bis sie vom Gehirn nicht mehr als ungewöhnlich und fremd wahrgenommen werden. Erst nach ca. einem Jahr kann man von einer Gewohnheit sprechen, die gefühlsmäßig „normal“ ist. Aus diesem Grunde sind im Ratgeber auch konkrete Anleitungen enthalten, die basierend auf dem Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung (siehe 3.3.1) Hilfestellungen geben um ein neues Verhalten: erfolgreich zu planen, konkrete Ziele und Strategien für deren Umsetzung zu

entwickeln und den Umgang mit eventuellen Barrieren und Rückfällen im Vorfeld bearbeiten zu können.

Aus dem Anliegen, die ambulante Arbeit von Ärzten und Therapeuten durch MBM-Prinzipien und Methoden zu bereichern, erwuchs das Engagement zur Übertragung dieses erfolgreichen Konzeptes in die niedergelassene Praxis, um Patienten unter Berücksichtigung motivationaler Aspekte bei der Prozesshaften Entwicklung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen behilflich zu sein. Diese Vision mündete in die Gestaltung des Arbeitsbuches „Natürlich herzgesund“.

Entwicklung des Arbeitsbuches „Natürlich herzgesund“ zur begleitenden Therapie bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Das sich derzeit in Fertigstellung befindliche Manual verfolgt das Ziel, ambulant praktizierenden Ärzten und Therapeuten einen Leitfaden zur Verfügung zu stellen, mit dem es ermöglicht werden soll, Patienten durch MBM-Interventionen zu gesundheitlicher Selbstfürsorge anzuregen und sie im Prozess einer Verhaltensänderung zum nachhaltigen Aufbau eines (herz)gesunden Lebensstils im Alltag zu begleiten.

Eine Erprobung der Realisierung des Konzeptes in der ambulanten Praxis wird aktuell mit ehemaligen Teilnehmern des MBM-Vertiefungsseminars unternommen.

Derzeit befindet sich das Arbeitsbuch „Natürlich herzgesund“ in der Endphase seiner Erstellung. Da in die Entwicklung des Konzeptes die kreative und engagierte (Vor-)arbeit zahlreicher Kollegen eingeflossen ist und das Manual voraussichtlich erst im Laufe des Jahres 2011 vom KVC Verlag publiziert wird, sollen im weiteren Verlauf die Grundbausteine und Einsatzmöglichkeiten dieses Konzeptes vorgestellt werden.

Die methodischen Basiselemente bilden:

- die individuelle mind-body-medizinische Anamnese (siehe 3.2),
- das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (siehe 3.3.1)
- sowie die Motivierende Gesprächsführung (siehe 3.3.2).

3.1 Vorstellung des Arbeitsbuches „Natürlich herzgesund“

*„Gesagt ist noch nicht gehört.
Gehört ist noch nicht verstanden.
Verstanden ist noch nicht einverstanden.
Einverstanden ist noch nicht angewandt.
Angewandt ist noch nicht beibehalten.“*

(Konrad Lorenz)

Das Arbeitsbuch „Natürlich herzgesund“ für Ärzte und Therapeuten zur begleitenden Therapie bei Herz-Kreislaufkrankungen ist ein integrativ-medizinischer Ansatz der Mind-Body-Medizin, um Patienten zur aktiven Mitarbeit in der Therapie, im Sinne der Änderung ihres Gesundheitsverhaltens zu motivieren und sie beim Aufbau eines (herz)gesunden Lebensstils zu unterstützen. Es versteht sich als Ergänzung zur konventionellen medizinischen Therapie und stellt für den Patienten ein seinen Alltag begleitendes Angebot zur kardiologischen Rehabilitation und Prävention dar.

Auf der Grundlage vieler wissenschaftlicher Ergebnisse kann inzwischen klar definiert werden, welche Risikofaktoren für das Entstehen von Herz-Kreislaufkrankungen von vorrangiger Bedeutung sind und was einen herzgesunden Lebensstil auszeichnet. Dementsprechend lassen sich klare Ziele formulieren. Mittlerweile gilt es als gesichert, dass in mehr als 60 % aller Fälle Stress und andere Lebensstilfaktoren, wie einseitige Ernährung und mangelnde Bewegung, eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen spielen. In der großen international durchgeführten INTERHEART-Studie (Yusuf, 2004) wurde versucht, die Bedeutung des Lebensstils für die Entstehung eines Herzinfarktes zu beziffern. Hierbei zeigte sich, dass ca. 90 % aller Herzinfarkte durch den persönlichen Lebensstil verursacht werden, bzw. nur für 10% aller Herzinfarkte andere Gründe, wie beispielsweise erbliche Belastungen, als Verursacher zu finden sind. Bereits Veränderungen einzelner Risikofaktoren können nachhaltig davor schützen, einen erneuten Herzinfarkt oder andere Herz-Kreislaufkrankungen, wie etwa einen Schlaganfall, zu erleiden. Gelingt es den Betroffenen, ihren Lebensstil umfassend zu verändern, sind sogar Rückbildungen der Verengungen in den Herzkranzgefäßen möglich (Ornish, 1991).

Wichtige Voraussetzungen zur Entwicklung einer gesunden Lebensweise ist das Bewusstsein für den Einfluss gesundheits- bzw. krankheitsrelevanter Faktoren. Das aktive Gestalten eines gesundheitsförderlichen sozialen Umfeldes und eine achtsame Haltung, als Basis der Sorge um die eigene Gesundheit, sind dabei der Schlüssel.

Analog zu den Elementen der MBM beinhaltet das Lebensstilprogramm "Natürlich herzigesund" die Module:

- Umgang mit Stress und Belastungen: Spannungsregulation (Gleichgewicht zwischen An- und Entspannung), Kognitive und emotionale Neuorientierung, gesundheitsförderliche Gestaltung des sozialen Umfeldes
- Bewegung
- Ernährung
- Naturheilkundliche Selbsthilfestrategien

Die Herausforderung für die Patienten besteht in der gesundheitsförderlichen Gestaltung dieser Aspekte in ihrem persönlichen Alltag.

Für die Patienten enthält das Arbeitsbuch diesbezüglich modulspezifische Anleitungen, Rezepte und Übungen, die sich auf die individuellen Bedürfnisse abstimmen lassen. Die Interventionen sind alle schon erfolgreich im stationären und tagesklinischen Setting mit Patienten der Essener Klinik sowie mit den Teilnehmern der SAFE LIFE - Studie umgesetzt worden und benötigen keinerlei Vorkenntnisse. Im Sinne des Selbstmanagements und der Selbstfürsorge sollen sie den Patienten helfen, eine aktive Rolle im Therapieprozess zu übernehmen. Grundlegende Untersuchungen zur Integration von Elementen der MBM zur Therapie kardiovaskulärer Erkrankungen gehen auf die Arbeitsgruppen der Kardiologen um Herbert Benson (siehe 2.2.1) und Dean Ornish, dem Pionier der Entwicklung von MBM-Lebensstilmodifikationsprogrammen bei Koronarer Herzerkrankung zurück (siehe 2.2.3). Das Interventionsprogramm basiert in wesentlichem Maße auf diesen Forschungsergebnissen.

Für den Arzt/Therapeuten enthält der Leitfaden konkrete Anleitungen und Beratungsstrategien, mit denen Patienten schrittweise bei der Entwicklung einer herzigesunden Lebensweise unterstützt werden können. Der Theorieteil des Leitfadens dient der Einführung in das Fundament des Beratungsansatzes, d.h. der

Mind-Body-Medizin – der Salutogenese und dem Prinzip der Achtsamkeit. Im Anschluss finden die methodisch-didaktischen Grundlagen, auf denen das Konzept beruht, eine Aufbereitung. Diese basieren auf dem Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung (TTM) und der Motivierenden Gesprächsführung (MI) (siehe 3.3 ff.).

Anregung zur gesundheitsförderlichen Lebensstiländerung

Die Frage, wie es möglich ist, Patienten zu gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen zu motivieren stellen sich Ärzte und Therapeuten immer wieder. Für die meisten Menschen ist es schwer, lieb gewonnene und lange Jahre praktizierte Lebensgewohnheiten nachhaltig zu verändern – auch wenn sie wissen und sogar spüren, dass diese ihrer Gesundheit eher schaden. Engagierte Versuche, Patienten zu ermutigen, ihren Lebensstil zu verändern und die darauf folgende Erkenntnis, dass eine Umsetzung im Alltag jedoch ausbleibt, führt häufig zu Frustration und Enttäuschung – und dabei nicht selten zur Aufgabe des Vorhabens – auf Seiten der Patienten als auch der Therapeuten.

Genau hier findet das Arbeitsbuch seinen Ansatzpunkt. Denn die Erkenntnisse der aktuellen gesundheitswissenschaftlichen Forschung offerieren diesbezüglich Lösungsmöglichkeiten. Durch ihre Berücksichtigung soll das Beratungsangebot zwischen Arzt bzw. Therapeut und Patient eine Vermittlerfunktion erfüllen, durch die beide effektiver zusammenarbeiten können. Dies soll helfen, die Ressourcen auf Seite der Therapeuten nicht überzustrapazieren, sondern die Gesundheitspotentiale der Patienten in zunehmendem Maße zu aktivieren. Die Erfahrung von Selbstwirksamkeit, Selbstfürsorgefähigkeit und Eigenverantwortung sind an dieser Stelle zentrale Themen.

Um den Prozess einer Gesundheitsverhaltensänderung auf die individuelle Patientenpersönlichkeit abgestimmt besser verstehen und fördern zu können, bietet das Arbeitsbuch eine eingehende Vorstellung des „**Transtheoretischen Modells der Verhaltensänderung**“ (siehe 3.3.1) mit konkreten Anleitungen zu dessen Umsetzung.

Ergänzung finden die Beratungsstrategien durch die Prinzipien der „**Motivierenden Gesprächsführung**“ (siehe 3.3.2), einem praxiserprobten Beratungskonzept zur Förderung von Veränderungsbereitschaft, das im Buch ebenfalls eine detaillierte Umsetzungsanleitung findet.

Basisbildender Ausgangspunkt zur Integration dieser beiden Methoden in die ambulante Praxis von Ärzten und Therapeuten ist die ausführliche **Mind-Body-medizinische Anamnese zur Lebensstilerhebung des Patienten** (siehe 3.2).

3.2 Mind-Body-Medizin als Bestandteil eines ambulanten (Be)handlungskonzeptes: Individuelle mind-body-medizinische Anamnese als Basis

*„Nichts kann den Menschen mehr stärken,
als das Vertrauen, das man ihm entgegenbringt.“*

(Paul Claudel)

*“Die wichtigste Stunde ist immer die Gegenwart.
Der bedeutendste Mensch ist der,
der Dir gerade gegenüber sitzt.
Das Notwendigste ist immer die Liebe.”*

(Meister Eckhart)

Neben der medizinischen Untersuchung und Diagnostik bildet die ausführliche Beleuchtung der Lebensweise des Patienten durch die mind-body-medizinische Anamnese die entscheidende Grundlage zur Einleitung eines erfolgreichen Prozesses zur Gesundheitsverhaltensänderung hin zu einem selbstfürsorglichen Lebensstil.

Der Ärztekammerpräsident Jörg-Dietrich Hoppe bezeichnet die Anamnese als „*vertrauensbildende Maßnahmen*“, die „*mehr Wirkung*“ habe, „*als jedes Medikament*“ und konstatiert, dass die ärztliche Kunst sich erst dem Reden, dann dem Untersuchen hinwenden müsse (Zeit Wissen, 2010).

Das ausführliche Anamnesegespräch, welches der Arzt/Therapeut mit dem Patienten zu Beginn des mind-body-medizinischen Beratungsangebotes führt, ermöglicht die Entwicklung einer Vertrauen weckenden und empathischen Atmosphäre zwischen beiden, auf deren Basis der Patient sich für eine ausführliche anamnestiche Informationssammlung öffnen kann, um auf Therapeutenseite eingehendes Verständnis für die momentane, gewachsene Lebenssituation und damit den Patienten selbst zu schaffen. Es stellt die Basis dar für den Aufbau einer partnerschaftlichen Beziehung zwischen Arzt/Therapeut und Patient zur Förderung eines beidseitig aktiven Therapieprozesses, in dem es um die (Re)aktivierung der Selbstfürsorgefähigkeiten und Selbstheilungskräfte des Patienten geht. Für einige Patienten kann diese Form der offenen Kommunikation, in der nicht nur körperliche Symptome im Vordergrund stehen, erst einmal irritierend und neu sein. Hier empfiehlt es sich, dem Patienten in der Sprechstunde zu signalisieren, dass neben körperli-

chen Beschwerden auch verhaltensmäßige, geistige, soziale und spirituelle Aspekte für den Gesundheitszustand bzw. die Erkrankung relevant sind. Das Ziel ist, den Patienten darin zu unterstützen, dass er erkennt und fühlt, wie er in sein eigenes Leben eingebunden ist, und dass er für die Sorge um sein Leben weitestgehend selbst verantwortlich ist, um daraus die Konsequenzen für seinen individuellen Lebensstil und ggf. für eine Veränderung des Selbigen ziehen zu können.

Das mind-body-medizinische Anamnesegespräch findet als teilstrukturiertes Interview im Einzelgespräch mit dem Patienten statt. Hierfür ist es günstig, unabhängig vom ärztlichen, krankheitsorientierten Gespräch einen gesonderten Termin zu vereinbaren. Denn die Exploration von Ressourcen und Entwicklungspotenzialen in den verschiedenen Lebensstilbereichen sowie die Ermittlung der Veränderungsbereitschaft des Patienten erfordert eine andere Perspektive und damit auch eine andere Atmosphäre, die der Zuwendung und Muße für dieses circa einstündige Gespräch bedarf.

Wenn ein Teil der Themen bereits im üblichen ärztlichen Anamnesegespräch angesprochen wurde, besteht der Sinn dieses Ansatzes darin, eine Person bewusst darauf hinzuweisen, dass es nun darum geht, ihre eigenen Fähigkeiten und Ressourcen zu gesundheitlicher Selbstfürsorge neu zu beleuchten.

Im interaktiven Gespräch mit dem Therapeuten soll der Patient seine individuelle Gestaltung der verschiedenen Lebensstilbereiche, seine Ressourcen, Bewältigungsstrategien, seine krankheitsbedingten Einschränkungen und Belastungen und sein Alltagsverhalten zu reflektieren, um so gesundheitsförderlich zu verändernde Lebensstilbereiche identifizieren zu können und um gemeinsam mit dem Therapeuten zu explorieren, welche Motivation und Zuversicht er besitzt, um eine Gesundheitsverhaltensänderung dauerhaft, auch unter ungünstigen Bedingungen, in seinem Alltag umzusetzen.

Wenn es bei der Anamnese zu einem näheren Abklärungsbedarf kommt, können zusätzlich z. B. folgende Fragebögen hinzu gezogen werden:

- Zur Erhebung des Kohärenzgefühls, um die grundsätzliche Notwendigkeit für Mind-Body-Interventionen zu eruieren: die Leipziger Kurzskala (SOC-L9, Singer und Brähler, 2007).

- Der Selbsttest: „Wie gesund ist mein Lebensstil?“ als Bestandteil des Arbeitsbuches „Natürlich herzgesund“ (Dobos et al., 2011, in Druck) (siehe 3).
- sowie der „Fragebogen zur Motivation, einen gesunden Lebensstil zu führen“, (siehe Anhang: 5.3)

Falls die veranschlagte Zeit von einer Stunde für die Anamnese nicht zur Verfügung stehen sollte, können diese Fragebögen den Patienten zur Vorbereitung auf den nächsten Termin auch mit nach Hause gegeben werden. Zur Vorbereitung auf das nächste Gespräch können sie dem Patienten ebenso zum Ausfüllen im Wartezimmer der Praxis überreicht werden.

Zur Methodik / Vorgehensweise:

Vor dem Anamnesegespräch sollte dem Patienten vermittelt werden, dass die Mind-Body-Medizin ihm Unterstützung bietet, einen Lebensstil zu entwickeln, der es ermöglicht, einen positiven Einfluss auf die persönliche Gesundheit, die Anregung der Selbstheilungskräfte und damit auf das Wohlbefinden zu nehmen. Das Beratungsangebot besteht darin, den Patienten zu einer Änderung seiner Haltung einzuladen, damit dieser lernt, sich in seiner physio-psycho-sozialen und spirituellen Ganzheit bewusst zu erleben, zu erkennen und dementsprechende Konsequenzen für seine individuelle Situation zu ziehen.

An dieser Stelle kann der „Tempel der Gesundheit“ (siehe 2.5.1) zu einem besseren Verständnis für den Patienten dazu genommen werden.

Das Interview umfasst die wesentlichen gesundheitsrelevanten Lebensstilbereiche Ernährung, Bewegung, Umgang mit Stress und Belastungen, Entspannung, naturheilkundliche Selbsthilfestrategien und verschiedene andere Aspekte, wie kritische Lebensereignisse, das Schlafverhalten etc., die in den Lebensstil mit einfließen.

Im Gespräch obliegt es dem Patienten, jeweils selbst zu entscheiden, was er berichten und was er lieber für sich behalten möchte. Hier sollte der Hinweis erfolgen, dass für den Therapieplan nur das berücksichtigt werden kann, worüber gesprochen wurde. Zur Unterstützung der Eigenverantwortung empfiehlt es sich, im

Verlauf des Gespräches regelmäßig das Verstehen und Nachvollziehen des Patienten zu erfragen sowie die Möglichkeit für Nachfragen seinerseits zu geben. Zum Abschluss des Gespräches sollte *ein* Bereich des Lebensstils ausgewählt werden, in dem der Patient mit einer Lebensstiländerung beginnen möchte.

Der Inhalt des Anamnesegesprachs sind die folgenden Themen:

- Tagesablauf des Patienten;
- Lebensstilbereich Ernährung
- Fastenerfahrung
- Lebensstilbereich Bewegungsverhalten
- Nutzung naturheilkundliche Selbsthilfestrategien
- Lebensstilbereich Entspannung
- Lebensstilbereich Atmung und Spannungsabbau
- Lebensstilbereich Schlafverhalten
- Arbeit/Leistung ;
- Soziales Netz
- Stärken und Schwächen
- Lebensstilbereich Freizeit / Hobbys
- Finanzielle Situation
- Selbsterfahrung / Psychotherapie
- Sinn, Glaube, Spiritualität
- Einschneidende Erlebnisse
- Stress/ Stressverarbeitungsmuster;
- Einsicht in Zusammenhänge zwischen Lebensstil und Symptomen
- anderungsmotivation

Ein exemplarischer Fragebogen-Vordruck zur Durchführung der Mind-Body-Medizin-Anamnese ist im Anhang dieser Arbeit zu finden (siehe 5.1).

Das Anamnesegespräch schließt mit der **Exploration der anderungsmotivation** des Patienten bezüglich eines von ihm ausgewählten Lebensstilbereiches, in dem er sein Gesundheitsverhalten modifizieren möchte. Um den Patienten bei der

Entscheidung, in welchem Lebensbereich er mit einer Veränderung beginnen möchte, zu unterstützen, gibt es zwei Möglichkeiten:

- Die Wahl eines Bereiches, in dem ihm eine Veränderung besonders dringlich erscheint. Hier sollte gefragt werden: „Wie wichtig ist es Ihnen, ihr Verhalten zu ändern?“ (Bewertung auf einer Skala von 1-10)
- Oder die Wahl eines Bereiches, in dem eine Veränderung wahrscheinlich am leichtesten gelingen wird. Hier empfiehlt sich die Frage nach der Zuversicht:
- „Wie zuversichtlich sind Sie, auch unter schwierigen Bedingungen, das neue Verhalten auszuüben / zu zeigen?“ (Einschätzung auf einer Skala von 1-10)

Nachdem der Patient einen bestimmten Bereich ausgewählt hat, gilt es, ihn darin zu unterstützen, seinen Veränderungswunsch bzw. das Ziel der gewünschten Veränderung so konkret wie möglich zu formulieren. Im Anschluss geht es darum, gemeinsam mit dem Patienten die Phase der Veränderungsbereitschaft zu identifizieren, in der er sich momentan befindet, um darauf abgestimmt hilfreich zu intervenieren und das weitere Vorgehen mit ihm zusammen vereinbaren zu können.

Abschluss und weiteres Vorgehen

Abschließend empfiehlt sich eine nähere Erläuterung zum weiteren möglichen Ablauf des mind-body-medizinischen Programms. Dabei sind für jeden Patienten individuelle Handlungsschritte zu formulieren.

Personenspezifisch empfiehlt sich die Ausgabe von Handouts zu:

- Basisinformationen zum Beratungsangebot
- Basisinformationen zum Verhaltensänderungsprozess
- Informationen zum Gesundheitsverhalten im ausgewählten Lebensbereich
- Arbeitshilfen zur phasenspezifischen Stufe der Veränderungsbereitschaft
- Praktische Handlungsanleitungen zur Umsetzung des Gesundheitsverhaltens im ausgewählten Lebensbereich

Schließlich sollten die nächsten Termine vereinbart werden.

3.3 Motivation zur Gesundheitsverhaltensänderung: selbstfürsorgliche Lebensstilgestaltung

*„Hilf mir, es selbst zu tun.
Zeige mir, wie es geht.
Tu es nicht für mich.
Ich kann und will es allein tun.
Hab Geduld, meine Wege zu begreifen.
Sie sind vielleicht länger, vielleicht brauche ich mehr Zeit,
weil ich mehrere Versuche machen will.
Mute mir Fehler und Anstrengungen zu, denn daraus kann ich lernen.“*
(Maria Montessori)

Mind-body-medizinische Interventionen und Elemente sind prinzipiell darauf ausgerichtet, Patienten zu gesundheitlicher Selbstfürsorge und Eigenaktivität anzuregen. Dass ärztliche oder therapeutische Empfehlungen in der Regel nicht genügen, um einen Menschen zu einer aktiven und nachhaltigen Änderung seines Lebensstils zu motivieren, zeigt sich in der Praxis immer wieder.

Selbst wenn ein Mensch ausreichend motiviert ist, eine Änderung seines Gesundheitsverhaltens vorzunehmen, garantiert dies noch nicht, dass es ihm auch gelingt, das Vorhaben regelmäßig und dauerhaft in die Tat umzusetzen, so dass sich das gesundheitsförderliche Potential der Praxis von Stressbewältigung oder Ausdauerbewegung auch entfalten kann.

Um die Entwicklung einer Verhaltensänderung als einen Prozess, in dem ein Mensch unterschiedliche, aufeinander aufbauende Stufen durchläuft, besser zu verstehen und dem entsprechend für Gesundheitsberatungs- und Bildungsprozesse nutzbar zu machen, sind eine Reihe psychologischer Modelle entwickelt worden. Ein gut evaluiertes Modell, welches sich – wie die Ergebnisse der Forschung zeigen – auch in der Praxis bewährt hat, ist das „Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung“ nach Prochaska und Di Clemente (1985).

In der Essener Klinik für Integrative Medizin und Naturheilkunde bildet das Transtheoretische Modell, kombiniert mit der Haltung und den Strategien der „Motivierenden Gesprächsführung“ (Miller und Rollnick, 1991) (siehe 3.3.2) die theoretisch-methodische Basis zur individuellen Förderung und Begleitung von Gesundheitsverhaltensänderungsprozessen. Auf dieser Grundlage lassen sich phasenspezifische Prinzipien und Strategien für die Praxis der Gesundheitsberatung

ableiten, die sich an der individuellen Lebenssituation und den Bedürfnissen eines Patienten orientieren.

Dabei ist es jedoch wichtig, sich stets zu vergegenwärtigen, dass menschliches Verhalten wechselseitig von diversen internen und externen Faktoren beeinflusst wird, das sich aus der Interaktion des Menschen mit seiner Lebenswelt ergibt. Möchte man den Prozess der Gesundheitsverhaltensänderung einer Person unterstützend begleiten, ist es hilfreich, sich der zahlreichen gesellschaftlichen, wirtschaftlichen, zwischenmenschlichen und psychologischen Aspekte, die diesen Prozess beeinflussen, bewusst zu werden und damit auch der Grenzen jeglicher Modellvorstellungen (vgl. Dobos und Paul, 2011). Neben der Orientierung am Modell stehen bei allen mind-body-medizinischen Interventionen die individuelle Lebenssituation und die Bedürfnisse einer Person immer im Vordergrund.

3.3.1 Das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung

Das von Jim Prochaska und Carlo Di Clemente in den 1980er-Jahren entwickelte Transtheoretische Modell (Prochaska und Di Clemente, 1985) ist das bekannteste und am weitesten verbreitete Modell, demzufolge Verhaltensänderung als ein Prozess zu verstehen ist, der unterschiedliche, aufeinander aufbauende Stadien beinhaltet, die eine Person durchläuft, wenn sie ein Verhalten dauerhaft ändert. Von seiner ursprünglichen Entwicklung zum Einsatz für den Beratungskontext von Suchtmittelmissbrauch und Abhängigkeit hat sich das Transtheoretische Modell mittlerweile als „State of the Art“ der Intervention in vielen weiteren gesundheitsrelevanten Verhaltensbereichen, etabliert. So auch zur Förderung von Veränderungsbereitschaft bei chronischen Erkrankungen.

Das Modell integriert verschiedene Theorien und Prinzipien der Verhaltensänderung – daher auch die Bezeichnung „transtheoretisch“. Grundsätzlich beschreibt es den Prozess der Verhaltensänderung von der Motivation zur Volition:

- In der Motivationsphase geht es um die Bildung einer Intention bzw. darum, Menschen zu motivieren, dass sie wirklich etwas verändern wollen. Diese Phase endet, wenn eine Person die Absicht gebildet hat, ihr Verhalten zu verändern.
- Die Volitionsphase beschreibt die gewollte Umsetzung der gebildeten Intention in ein konkretes Verhalten.

Demnach ist die Änderung eines Verhaltens nicht nur eine Frage des „Wollens“ und der notwendigen „Motivation“ dazu, sondern auch eine Kunst der Überbrückung der „Intentions-Verhaltens-Lücke“, wie es in der Fachliteratur heißt (Sheeran, 2002).

Im phasenspezifischen Verlauf ist der Prozess der Verhaltensänderung durch die folgenden Stufen charakterisiert:

1. Absichtslosigkeit, 2. Absichtsbildung, 3. Vorbereitung, 4. Aktion/Handlung,

5. Aufrechterhaltung / Rückfall.²

Die Definition und Charakteristika der Stadien der Verhaltensänderung beinhalten intentionale bzw. motivationale und verhaltensbezogene Aspekte. Die einzelnen Phasen lassen sich wie folgt beschreiben und durch die vorgestellten therapeutischen Strategien und Interventionen förderlich begleiten:

1. Phase der Absichtslosigkeit

In dem Stadium der Absichtslosigkeit erkennt der Betroffene keinen Zusammenhang zwischen seinem derzeitigen Lebensstil bzw. seinem Risikoverhalten (z.B.: einer stark Fleisch lastigen Ernährung) und seiner Erkrankung bzw. seinem Gesundheitszustand (erhöhte Cholesterinwerte, Bluthochdruck etc.). Das Hauptmerkmal dieser Stufe zeigt sich im Widerstand oder in der mangelnden Bereitschaft, das vorhandene Problemverhalten als solches zu erkennen, darüber nachzudenken bzw. es in der nahen Zukunft zu verändern. Die Personen sind sich der ungesunden Verhaltensweisen nicht bewusst oder nicht von Vorteilen anderer Verhaltensweisen überzeugt. Oftmals sind Patienten in diesem Stadium auch nicht ausreichend informiert über die langfristigen Folgen ihres Verhaltens, verleugnen oder verharmlosen die bestehende Bedrohung für ihre Gesundheit oder sie zeigen sich resigniert, weil es ihnen bisher nicht gelungen ist, das Risikoverhalten zu verändern. Bei einigen Patienten besteht auch die Angst vor Konflikten im sozialen Umfeld, weil sie fürchten, durch ein verändertes Verhalten, z.B. als Außenseiter behandelt zu werden oder etwa in der Familie auf Ablehnung oder Unverständnis zu treffen. Ohne aktive therapeutische Intervention ist die Wahrscheinlichkeit, dass Personen von der Absichtslosigkeit in die nächste Stufe gelangen, relativ gering (Grimley et al., 1994).

²

In der Originalarbeit von Prochaska & DiClemente wurden zunächst nur fünf Stufen der Verhaltensänderung identifiziert. Spätere Arbeiten beschreiben eine weitere, sechste Stufe (Stabilisierung), die aus theoretischen Überlegungen hinzugenommen wurde und sich bislang nur im Bereich der Raucherentwöhnung bestätigt hat. Personen, die sich in dieser Stufe befinden, haben ihr Problemverhalten gänzlich aufgegeben.

- **Das Beratungsziel in der Stufe der Absichtslosigkeit** besteht darin, Problembewusstsein auf Seiten des Patienten zu wecken. Dabei ist es wichtig, dass der oftmals uninformierte, verleugnende, rationalisierende, resignierte oder reaktante Patient die Gesundheitsgefährdung, die von seinem Verhalten ausgeht, nicht nur rational anerkennt, sondern sich selbst als gefährdet erlebt. Dies kann dadurch erreicht werden, dass der Arzt / Therapeut an den jeweiligen Wissensstand des Patienten anknüpft und versucht, fehlende Informationen in einer angemessenen, verständlichen Sprache sachlich zu vermitteln. Moralisierende Argumentationen oder zu starke Furchtappelle sind hier kontraproduktiv, da sie die Gefahr von Widerstand oder abwehrender Reaktionen erhöhen. Stattdessen sollte der Berater versuchen, einen emotionalen Bezug zu den Informationen herzustellen, indem er den Blick auf bereits spürbare Folgen des gesundheitsschädigenden Verhaltens und mögliche Konsequenzen einer Verhaltensänderung lenkt. Der Berater sollte dem Patienten Informationen zu dem Bereich, in dem ihn eine Verhaltensänderung am meisten interessiert, anbieten. Um Reaktanz zu vermeiden, steht die Betonung von persönlicher Wahlfreiheit und Eigenverantwortung hierbei im Vordergrund.

2. Stufe der Absichtsbildung

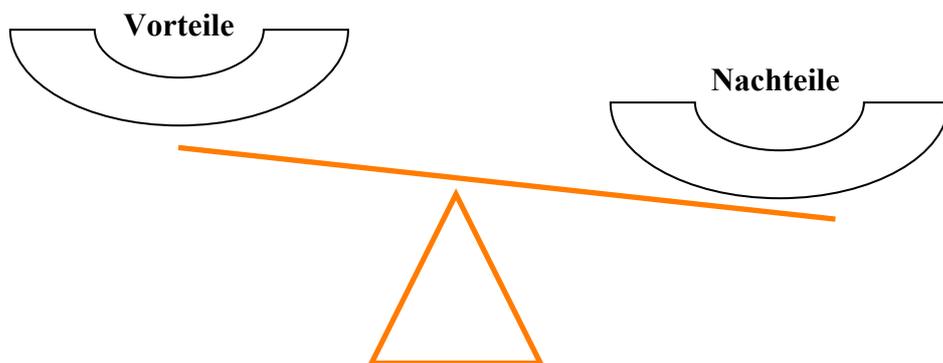
Im Stadium der Absichtsbildung setzt sich eine Person bereits bewusst mit dem eigenen Risikoverhalten auseinander. Sie kann einen Zusammenhang zwischen dem eigenen Gesundheitszustand und dem Verhalten erkennen und zieht daher in Erwägung, dieses innerhalb der nächsten sechs Monate zu ändern. Oft stehen die Vor- und Nachteile einer Verhaltensänderung jedoch noch in einer ausgewogenen Balance, sodass kein konkreter Entschluss zu einer Handlung getroffen wird.

- **Das Ziel der Beratung im Stadium der Absichtsbildung besteht darin,** den Wunsch nach Änderung zu wecken und zu unterstützen. Personen auf dieser Stufe befinden sich in einem als unangenehm erlebten Zustand der Ambivalenz. Einerseits ist ihnen die Problematik ihres Verhaltens bewusst, andererseits sehen sie eine Verhaltensänderung mit einer Vielzahl von Schwierigkeiten und Verlusten verbunden. Die Aufgabe des Beraters liegt deshalb darin, den Patienten dabei zu unterstützen, die Ambivalenz

progressiv aufzulösen. Einsicht und Problembewusstsein allein reichen noch nicht aus, um eine Verhaltensänderung konkret zu initiieren. Der Patient muss auf die Frage nach dem „Wozu“ einer Verhaltensänderung eine bzw. mehrere attraktive Antworten finden. Hierbei kann der Berater ihn unterstützen, indem er ihn zu einer systematischen Auseinandersetzung mit den persönlich relevanten Vor- und Nachteilen einer Verhaltensänderung anregt.

Als **Arbeitshilfe³ für den Patienten** bietet sich das Bild einer Waage an, deren Waagschalen auf und ab pendeln, je nachdem, wie viele Vor- und Nachteile der Patient findet. Wenn er z.B. den Bereich „Bewegung“ gewählt hat, indem er eine Verhaltensänderung gerne vornehmen würde, könnte das Bild so aussehen:

- Ich werde eine bessere Kondition haben.
- Ich werde mich besser fühlen, wenn ich mich regelmäßig bewege.
- Ich habe dann weniger Zeit für meine Freunde.
- Gute Sportschuhe kosten mich viel Geld.
- Ich bin mir nicht sicher, ob soviel Bewegung bei meiner Erkrankung wirklich gesund ist.



Falls es dem Patienten/Klienten schwer fällt, die Waagschale mit den Vorteilen, gut für sich zu füllen, könnte man ihm dabei behilflich sein oder ihm vorschlagen, die Informationen, die er/ zu diesem Lebensstilbereich bereits erhalten hat, noch einmal genauer zu studieren. Anregungen und Ermutigungen zur Suche und Bitte

³ Die in diesen Abschnitt integrierten Abbildungen/Arbeitshilfen entstammen den Handouts für Patienten, die für die (teil)stationäre und ambulante Arbeit entwickelt wurden.

um Unterstützung aus dem sozialen Netz des Patienten können den Prozess der Verhaltensänderung förderlich begleiten. Im Beratungsgespräch geht es nicht darum, dass der Berater seinem Gegenüber mögliche Vorteile einer Verhaltensänderung aufzählt und ihn damit versucht zu überreden. Durch geeignete Fragen soll der Patient selbst die für ihn gewichtigen Vorteile entdecken. Hier kann es hilfreich sein, die Aufmerksamkeit des Patienten z. B. auf frühere positive Erfahrungen und Erfolge bei der Bewältigung schwieriger Aufgaben zu lenken, um ihn dadurch zu ermutigen und die Selbstwirksamkeitsüberzeugung zu stärken.

3. Stufe der Vorbereitung

Im Stadium der Vorbereitung zeigt ein Mensch eine hohe Motivation und ist entschlossen, innerhalb des nächsten Monats etwas an seinem Verhalten zu verändern.⁴ Erste Schritte in Richtung einer Verhaltensänderung wurden bereits gemacht. In dieser Phase ist der Patient besonders offen für konkrete Unterstützung, so dass es möglich ist, konkrete Pläne und Angebote zu machen (wie etwa durch Bewegungsprogramme, Anzeigen von Yogakursen etc.). Hier hat eine Person eine attraktive Antwort auf die Frage nach dem „Wozu“ einer Verhaltensänderung gefunden, wodurch die Ambivalenzen aufgelöst sind.

- **In der Beratung geht es darum**, die Selbstverpflichtung des Klienten zur Änderung des Verhaltens zu stärken und ihn kognitiv, emotional sowie organisatorisch auf die Umsetzung dieser Änderung vorzubereiten. Der Patient benötigt hier Informationen über effektive Strategien der Verhaltensänderung und Unterstützung dabei, konkrete Ziele zu bilden und die nächsten Schritte zu planen, die zum Ziel führen. Soweit noch nicht geschehen, sollten dem Patienten Informationen zu dem jeweiligen Bereich, in dem die Verhaltensänderung geplant ist, vermittelt werden, um auf dieser Basis die Konkretisierung klarer Zielvorstellungen in einem Verände-

⁴ In der Operationalisierung der Stufen werden in allen Verhaltensbereichen Zeitabschnitte vorgegeben (30 Tage für die Vorbereitungsstufe, sechs Monate für die Handlungsstufe). Diese Zeiträume basieren auf empirischen Ergebnissen aus Studien zur Raucherentwöhnung, und es ist noch ungeklärt, ob diese Zeitvorgaben auch auf andere Verhaltensweisen übertragbar sind. Für den Bereich Ernährung gibt es Ergebnisse von Sporny und Contento (1995), die als Zeitraum für die Handlungsphase auf der Basis eigener Forschungserfahrungen zwei Jahre festlegen.

rungsplan zu unterstützen. Das Ziel sollte dabei klar, erreichbar, überprüfbar und so konkret wie möglich formuliert sein:

Statt: „Ab nächster Woche gehe ich regelmäßig 1 Stunde joggen.“

Besser: „Ab nächster Woche gehe ich Montag, Mittwoch und Freitag direkt im Anschluss an die Arbeit eine halbe Stunde zügig spazieren.“

Arbeitshilfen für den Patienten können hier beispielsweise so aussehen:

Alltagsbereich	Ziel
Ernährung	
Bewegung	
Naturheilkundliche Selbsthilfe	
Umgang mit Stress und Belastungen	

Um den Erfolg einer Verhaltensänderung zu gewährleisten, sollen neben den Zielen und Maßnahmen zur Erreichung dieser auch mögliche Barrieren sowie geeignete Gegenmaßnahmen in die Planung integriert werden.

Für den Bereich Bewegung könnte eine Eintragung z.B. so aussehen:

Ziel	Barrieren	Gegenmaßnahmen
3 x 30 Minuten walken	Es regnet.	Immer geeignete Kleidung einpacken.
	Ich habe heute keine Lust.	Mit Freunden verabreden oder einer Walking-Gruppe anschließen.

Selbstverpflichtung, Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeitserwartung haben hier einen hohen Stellenwert und können durch Einbeziehen des sozialen Netzes – sowohl zur aktiven Unterstützung als auch zur Zeugenschaft – verstärkt werden (vgl. Miller & Rollnick, 2004, S. 183-190).

4. Stufe der Handlung

Im Stadium der Aktion wird das neue Verhalten ausgeführt. Die Selbstwirksamkeitserwartung ist hoch, und der soziale Einfluss ist nun besonders wichtig, da dies die aktivste Phase im Prozess der Verhaltensänderung ist und das größte Risiko für einen eventuellen Rückfall auf eine frühere Stufe birgt. Eine Einstufung in die Stufe der Handlung ergibt sich, wenn jemand seit mehr als einem Tag, aber seit weniger als sechs Monaten, sein individuelles Zielverhalten erfüllen konnte und sein Problemverhalten somit modifiziert hat.

- **Die Aufgabe des Beraters in der Stufe der Handlung** besteht in der Unterstützung des Patienten bei der Integration des Zielverhaltens in seinen Alltag. Während bisher überwiegend kognitiv-affektive Interventionsstrategien eingesetzt wurden, sind in der Beratung nun verhaltensorientierte Strategien zentral, um das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und die Mobilisierung sozialer Unterstützungsmöglichkeiten zu fördern. Bezogen auf die internen Ressourcen besteht die Aufgabe des Beraters insbesondere darin, die Aufmerksamkeit der Patienten auf erste Erfolge zu lenken und subjektiv relevante Verstärker zu explorieren (Selbstverstärkung und Belohnung durch andere). Um zu vermeiden, dass er in das alte Problemverhalten zurückfällt, ist es wichtig, die Auslöser hierfür zu identifizieren und entsprechende Gegenmaßnahmen zu entwickeln.

Als Arbeitshilfe für den Patienten bietet sich die Führung eines Tagebuches an. In diesem kann eingetragen werden, was die Patienten täglich für ihre Gesundheit getan haben:

Gesundheitsbereich	Ziel	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Ernährung	vegetarisch							
Bewegung	30 Minuten walken							
Naturheilkundliche Selbsthilfe	Bürstenmassage							
Umgang mit Stress und Belastungen	Atembeobachtung							

5. Stufe der Aufrechterhaltung

Die Stufe der Aufrechterhaltung ist erreicht, wenn das Zielverhalten seit mehr als sechs Monaten stabil in den Lebensalltag integriert wurde und aktive Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe bestehen und ausgeübt werden. Der Rückfall zum früheren Verhalten ist ein integraler Bestandteil des Veränderungsprozesses und kann in jeder Stufe vorkommen – insbesondere jedoch in der Aktions- und Aufrechterhaltungsstufe.

- Wird das Zielverhalten von dem Patienten bereits über einen längeren Zeitraum (> 6 Monate) erfolgreich praktiziert, beziehen sich die **Beratungsinterventionen** primär auf dessen „Automatisierung“, indem bereits erreichte und subjektiv wahrnehmbare Vorteile des neuen Verhaltens in den Fokus gestellt werden. Dabei ist es wichtig, die Patienten darauf hinzuweisen, sich immer wieder vor Augen zu halten, welchen Nutzen sie aus dem geänderten Verhalten ziehen können und was bislang am meisten geholfen hat.

Als **Arbeitshilfe in dieser Phase** kann folgende Tabelle hilfreich sein:

Geändertes Verhalten	Mein Nutzen	Wer unterstützt mich

Das folgende Schaubild zeigt eine Übersicht zu den von Prochaska & DiClemente benannten Stufen zur Motivation ein Verhalten zu verändern mit den jeweils darauf abgestimmten therapeutischen Zielen und Interventionen.

Stufe	Charakteristikum	Beratungsziel	Intervention
Absichtslosigkeit	Das Problemverhalten wird nicht als solches erkannt bzw. es besteht Widerstand gegen eine Veränderung des Problemverhaltens.	Problembewusstsein wecken.	Fehlende Informationen individuell passend vermitteln; emotionalen Bezug zum Thema herstellen; Eigenverantwortung und Wahlfreiheit betonen, um Reaktanz zu vermeiden.
Absichtsbildung	Bewusste Auseinandersetzung mit dem Problemverhalten, ambivalent gegenüber Veränderungen, da Vor- und Nachteile der Verhaltensänderung in der Waage sind.	Wunsch nach Veränderung wecken und unterstützen.	Unterstützen, die Ambivalenz progressiv aufzulösen durch die systematische Auseinandersetzung mit persönlich relevanten Vor- und Nachteilen. Dabei die Aufmerksamkeit auf die Vorteile lenken – nicht überreden.
Vorbereitung	Hohe Motivation zur Verhaltensänderung; erste Schritte wurden bereits unternommen.	Selbstverpflichtung zur Veränderung des Verhaltens stärken; kognitive, emotionale und organisatorische Vorbereitung der Verhaltensänderung vorbereiten.	Über effektive Veränderungsstrategien informieren und bei der Konkretisierung der individuellen Ziele und deren sukzessiven Umsetzung unterstützen; Unterstützungsmöglichkeiten des Umfeldes aktivieren.
Handlungsstufe	Das Problemverhalten wurde verändert - seit mehr als 1 Tag und weniger als 6 Monaten.	Unterstützung bei der Verankerung des Zielverhaltens im Alltag.	Stärkung der Selbstwirksamkeit durch Aufmerksamkeitslenkung auf Erfolge; Selbstverstärkung und Belohnung durch andere anregen; Wahrnehmung und Mobilisierung unterstützender Beziehungen fördern. Zum Umgang mit Auslösern des Problemverhaltens: Techniken zur Stimuluskontrolle oder alternative Verhaltensweisen entwickeln.
Aufrechterhaltung	Verändertes Verhalten seit über 6 Monaten stabil.	Automatisierung des Zielverhaltens unterstützen; konstruktiven Umgang mit Ausrutschern vorbereiten.	Aufmerksamkeitslenkung auf spürbare Vorteile des veränderten Verhaltens; erfolgreiche Strategien verstärken; Strategien zum Umgang mit Ausrutschern entwickeln.

Tab. 3: Motivierung zur Verhaltensänderung nach (Keller, 2001)

Umgang mit Rückschritten

Die Zeiträume, die Personen in den einzelnen Stufen verbringen, können individuell stark variieren. Damit ein Problemverhalten erfolgreich verändert wird, ist es unabdingbar, dass alle Stadien durchlaufen werden. Anderenfalls erhöht sich das Risiko für Rückfälle in ungünstige Verhaltensgewohnheiten (Prochaska et al., 1992).

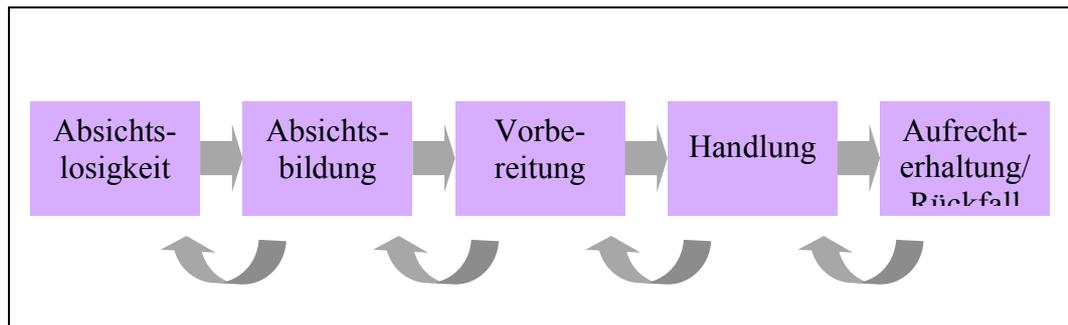


Abb. 11: Die Stufen der Veränderung im Transtheoretischen Modell

Der letztendliche Erfolg einer Verhaltensänderung muss von einem Rückfall jedoch nicht immer beeinträchtigt werden. Vor dem Hintergrund des Stadienmodells bedeutet der Rückschritt auf eine frühere Stufe auch die Möglichkeit der konstruktiven Verarbeitung von Misserfolgen und kann dann durch die Auswahl günstigerer Strategien auch zu einem Fortschreiten innerhalb des Stufengefüges führen (Di Clemente et al., 1991). Denn eine Verhaltensänderung entwickelt sich im Sinne der Prozesshaftigkeit nicht linear. Denn jedes Zurückgehen auf eine vorherige Stufe, die sich als Rückfall oder Ausrutscher definieren lässt, erfolgt mit einem Mehr an Wissen und findet deshalb auf einem höheren Niveau an Erfahrung statt.

Die genannten Stufen der Verhaltensänderung repräsentieren das zentrale organisierende Konstrukt des Modells und beschreiben, **wann** ein Veränderungsprozess fortschreitet. Ein weiteres Kernkonstrukt sind die so genannten „Veränderungsstrategien“. Diese befassen sich damit, **wie** eine Verhaltensänderung stattfindet bzw. mit welcher Strategie eine Entwicklung förderlich beeinflusst werden kann. Es wird dabei unterscheiden zwischen kognitiv-affektiven und verhaltensbezogene Veränderungsstrategien.

Veränderungsstrategien

Die folgenden Veränderungsstrategien sind den Interventionsstrategien unterschiedlicher Therapieschulen entlehnt. Das "consciousness raising" wird als eine Strategie auf Basis der Freudschen Tradition verstanden, wobei "contingency management" sich Skinnerschen Ansätzen zuordnen lässt und "helping relationships" der Tradition von Carl Rogers entstammt. Die Entwicklung eines integrativen Ansatzes, in dem Interventionsstrategien unterschiedlicher Schulen miteinander kombiniert werden, führte zur Modellbezeichnung "Transtheoretisches Modell" (Prochaska, 1979).

1. Kognitiv-affektive Strategien beziehen sich vorwiegend auf die subjektiven Bewertungsprozesse des Patienten und auf dessen emotionales Erleben eines problematischen Verhaltens bzw. dessen Alternativverhaltens. Sie sind in erster Linie für Personen relevant, die sich in den ersten drei Stadien einer Verhaltensänderung befinden und betreffen:

- Steigerung des Problembewusstseins (z. B. durch Lesen von Informationsbroschüren);
- Gewahrwerden der Konsequenzen des eigenen Problemverhaltens bzw. des geänderten Verhaltens: Das zeigt sich z. B., indem man Besorgnis über Folgen des eigenen Risikoverhaltens ausdrückt;
- Neubewertung des eigenen Verhaltens im Kontext der sozialen Umwelt, indem man wahrnimmt, in welcher Weise das eigene Risikoverhalten die persönliche Umwelt betrifft;
- Neubewertung der eigenen Person, indem man bewusst wahrnimmt und einschätzt, welche Konsequenzen das eigene Risikoverhalten bzw. das eigene Zielverhalten für sich hat;
- Wahrnehmung förderlicher Umweltbedingungen, die eine Verhaltensänderung erleichtern.

2. Verhaltensorientierte Strategien sind insbesondere für die Stufen Vorbereitung bis Aufrechterhaltung relevant. Hierbei werden folgende genannt (Prochaska et al., 1997):

- Gegenkonditionierung: Ungünstige Verhaltensweisen werden durch günstige ersetzt (z.B. spazieren gehen statt Schokolade essen);
- Nutzung von sozialer Unterstützung, die eine Verhaltensänderung erleichtert (z.B. Verabreden zum gemeinsamen Walken);
- Selbstverstärkung, indem man gezielt Selbstbelohnungsstrategien einsetzt, um das Zielverhalten zu erreichen (z.B. Kinobesuch nach erfolgreichem Veränderungsschritt);
- Selbstverpflichtung zur Verhaltensänderung, (indem man z. B. andere über den Vorsatz zur Verhaltensänderung informiert).
- Kontrolle der eigenen Umwelt, um die Verhaltensänderung zu erleichtern (z.B. Joggingsschuhe direkt mit zur Arbeit nehmen).

Welche Schlussfolgerungen lassen sich durch die Integration des Transtheoretischen Modells in die Beratung und Begleitung von Patienten zur Veränderung des Gesundheitsverhaltens ziehen?

Alle Modelle der Verhaltensänderung gehen mehr oder weniger davon aus, dass Menschen einen rationalen Prozess der Informationsverarbeitung durchlaufen, bevor sie eine Entscheidung treffen. In der Realität verhalten sich Menschen allerdings nicht immer so rational und bewusst, sondern werden zum Teil unbewusst auch von Gefühlen, Gewohnheiten, spontanen Eingebungen und sozialen Einflüssen geleitet. Deshalb kann keine Theorie das Verhalten vollständig erklären, sondern nur aufzeigen, welche Faktoren eine Änderung des Verhaltens unterstützen und den Prozess förderlich beeinflussen können. Das Wissen um die Phasen einer Verhaltensänderung und die unterschiedlichen Bedürfnisse von Personen in diesen Phasen sind für die Praxis dennoch sehr hilfreich. Dadurch eröffnet sich dem Arzt / Therapeuten die Möglichkeit, die Interventionen auf den individuellen Patienten und seine phasenspezifische Motivation abzustimmen und den Entwicklungsprozess dadurch förderlich zu begleiten.

3.3.2 Die Motivierende Gesprächsführung

„*Motivation to change is found within a person:
you can't pump it in like petrol into a car*”.

(Rollnick und Jefferson, 2006)

Wie die Erläuterungen zum Transtheoretischen Modell bereits deutlich gemacht haben, ist die Berücksichtigung der individuellen Lebenssituation und die Motivation eines Patienten zur Verhaltensänderung Ausgangspunkt für die Einleitung eines erfolgreichen Therapieprozesses. Durch die Aneignung des Beratungsstils der Motivierenden Gesprächsführung (Miller und Rollnick, 1991) können Beratende den Prozess der gesundheitsbezogenen Verhaltensänderung eines Patienten effektiv unterstützen. Diese Methode integriert Elemente der Gesprächspsychotherapie sowie der Motivations- und Kommunikationspsychologie und hat sich in vielen Studien als wirksam erwiesen.

Ursprünglich wurde dieses Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen entwickelt. Inzwischen wird der Ansatz auch in der allgemeinen medizinischen Behandlung, in der Gesundheitsförderung, der Sozialarbeit und im Strafvollzug angewandt. Die Motivierende Gesprächsführung ist ein direktives, klientenzentriertes Beratungskonzept zur Förderung von Veränderungsbereitschaft bei problematischem Substanzkonsum oder chronischen Erkrankungen (Ders., 1991).

Der Beratungsansatz der Motivierenden Gesprächsführung richtet sich vor allem an Personen mit geringer Änderungsbereitschaft. Er verfolgt das Ziel, die Reflexion von gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen anzuregen und durch die Auflösung ambivalenter Einstellungen gegenüber einer Verhaltensänderung eine *intrinsische* Motivation aufzubauen. Die Grundprinzipien sind: Empathie ausdrücken, Ambivalenz verstehen, Begleiten statt Beweisen, Widerstand aufnehmen, Selbstwirksamkeit fördern.

Beratungsansatz

„Zwei Seelen wohnen, ach! in meiner Brust.“

(Johann W. Goethe)

Im Rahmen der Motivierenden Gesprächsführung geht man davon aus, dass Menschen in der Regel nicht unmotiviert, sondern ambivalent in Bezug auf eine mögliche Veränderung sind, und dass sie in der Regel gute Gründe für oder gegen eine Verhaltensänderung haben. So kann ein Patient beispielsweise gleichzeitig die Annahme vertreten, dass der tägliche Fleischverzehr ihm und seiner gesamten Familie gut schmecke und zur lieb gewonnenen Gewohnheit geworden sei, und andererseits wissen, dass er den Anstieg seines Cholesterinspiegels begünstigt und ihm dadurch ebenso ein schlechtes Gewissen und Unbehagen bereitet. Dieses Nebeneinander von gegensätzlichen Gefühlen und Gedanken sollte zunächst einmal so akzeptiert werden. Die Prinzipien der Motivierenden Gesprächsführung bieten hier Möglichkeiten zur Auflösung, zur Klärung und zur allgemeinen Optimierung eines Entwicklungsprozesses an.

Basiselemente der Motivierenden Gesprächsführung

Die Basis der Motivierenden Gesprächsführung bilden vier Kernprinzipien:

1. Empathie ausdrücken – sich in den anderen hineinversetzen

Eine empathische Grundhaltung im Sinne eines respektvollen, akzeptierenden, nicht bewertenden, aktiven Zuhörens bildet die Basis, um Einstellungen und Perspektiven eines Menschen zu verstehen und eine hilfreiche therapeutische Beziehung aufzubauen. Mangelnde Motivation und Ambivalenz werden als normale Aspekte des Menschseins betrachtet. Die entgegengebrachte Empathie unterstützt den Selbstwert des Betroffenen, denn dieser ist wichtig für eine Veränderung. Ein Nichtakzeptieren von Einstellungen und Meinungen hingegen bewirkt genau das Gegenteil – es blockiert den Veränderungsprozess.

2. Diskrepanzen erzeugen – Widersprüche aufzeigen

Der Mensch soll sich nicht in seinem So-Sein akzeptieren und darin verbleiben. Es gilt vielmehr, die Vor- und Nachteile des derzeitigen Verhaltens sowie einer Verhaltensänderung aufzudecken und abzuwägen. Des Weiteren sollte gemeinsam mit einer Person erarbeitet werden, ob bzw. wie das derzeitige Verhalten mit den

eigenen Zielen und Werten in Konflikt steht. Wenn dem Betroffenen deutlich wird, dass sein momentanes Verhalten im Widerspruch zu wichtigen Zielen und Vorstellungen für seine Zukunft steht, kann dies die Veränderungsbereitschaft stärken.

3. Den Widerstand umlenken – verständnisvoll mit Widerstand umgehen

Widerstand wird bei der Motivierenden Gesprächsführung nicht im tiefenpsychologischen Sinne als Abwehrmechanismus verstanden, sondern als ein deutliches Anzeichen für Dissonanz im Therapieprozess. Folglich gilt Widerstand als Hinweis darauf, dass die gegenwärtige Interventionsstrategie nicht dem aktuellen Informations- und Motivationsstand des Patienten entspricht. Findet dies keine Beachtung, wird ein Mensch seine Haltung verteidigen und diese dadurch auch verfestigen. Manchmal kann dies zum Abbruch der Beratung führen. Daher geht es nicht darum, dem Widerstand direkt zu begegnen und für die Verhaltensänderung zu argumentieren, sondern vielmehr, ihn zu neuen Perspektiven einzuladen und dabei die Entscheidungsautonomie beim Betroffenen zu belassen. Widerstand ist somit nicht als Problem des Klienten zu sehen, sondern als ein Problem, das der Beratende mit seinem Gesprächspartner hat. Sollte Widerstand auftreten, muss das Vorgehen überdacht und die Führung des Gespräches im Sinne der Motivierenden Gesprächsführung geändert werden.

4. Selbstwirksamkeit und Veränderungszuversicht stärken

Die Zuversicht eines Menschen, sein Verhalten ändern zu können, ist entscheidend dafür, ob er auch wirklich versucht, dieses zu verändern. Möglichkeiten, die Zuversichtlichkeit einer Person zu erhöhen, liegen in der Bezugnahme auf frühere erfolgreiche (Verhaltens)änderungen und im Verfolgen generalisierbarer Strategien sowie in der Aufdeckung persönlicher Stärken und Ressourcen.

5. Gemeinsame Vereinbarung von Veränderungszielen

Wichtig ist es, dass der Patient selbst entscheidet, was er verändern will oder an neuen Verhaltensweisen ausprobieren möchte. Der Berater sollte ihn diesbezüglich unterstützen, jedoch keine Ziele vorgeben.

Motivierende Gesprächstechniken

Neben den beschriebenen Prinzipien umfasst die Motivierende Gesprächsführung verschiedene Gesprächstechniken zur Förderung der Änderungsmotivation:

- **Offene Fragen** sind besonders geeignet, um die Auseinandersetzung mit dem Problemverhalten zu fördern.
- **Abwägen von Vor und Nachteilen** einer Verhaltensänderung
- **Wichtigkeit und Zuversicht:** Für eine Verhaltensänderung ist es notwendig, dass das Problemverhalten als bedeutsam angesehen wird und die Person zuversichtlich in Bezug auf eine mögliche Verhaltensänderung ist. Anders ausgedrückt: der Patient muss wollen und können.
- **Positive Rückmeldung**, um Verständnis auszudrücken und die Motivation zu steigern.
- **strukturierte Zusammenfassungen** dienen zur Strukturierung des Gespräches und sollten zum Ende der jeweiligen Beratung erfolgen. Sie können auch am Beginn der nächsten Beratung einen geeigneten Einstieg in das Gespräch darstellen.

Bei der Motivierenden Gesprächsführung liegt der Schwerpunkt weniger auf Techniken als vielmehr auf einer bestimmten Form der Grundhaltung. Sie ist getragen von Partnerschaftlichkeit und gemeinsamem Erforschen, an Stelle von Ermahnen und Überreden. Es geht um das Hervorrufen von Verständnis, Einsicht und Motivation. Die Verantwortung für eine Veränderung bleibt stets beim Individuum selbst. Möglichkeiten zur Vertiefung der Prinzipien der Motivierenden Gesprächsführung, die in der Regel in zweitägigen Weiterbildungsveranstaltungen vermittelt werden, finden sich unter: www.gkm-institut.de.

Im Anschluss folgt eine kurze Zusammenfassung zum Einsatz des „Transtheoretischen Modells“ (siehe 3.3.1) und der „Motivierenden Gesprächsführung“ in der Praxis:

Das Grundkonzept und der Ablauf der Motivierenden Gesprächsführung

- Diagnostik der aktuellen Motivation zur Verhaltensänderung in einem ausgewählten Lebensstilbereich: Inwieweit ist eine Person bereit, etwas an ihrem Verhalten zu verändern?
- Aufbau eines Bewusstseins für die Dringlichkeit der Veränderung eines Problemverhaltens.
- Aufbau einer Veränderungsbereitschaft und der Veränderungszuversicht, insofern diese noch nicht ausreichend vorhanden sind.
- Auseinandersetzung mit den subjektiven Vor- und Nachteilen einer Verhaltensänderung im ausgewählten Bereich. Unterstützung bei der Auflösung vorhandener Ambivalenzen.
- Wenn ein klarer Wunsch zur Verhaltensänderung besteht: → Erstellung eines Veränderungsplanes mit der Formulierung eines klaren, realistischen Zieles und der dazugehörigen Maßnahmen zur Verhaltensänderung. Auseinandersetzung mit möglichen Hindernissen und Barrieren. Exploration geeigneter Gegenmaßnahmen.

Basisprinzipien der Motivierenden Gesprächsführung

- Empathie, Kongruenz, Akzeptanz ausdrücken
- Diskrepanzen integrieren, Widersprüche aufzeigen
- Beweisführungen und Überredungen vermeiden
- Den Widerstand umlenken, verständnisvoll mit Widerstand umgehen
- Glauben an die eigenen Fähigkeiten stärken und Ressourcen aufdecken
- Selbstwirksamkeit und Veränderungszuversicht stärken
- Veränderungsziele gemeinsam vereinbaren

Methoden der Motivierenden Gesprächsführung

- Offene Fragen stellen, aktiv zuhören, zusammenfassen
- Kompetenzen bestätigen, Lob für bisherige Erfolge
- Widersprüche aufzeigen

3.4 Mind-Body-Medizin als Bestandteil eines integrativen (Be)handlungskonzeptes in der niedergelassenen Praxis: Möglichkeiten und Grenzen der Umsetzung

*„Behandle Menschen so, als ob sie das wären,
was sie sein könnten,
und hilf ihnen das zu werden,
was sie werden könnten.“*

(J. W. Goethe)

Über Jahrtausende hinweg war die Medizin zunächst auch immer eine Lehre von der Gesundheit (siehe 2.1 und 2.1.1), ehe sie sich im 19. Jahrhundert zunehmend zu einem System der Krankenbehandlung und -versorgung entwickelte. In der programmatischen Schrift „Naturheilverfahren heute“ bezeichnet der Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren (ZÄN) (1979) den „... Arzt als glaubwürdigen Pädagogen ...“, der ursprünglich als Medikus, als Seelsorger und als Pädagoge zugleich inter-aktiv wurde. Auch wenn die Formulierung heute etwas befremdlich klingen mag, wird hier der umfassende Anspruch auf die Patientenführung und -begleitung verdeutlicht. Heute, am Beginn des 21. Jahrhunderts, sind viele Ärzte mit der Erfüllung dieses traditionellen Anspruches an ihre Profession überfordert, denn das Wissen um die pädagogische Komponente des Arztberufs sowie die zeitlichen und ökonomischen Ressourcen zur Befriedigung der vielfältigen Bedürfnisse des einzelnen Patienten sind zu einem knappen Gut geworden. Inwieweit der mind-body-medizinische Ansatz für diese Bedingungen, die derzeit die Situation in niedergelassenen Arztpraxen charakterisieren, eine Lösung darstellen kann, soll im Folgenden näher beleuchtet werden.

Die derzeitige Situation in deutschen Arztpraxen

Nicht nur Patienten, auch Ärzte betrachten die Rahmenbedingungen, innerhalb derer die medizinische Versorgung gewährleistet ist, – von Gesundheitsbildung oder Seelsorge ganz zu schweigen, als durchweg unbefriedigend. Eine repräsentative Umfrage der Commerzbank, die im Februar 2011 veröffentlicht wurde zeigt, dass mehr als ein Drittel der deutschen Ärzte sich eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen wünschen. Bei den niedergelassenen Ärzten liegt die Zahl mit 44 Prozent noch höher. Für 54 Prozent der selbstständigen Mediziner stellt insbeson-

dere der bürokratische Verwaltungsaufwand, eine hohe Belastung dar. Über ein Viertel (26 Prozent) der Befragten gab an, sich noch in diesem Jahr beruflich verändern zu wollen, wobei diesbezüglich nicht selten eine Kooperationsplanung gemeint war. Die bereits Selbstständigen tendieren mit 35 Prozent deutlich zu einer Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft (Commerzbank, 2011).

Dass eine Veränderung in den niedergelassenen Arztpraxen auch von Patientenseite gewünscht ist, belegt eine Befragung des Instituts für Demoskopie in Allensbach. Diese erbrachte die folgenden Erkenntnisse:

- Über die Hälfte der Patienten wünscht sich mehr Zeit für ihre persönlichen Belange.
- Mehr als 25% der Patienten beklagt zu wenig Einfühlungsvermögen von ihrem Arzt.
- 37% der Patienten sind der Meinung, es würden zu schnell zu starke Medikamente verschrieben.
- 51% der Patienten denken, nur die Symptome würden behandelt.
- 44% der Patienten sind der Ansicht, die „Seele“ komme zu kurz.
- Fast 40% der Patienten wünschen sich mehr Gemeinschaftspraxen.
- (Allensbach Jahrbuch, 1998-2002)

Die Ergebnisse legen nahe, dass sowohl die Patienten als auch die Ärzte eine Veränderung der Situation in deutschen Arztpraxen wünschen und dementsprechende Konsequenzen gezogen werden sollten.

Vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft

Weitere Faktoren, die den Alltag in den niedergelassenen Praxen belasten und die praktische Umsetzung einer zufriedenstellenden Heilkunst und -kunde erschweren, sind die finanziellen Abrechnungsreglementierungen des Gesundheitssystems, die mittlerweile einen Wandel vom „alten Gesundheitswesen“ zur „neuen Gesundheitswirtschaft“ (Biendierra, 2009) bewirkt haben. Da die Vergütung ärztlicher Behandlungsleistungen von den gesetzlichen Kostenträgern zunehmend gekürzt, in manchen Bereichen auch ganz gestrichen worden ist, gehen immer mehr Ärzte dazu über „Individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGeL) anzubieten, deren Kosten von den Patienten selbst getragen werden müssen. Dies widerspricht

der Erwartungshaltung vieler Patienten, die an ein sozialstaatliches Versorgungssystem gewöhnt und oftmals der Auffassung sind, als Mitglied einer Krankenversicherung alle zur Verfügung stehenden Behandlungsmaßnahmen auch weiterhin erstattet zu bekommen. In diesen (nicht seltenen) Fällen kommt den Ärzten die Aufgabe zu, ihren Patienten die Leistungskürzungen stellvertretend für die politischen Gesundheitsfunktionäre, die Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigungen zu vermitteln, da diese sich in der Öffentlichkeit nicht immer als verantwortlich für die Reglementierungen erklären.

Von der Krankheitsversorgung zur Gesundheitsfürsorge

Der Bevölkerung nicht nur die medizinische Grundversorgung (im Akutfall) zu gewährleisten, sondern sie prinzipiell auch zu mehr gesundheitlicher Selbstfürsorge anzuregen, gehört zu den wichtigsten gesundheitspolitischen Zielen der Gegenwart. Um dem Einzelnen beim Erkennen und Stärken seiner Potentiale zu Gesundheit und Heilung zu unterstützen, bedarf es der Weiterentwicklung der bisherigen Herangehensweise. Die Rückbesinnung auf die Prinzipien der traditionellen Medizin- und Gesundheitsbildungssysteme (siehe 2.1), auf denen der partizipative und ressourcenorientierte Ansatz der Mind-Body-Medizin beruht, weist hierfür einen möglichen Weg. Auf diesem lassen sich viele der zuvor erwähnten Unstimmigkeiten – sowohl auf Seiten der Patienten als auch der Ärzte – berücksichtigen und den Bedürfnissen entsprechend verändern. Dass der Ansatz der Mind-Body-Medizin die Arbeit in der niedergelassenen Praxis effektiv bereichern kann, wurde in Untersuchungen zu ihrer Anwendbarkeit und Wirksamkeit beispielsweise von Pelletier (2004) bereits gezeigt.

Zielgruppen

Die Hauptzielgruppen, bei denen sich der Einsatz mind-body-medizinischer Ansätze als besonders wirksam erwiesen hat (siehe 2.5.7), sind sowohl Patienten mit vorwiegend stressinduzierten chronischen Erkrankungen, als auch Personen, bei denen sich erste Hinweise auf die Entwicklung einer Chronifizierung erkennen lassen. In der konventionellen Medizin gibt es vielfach keine wirkungsvollen Ansätze, eine Chronifizierung zu stoppen oder gar eine Heilung herbeizuführen. Vielmehr kommt es oftmals zu einem „Drehtüreffekt“. Beispielsweise wenn ein Patient aufgrund wiederkehrender Beschwerden medikamentös behandelt wird,

sich sein Gesundheitszustand mittelfristig bessert, er jedoch schließlich mit den gleichen oder gar gravierenderen Symptomen – wieder in der Praxis vorstellig wird. In diesem Fall charakterisieren Gefühle der Hilflosigkeit und Frustration allzu oft das gemeinsam erlebte Dilemma von Therapeut und Patient.

Der Ansatz der Mind-Body-Medizin eignet sich insbesondere, um passiv-rezeptiv eingestellte Personen bei der Steigerung ihrer gesundheitsförderlichen Selbstwirksamkeit- und Kontrollüberzeugung (siehe 2.5.6) zu unterstützen, damit auf ihrer Seite die Zuversicht wachsen kann, durch eine Veränderung des Lebensstils, selbst gesundheitsfürsorglich und -förderlich aktiv werden zu können. Eine Grundvoraussetzung ist in der Notwendigkeit zu sehen, einen Menschen für die Zusammenhänge zwischen seinen Symptomen und dem individuellen Lebensstil zu sensibilisieren. Dadurch können die Erkenntnis und die Motivation wachsen, gesundheitsrelevante Aspekte des Lebensstils wie Ernährung, Bewegung und insbesondere auch den Umgang mit Stress verändern zu wollen und durch eine professionelle Hilfe zur Selbsthilfe im Alltag auch fähig zu sein, dies erfolgreich umzusetzen.

Voraussetzungen zur Umsetzung der MBM

Eine der wichtigsten Voraussetzungen auf Seiten des Mediziners bzw. Therapeuten zur Realisierung des mind-body-medizinischen Ansatzes in der ambulanten Praxis ist die (gewachsene) authentische Überzeugung von der Wirksamkeit der MBM. Ist der Therapeut in der Lage, selbst gut für seine eigenen Säulen des „Tempels der Gesundheit“ (siehe 2.5.1) zu sorgen, wird er mit Patienten authentisch über Fähigkeiten zu gesundheitlicher Selbstfürsorge sprechen können und das Angebot der Unterstützung beim Aufbau eines gesundheitsförderlichen Lebensstils auch glaubwürdig vermitteln können. Dies gilt jedoch nicht nur für den Arzt oder Therapeuten. Die Prinzipien der achtsamkeitsbasierten MBM sollten möglichst vom gesamten Praxisteam gelebt werden.

Wenn die Mitarbeiter Stress reduzierende Methoden, wie etwa Yoga, Meditation oder Ausdauertraining selbst in ihren Alltag integrieren, wird sich dies auch in ihrem Arbeitsstil widerspiegeln sowie in ihrer Haltung sich selbst, als auch den Patienten gegenüber äußern. Ebenso können durch eine regelmäßige Praxis von achtsamkeitsbasierten Methoden die Sensibilität und die Erkenntnis für die notwendigen Veränderung der herkömmlichen Arbeitsweise und Arbeitsinhalte

wachsen und daraufhin im Rahmen der Möglichkeiten bewusst umgesetzt werden. Denn nicht nur die Ärzte, auch die Angestellten in den Praxen leiden heute zunehmend unter den mit der regulären Arbeitsweise verbundenen Belastungen (Commerzbank, 2011).

Das Angebot zur Teilnahme an einem MBSR-Kurs (siehe 2.2.2) für das gesamte Praxisteam kann die Integration der Mind-Body-Medizin in den Praxisalltag zusätzlich positiv beeinflussen.

Weg zur Realisierung der Mind-Body-Medizin

Die mind-body-medizinische Herangehensweise erfordert eine ganzheitlich ausgerichtete Perspektive des Arztes/Therapeuten. Sie bildet die Basis, einem Menschen das Gefühl zu vermitteln, nicht nur in seiner Körperlichkeit gesehen und behandelt zu werden, sondern in allen Facetten seines Menschseins achtsam wahrgenommen und berücksichtigt zu sein.

1) Für den Arzt/Therapeuten bestehen die ersten Schritte zur Umsetzung der mind-body-medizinischen Interventionen darin, in der regulären Sprechstunde bei geeigneten Patienten ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass körperliche Symptome und Beschwerden im Zusammenhang und -wirken mit einem mehrdimensionalen Geschehen stehen und daher auch psychologische, verhaltensmäßige, soziale und spirituelle Aspekte am Entstehen von Gesundheit und Krankheit beteiligt sein können. Um diesbezüglich das derzeitige Bewusstsein eines Patienten näher zu erkunden eignen sich Fragestellungen, wie:

- *„Können Sie zwischen Ihrer Lebensweise und Ihrer Gesundheit bzw. Ihren Beschwerden Zusammenhänge erkennen?“*
- *Haben Sie das Empfinden, dass Ihr Lebensstil Ihrer Gesundheit förderlich ist?*
- *Denken Sie, dass Sie zur Förderung Ihrer Gesundheit etwas an Ihrem Lebensstil verändern könnten?“*

Bei Patienten, die ihrem Arzt bereits seit Jahren bekannt sind, besteht oftmals bereits ein Einblick in die individuelle Lebenssituation, an den angeknüpft werden kann, indem der Arzt behutsam auf mögliche Zusammenhänge hinweist. Aus der Reaktion des Patienten wird spürbar, ob eine weitere Vertiefung zum jetzigen Zeitpunkt sinnvoll erscheint. Im Falle einer eher abwehrenden oder absichtslosen

Haltung kann die Thematik bei den folgenden Konsultationen immer wieder kurz zur Sprache gebracht werden, um eine mögliche Veränderung der Bedürfnisse und der Motivation zu erkunden.

2) Bei resonanzbereiten und ausreichend motivierten Patienten besteht das weitere Vorgehen im Angebot einer ausführlichen MBM-Anamnese (siehe 3.2), um gemeinsam zu eruieren, in welchen Bereichen die Gesundheitsressourcen individuell beeinträchtigt sind bzw. gestärkt und weiter entwickelt werden können. Hierfür eignet sich der mind-body-medizinische Anamnesebogen (siehe 5.1) als Leitfaden.

Die Anamnese bildet die Grundlage, um gemeinsam mit dem Patienten zu explorieren, in welchem der folgenden Bereiche der Wunsch und/oder die Dringlichkeit zu einer Veränderung besteht:

- Ernährung
- Bewegung
- Naturheilkundliche Selbsthilfestrategien
- Gesunder Umgang mit Stress und Belastungen
- Kognitive Strukturen
- Achtsame Kommunikation
- Emotionen, soziale Strukturen und Spiritualität

Nachdem der Patient einen Bereich, in dem er sein Gesundheitsverhalten modifizieren möchte, ausgewählt hat, geht es darum, die Phase seiner Änderungsbereitschaft zu identifizieren. Im Rahmen der Entwicklung des Arbeitsbuches „Natürlich herzgesund“ ist diesbezüglich ein Fragebogen (siehe 5.3) konzipiert worden, der die Exploration der individuellen „Motivation zur Lebensstilveränderung“ erleichtern kann.

3) Nachdem die Phase der Veränderungsbereitschaft gemeinsam definiert wurde, bietet das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (siehe 3.3.1) eine Orientierung für alle weiteren, darauf abgestimmten Interventionen. Diese betreffen für den Therapeuten die Wahl der passenden Beratungsstrategie im Gespräch, die Ausgabe von Informationen zum ausgewählten Lebensbereich sowie die Auswahl stufenspezifischer Arbeitshilfen und/oder konkreter Handlungsanleitun-

gen für den individuellen Patienten. Optimieren lässt sich der Prozess der Gesundheitsbildung und Verhaltensänderung durch die Berücksichtigung der Prinzipien der Motivierenden Gesprächsführung (siehe 3.3.2).

Gruppenangebote

Je nach Wahl der Lebensbereiche, in denen Patienten das Bedürfnis verspüren, ihren Lebensstil aktiv gesundheitsförderlich verändern zu wollen, empfiehlt sich ein interventionsbegleitendes Gruppenangebot (z. B. 6–10 Patienten pro Gruppe, 6 Treffen à 1-2 Stunden), bei dem Patienten mit den gleichen Schwerpunkten gemeinsam üben.

Integrativer und Interdisziplinärer Ansatz

Zur Leitung der Gruppen sollten externe Experten hinzu gezogen werden, die über genügend Erfahrung mit der Arbeit in Gruppen verfügen und hinsichtlich der zu vermittelnden Inhalte sowie für die praktische Anleitung ausreichend ausgebildet sind. Dies können beispielsweise Nordic-Walking-, Yoga- oder Qi-Gong-Lehrer sein, oder auch Ökotrophologen, Pädagogen oder Psychologen. Ideal wäre in diesem Fall die Kooperation mit einem speziell ausgebildeten Mind-Body-Therapeuten (Ordnungstherapeuten), der als Generalist den gesamten Prozess in jedem gesundheitsförderlich zu ändernden bzw. zu stärkenden Lebensbereich professionell anleiten und unterstützen kann.

Für den Arzt empfiehlt es sich, die Gruppe regelmäßig zu besuchen und. Indem er beispielsweise zusammen mit den Teilnehmenden meditiert, an (Nordic-)Walking-Einheiten teilnimmt oder gegebenenfalls die Anwendung naturheilkundlicher Selbsthilfestrategien, wie Schröpfen, Akupressur, Wickel etc. cetera selbst vermittelt, insofern er diesbezüglich über entsprechende Kenntnisse verfügt. Zur Klärung vorrangig medizinischer Fragen können die Teilnehmer von einer Gruppensuche des Arztes oft profitieren. Der wertschätzende Zuspruch und die lobende Unterstützung für die Patienten können sich gerade zu Beginn des Veränderungsprozesses sehr motivierend und förderlich auswirken.

Da der typische Hausarzt oftmals im weiteren Sinne auch „Familienmediziner“ ist, besteht für ihn die Möglichkeit, unterstützend darauf einzuwirken, dass sich das soziale Netz des Patienten am Prozess einer gesundheitsförderlichen Verhaltensänderung beteiligt und bestenfalls selbst gesundheitsfürsorglich aktiv wird.

Entsprechend den Bedürfnissen der Patienten sind im ambulanten Kontext auch multimodulare Gruppenangebote möglich, bei denen sich die Teilnehmenden beispielsweise alle 14 Tage abends treffen und das gemeinsame Üben in Bewegung und in Stille, wie beim Erlernen von achtsamkeitsbasierten Entspannungsmethoden, zusätzlich durch einen Gesprächskreis und ein vollwertiges Abendessen ergänzen.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Praxis

Ein mind-body-medizinisches Konzept, in dem für die Patienten auch Gruppenangebote vorgesehen sind, würde sich optimalerweise in einer Gemeinschaftspraxis realisieren lassen, in der sich nicht nur Ärzte mit einer unterschiedlichen Fachausrichtung zusammenschließen, sondern auch andere Berufsgruppen interdisziplinär miteinander kooperieren. Hier würde sich, in herkömmlicher Form, die Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums anbieten, wobei der Begriff der „Versorgung“ in diesem Fall, abweichend vom traditionell rezeptiv-passiven Charakter, eine Bedeutungsänderung erführe: „Versorgt“ würden die Patienten in diesem Fall zusätzlich mit „Anregungen zu gesundheitlicher Selbstfürsorge“. Geeigneter wäre somit eher eine Bezeichnung wie „Zentrum für Therapie, Prävention und Gesundheitsförderung“.

Überlegungen wie diese sind keineswegs neu. Der Sozialwissenschaftler Klaus Hurrelmann, der als Gründungsdekan der ersten Fakultät für Gesundheitswissenschaften in Deutschland den Bereich Prävention und Gesundheitsförderung in Bielefeld betreut, äußerte sich in einem Interview zu den Perspektiven für ein Gesundheitssystem, in dem nicht mehr alleine Ärzte die Anlaufstation bei Fragen zur Gesundheit sind, wie folgt: *„Als Patient sollte ich in der Praxis auch einen Psychologen, einen Pädagogen und einen Sozialarbeiter antreffen. Und auch jemanden, der mich zum Ernährungsverhalten und zu meiner gesamten psychischen und sozialen Lebenssituation berät. Ich stelle mir das als Team vor. Fachleute aus den Gesundheitswissenschaften, aber auch Ergotherapeuten und Psychotherapeuten bilden zusammen mit Medizinern ein flexibles Beratungs- und Hilfteam.“*, (Streitböcker, 2002).

Ein interdisziplinär konzipiertes Modell käme gegebenenfalls auch der wachsenden Sorge um einen befürchteten Ärztemangel entgegen, der ursächlich insbesondere auf die zu hohe Arbeitsbelastung im Berufsalltag der Mediziner zurückzuführen

ren ist. Bereits die derzeitige Situation in Deutschland wird von vielen Ärzten kritisch beurteilt. Dies zeigten die Ergebnisse einer Repräsentativbefragung für den MLP Gesundheitsreport des Allensbacher Instituts für Demoskopie aus dem Jahr 2010. Demnach sind 46 Prozent der Ärzte davon überzeugt, dass es bundesweit bereits einen Ärztemangel gibt; weitere 42 Prozent rechnen damit, dass sich die Lage in den nächsten Jahren weiter verschlechtern wird. Als weiterer Grund neben der zu hohen Arbeitsbelastung wurde aus Sicht der Mediziner eine zu starke Reglementierung der ärztlichen Tätigkeit genannt.

Die Erkenntnis, dass sich ein interdisziplinäres Konzept am Ende auch kostengünstiger erweise, als eine Struktur, in der die einzelnen Anbieter alle nebeneinander her arbeiten, vertreten Gesundheitswissenschaftler wie Klaus Hurrelmann und Jörg Hörmann bereits seit Jahren (vgl. Streitbürger, 2002). Um Patienten ein Netzwerk von Ärzten, Gesundheitspädagogen und anderen fachkundigen Spezialisten anbieten zu können, bedarf es jedoch auch einer Weiterentwicklung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherungen. Im (teil)stationären Bereich ist eine solche Bewegung bereits deutlich erkennbar. – So dass die wissenschaftlich fundierte Integration des mind-body-medizinischen Konzeptes im „Essener Modell für Integrative Medizin und Naturheilkunde“ bereits seit dem Jahre 1999 als Kassenleistung anerkannt und genehmigt wird.

Notwendige Rahmenbedingungen zur Realisierung der MBM

Praxisgestaltung

Da ein mind-body-medizinisches Konzept von den gesetzlichen Krankenkassen im ambulanten Bereich bisher nicht vorgesehen ist und daher bislang auch nicht vergütet wird, erfordert die Realisierung eine konzeptionelle und ökonomische Anpassung der niedergelassenen Praxis. Diese bedarf ebenso einer gewissen organisatorischen und terminlichen Umgestaltung der traditionellen Praxisstruktur.

Individuelle Gesundheitsleistungen auf Selbstzahlerbasis

Die Interventionen der MBM erfordern ein Zeitfenster, das den Rahmen der traditionellen medizinischen Grundversorgung, bei der pro Patient regulär maximal zehn Minuten Zeit zur Verfügung stehen, überschreitet.

Da die Finanzierung derartiger Präventivmaßnahmen im ambulanten kassenärztlichen Bereich bisher (noch) nicht berücksichtigt wird, können mind-body-medizinische Interventionen derzeit nur als individuelle Gesundheitsleistungen, wie in der folgenden Tabelle dargestellt, angeboten werden:

GoÄ-Ziffer	Rechnungstext	Dauer (Min.)	Faktor	€
34	Erörterung einer lebensverändernden Erkrankung	20	2,3	40,22
34	Erhöhter Zeitaufwand	30	3,5	61,20
30 A	Komplexe naturheilkundliche Anamnese und Beratung (analog homöopathische Erstanamnese)	60	2,3	120,65

Tab. 4: Abrechnungsbeispiele aus der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Einführung von Privatsprechstunden für Individuelle Gesundheitsleistungen

Da Patienten diese Leistungen selbst bezahlen, sollte der Anspruch auf ein gutes Preis-Leistungsverhältnis gewährleistet sein, indem zur Zeit einer Privatsprechstunde keine Störungen von außen auftreten und nur echte medizinische Notfälle von den Sprechstundenhelferinnen angenommen werden. Durch die Einführung einer Privatsprechstunde erfährt die Struktur der traditionellen niedergelassenen Kassenarztpraxis einen Wandel von der regulären, offenen Sprechstunde zur individuellen Terminplanung.

Für den ersten Beratungstermin zur Einleitung einer gesundheitsförderlichen Lebensstilveränderung sollte ein Zeitrahmen von etwa einer Stunde, für eine umfassende Mind-Body-Medizin-Anamnese (siehe 3.2), kalkuliert werden. In einem interdisziplinären Praxiskonzept kann nicht nur die Leitung der Patientengruppen, sondern auch das Führen der Einzelgespräche mit den Patienten von anderen Berufsgruppen, wie etwa von einem Pädagogen oder Psychologen übernommen werden. Die Dauer der anschließenden Termine richtet sich nach den Bedürfnissen und Möglichkeiten des jeweiligen Patienten.

Die Einplanung kurzer Pausen für den Arzt, der durch die herkömmliche Vorgehensweise in der Regel unter einem hohen (zeitdruckinduzierten) Anspannungsniveau steht, schafft den notwendigen Freiraum zur Entspannung und zur Besinnung auf eine Form der Interaktion, welche die Defizite der regulären Arbeitsweise auszugleichen vermag.

Umsetzbarkeit aus Sicht eines niedergelassenen Arztes

Im Rahmen der Entwicklung des Arbeitsbuches „Natürlich herzgesund“ (siehe 3.1) wurde Ulrich Deuse, der als hausärztlich arbeitender Internist und Naturheilkundler in einer Gemeinschaftspraxis in Essen-Kettwig tätig ist, von mir zur Einschätzung der Praktikabilität der Mind-Body-Medizin in der niedergelassenen Praxis interviewt.

Auf die Frage, wie er die Anwendbarkeit des mind-body-medizinischen Manuals im Praxisalltag sieht, antwortet er: *„Die Integration mind-body-medizinischer Interventionen in die traditionelle niedergelassene Praxis stellt angesichts der momentanen Rahmenbedingungen eine Herausforderung dar. – Jedoch auch einen möglichen Ausweg aus der derzeitigen Krise. Der „Ratgeber für Menschen mit Koronarer Herzkrankung - Natürlich herzgesund“ (siehe 3) gefällt mir sehr gut. Die bewusste Umsetzung eines herzgesunden Lebensstils in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung und Entspannung sowie die Nutzung naturheilkundlicher Selbsthilfestrategien wäre für die meisten meiner an einer Herzkrankung leidenden Patienten sozusagen lebensnotwendig. Daher wäre es bereits ein großer Erfolg, wenn es mit Hilfe eines Leitfadens, so wie es das Arbeitsbuch „Natürlich herzgesund“ (siehe 3.1) darstellt, gelänge, die Entwicklung der Selbstfürsorgefähigkeiten zur Etablierung eines nachhaltig gesundheitsförderlichen Lebensstils hilfreich beeinflussen zu können“.*

Für eine erfolgreiche Anwendung des Arbeitsbuches „Natürlich herzgesund“ (siehe 3.1) hält Ulrich Deuse eine vorherige Fortbildung des Arztes/Therapeuten für erforderlich, um die Interventionen und Elemente der MBM im Patientenkontakt erfolgreich umsetzen zu können. Diese kann in Form eines aktiven Vertiefungsseminars zur MBM (siehe 3) erfolgen oder in einer speziellen Schulung für die Arbeit mit dem Manual, so wie sie von der Essener Klinik für Integrative Medizin und Naturheilkunde geplant ist.

Herausforderungen

Eine Herausforderung bei der Umsetzung mind-body-medizinischer Angebote in der ambulanten Praxis ist darin zu sehen, dass sich Ärzte und andere Akademiker erst nach Abschluss ihrer Ausbildung in dieser Disziplin weiterbilden können. An den Universitäten ist Mind-Body-Medizin (mit Ausnahme der Universität Duisburg-Essen) kein Unterrichtsfach. Wenn Ärzte nach herkömmlichem Studienabschluss die Universität verlassen, haben sie in der Regel nur unzureichende Kenntnisse über partizipative und salutogenetische Prinzipien und kaum Zugang zu einem ganzheitlich ausgerichteten, bio-psycho-sozialen und spirituellen Ansatz. Auch die Bedeutung von Stress und die Entwicklung der Gesundheitspotentiale, das heißt, der Fähigkeiten zu Selbstfürsorge, Selbstregulation und Selbstheilung, werden im Vorlesungsbetrieb nur ungenügend berücksichtigt – geschweige denn Aspekte zu ihrer praktischen Vermittlung vorgestellt und eingeübt.

Eine weitere Schwierigkeit bei der Inanspruchnahme von MBM-Interventionen im ambulanten Bereich ergibt sich daraus, dass es für einen großen Teil der Bevölkerung nicht möglich ist, zusätzliche finanzielle Eigenanteile zur Inanspruchnahme dieser Leistungen aufzubringen.

Da der Kostendruck im Gesundheitssystem wächst, besteht die Hoffnung, dass durch Politik und Kostenträger in Zukunft, jene Ansätze erkannt und gefördert werden, die durch gesundheitsbildende Maßnahmen zur Entwicklung der Selbstfürsorgefähigkeiten, insbesondere auch einkommensschwacher Bürger, beitragen. Solange dies noch nicht der Fall ist, werden individuelle Leistungen zur Prävention und zur Förderung der Gesundheitspotentiale durch Eigenbeteiligung der Bürger getragen werden müssen.

Die Frage nach dem Zusammenhang von sozialer Schicht bzw. Einkommen, Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand im Sinne eines Gradienten beschäftigt u. a. Mediziner, Psychologen, Epidemiologen und Soziologen schon lange. Als Beispiel sei das Forschungsprojekt der Universität Bielefeld über den Einfluss kontextueller Merkmale auf die Entstehung gesundheitlicher Ungleichheit (Razum, Berger, Voigtländer, 2010) genannt, das sich mit dem Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit beschäftigt und 2013 abgeschlossen sein wird.

Sowohl Herz-Kreislauf- und generell chronische Erkrankungen, als auch Depressionsleiden treten bei einkommensschwachen Schichten, je nach Studie, etwa doppelt so häufig auf. Besonders deutlich wird der Unterschied auch, wenn man die Lebenserwartungsdauer in Betracht zieht. Die Studienergebnisse zeigen, dass die relevanten Faktoren auf den Lebensstil der Frauen und Männer aus der Armutsriskogruppe hinweisen, der sich in einem höheren Nikotin-/Alkoholkonsum, mangelnder Bewegung und einem ungesunden Ernährungsverhalten bzw. Übergewicht äußert. Die gesundheitlichen Auswirkungen von minimalem Einkommen und materieller Deprivation müssen daneben unter dem Aspekt des erhöhten Stresserlebens betrachtet werden (Lampert et al., 2005). Langzeituntersuchungen haben gezeigt, dass bei einkommensarmen und arbeitslosen Menschen insbesondere psychosoziale Stressfaktoren mit höheren Gesundheitsschäden und entsprechenden Verhaltensweisen in Verbindung stehen, als es bei Menschen mit höherem sozialen Status der Fall ist.

„Unser heutiges Gesundheitssystem ist eigentlich ein Krankheitsversorgungssystem“, kritisiert Klaus Hurrelmann die gegenwärtige Situation (2002). Obwohl die medizinische (Akut-)Versorgung in Deutschland über einen der höchsten Standards weltweit verfügt (Deuse in Dobos und Paul, 2011), hat sie nur wenig Anteil daran, die körperlichen, kognitiven, emotionalen und verhaltensmäßigen Gesundheitspotenziale der Bevölkerung zu stärken und entwickeln zu helfen. *„Für das Gesundheitsverhalten kommt der Bildung ein übergeordneter Stellenwert zu, weil über die Bildung gesundheitsbezogene Einstellungen und Werthaltungen vermittelt werden, die bei der Ausprägung und Stabilisierung gesundheitsrelevanter Verhaltensmuster eine wichtige Rolle spielen“*, so heißt es in einer Expertise des Robert Koch-Instituts (Lampert et al., 2005).

Wenn auch bildungsfernen Bevölkerungsgruppen durch mind-body-medizinische Interventionen ein verbesserter Umgang mit psychosozialen Stressoren und Belastungen ermöglicht wird, könnte dadurch der Feststellung des Robert-Koch-Instituts nachhaltig Rechnung getragen werden.

Chancen und Perspektiven

Insgesamt kann festgehalten werden, dass die Integration der Mind-Body-Medizin in die ambulante Praxis machbar ist, viele Vorteile und Möglichkeiten bietet, aber auch eine Umstrukturierung der Praxis erfordert sowie eine Veränderung im Selbstverständnis aller Beteiligten.

Die Patienten fühlen sich in einer solchen Praxis in ihrer Gesamtheit aus Körper, Psyche, Seele und sozialem Umfeld ganzheitlich wahrgenommen. Der Arzt wird als Gesprächspartner auf gleicher Augenhöhe mit ausreichend Zeit erlebt. Das Gefühl graduell ausgeprägter Hilflosigkeit wird auf Seiten des Patienten ersetzt durch eine Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung und der Entwicklung der Fähigkeit und des Vertrauens, den Gesundheitszustand selbstfürsorglich mitgestalten zu können. Ferner wird die Einsicht in Zusammenhänge zwischen den Beschwerden und dem Lebensstil geschaffen. Für den Arzt und das gesamte Praxisteam kann die eigene Umsetzung der MBM-„Philosophie“ mit einer gesteigerten Achtsamkeit für die praxisinternen Arbeitsabläufe und die Gestaltung der Beziehung im Praxisteam zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen und -zufriedenheit führen. Als auch *„Mehr Nähe, mehr Zuneigung, mehr unmittelbare Kommunikation von Mensch zu Mensch...“*, aufkommen lassen, die der Medizinpsychologe Wolfgang Verres (ZEIT Wissen, 2010) als grundlegend Bestandteile therapeutischer bzw. menschlicher Kunst erkennt.

Ulrich Deuse, der die Prinzipien der modernen Ordnungstherapie (MBM) bereits in seinen eigenen (Praxis-)Alltag integriert hat, ist davon überzeugt, dass die: *„Mind-Body-Medizin nicht trotz der unzureichenden Rahmenbedingungen in der niedergelassenen Praxis eingeführt werden sollte, sondern gerade aufgrund der momentanen Krise, um gemeinsam Wege zu finden, auf denen alle Beteiligten zu mehr Gesundheit und Wohlbefinden gelangen können.“*

4 Fazit und Ausblick

„Auch wenn dies eigenwillig erscheint, ich bin mir sicher, dass nur die Stärkung des Individuums zur Stärkung der Gesellschaft führt. Vom Wir zum Ich, um vom Ich zum Wir zu kommen. Die entscheidende Frage ist, ob die Individuen die Stärkung ihrer selbst dazu nutzen, aus reinem Eigeninteresse auch mehr um die Gesellschaft, in der sie leben sich zu kümmern.“

(Wilhelm Schmid)

Vor dem Hintergrund des wachsenden Bewusstwerdens über den Zusammenhang von Stress und der damit verbundenen Auslösung von (chronischen) Erkrankungen, die in den Gesellschaften der hoch entwickelten Industrieländer primär auf die Entfremdung der Menschen von organismusgerechten Lebensrhythmen und gesundheitserhaltenden Bedürfnissen zurückzuführen sind, ergibt sich die elementare Forderung *„das Selbst, als größte Schwachstelle der modernen Gesellschaft“*, (Schmid 2004, siehe Verlagsbeilage) in einen Prozess des zunehmend selbstverantwortlichen Handelns zu führen. Um von dort aus ebenso *„auf andere Weise vom Ich zum Wir und zur Sorge für andere(s) zu kommen“*, (Ders., 2004, S. 18).

Mind-body-medizinische Ansätze können im Zuge dieser Zielsetzung einen entscheidenden Beitrag leisten. Im Sinne der modernen Ordnungstherapie, verfolgen die mind-body-medizinischen Interventionen das Ziel, den Aufbau einer akzeptierenden und fürsorglichen Haltung sich selbst sowie dem umgebenden Lebenskontext gegenüber, auf sozialer und ökologischer Ebene zu unterstützen.

Indem Menschen, entsprechend dem Konzept des Essener Modells für Integrative Medizin und Naturheilkunde, zur Ausbildung der *„Kunst einer gesunden Lebensführung“* (Nefiodow, 2001, S. 30) angeregt werden, können sie in Abstimmung auf die individuelle Motivation zur gesundheitsförderlichen Strukturierung ihres Lebensstils im Bereich der Ernährung, der Bewegung bis hin zu Stressbewältigung und Entspannung ermutigt werden, ihre salutogenen Ressourcen zu entdecken und gleichzeitig ihre Fähigkeiten zu Selbstfürsorge und Selbstregulation weiter zu entwickeln. Innerhalb dieses Prozesses sind die mind-body-medizinischen Methoden darauf ausgerichtet, das persönliche Gewahrsein für die Interaktionen der körperlichen, emotionalen, mentalen und behavioralen Faktoren

sowie der sozialen, ökologischen und spirituellen Dimensionen, in ihrem Einwirken auf die Gesundheit, zu fördern.

Der Förderung und Schulung von Achtsamkeit, kommt dabei eine besondere Bedeutung zu, da sie effektiv dazu beitragen kann, Menschen bei der Entwicklung eines Bewusstseins zu helfen, aus dem heraus sie im Alltag gesundheitsförderlich verbindlich entscheiden und dementsprechend einen selbstfürsorglichen Lebensstil kultivieren können, auf dessen Basis sich die Selbstheilungskräfte entwickeln und über die eigene Person hinaus auch weiter entfalten können.

Zum Spektrum mind-body-medizinischer Verfahren, die neben der Vermittlung von Kenntnissen und dem aktiven Einüben von Gesundheit stärkenden Verhaltensweisen auch zu einer gesundheitsförderlichen Grundhaltung anzuregen vermögen, gehören Techniken zur Förderung der Entspannung und der Selbstregulation sowie meditative und Achtsamkeit fördernde Methoden. Diese berücksichtigen neben Verhaltensfaktoren auch emotionale und kognitive Aspekte und können dabei bis auf die Haltungsebene einwirken.

MBM zur Ausbildung von emotionalen und kognitiven Kompetenzen

Von hohem Wert sind diesbezüglich auch die empathisch geführten Gespräche, welche bereits zu Beginn des Therapieprozesses, durch eine umfangreiche individuelle Anamnese, zur Bildung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient und Therapeut beitragen und dadurch auch das Wachsen des Selbstvertrauens des Betroffenen anregen.

Ein solches grundsätzliches Vorgehen in der Begleitung von Patienten wird jüngst auch vom Ärztekammerpräsident Jörg-Dietrich Hoppe (2010) gefordert: *„Der Patient muss wieder ernster genommen werden“*, und zwar schon im Studium. *„Ich glaube, wir müssen wieder mehr den Menschen in den Fokus (...) rücken und nicht so sehr den Patienten als Träger einer Krankheit.“* Neben dem fachlichen Wissen brauchten die Studenten vor allem Empathie.

Diese vom Therapeuten ausgehende Einfühlung schafft die notwendige Voraussetzung, auf deren Basis auch der Patient lernen kann, sich selbst und seinem Lebenskontext gegenüber eine Grundhaltung einzunehmen, die sich als mitfühlend und achtsam beschreiben lässt. Diesbezüglich sind auch jene Anregungen von Bedeutung, die Patienten, bevorzugt in der psycho-sozial unterstützenden Gemeinschaft der Gruppe, dazu inspirieren, sich mit existenziellen Themen wie Prä-

senz, Gemeinschaft, Verantwortung, Lebenssinn und Spiritualität (Astin, 1997) sowie mit dem Zugang zur Stille in sich zu beschäftigen. Diese können im gemeinsamen Üben, wie etwa in der Meditation, unmittelbar erfahren werden und durch den Einsatz von Interventionen zur kognitiven und emotionalen Umstrukturierung auch zu einer Befreiung von selbst schädigenden Identifikationen und Verhaltensweisen beitragen.

Anregungen zur Entwicklung einer Meta-Instanz

Das Ziel hierbei kann individuell und kollektiv darin gesehen werden, dem Selbst die Entwicklung einer Präsenz und Bewusstheit zu ermöglichen, aus der es als eigener Beobachter eine neue Meta-Instanz (Persönlichkeit) entdecken kann, die aufkommenden Gedanken, Empfindungen und Reaktionen gegenüber freundlich, unterstützend und akzeptierend reagiert. Diese Meta-Instanz kann die Kompetenz entwickeln (vgl. Hüther), nicht nur achtsam und unmittelbar, sondern auch autonom agieren zu können. Das heißt, sich nicht an Belohnungs- bzw. Bestrafungsszenarien als Folge der individuellen Erziehung bzw. Konditionierung zu orientieren und auch hinsichtlich Lust- bzw. Schmerzempfindungen eine Haltung einzunehmen, die es weiterhin ermöglicht fürsorglich und liebevoll mit sich und der Lebenswelt in Kontakt zu bleiben. In diesem Sinne besteht das Ideal darin, Menschen hin zur Entwicklung eines Bewusstseins zu begleiten, aus dem sich die individuelle Befreiung und Pflege jener Kräfte, die zur Selbstverwirklichung und -heilung führen ermöglichen und von hier ausstrahlend auch eine gruppenübergreifende integrale Nutzung der Potentiale zur Heilung – an Stelle von Zerstörung entfalten helfen können (vgl. Fox, 1998, siehe Einleitung).

Anliegen dieser Arbeit

Anliegen dieser Arbeit ist es zu zeigen, auf welche Weise mind-body-medicinische Interventionen zur Gesundheitsbildung durch Selbstfürsorge nach dem „Essener Modell“ im Rahmen der akutmedizinischen, stationären Versorgung und in der Begleitung von Patienten im teilstationären Bereich umgesetzt wird. In dem Bestreben, entscheidend zu einer nachhaltigen Stärkung der Gesundheit und Zufriedenheit aller Beteiligten beitragen zu können, sind von den Mitarbeitern der Essener Klinik für Naturheilkunde und Integrative Medizin Aus- und Fortbildungskurse entwickelt worden, in denen die Inhalte und Fertigkeiten

zur praktischen Anwendung des Konzeptes im akut-, teilstationären und ambulanten Bereich vermittelt und eingeübt werden. Einen Aspekt, im Sinne der Übertragung dieses Ansatzes in den ambulanten Kontext, stellt die Entwicklung des Arbeitsbuches „Natürlich herzgesund“ (siehe 3.1) dar.

Das Potential der Mind-Body-Medizin

Mind-Body-medizinische Ansätze vermögen sowohl präventive als auch gesundheitsfördernde Potentiale zu stärken, die zu einer nachhaltigen Gesund(er)haltung beitragen können. Da die Sensibilisierung der Bevölkerung zur Eigenverantwortung bzw. zur Selbstfürsorge um ihre Gesundheit zu den wichtigsten gesundheitspolitischen Zielen der Gegenwart zählt, besteht die Herausforderung darin, den Austausch zwischen Wissenschaft, Praxis und (Gesundheits)politik dahin gehend zu intensivieren, dass ein Bewusstsein für die Bedeutung der Integration ressourcenorientierter Ansätze, wie sie mind-body-medizinische Verfahren darstellen, auch im ambulanten Bereich wachsen kann. Die Zielvorstellung ist hier die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen über Modell- oder Pilotprojekte. Denn auch für Politiker, wie etwa NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens ist es *„...nach wie vor nicht überzeugend, dass dort, wo komplementärmedizinische Wege Erfolg versprechend sind, diese nicht finanziert werden“*, (Koruhn, 2011).

Ein Lichtblick hinsichtlich der Verbesserung dieser Situation sind beispielsweise parlamentarische Initiativen der Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, die mit ihrem Antrag „Gesetzliche Grundlage für Prävention und Gesundheitsförderung schaffen – Gesamtkonzept für nationale Strategie vorlegen“ eine Haltung vertreten, die ebenso im Antrag der SPD-Bundestagsfraktion, vom 6. April 2011: „Potenziale der Prävention erkennen und nutzen – Prävention und Gesundheitsförderung über die gesamte Lebensspanne stärken“, wieder zu finden ist (Robertz-Grossmann, 2011).

Nur jeder siebte Deutsche lebt hinsichtlich Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung und Genussmittelkonsum gesund (WAZ, 2010). Zudem geht die Auflösung fester Arbeitsplatz- und Familienstrukturen für viele Menschen mit krankmachenden Überforderungssituationen einher, die wiederum gesundheitsschädigendes Bewältigungsverhalten nach sich ziehen. Lediglich auf Symptombehandlung ausgerichtete Interventionen können in dieser Situation – insbesondere bei (chroni-

schen) Leiden – die weitgehend durch Lebensstilfaktoren beeinflusst werden – weder nachhaltigen Erfolg versprechen, noch dauerhaft finanziert werden.

In diesem Sinne ist es notwendig, die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Politikern, Pädagogen, Gesundheitswissenschaftlern, Medizinern und all derer in Forschung und Praxis zu stärken, die sich für die Etablierung von Wegen engagieren, auf denen Menschen unterstützt werden, ureigene Fähigkeiten zur Gesundheitsbildung durch übende Verfahren nachhaltig wirksam zu kultivieren. Einem sozialökologischen bzw. integralen Verständnis von Gesundheit entsprechend, sollte die Ausbildung gesundheitsrelevanter Ressourcen und Kompetenzen des Einzelnen oder einer Gruppe möglichst Hand in Hand gehen mit einer Erweiterung der Gesundheit erhaltenden und fördernden Ressourcen und Handlungsspielräume der Gesellschaft (vgl. Franken, 2004). Ermutigende Beispiele dafür, wie sich gesundheitsförderliche Veränderungen des Lebensstils, durch mind-body-medizinische Interventionen, einer einzelnen Personen in ansteckender Weise auf das Umfeld auswirken können, bieten immer wieder Erfahrungen von Patienten. Wenn sie beispielsweise bemerken, wie wohltuend und wichtig die tägliche Achtsamkeitspraxis für sie geworden ist – wie sehr der achtsame Umgang mit der eigenen Person auch das Sein und Tun in allen anderen Lebensdimensionen verändert – und wie beglückend es ist, wenn Familienmitglieder, Freunde oder Kollegen sich plötzlich beim Yoga, den Qi-Gong-Übungen oder beim Body-Scan dazu gesellen. Auf diese Weise können Potentiale zu Selbstfürsorge und Selbstheilung im Kollektiv wachsen und helfen, die (Weiter)Entwicklung gesamtgesellschaftlicher Veränderungsprozesse in einer salutogenen Weise heranreifen zu lassen.

Wege zu Prävention und Gesundheitsförderung

Beispiele von Menschen und Gruppen, die sich in diesem Sinne bereits auf den Weg gemacht haben und durch ihre Arbeit und ihr Sein täglich viele andere Menschen inspirieren, motivieren und zur eigenen Umsetzung befähigen, sind die Mitarbeiter der Essener Klinik für Integrative Medizin und Naturheilkunde. So wie auch die Menschen, welche (u. a. stellvertretend für die Gruppe ihrer Kollegen) im August 2011 auf dem „Internationalen Kongress Achtsamkeit“ in Hamburg interdisziplinär erörtern werden, wie sich die Anwendung von achtsamkeitsbasierten Konzepten aus Pädagogik, Medizin und Psychologie bestmöglich in die Gesellschaft integrieren lässt und hier breitenwirksam werden kann.

Bestehende Erkenntnisse und Ansätze zur praktischen Vermittlung von Methoden zur Gesundheitsbildung durch Selbstfürsorge sollten bereits als Bestandteil der Grundausbildung in die Studienordnung von angehenden Mediziner*innen, Pädagogen, Psychologen und allen weiteren, die im Gesundheitswissenschaftlichen Kontext tätig werden wollen, integriert werden. So wie etwa am Lehrstuhl für Naturheilkunde und Integrative Medizin der Universität Essen-Duisburg. Weitere akademische Bildungsstätten, die konkret zu einer Ausbildung, der in dieser Arbeit besprochenen Inhalten und Qualitäten anregen, sind u. a. : die Fachhochschule Coburg mit dem Studienangebot „Integrative Gesundheitsförderung“, die Fakultäten für Gesundheitswissenschaften (Public Health) in Berlin, Bielefeld, Bochum, Dresden, Hamburg und München sowie u. a. die Universität Freiburg mit dem Studiengang „Gesundheitspädagogik“.

Der Ausweg aus unserer global desolaten Situation – nicht nur im Gesundheitssystem, sondern ebenso in kulturellen, sozialen, ökologischen, finanzwirtschaftlichen oder spirituellen Problemfeldern – ergibt sich aus vielen Pfaden, die schließlich zur Straße der Umkehr, der Notwendigen Einsicht werden können – wenn wir das wirklich wollen. Einer dieser Pfade heißt Mind-Body-Medizin. Auf diesem Pfad lernen Menschen sich salutogen zu defragmentieren und als Einheit aus Geist, Körper und Seele zu erkennen, welche von einem alles durchdringenden Energiefeld, dem Absoluten, dem Urgrund durchweht ist. Die Erfahrung und Akzeptanz dieser Interdependenz erscheint als unabdingbare Voraussetzung integrativen Heilens und der möglichen Entwicklung einer integralen Lebenskunst.

5 Anhang

5.1 Mind-Body-Medizin - Anamnese Fragebogen

(vgl. Dobos et al., 2011, in Druck)

Mind-Body-Medizin - Anamnese

Name, Vorname: _____

Datum: _____

Diagnose: _____

Aktuelle Beschwerden: _____

Tagesablauf/ Tagesrhythmus

Wie gestalten Sie Ihren Tag?

Wann stehen Sie auf, wann gehen Sie zu Bett?

Was bestimmt Ihren Tagesablauf (Arbeit, Familie...)?

Haben Sie Zeit für Pausen? :

zufrieden nicht zufrieden / was würden Sie gerne ändern?

Ernährung

Frühstück: _____

Mittagessen: _____

Nachmittag: _____

Abendbrot: _____

Obst/Gemüse: _____

Fleisch/Wurst: _____

Trinkmenge: _____

Alkohol: _____

sonstiges: _____

zufrieden

nicht zufrieden / was würden Sie gerne ändern?

Bewegung

Aktuell praktizierte Bewegung: _____

Früher praktizierte Bewegung: _____

zufrieden nicht zufrieden / was würden Sie gerne ändern?

Entspannung

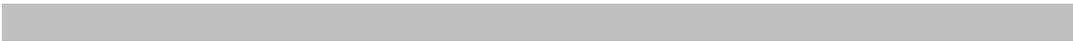
Praktizierte Alltagsentspannung: _____

Bekannte Entspannungsverfahren: _____

Aktuell praktizierte(s) Verfahren: _____

Barrieren: _____

zufrieden nicht zufrieden / was würden Sie gerne ändern?



Naturheilkundliche Selbsthilfestrategien

Bekanntes Verfahren:

Praktizierte Verfahren:

Heilkräuter / Nahrungsergänzungsmittel:

Massage, Sauna, Wellness:

zufrieden

nicht zufrieden / was würden Sie gerne ändern?

Atmung

Wahrnehmung: _____

Probleme: _____

Übungen: _____

Rauchen: _____

sonstiges: _____

zufrieden

nicht zufrieden / was würden Sie gerne ändern?

Schlaf

Schafdauer: _____

Einschlafen: _____

Durchschlafen: _____

sonstiges: _____

zufrieden nicht zufrieden / was würden Sie gerne ändern?

Arbeit / Leistung

Berufsausbildung: _____

Tätigkeit: _____

Ressourcen: _____

Belastungen: _____

Perspektiven: _____

zufrieden nicht zufrieden / was würden Sie gerne ändern?

Finanzielle Situation

Soziales Netz

Lebensform: _____

Partnerschaft: _____

Eltern: _____

Kinder: _____

Freundschaft/Kontakt: _____

Unterstützung: _____

sonstiges: _____

zufrieden nicht zufrieden / was würden Sie gerne ändern?

Freizeitgestaltung / Hobbies

Freizeitaktivitäten: _____

Hobbies: _____

Interessen: _____

Neues (kennen) lernen: _____

Fernsehgewohnheiten: _____

zufrieden nicht zufrieden / was würden Sie gerne ändern?

Stärken und Schwächen

Stärken: _____

Schwächen: _____

Internale Stressoren: _____

Belastungsgrenzen: _____

Selbstwirksamkeitserwartung: _____

zufrieden nicht zufrieden / was würden Sie gerne ändern?

Stressoren und Stressverarbeitungsmuster

Stressoren: _____

Stressreaktion/Stresswarnsignale: _____

Stresscoping: _____

zufrieden nicht zufrieden / was würden Sie gerne ändern?

Selbsterfahrung / Psychotherapie

Erfahrungen: _____

Interesse: _____

Kritische Lebensereignisse

Kritische Lebensereignisse: _____

Aktuelle Auswirkungen: _____

Sinn / Glaube / Spiritualität

Sinn: _____

Glaube: _____

zufrieden nicht zufrieden / was würden Sie gerne ändern?

Lebensstil und Symptome

Zusammenhang: _____

Veränderungsmotivation

Ausgewählter LS-Bereich: _____

Stufe der Veränderungsmotivation: _____

Wichtigkeit: _____

Zuversicht: _____

Vereinbartes Vorgehen: _____

5.2 Fragebogen zur Motivation, einen gesunden Lebensstil zu führen

Name: _____

Datum: _____

Kreuzen Sie bitte die Möglichkeit an, die am Besten auf Sie zutrifft:

1) Bewegen Sie sich zurzeit regelmäßig, d.h. für jeweils 30 Minuten an mind. 3 Tagen pro Woche (Spazieren gehen, Walken, Gymnastik)?

1	Nein, und ich habe auch nicht vor, in den nächsten 6 Monaten damit anzufangen.	<input type="checkbox"/>
2	Nein, aber ich habe vor in den nächsten 6 Monaten damit anzufangen.	<input type="checkbox"/>
3	Nein, ich plane jedoch in den nächsten 30 Tagen damit anzufangen.	<input type="checkbox"/>
4	Ja, ich bewege mich seit weniger als 6 Monaten regelmäßig in meiner Freizeit.	<input type="checkbox"/>
5	Ja, seit mehr als 6 Monaten bewege ich mich regelmäßig.	<input type="checkbox"/>

2) Ernähren Sie sich, insbesondere im Hinblick auf ihre Erkrankung überwiegend möglichst gesund, d.h.: fleisch- und fettarm mit viel Obst, Gemüse, Vollkornprodukten, ungesättigten (Omega 3-) Fettsäuren?

1	Nein, und ich habe auch nicht vor, in den nächsten 6 Monaten damit anzufangen.	<input type="checkbox"/>
2	Nein, aber ich möchte in den nächsten 6 Monaten damit beginnen.	<input type="checkbox"/>
3	Nein, ich plane jedoch in den nächsten 30 Tagen damit anzufangen..	<input type="checkbox"/>
4	Ja, ich ernähre mich seit weniger als 6 Monaten gesundheitsbewusst. .	<input type="checkbox"/>
5	Ja, seit mehr als 6 Monaten ernähre ich mich gesund.	<input type="checkbox"/>

3) Führen Sie zurzeit regelmäßig bewusste Entspannungsübungen wie Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Phantasiereisen, Meditation, Yoga oder andere durch?

1	Nein, und ich habe auch nicht vor, in den nächsten 6 Monaten damit anzufangen.	<input type="checkbox"/>
2	Nein, aber ich habe r vor in den nächsten 6 Monaten damit zu beginnen.	<input type="checkbox"/>
3	Nein, ich plane jedoch in den nächsten 30 Tagen damit anzufangen.	<input type="checkbox"/>
4	Ja, ich entspanne mich seit weniger als 6 Monaten regelmäßig in meiner freien Zeit im Alltag bewusst, indem ich:	<input type="checkbox"/>
5	Ja, seit mehr als 6 Monaten praktiziere ich täglich Entspannungsverfahren.	<input type="checkbox"/>

4) Haben sie eine Methode aus dem Spektrum der naturheilkundlichen „Hausmittel“, wie Wasseranwendungen, Heilkräuter- oder Pflanzenanwendungen, regelmäßige Saunagänge, Massagen oder Nahrungsergänzungsmittel zur Stärkung ihrer Gesundheit bereits in Ihren Alltag integriert?

1	Nein, und ich habe auch nicht vor, in den nächsten 6 Monaten damit anzufangen.	<input type="checkbox"/>
2	Nein, aber ich habe vor in den nächsten 6 Monaten damit zu beginnen.	<input type="checkbox"/>
3	Nein, ich plane jedoch in den nächsten 30 Tagen damit anzufangen.	<input type="checkbox"/>
4	Ja, ich nutze seit weniger als 6 Monaten eine oder mehrere naturheilkundliche “Hausmittel“, und zwar:	<input type="checkbox"/>
5	Ja, seit mehr als 6 Monaten nutze ich regelmäßig naturheilkundliche “Hausmittel“.	<input type="checkbox"/>

5.3 Adressen zur Weiterbildung

Stiftungsprofessur der Alfried Krupp von Bohlen und Halbach Stiftung
an der Universität Duisburg-Essen

Kliniken Essen-Mitte, Knappschafts-Krankenhaus

Innere Medizin V: Naturheilkunde und Integrative Medizin

Am Deimelsberg 34a

45276 Essen

Tel.: 0201 174 25512, Fax: 0201 174 25500

www.uni-duisburg-essen.de/naturheilkunde

www.mindbodymedicine.de

Informationen zur jährlichen Summer School und dem Vertiefungsseminar in
Mind-Body-Medizin unter:

info@mindbodymedicine.de

Adressen zu Mind-Body-Medizin Programmen in Deutschland:

Stressbewältigung durch Achtsamkeit (MBSR) nach Jon Kabat-Zinn

MBSR-Verband

Muthesiusstr. 6

D-12163 Berlin

Tel.: 030 - 79701104, Fax: 030 - 79702886

kontakt@mbsr-verband.org

www.mbsr-verband.org

Institut für Achtsamkeit und Stressbewältigung

Kirchstr. 45

D-50181 Bedburg

Tel.: 0049(0)172-2186681

Fax: 0049(0)212-3828672

E-Mail: MBSR2002@aol.com

Internet: www.institut-fuer-achtsamkeit.de

Dean Ornish Herz - Programm:
Deutscher Wellness Verband e.V.
Neusser Str. 35 40219 Düsseldorf
Tel.: (0211) 168 20 – 90 Fax: (0211) 168 20 - 95
info@wellnessverband.de
www.wellnessverband.de

Adressen zu Mind-Body-Medizin Programmen in den USA:

Dean Ornish Programm:
Preventive Medicine Research Institute (PMRI)
Sausalito, Kalifornien
Tel.: 415.332.2525229
Tandis@pmri.org
www.pMRI.org

Center for Mindfulness in Medicine, Health Care and Society (Jon Kabat-Zinn)
University of Massachusetts Medical School
55 Lake Avenue North
Worcester, MA 01655
Tel.: 508-856-2656 Fax: 508-856-1977
mindfulness@umassmed.edu
www.umassmed.edu/cfm

Mind Body Medicine Symptom Reduction Programm:
Benson-Henry Institute for Mind Body Medicine
151 Merrimac Street, 4th Floor
Boston, MA 02114
Tel.: 617.643.6090 Fax: 617.643.6077
mindbody@partners.org
www.massgeneral.org

Adressen zur Weiterbildung in Deutschland:

BDY – Berufsverband der Yogalehrenden in Deutschland e.V.

Jüdenstr. 37

37073 Göttingen

Tel.: 0551/797744-0, Fax: 0551/797744-66

info@yoga.de

www.yoga.de

Medizinische Gesellschaft für Qigong Yangsheng e.V.

Colmantstraße 9

53115 Bonn

Tel.: 0228 696004 Fax: 0228-696006

info@qigong-yangsheng.de

www.qigong-yangsheng.de

Deutscher Nordic Walking/ Nordic Inline Verband e.V.

DNV Geschäftsstelle

Löffelstelzerstrasse 36, 97980 Bad Mergentheim

Tel.: 07931 – 538152, Fax. 07931 - 538150

office@dnv-online.de

www.dnv-online.de

Arbor Verlag GmbH

Zechenweg 4, 79111 Freiburg

Tel.: 0761/ 40140930, Fax: 0761/ 40140931

info@arbor-verlag.de

www.arbor-verlag.de

6 Literaturverzeichnis

- Ader, Alfred: Der Sinn des Lebens, Frankfurt am Main: Fischer, 1981.
- Ader, R., Cohen, N.: Behaviorally conditioned immunosuppression: Psychosomatic Medicine, 1975, 37(4): 333-340.
- Adorno, T. W.: Minima Moralia. Reflexionen aus dem beschädigten Leben. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 2008
- Ärztezeitung vom 3.2.2010: Seine Würde verliert, wer sich etwas in die Tasche lügt.
http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/article/581875/wuerde-verliert-etwas-tasche-luegt.html
- Allensbach Institut für Demoskopie: MFD Gesundheitsreport, 2010.
- Altner, N.; Richarz, B.; Reichardt, H.; Dobos, G.: Stressbewältigung durch Achtsamkeit als Unterstützung bei der Reduzierung des Tabakkonsums bei Krankenhauspersonal. In: Heidenreich, T.; Michalak, J.: Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie, Tübingen: dgvt-verlag, 2004.
- Altner, N.: Achtsamkeit und Gesundheit. Auf dem Weg zu einer achtsamen Pädagogik: Prolog-Verlag, 2006.
- Altner, N.: Achtsam mit Kindern leben. Wie wir uns die Freude am Lernen erhalten, München: Kösel, 2009.
- Altner, N.: Achtsamkeitspraxis als Weg zu einer integralen Salutogenese in Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie: dgvt-Verlag, 2004.
- Antonovsky, A.: Health, Stress and Coping. New Perspectives on Mental and Physical Well Being, San Francisco: Jossey-Bass, 1979.
- Antonovsky, A.: Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well, San Francisco: Jossey Bass, 1987/1997.
- Antonovsky, A.: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen: dgvt-Verlag, 2007.
- Antonovsky, A.: Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: Franke; A; Broda, M., editors: Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept, Tübingen: dgvt-Verlag, 1993, 3–14.
- Arendt, H.: Vita Activa oder Vom tätigen Leben, München & Zürich: Piper (Original: „The Human Condition“, 1958.
- Auhagen, AE.: Positive Psychologie, Weinheim: Belz; 2004.
- Bandura, A.: Self Efficacy. The Exercise of Control, New York: W.H. Freeman & Company, 1997.
- Barnes, S.; Brown, KW.; Krusemark, E.; Campbell, WK.; Rogge, RD.: The role of mindfulness in romantic relationship; satisfaction and responses to relationship stress: J Marital Fam Ther, 2007; 33(4):482–500.
- Barnes, VA.; Treiber, FA.; Davis, H.: Impact of Transcendental Meditation (R) on Cardiovascular: Journal of Psychosomatic Research, 2001-Elsevier.
- Barrett, L. F.; Mesquita, B.; Ochsner, K.N.: The experience of emotion. Palo Alto: Annual Review of Psychology, 2007.

- Bauer, J.: Prinzip Menschlichkeit – Warum wir von Natur aus kooperieren. Hoffmann und Kampe, 2006.
- Benson, H.: The Relaxation Response, New York: Avon Books, 1976.
- Benson, H.: Heilung durch Glauben, München: Heyne, 1998.
- Benson, H.; Beary, J.F. et al.: The relaxation response: *Psychiatry*, 1974, 37(1): 37-46.
- Bercholz, S.; Chödzin, S.: Buddha, Lebensweg und Heilslehre, München: Orbis Verlag, 1999.
- Bircher-Benner, M.: Vom Sinn einer therapeutischen Organisation, Leipzig: Hippokrates, 1935.
- Bittscheidt, W.: Vom Geist des Heilens – Die Rückkehr der Ganzheit, Berlin, München: Scorpio Verlag, 2010.
- Böhme, G.: Der Typ Sokrates, Frankfurt: Suhrkamp, 1988.
- Boff, L.: Logik des Herzens, Wege zu neuer Achtsamkeit, Düsseldorf: Patmos, 1999.
- Boff, L.: Ethik für eine neue Welt, Düsseldorf: Patmos, 2000.
- Boff, L.: Aus dem Scheitern Kraft gewinnen. Auf dem Weg zu einer neuen Spiritualität. Vortrag auf der Internationalen Pädagogischen Werktagung: Kath.Bildungswerk,Salzburg,1995.
http://www.kirchenh.net/ka/pwt/download/boff_1995.htm, 22.4.2003.
- Bowen, S.; Witkiewitz, K. et al.: Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population": *Psychol Addict Behav*, 2006, 20(3): 343-7.
- Bricard, R.: Leçons cinématique, Bd.2, Paris, 1927.
- Buchheld, N. & Walach, H.: Die historischen Wurzeln der Achtsamkeitsmeditation – Ein Exkurs in Buddhismus und christliche Mystik. In: T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.): Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie, Tübingen: dgvt-Verlag, 2004, S. 25-46.
- Cannon, W.B.: The Wisdom of the Body, New York: Norton, 1932.
- Castillo-Richmond, A.; Schneider, RH; Alexander, CN; Cook, R.; Myers, H.; Nidich, S.; Haney, C.; Rainforth, M.; Salerno J.: Effects of stress reduction on carotid atherosclerosis in hypertensive African Americans: *Stroke*, 2000, 31: 568 - 573.
- Chiesa, A.; Serretti, A.: Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis, in: *Journal of Alternative and Complementary medicine*, Mai 2009, Band 15, Heft 5, S. 593-600.
- Ciampi, L.: Die emotionalen Grundlagen des Denkens, Göttingen, 1997.
- Cleary, T.: Die drei Schätze des Dao. Basistexte der inneren Alchimie, Frankfurt a. M.: Fischer, 1996.
- Cohen, S.; Tyrrell, D.A. & Smith, A.P.: Psychological stress and susceptibility to the common cold: *The New England Journal of Medicine*, 1991, 325(9), 606-612.
- Cohn, RC.: Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion. Von der Behandlung Einzelner zu einer Pädagogik für alle, Stuttgart: Klett-Cotta, 2004.

- Cohn, RC.: Wortwechsel. Im Gespräch mit Martin-Jochen Schulz. Videoaufzeichnung, Baden-Baden: Südwestfunk, 1992.
- Commerzbank:
http://www.commerzbank.de/de/hauptnavigation/presse/pressemittellungen/archiv1/2011/quartal_11_01/presse_archiv_detail_11_01_7581.html, 2011
- Damásio, AR.: Descartes' Irrtum: Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn, München, 1999.
- Daubenmier, J.; Weidner, G.; Marlin, R.; Crutchfield, L.; Dunn-Emke, S.; Chi, C.; Gao, B.; Carroll, P.; Ornish, D.: Lifestyle and health-related quality of life of men with prostate cancer managed with active surveillance. Urology, 2006, 67:125–130.
- Davidson, RJ.; Kabat-Zinn, J.; Schuhmacher, J.; Rosenkranz M.; Muller, D.; Santorelli, SF.; Urbanowski, F.; Harrington, A.; Bonus, K.; Sheridan, JF.: Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation: Psychosomatic Medicine, 2003(65):564–570.
- Der Spiegel, Heft 25, 2009, S. 49.
- Devine, E.: Effects of psychoeducational care for adult surgical patients: A meta-analysis of 191 studies: Patient Educ Couns, 1992.
- Dewell, A.; Weidner, G.; Sumner, M.; Chi, CS.; Ornish D.: A very low fat vegan diet increases intake of protective dietary factors and decreases intake of pathogenic dietary factors: Journal of the American Dietetic Association, 2008, 108(2): 347-56.
- Di Clemente, CC.; Prochaska, JO.; Faierhorst, SK.; Velicer, WF.; Velasquez, MM.; Rossi, JS: The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1991, 59: 295 ff.
- Dimidjian, S.; Linehan, M.: Defining an Agenda for future research on the clinical application of mindfulness practice: Clin Psychol Sci Prac, 2003; 10: S. 168.
- Ditto, B.; Eclache, M.; Goldman, N.: Short-term autonomic and cardiovascular effects of mindfulness body scan meditation: Ann Behav Med., 2006 Dec., 32(3): 227-34.
- Dobos, G.: Einleitung in: Dobos, G.; Deuse, U. & Michalsen, A., (Hrsg.): Chronische Erkrankungen integrativ. Konventionelle und komplementäre Therapie, München: Elsevier, Urban & Fischer, 2006, 3-9.
- Dobos, G.; Altner, N.; Lange, S.; Musial, F.; Langhorst, J.; Michalsen, A. & Paul, A.: Mind-Body Medicine als Bestandteil der Integrativen Medizin: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 2006, 49 (8): 722-728.
- Dobos, G.; Deuse, U.; Michalsen, A.: Chronische Erkrankungen integrativ, München: Elsevier, Urban und Fischer; 2006.
- Dobos, G.J. (2007): Einführung in die Mind/Body Medicine: Vortrag - Mind/Body Medicine, Summer School, 2007:

http://www.mindbodysummerschool.de/Impressionen/pdf/Dobos-Einfuehrung_in_die_Mind_Body_Medicine.pdf.

- Dobos, G.J.; Altner, N. & Paul, A.: Mechanismen und klinische Relevanz von Stress. Effektive Nutzung der eigenen körperlichen und psychischen Ressourcen: Bundesarbeitsblatt, 2006, 11: 20-26.
- Dobos, G.; Paul, A.: Mind-Body-Medizin, München: Elsevier-Verlag, 2011
- Domar, A.D.; Clapp, D. et al. (2000): The impact of group psychological interventions on distress in infertile women: Health Psychology, 19(6): 568-575.
- Dörner, K.: Der gute Arzt. Stuttgart: Schattauer, 2001.
- Dörner, K.: Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. Stuttgart: Schattauer, 2003.
- Dusseldorp, E.; van Elderen, T.; Maes, S.; Meulman, J.; Kraaij, V.: A meta-analysis of psycho-educational programs for coronary heart disease patients: Health Psychol, 1999, 18:506–19.
- Elsenbruch, S.; Langhorst, J.; Popkirowa, K.; Müller, T.; Luedtke, R.; Franken, U.; Paul, A.; Spahn, G.; Michalsen, A.; Janssen, O.; Schedlowski, M.; Dobos, G.J.: Effects of mind-body therapy on quality of life and neuroendocrine and cellular immune functions in patients with ulcerative colitis: Psychother Psychosom, 2005, 74(5):277–87.
- Erdogan-Griese, Bülent: Schulmedizin und Alternativmedizin: der Dialog hat begonnen, Düsseldorf: Rheinisches Ärzteblatt, Januar 2011.
- Esch, T.; Stefano, G.B. et al.: The role of stress in neurodegenerative diseases and mental disorders: Neuro Endocrinology Letters, 2002 a, 23(3): 199-208.
- Esch, T.; Stefano, G.B. et al.: Stress in cardiovascular diseases: Medical Science Monitor, 2002 b, 8 (5): RA93-RA101.
- Esch, T.: Mind-Body-Medizin: Stress, Stressmanagement und Gesundheitsförderung: Komplement Integr. Med., 2008, 49: 35-39
- Ders.: Gesund im Stress: Der Wandel des Stresskonzeptes und seine Bedeutung für Prävention, Gesundheit und Lebensstil: Gesundheitswesen, 2002, 64: 73-81.
- Fend, H.: Die Entdeckung des Selbst und die Verarbeitung der Pubertät. Entwicklungspsychologie der Adoleszenz in der Moderne, Band III. Bern u. a.: Huber, 1994.
- Fischer, W.: Über Sokrates und die Anfänge des pädagogischen Denkens. In: W. Fischer und Löwisch, D. J. (Hrsg.): Philosophen als Pädagogen. Wichtige Entwürfe klassischer Denker, Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, S. 1-25 (2. Ausg., Original 1989), 1998.
- Ford, E.; Bergmann, M.; Kröger, J.; Schienkiewitz, A.; Weikert, C.; Boeing, H.: Healthy living is the best revenge: findings from the European Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition-Potsdam study, Atlanta: Arch Intern Med., 2009, 10; 169 (15): 1355-62.
- Forschungsprojekt PräGo: www.praego.net
- Forschungsprojekt UbeG: www.ubeg.net

- Fortney, L.; Taylor, M.: Meditation in medical practice: A review of the evidence and practice: *Prim Care*, 2010, 37(1), 81–90.
- Foucault, M.: Sexualität und Einsamkeit, in Michel Foucault: *Von der Freundschaft*, Berlin: 1984, S. 35.
- Foucault, M.: Ariès oder die Sorge um die Wahrheit. In: *Von der Freundschaft als Lebensweise*, Frankfurt a.M.: Suhrkamp; 1984, S. 38.
- Foucault, M.: Die Sorge um sich. *Sexualität und Wahrheit 3*, Frankfurt am Main, 1989
- Foucault, M.: Die Sorge um sich. *Sexualität und Wahrheit 2*, Frankfurt/M.: Suhrkamp 1989.
- Foucault, M.: Technologien des Selbst. In M. Foucault u. a. (Hrsg.) *Technologien des Selbst* Frankfurt/M.: Fischer, S. 24-62, 1993.
- Foucault, M.: *Hermeneutik des Subjekts*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2009.
- Fox, M.: *Freundschaft mit dem Leben: Die vier Pfade der Schöpfungsspiritualität*, Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verlag, 1998.
- Fox, M.: *Creativity. Where the Divine and the Human meet*, New York, 2002.
- Franke, A.; Mohn K.; Sitzler F.; Welbrink.; Witte M.: *Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bei Frauen. Risiken und Widerstandsfaktoren*, Weinheim: Juventa, 2001.
- Franken, U.: *Emotionale Kompetenz. Eine Basis für Gesundheit und Gesundheitsförderung*, Dissertation, Universität Bielefeld, 2004.
- Franken, U.: *Mindfulness-Based Stress Reduction Program (MBSR)*. In: G. Dobos; U. Deuse & A. Michalsen (Hrsg.): *Chronische Erkrankungen integrativ – Konventionelle und komplementäre Therapie*, München: Elsevier, Urban & Fischer, 2006, S. 346-351.
- Frawley, D: *Das große Ayurveda-Heilungsbuch. Prinzipien und Praxis*, München, 2001. S. 85.
- Gardner, H.: *Intelligenzen. Die Vielfalt des menschlichen Geistes*, Stuttgart: Klett-Verlag, 2002.
- Garhammer, E.: *Krisen darf man nicht operieren*. In: Bienderra, Ilona: *Gesundheit – Gesundheit? Eine Orientierungshilfe*, Würzburg: Königshausen und Neumann, 2009.
- Gebser, J.: *Ursprung und Gegenwart*, 2Bde, Stuttgart: Dt. Verlags-Anstalt, 1949, 1953.
- Gesundheits-Brockhaus: Leipzig, Mannheim: F.A. Brockhaus, 2001. Online-Version: <http://www.aponet.de/gesundheitsbrockhaus/> Zugriff: 7.11.04.
- Göhner, W.; Fuchs, R.: *Änderung des Gesundheitsverhaltens*, Göttingen: Hogrefe, 2007.
- Goleman, D.: *Die heilende Kraft der Gefühle*, München: dtv, 1998.
- Gollwitzer, P. M.: *Das Rubikonmodell der Handlungsphasen*. In: Kuhl J.; Heckhausen, H., editors: *Motivation, Volition und Handlung: Enzyklopädie der Psychologie, Serie IV: Motivation und Emotion*, Göttingen: Hogrefe, 1996, S. 531–582.
- Grawe, K.: *Neuropsychotherapie*, Göttingen: Hogreve, 2004.

- Greenfield, TK.: Individual differences and mystical experience in response to three forms of meditation: Dissertation Abstracts International, 1978, Band 38, Heft 11, S. 5569-5570.
- Grepmaier, L., Nickel, M.: Achtsamkeit des Psychotherapeuten, Wien, 2007.
- Grepmaier, L.; Mitterlehner, F. et al.: Promotion of mindfulness in psychotherapists in training: preliminary study: Eur Psychiatry, 2007, 22(8):485–9.
- Grossman, P.; Niemann, L.; Schmidt, S.,; Wallach, H.: Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis: J Psychosom Res., 2004 July, 57(1):35-43.
- Grossman, P.; Niemann, L.; Schmidt, S. & Walach, H.: Ergebnisse einer Metaanalyse zur Achtsamkeit als klinischer Intervention. In: T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.): Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie, Tübingen: dgvt-Verlag, 2004.
- Habermas, J.: Anerkennungskämpfe im demokratischen Rechtsstaat. In: Ch. Taylor, Multikulturalismus und die Politik der Anerkennung. Mit Kommentaren von A. Gutmann (Hrsg.) und anderen, Frankfurt/M.: Fischer, S. 147-194, 1993.
- Haddock, C.; Rowan, A.; Andrasik, F.; Wilson, P.; Talcott G.; Stein, R.: Home-based behavioral treatments for chronic benign headache: a metaanalysis of controlled trials: Cephalalgia, 1997, 17:113–8.
- Hadot, Pierre: Wege zur Weisheit oder Was lehrt uns die antike Philosophie?, Frankfurt am Main: Eichborn-Verlag, 1995
- Hannöver, W.; Michael, A.; Meyer, C.; Rumpf, H.J.; Hapke, U.; John, U.: Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky und das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose. Ergänzungen zu den deutschen Normwerten aus einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 2004, 4(3-4):179–186.
- Haug, CV.: Gesundheitsbildung im Wandel, Bad Heilbronn, 1991.
- Hayes, SC.; McCurry SM.; Afari, M.; Wilson KG: Acceptance and Commitment Therapy. A manual for the treatment of emotional avoidance, Reno: Context Press, 1993.
- Heidegger, M: Sein und Zeit, Frankfurt am Main: Klostermann (Original 1927), 1976.
- Hellman, C.J.; Budd, M.; Borysenko, J.; McClelland, D.C.; Benson, H. : A study of the effectiveness of two group behavioral medicine interventions for patients with psychosomatic complaint: Behavioral Medicine, 1990, 16(4): 165-173.
- Hippokrates: Ausgewählte Schriften, aus dem Griechischen übersetzt und herausgegeben von Hans Diller, Universalbibliothek, Nr. 9319, Stuttgart: Philipp Reclam jun. GmbH & CO. KG, 1994, S. 8, 25.
- Hölzel, B., Carmody, J., Evans, Karleyton et al.: Stress reduction correlates with structural changes in the amygdala. Social Cognitive and Affective Neuroscience, 2010: 5 (1), S. 11-17.

- Hoffmann B.; Moebus S.; Michalsen A.; Paul A.; Spahn G.; Dobos, GJ., Jöckel, K.-H.: Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung und Lebensqualität bei chronisch Kranken nach stationärer Behandlung mit integrativer Medizin: *Forschende Komplementärmedizin & Klassische Naturheilkunde*, 2004, 11: 159-170.
- Holroyd, K.A. & Penzien, D.B.: Pharmacological versus non-pharmacological prophylaxis of recurrent migraine headache: a meta-analytic review of clinical trials, 1990: *Pain*, 42: 1-13.
- Hoppe, J.-D.: *Zeit, Wissen: Ein Beweis namens Ich*, Die Zeit N 50: Zeitverlag Gerd Bucerius GmbH & Co. KG, Dez. 2010.
- Horkheimer, Max: Begriff der Bildung. Immatrikulationsrede Wintersemester 1952/53. In: *Frankfurter Universitätsreden*, Heft 8, Frankfurt a. M., 1953.
- Hörmann, G.: Gesundheitserziehung. In: Korff, W., München: *Lexikon Bioethik*, 1998, S.114 -117.
- Huppert, F.: A controlled trial of mindfulness training in schools: The importance of practice for an impact on well-being, 2010.
- Hurrelmann, K.: *Gesundheitssoziologie*, Weinheim, München: Juventa, 2000.
- Hüther, G.: *Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2001.
- Hüther, G.: *Die Macht der inneren Bilder*, Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht; 2004.
- Johnston, M.; Vogele, C.: Benefits of psychological preparation for surgery. A meta-analysis: *Ann Behav Med*, 1993, 15:245–56.
- Kabat-Zinn, J.: *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*, New York: Delacorte, 1994.
- Kabat-Zinn, J.: *Im Alltag Ruhe finden*, Freiburg, Basel, Wien: Herder, 1998.
- Kabat-Zinn, J.: *Gesund durch Meditation. Das große Buch der Selbstheilung*, Frankfurt: Fischer, 2006
- Kabat-Zinn, J.; Wheeler, E. et al.: "Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA).": *Psychosom Med*, 1998, 60(5): 625-32.
- Kabat-Zinn, J.; Lipworth, L.; Burney, R. & Sellers, W.: Four year follow-up of a meditation-based program for the self-regulation of chronic pain: Treatment outcomes and compliance. *The Clinical Journal of Pain*, 1986, 2: 159-173.
- Kabat-Zinn, J.; Massion, A.O.; Kristeller, J.; Peterson, L.G.; Fletcher, K.; Linderking, W. & Santorelli, S.F.: Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders: *The American Journal of Psychiatry*, 1992, 149: 936-943.
- Kanazawa, M.; Fukudo, S.: Effects of fasting therapy on irritable bowel syndrome: *Int. J. Behav. Med.*, 2006, 13(3):214–20.

- Keefler, L. & Blanchard, E.B.: The effects of relaxation response meditation on the symptoms of irritable bowel syndrome. Results of a controlled treatment study: *Behavior Research and Therapy*, 2001, 39(7): 801-811.
- Keefler, L. & Blanchard, E.B.: A one year follow-up of relaxation response meditation as a treatment for irritable bowel syndrome: *Behavior Research and Therapy*, 2002, 40 (5): 541-546.
- Keller, S., Kaluza, G., Basler, H-D.: Motivierung zur Verhaltensänderung. Prozessorientierte Patientenedukation nach dem Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung: *Psychomed*, 2001, 13/2; 101-111.
- Kiecolt-Glaser, J.K.; Toovey, E. & McDonald, A.: Slowing of wound healing by psychological stress: *Lancet*, 1995, 346: 1194-1196.
- Kobasa, S.C.: Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness: *Journal of Personality and Social Psychology*, 1979, 37 (1), 1-11.
- Kornfield, J.: *Buddhas kleines Weisungsbuch*, München: Knaur Verlag, 1994
- Kornfield, J.: *Frag den Buddha und geh den Weg des Herzens*, München: Kösel Verlag, 2010.
- Koruhn, Petra: *Uni-Klinik öffnet sich für alternative Medizin*, Essen: WAZ New Media GmbH & Co. KG. <http://www.derwesten.de/nachrichten/politik/Uni-Klinik-oeffnet-sich-fuer-alternative-Medizin-id4215159.html>, 27.1.2011
- Kossak, H.-C.: Hypnose. In: D. Vaitl & F. Petermann (Hrsg.): *Entspannungsverfahren: Das Praxishandbuch*, Weinheim: Beltz PVU, 2004, S.125-142.
- Kriegesmann, B.; Thomzik, M.; Göttel, S.; Dobos, G.; Paul, A.; Altner, N. et al.: *Lifestyle-Management – Virtualisierte Arbeitsformen und Möglichkeiten der Lebensstilveränderung*, Bochum: IAI Verlag, 2006.
- Kristeller, J.L.; Hallett, C.B.: An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder: *J Health Psych*, 1999, 4(3), 357–363.
- Krupski, T.L., Kwan, L.; Fink A.; Maliski, S.; Litwin, M.S.: Spirituality influences health related quality of life in men with prostate cancer: *Psychoonology*, 2006, Febr., 15(2):121-31.
- Lazar, S.W.; Kerr, C.E.; Wassermann, R.H.; Gray, J.R.; Greve, D.N.; Treadway, M.T.; McFarvey, M.; Quinn, B.; Dusek J.; Benson, H.; Rauch, S.L.; Moore, C.I.; Fischl, B.: Meditation experience is associated with increased cortical thickness: *Neuroreport*, 2005, 16(17):1893–7.
- Lazarus, R.S.: *Psychological Stress and the Coping Process*, New York: Mc Graw-Hill, 1966.
- Levine, S.: *Sein lassen. Heilung im Leben und im Sterben*, Bielefeld: Verlag J. Kamphausen, 2006, S. 18.
- Lieb, W.: *Ökonomisierung von Bild und Privatisierung von Bildungspolitik – Pädagogische An- und Einsprüche*, <http://www.nachdenkseiten.de/>: Das kritische Tagebuch, Beitragsnummer 3036, 2008.
- Lieb, W.; Müller, A.: *Nachdenken über Deutschland. Das kritische Jahrbuch 2008/2009*: Westend Verlag, 2008.

- Linden, W. & Chambers, L.: Clinical effectiveness of non-drug treatment for hypertension: a meta-analysis: *Annals of Behavioral Medicine*, 1994, 16: 35-45.
- Linden, W.: Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease: a meta-analysis: *Arch Intern Med*, 1996, 156:745–52.
- Linden, W.; Chambers L.: Clinical effectiveness of non-drug treatment for hypertension: a meta-analysis: *Ann Behav Med*, 1994, 16:35–5.
- Linehan, MM.: *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline Persönlichkeitsstörung*, München: CIP-Medien, 1996.
- Lower, C.: Lipid peroxide levels in practitioners of the Transcendental Meditation Program: *Psychosom. Med.*, 1998, 60: 38-41.
- Lynch, Siobhán M.; Gander, Marie-Louise; Kohls, Niko; Kudielka, Brigitte; Walach, Harald: *Mindfulness Based Coping with University Life (MBCUL): A Non-Randomized Waitlist-Controlled Pilot Evaluation*, Manuskript eingereicht in: *Journal of American College Health*, 2009.
- Mahoney, C. R. et al.: Effect of an afternoon snack on cognitive processes critical to learning: *Physiol Behav.*, 2007, 90 (2-3), S. 344-352.
- Maul, B.: *Die Zeit ist reif! Brauchen wir eine Yin-Medizin?* Mannheim: TCM-Kongress, 2010.
- Maurichat, C.; Härter, M.; Bengel, J.: *FF-STABS*, Göttingen: Hogrefe, 2006.
- Medard, Kehl: *Und Gott sah, dass es gut war. Eine Theologie der Schöpfung*, Freiburg: Verlag Herder GmbH, 2. Auflage, 2008, S. 324-326.
- Meder, Norbert: Ethik und Aesthetik sind Eins. In: Fromme, J./R. Freericks (Hrsg.): *Freizeit zwischen Ethik und Ästhetik*. Neuwied/Kriftel/Berlin, 1997, S. 15-35
- Meder, Norbert: Die Grenzen der Erziehungswissenschaft sind Absolut. In: *Vjschr. f. wiss. Päd.*, Heft 4/2007, S. 434-447
- Melzer, J.; Melchart, D.; Saller, R.: Entwicklung der Ordnungstherapie durch Bircher-Benner in der Naturheilkunde im 20. Jhrdt.: *Forsch Komplementärmed. Klass. Naturheilkunde*, 2004, 11: 293-303.
- Metzinger, T.: *Der Ego-Tunnel. Eine neue Philosophie des Selbst: Von der Hirnforschung zur Bewusstseinsethik*, Berlin Verlag, Berlin 2009.
- Metzinger, T.: Empirical perspectives from the self-model theory of subjectivity: a brief summary with examples. In: *Progress in Brain Research*, 2008, 168: S. 215-245.
- Meyer, T.; Mark, M.M: Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients. A meta-analysis of randomized experiments: *Health Psychol.*, 1995, 14:101–8.
- Michalsen, A. & Dobos, G.J.: Heart rate reduction through lifestyle modification: *European Heart Journal*, 2005, 26: 1806-1807; author reply 1807-1808.
- Michalsen, A.; Grossman, P.; Acil, A.; Langhorst, J.; Luedtke, R.; Esch, T.; Stefano, G.B. & Dobos, G.J.: Rapid stress reduction and anxiolysis among distressed women as a consequence of a three-month intensive yoga program: *Medical Science Monitor*, 2005, 11: CR555-561.

- Michalsen, A.; Grossman, P.; Lehmann, N.; Knoblauch, N.T.; Paul, A.; Moebus, S.; Budde, T. & Dobos, G.J. (2005) Psychological and quality-of-life outcomes from a comprehensive stress reduction and lifestyle program in patients with coronary artery disease: results of a randomized trial. *Psychotherapy & Psychosomatic*, 74: 344-352.
- Michalsen, A.; Hoffman, B.; Moebus, S.; Bäcker, M.; Langhorst, J. & Dobos G.J.: Incorporation of fasting therapy in an integrative medicine ward: evaluation of outcome, safety and effects on lifestyle adherence in a large prospective cohort study: *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 2005, 11: 601-607.
- Michalsen, A.; Richarz, B.; Reichert, H.; Spahn, G.; Konietzko, N. & Doboas, G.J.: Raucherentwöhnung bei Krankenhausmitarbeitern: *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 2002, 127: 1742-1747.
- Michalsen, A.; Schneider, S.; Rodenbeck, A.; Luedtke, R.; Huether, G. & Dobos, G.J.: The short-term effects of fasting on the neuroendocrine system in patients with chronic pain syndromes: *Nutritional Neuroscience*, 2003, 6: 11-18.
- Miller, R. W., Rollnick S.: *Motivierende Gesprächsführung*, Freiburg: Lambertus, 2004.
- Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg: *Unterrichtsvorgaben Lebensgestaltung-Ethik-Religionskunde*, Potsdam, 1996.
- Mishra, G.; McNaughton: Intake of B vitamins in childhood and adult life in relation to psychological distress among women in a British birth cohort: *Public Health Nutr.*, 2009, 12(2):166–174.
- Mock, Amanda: *Armut macht krank – Wie Einkommen und Bildung die Gesundheit beeinflussen*
http://www.wdr.de/tv/quarks/sendungsbeitraege/2011/0412/002_reich.jsp
- Murray, C., Lopez, A.: *The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*, Cambridge: Harvard University Press, 1996.
- Murtagh, D.; Greenwood K.: Identifying effective psychological treatments for insomnia: a meta-analysis: *J Consult Clin Psychol*, 1995, 63:79–89.
- Murtagh, D.R.; Greenwood, K. M.: Identifying effective psychological treatments for insomnia: a meta-analysis: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1995, 63: 79-89.
- Murugesan, R.; Govindarajulu.; Bera, TK.: Effect of selected yogic practices on the management of hypertension: *Indian J Physiol Pharmacol*, 2000, 44: 207 - 210.
- Nakao, M.; Myers, P. et al.: Somatization and symptom reduction through a behavioral medicine intervention in a mind/body medicine clinic.: *Behavioral Medicine*, 2001, 26(4): 169-176.
- Nefiodow, Leo.: *Der Gesundheitsmarkt – die künftige Lokomotive der Wirtschaft. Auf dem Weg zum sechsten Kondratieff*. In: Höfling, S.; Gieseke, O. (Hrsg): *Gesundheitsoffensive Prävention. Gesundheitsförderung und Prä-*

- vention als unverzichtbare Bausteine effizienter Gesundheitspolitik. München, 2001, S. 19-32.
- Nietzsche, Friedrich: Die fröhliche Wissenschaft, Kritische Studienausgabe, Bd. 3, Neuausgabe München: dtv-Verlag, 1999.
- NIH, National Center for Complementary and Alternative Medicine, <http://nccam.nih.gov/health/backgrounds/mindbody.htm>, Zugriff 12.1.06.
- Noelle-Neumann E., Köcher R. (Hrsg.): Allensbacher Jahrbuch der Demoskopie 1998 – 2002, Band 11. Verlag für Demoskopie, München 2002: 2002.
- Ockene, J.; Sorensen, G.; Kabat-Zinn, J.; Ockene, I. S., Donnelly, G.: Benefits and costs of lifestyle change to reduce risk of chronic disease: *Preventive Medicine*, 1988, 17: 224-234.
- Ornish, D.; Magbanua, MJ.; Weidner, G.; Weinberg, V.; Kemp, C.; Green, C.; Mattie, MD; Marlin, R.; Simko, J.; Shinohara, K.; Haqq, CM.; Carroll, PR.: Changes in prostate gene expression in men undergoing an intensive nutrition and lifestyle intervention: *Proc Natl Acad Sci, U S A*, 2008 Jun 17;105(24):8369-74. Epub 2008, a.
- Ornish, D.; Lin, J.; Daubenmier, J.; Weidner, G.; Epel, E.; Kemp, C.; Magbanua, MJ.; Marlin, R.; Yglecias, L.; Carroll, PR.; Blackburn, EH.: Increased telomerase activity and comprehensive lifestyle changes: a pilot study: *Lancet Oncol.*, 2008 Nov; 9(11):1048-57. Epub, 2008 Sep 15. Erratum in: *Lancet Oncol*, 2008, b.
- Ornish D.; Weidner, G.; Fair W., et al.: Intensive lifestyle changes may affect the progression of prostate cancer: *Journal of Urology*, 2005, 174(3): 1065-70.
- Ornish, D.; Dr. Dean: *Ornish's Program for Reversing Heart Disease*, New York: Random House, 1990.
- Ornish, D.: Reversing heart disease through diet, exercise and stress management: *Journal of the American Dietetic Association*. 1991, 91: 162-165.
- Ornish, D. et al.: Effects of a vegetarian diet and selected yoga techniques in the treatment of coronary heart disease: *Clinical Research*, 1979 27, 720A.
- Ornish, D. et al.: Effects of stress management training and dietary changes in treating ischemic heart disease: *Journal of the American Medical Association*, 1983, 249: 54-59.
- Ornish, D.; Scherwitz, L.W.; Billings, J.H.; Brown, S.E.; Gould, K.L.; Merritt, T.A.; Sparler, S.; Armstrong, W.T.; Ports, T.A.; Kirkeeide, R.L.; Hogeboom, C., Brand, R.J.: Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease: *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280(23): 2001-2007.
- Ornish, D.; Weidner, G, et al.: Intensive lifestyle changes may affect the progression of prostate cancer: *J. Urol.*, 2005 Sept, 174(3):1065–9; discussion 1069–70.
- Ornish, Dean: *Die revolutionäre Therapie: Heilen mit Liebe, Schwere Krankheiten ohne Medikamente überwinden*, München: Mosaik Verlag, 1999

- Patel, C.; Marmot, MG.; Terry, DJ.; Carruthers, M.; Hunt, B., Patel, M.: Trial of relaxation in reducing coronary risk: four year follow up: *Br Med J (Clin Res Ed)*, 1985, 290: 1103 - 1106.
- Patel C.: Stress management & hypertension: *Acta. Physiol. Scand Suppl*, 1997, 640: 155 - 157.
- Paul, A.: Entwicklung der Mind/Body-Medicine (MBM) und Ordnungstherapie. In: G. Dobos, U. Deuse & A. Michalsen (Hrsg.): *Chronische Erkrankungen integrativ. Konventionelle und komplementäre Therapie*, München: Elsevier, Urban & Fischer, 2006, 331-346.
- Paul, A.: Yoga. In: G. Dobos, U. Deuse & A. Michalsen, (Hrsg.): *Chronische Erkrankungen integrativ – Konventionelle und komplementäre Therapie*, München: Elsevier, Urban & Fischer, 2006, S. 372-377.
- Paul, A.: Die Auswirkung eines multimodalen Lifestyle-Programms auf das Gesundheitsverhalten von Patienten mit koronarer Herzerkrankung. *Dissertation - Universität Witten/Herdecke*, 2004.
- Paul, A.: Programme der Mind/Body Medicine. Vortrag - Mind/Body Medicine SummerSchool,2007:
http://www.mindbodysummerschool.de/Impressionen/pdf/Paul-MBM_Programm.pdf.
- Paul, A.; Franken, U.: Mind/Body-Medicine, Ordnungstherapie. In: Dobos, G.; Deuse, U.; Michalsen, A., Hrsg.: *Chronische Erkrankungen integrativ. Konventionelle und komplementäre Therapie*, München: Elsevier, Urban & Fischer, 2006, S. 331 – 346.
- Paul, A.; Michalsen, A.: *Natürlich herzgesund - Ein Ratgeber für Menschen mit koronarer Herzkrankheit*, Essen: KVC-Verlag, 2008.
- Paul, A. in Kraft K., Stange, R.: *Lehrbuch Naturheilverfahren*, Stuttgart: Hippokrates Verlag, 2010
- Pelletier, K.R.: Mind-body medicine in ambulatory care. An evidence-based assessment: *J Ambal Care Manage.*, 2004; 27(1): 25 42.
- Perseus, K.; Kaver, K.; Ekdahl, S.; Asberg, M.; Samuelson M.: Stress and burn-out in psychiatric professionals, when starting to use dialectical behavioural therapy in the work with young selfharming women, showing borderline personality symptoms: *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 2007, 14(7):635–43.
- Petermann, F. & Vaitl, D.: Entspannungsverfahren – eine Einführung. In: Vaitl D., Petermann F. (Hrsg.): *Entspannungsverfahren. Das Praxishandbuch*, Weinheim: Beltz PV, 2004, S. 1-17.
- Platsch, Klaus-Dieter: *Das heilende Feld*: O. W. Barth, 2009.
- Postman, N., Richter, T.: *Der Auftrag der Schule heute. Wirklichkeit und Unwirklichkeit in der Erziehung*. Stuttgart/Berlin: Mayer, 1998
- Prochaska, J.O.; Redding, C. A.; Evers, K.E.: The Transtheoretical Model and Stages of Change. In: Glanz, K.; Lewis, FM.; Rimer, B., editors: *Health behavior and health education; theory, research and practice*, San Francisco: Jossey-Bass, 1997, 60 ff.

- Prochaska, JO., DiClemente, CC.: The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy, Homewood, IL: Dow Jones/Irwin, 1984.
- Prochaska, JO., Velicer, WF.: The Transtheoretical Model of Behaviour Change: American Journal of Health Promotion, 1997a, 12: 38-48.
- Prochaska, JO.; DiClemente, CC.; Velicer, WF.; Rossi, JS.: Criticisms and concerns of the transtheoretical model in light of recent research: Br J Addict, 1992, 87(6):825-8, 833-5.
- Prochaska, JO.; DiClemente, CC.: Stages and processes of self change of smoking: towards an integrative model of change: Journal of consulting and Clinical Psychology, 1985, 51:390–395.
- Raingruber, B.; Robinson, C.: The effectiveness of Tai Chi, yoga, meditation, and Reiki healing sessions in promoting health and enhancing problem solving abilities of registered nurses: Issues Ment Health Nurs, 2007, 28(10):1141–55.
- Rath, Sr. Philippa: Hildegard von Bingens Natur- und Heilkunde, 2011 – <http://www.abtei-st-hildegard.de/hildegard/werk/heilkunde.php>
- Reese, F.: Qigong. In: G. Dobos, U. Deuse & A. Michalsen (Hrsg.): Chronische Erkrankungen integrativ – Konventionelle und komplementäre Therapie, München: Elsevier, Urban & Fischer, 2006, S. 377-381.
- Reichenbach, R.: Die Tiefe der Oberfläche: Michel Foucault zur Selbstsorge und über die Ethik der Transformation, Vierteljahresschrift für wissenschaftliche Pädagogik, 76(2), S. 177-189, 2000.
- Richter, S.D.; Schurmeyer, T.H.; Schedlowski, M.; Hadicke, A.; Tewes, U.; Schmidt, R.E. & Wagner, T.O.: Time kinetics of the endocrine response to acute psychological stress: The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 1996, 81(5): 1956-60.
- Rinpoche, C. N.: Medizin und Mitgefühl, Anleitung eines tibetischen Lamas für medizinische Fachkräfte und Betreuende. Aus dem Amerikanischen übersetzt von Elisabeth Pitzenbauer, Freiamt im Schwarzwald: Arbor Verlag, 2006.
- Rinpoche, Chökyi Nyima.; Shlim, David: Medizin und Mitgefühl: Arbor-Verlag, 2006.
- Rinpoche, Sogyal: Das tibetische Buch vom Leben und vom Sterben, Ein Schlüssel zum tieferen Verständnis von Leben und Tod, Bern, München, 1994.
- Robertz-Grossmann, Beate: Grüne und SPD drängen auf ein Präventionsgesetz. <http://www.bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=bvpg&snr=8347>. 28.4.2011.
- Rogers, C.: Die klienten-bezogene Gesprächstherapie, München: Kindler, 1973.
- Rogers, C.: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt: Fischer TB, 2005.
- Rogers, RC.: Die Kraft des Guten. Ein Appell zur Selbstverwirklichung, Frankfurt: Fischer, 1992.
- Sack, M.; Lamprecht, F.: Forschungsaspekte zum „Sense of Coherence“. In: Schüffel, K., Brucks, U., Johnen, V., Köllner, F., Lamprecht & U. Schny-

- der, Hrsg.: Handbuch der Salutogenese, Wiesbaden: Ullstein Medical, 1998.
- Sammer, U.: Entspannung erfolgreich vermitteln, Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta, 2003.
- Saxe, GA.; Hebert, JR.; Carmody, JF.; Kabat-Zinn, J.; Rosenzweig, PH.; Jarzowski, D.; Reed, GW. & Blute, RD.: Can diet in conjunction with stress reduction affect the rate of increase in prostate specific antigen after biochemical recurrence of prostate cancer? *The Journal of Urology*, 2001, 166(6): 2202-2207.
- Schäfer, J.: Hildegard von Bingen, aus dem Ökumenischen Heiligenlexikon, 2010.
http://www.heiligenlexikon.de/BiographienH/Hildegard_von_Bingen.html
- Schaffer, SD. & Yucha, CB.: Relaxation & pain management: The relaxation response can play a role in managing chronic and acute pain: *American Journal of Nursing*, 2004, 104(8): 75-76, 78-79, 81-82.
- Schatz, P.: Die Welt ist umstülpbar. Rhythmusforschung und Technik, 3. Auflage, Zürich: Sulgen, 2008.
- Scheidt, C. v.: Progressive Muskelrelaxation. In G. Dobos, U. Deuse & A. Michalsen (Hrsg.): Chronische Erkrankungen integrativ – Konventionelle und komplementäre Therapie, München: Elsevier, Urban & Fischer, 2006, S. 497-500.
- Scheier, M.F.; Carver, C.S.: Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies: *Health Psychology*, 4, 219–247, 1985.
- Schmid, W.: Mit sich selbst befreundet sein. Von der Lebenskunst im Umgang mit sich selbst, Frankfurt-Main: Suhrkamp Reihe „Bibliothek der Lebenskunst“, 2004, 3. Auflage.
- Schmid, W.: Philosophie der Lebenskunst, Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1998.
- Schmid, W.: Auf der Suche nach einer neuen Lebenskunst (1991): Taschenbuch im Suhrkamp-Verlag, Frankfurt am Main, 2000.
- Schneider, R.: Holistisch heilen - Ein Arbeits- und Handbuch zur ganzheitlichen Gesundung und Gesunderhaltung, Holzwickedede: Froh und Frei Verlag, 2004.
- Schnipperges, H.: Gesundheit und Gesellschaft, Ein historisch-kritisches Panorama, Berlin, Heidelberg: Springer - Verlag, 2003.
- Schumann, A., Hapke, U., Meyer, C., Rumpf, HJ., John, U.: Measuring Sense of Coherence with only three items: A useful tool for population surveys: *British Journal of Health Psychology*, 2003; 8:409–421.
- Schwarzer, R.: Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. In: R. Schwarzer (Hrsg.): Self-efficacy. Thought control. Thought control of action, Washington: Hemisphere, 1992, 217-243.

- Schwarzer, R.: Self-regulatory Processes in the Adaption and Maintenance of Health Behaviors. The Role of Optimism, Goals and Threats: *Journal of Health Psychology*, 4(2): 115-127.
- Schwarzer, R.: *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*, Göttingen: Hogrefe, 1996.
- Schwickert, M.; Langhorst, J.; Paul, A.; Michalsen, A. & Dobos, GJ.: Streßmanagement. Entspannung für Hypertoniker - aktiv oder meditativ: *MMW Fortschritte der Medizin*, 2006, 148(47): 40-42.
- Segal, Z.; Williams, M.; Teasdale, J.: *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*, New York: Guilford Press, 2002.
- Segal, Zindel V.; Williams, J.; Mark, G.; Teasdale, J.; John D.: *Die achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie der Depression: Ein neuer Ansatz zur Rückfallprävention*, Tübingen, 2008.
- Seidenfuß, J.: Die Entwicklung von Gemeinschaftsgefühl – als Selbstverwirklichung, Anpassung und soziale Evolution, in: *Z. f. Individualpsychologie* 6(1981), S. 57-70
- Selye, H.: (1956) *The Stress of life*, New York: McGraw-Hill, 1956
- Servan-Schreiber, D.: *Die neue Medizin der Emotionen*. 9. Auflage. Taschenbuchausgabe Februar 2006: Wilhelm Goldmann Verlag, München.
- Siebert, H.: *Didaktisches Handeln in der Erwachsenenbildung. Didaktik aus konstruktivistischer Sicht*, Grundlagen der Weiterbildung, Neuwied: u. a.: Luchterhand, 1996.
- Siegel, D.: *Das achtsame Gehirn*. Freiamt: Arbor, 2007, S. 404.
- Siegel, D., Hartzell, M.: *Gemeinsam leben, gemeinsam wachsen*: Arbor-Verlag, 2004.
- Siegel, D.: *Wie wir werden, die wir sind*: Arbor-Verlag, 2006.
- Siegel, D.: *A conversation with Daniel J. Siegel, MD: Awaking the Mind: Neurobiology and you*: <http://www.kripalu.org/article/322>, 2006.
- Siegel, D.: *The Mindful Brain*: Arbor, 2007.
- Silverberg, DS.: Non-pharmacological treatment of hypertension: *J Hypertens Suppl*, 1990, 8: S21 - S26.
- Simmel, G.: *Schulpädagogik. Vorlesungen, gehalten im Wintersemester 1915/16 an der Universität Straßburg*. Neu herausgegeben, eingeleitet und mit Anmerkungen versehen von Klaus Rodax, Konstanz, 1999.
- Simmel, G.: *Soziologie: Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung*. Gesamtausgabe Band 11. Frankfurt/M., 1992.
- Singer, S.; Brähler E.: *Die "Sense of Coherence Scale". Testhandbuch zur deutschen Version*, Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 2007.
- Singer, W.; Ricard, M.: *Hirnforschung und Meditation. Ein Dialog*, Frankfurt am Main, 2008.
- Singh, NN.; Lancioni, GE.; Winton, AS.; Singh, J.; Curtis, W.; Wahler, RG.; McAleavey, KM.: *Mindful parenting decreases aggression and increases social behavior in children with developmental disabilities*: *Behav Modif*, 200, 31(6):749–71.

- Sloterdijk, P.: Du musst dein Leben ändern Über Anthropotechnik, Frankfurt/M.: Suhrkamp Verlag, 2009.
- Sloterdijk, P.: Ruf nach mehr Weisheit – Läuft in unserer Gesellschaft etwas ganz falsch? <http://www.3sat.de/page/?source=/scobel/127927/index.html>, 2008
- Spahn, G., Lehmann, N., Franken. U., Paul, A., Langhorst, J., Michalsen, A., Dobos, GJ.: Improvement of fatigue and role function of cancer patients after an outpatient integrative mind/body intervention: *Journal of Advanced Nursing*, 2003, 52(3):315–327.
- Spencer, J.: Modulators of brain function: *Br J Nutr.*, 2008 May, 99 E Suppl 1:ES60–77.
- Stefano, GB.; Esch, T.: Integrative medical therapy: examination of meditation's therapeutic and global medicinal outcomes via nitric oxide (review): *Int J Mol Med*, 2005:16(4):621–30.
- Stefano, GB.; Benson, H.; Fricchione, G.L.; Esch, T., (Hrsg.): *The Stress Response: Always good and when it is bad*, New York: Medical Science International, 2005.
- Steiner, R.: *Das Prinzip der Spirituellen Ökonomie im Zusammenhang mit Wiederverkörperungsfragen*. GA 109, Dornach: Rudolf Steiner Verlag, 2000.
- Steinfath, H.: Die Thematik des guten Lebens in der gegenwärtigen philosophischen Diskussion. In: Steinfath, H. (Hrsg.). *Was ist ein gutes Leben? Philosophische Reflexionen*, Frankfurt am Main, 1998.
- Steingart, G.: *Das Ende der Normalität – Nachruf auf unser Leben, wie es bisher war*, München: Piper Verlag, 2011
- Streitböcker, Wolfgang: *Bildung*, Weinheim: Julius Beltz GmbH & Co., 2002
- Sudsang, R.; Chentanez, V.; Veluvan, K.: Effect of Buddhist meditation on serum cortisol and total protein levels, blood pressure, pulse rate, lung volume and reaction time: *Physiol. Behav.*, 1991, 50: 543–548 .
- Superio-Cabuslay, E.; Ward, M.M. & Lorig, K.R.: Patient education interventions in osteoarthritis and rheumatoid arthritis: a meta-analytic comparison with nonsteroidal antiinflammatory drug treatment: *Arthritis Care and Research*, 1996, 9: 292-301.
- Tacón, AM.; McComb, J.; Caldera, Y.; Randolph, P.: Mindfulness meditation, anxiety reduction, and heart disease: a pilot study: *Fam Community Health*, 2003 Jan-Mar, 26(1):25-33.
- Takkouche, B.; Regueira, C. & Gestal-Otero, J.J.: A cohort study of stress and the common cold: *Epidemiology*, 2001, 12(3): 345-349.
- Tao, I. F.: *Akupunktur zwischen Mythos und Moderne*: KVC-Verlag, Karl und Veronica Carstens Stiftung, 2008.
- Taylor, Ch.: *Quellen des Selbst. Die Entstehung der neuzeitlichen Identität*, Frankfurt/M.: Suhrkamp (Original: „Sources of the self“, 1989), 1996.
- Thich Nath Hanh: *Das Glück, einen Baum zu umarmen: Geschichten von der Kunst des achtsamen Lebens*: Arkana-Verlag, 1997.
- Tolle, E.: *Eine neue Erde - Bewusstseinsprung anstelle von Selbstzerstörung*: Goldmann Arkana, 2005.

- Tolle, E.: JETZT! Die Kraft der Gegenwart – Ein Leitfaden zum spirituellen Erwachen, Bielefeld: Kamphausen Verlag, 2003.
- Tulder, v. MW.: Behavioral treatment for chronic low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Back Review Group. *Spine*, 25: 2688-2699, 2000.
- Turner, L.; Linden, W.; van der Wal, R.; Schamberger, W.: Stress management for patients with heart disease: a pilot study: *Heart Lung*, 1995, 24: 145 - 153.
- Udris, I., Rimann, M.: Das Kohärenzgefühl: Gesundheitsressource oder Gesundheit selbst? Strukturelle und funktionale Aspekte und ein Validierungsversuch. In: Wydler, H.; Kolip, P.; Abel, T., editors: *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts*, Weinheim: Juventa, 2000, (S. 129–148).
- Unschuld, P.: *Medizin in China, Eine Ideengeschichte*, München: Beck, 1980.
- Unschuld, P.: *Nan-ching: The Classic of Difficult Issues. With Twenty by Chinese and Japanese Authors from the third through the Twentieth Century*. 2. Auflage, Berkeley u. Los Angeles: University of California Press, 1986.
- Vaitl, D. & Petermann, F. (Hrsg.): *Entspannungsverfahren. Das Praxishandbuch*, Weinheim: Beltz PVU, 2004
- Vaitl, D.: *Psychophysiologie der Entspannungsverfahren*. In: D. Vaitl & F. Petermann (Hrsg.): *Entspannungsverfahren. Das Praxishandbuch*. Weinheim: Beltz PVU, 2004a, S.21-33.
- Vaitl, D.: *Neurophysiologie der Entspannungsverfahren*. In: D. Vaitl & F. Petermann (Hrsg.): *Entspannungsverfahren. Das Praxishandbuch*, Weinheim: Beltz PVU, 2004b, S.34-47.
- Vaitl, D.: *Psychophysiologie der Interozeption*. In: D. Vaitl & F. Petermann (Hrsg.): *Entspannungsverfahren. Das Praxishandbuch*, Weinheim: Beltz PVU, 2004c, S.48-58.
- Van Dixhoorn J.; Duivenvoorden, HJ; Pool, J; Verhage F.: *Psychic effects of physical training and relaxation therapy after myocardial infarction*, 1990: *J Psychosom Res.*.
- Van Dixhoorn, JJ.; Duivenvoorden, HJ.: *Effect of Relaxation Therapy on Cardiac Events After Myocardial Infarction: A 5-Year Follow-Up Study*: *J Cardiopulm Rehabil*, 1999, 19: 178 - 185.
- van Tulder, M.: Behavioral treatment for chronic low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Back Review Group: *Spine*, 2000, 25:2688–99.
- Verres, Rolf: *Die Kunst zu leben – Krebsrisiko und Psyche*, München, Zürich: Piper, 4. Auflage, 1997.
- ViLMA – Virtuelle Unternehmen und Life-Style Management: www.iai-bochum.de/vilma
- Von Lüpke, Geseko: *Politik des Herzens, Nachhaltige Konzepte für das 21. Jahrhundert - Gespräche mit den Weisen unserer Zeit*, München: Arun, 2. komplett überarbeitete Auflage, 2003.

- Wachs, K.; Cordova, J.V.: Mindful relating: exploring mindfulness and emotion repertoires in intimate relationships: *Behav Modif*, 2007;31(6): 464–81.
- Wagner, A.: Gelassenheit durch Auflösung innerer Konflikte. Mentale Selbstregulation und Introvision. Stuttgart, Kohlhammer; 2007.
- Watzlawick, P. et al.: Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien, Bern: Huber, 2000.
- Watzlawick, P.: Anleitung zum Unglücklichsein, 15. Aufl., München: Piper, 1984.
- Weatherall, M.: Biofeedback or pelvic floor muscle exercises for female genuine stress incontinence: a meta-analysis of trials identified in a systematic review: *BJU Int*, 1999, 83:1015–16.
- Welbrink, A., Franke, A.: Zwischen Genuss und Sucht - das Salutogenesemodell in der Suchtforschung. In: Wydler, H.; Kolip, P.; Abel, T., editors: Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts Weinheim: Juventa, 2000, (S. 43–55).
- Weltgesundheitsorganisation – Regionalbüro für Europa: Gesundheit 21: Eine Einführung zum Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO, Kopenhagen: Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“; Nr. 5, 1998.
- WHO: Satzung der Weltgesundheitsorganisation. Präambel. In: Hüfner, K.: Die Vereinten Nationen und ihre Sonderorganisationen. Strukturen, Aufgaben, Dokumente. Teil 2: Die Sonderorganisationen, S. 200.
- WHO (1986): Ottawa-Charta der WHO zur Gesundheitsförderung. In: Amann, G.; Wipplinger, R. (Hrsg.) 1998, a. a. O., S. 555-560.
- Williams, J.C.; Zylowska, L.: Mindfulness Bibliography (Version of June 2009) at: Mindful Awareness Research Center, UCLA (University of California, Los Angeles). Semel Institute, URL: <http://marc.ucla.edu/body.cfm?id=38&TopID=38> (Abgerufen: 4. April 2010).
- Wittgenstein, L.: Logisch-philosophische Abhandlung, in Ostwald, W. (Hrsg.), *Annalen der Naturphilosophie*, Band 14, 1922, S. 185–262
- Wittmann, M. et al. (2006): Social jetlag: misalignment of biological and social time: *Chronobiol Int*, 2006, 23 (1-2), S. 497-509.
- Woll, A.; Bös, K.: Wirkungen von Gesundheitssport. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 2004, 20: 97–106.
- Wren, T.E.: The open-textured concepts of morality and the self. In Noam G.G., Wren T.E. (Hrsg., in Kooperation mit Nummer-Winkler G., Edelstein W.), *The moral self*, Cambridge, Mass: MIT Press, S. 78-95, 1993.
- Wulforst, B.: Theorie der Gesundheitspädagogik-Legitimation, Aufgabe und Funktionen von Gesundheitserziehung. Weinheim, München: Juventa, 2002
- Wyatt, J. K. et al. (2004): Low-dose repeated caffeine administration for circadian-phase-dependent performance degradation during extended wakefulness: *Sleep*, 2004, 27 (3), S. 374-381.