

FORSCHUNGSPROJEKT
DER FACHHOCHSCHULE HILDESHEIM / HOLZMINDEN

**"DAS HILDESHEIMER GESUNDHEITS-TRAINING HGT IN DER
REHABILITATION CHRONISCH ERKRANKTER."**

ABSCHLUSSBERICHT

LEITUNG: Prof. Dr. Gerhart Unterberger

WISS. MITARBEIT: Diplom-Pädagogin Hanne Ulbrich

VORBEMERKUNG

Mit dem vorliegenden Bericht werden Ergebnisse eines Forschungsprojektes vorgestellt, das an der FH Hildesheim-Holzwinden durchgeführt wurde. Gefördert wurde es durch das Niedersächsische Ministerium für Wissenschaft und Kultur, die FH und die Akademie für Gesundheitsförderung in der Rehabilitation.

In diesem Projekt wurden Wirkungen des neu entwickelten **Hildesheimer Gesundheits-Trainings** in der Rehabilitation chronisch Erkrankter untersucht. Wesentlich war dabei festzustellen, in welchem Ausmaß das ziel- und ressourcenorientierte **Hildesheimer Gesundheits-Training** geeignet ist, um längerfristig zu Verhaltens- und Einstellungsänderung im Lebensalltag, zu mehr Lebensqualität und einem höherem Ausmaß an "erlebter Gesundheit" zu führen.

Dazu wurde das **Hildesheimer Gesundheits-Training** exemplarisch in zwei Indikationsbereichen¹ mit unterschiedlichen Rahmenbedingungen klinisch getestet:

Zum einen bei Patientinnen und Patienten mit chronischen Rückenbeschwerden im Rahmen eines stationären Klinikaufenthaltes in einer Rehabilitationsklinik für orthopädische Erkrankungen.

Zum anderen mit an Krebs erkrankten Frauen und Männern in Krebselbsthilfegruppen als ambulantes Gruppentraining, teilweise auch im Rahmen einer stationären Rehabilitation.

Mit Hilfe schriftlicher Befragungen wurden vor Beginn der Trainingsdurchläufe krankheitsspezifische Details zu Art und Dauer der Erkrankungen, Therapie- und Behandlungsverläufen geklärt. Daneben wurden alle Teilnehmenden hinsichtlich ihrer subjektiven Verhaltensweisen, Einstellungen und Erwartungen, die mit Gesundheit und Krankheit zusammenhängen, befragt. Die gleichen Erhebungen wurden nach Abschluß des Trainings bzw. am Ende des Klinikaufenthaltes wiederholt. Sechs Monate später wurde erneut eine schriftliche Befragung durchgeführt, um längerfristige Effekte des **Hildesheimer Gesundheits-Trainings** zu überprüfen.

An dieser Stelle sei allen denjenigen gedankt, die die Durchführung dieses Forschungsprojektes durch die Bereitstellung von Informationen, durch Rat und kritische Kommentierung und vor allem durch ihre Bereitschaft zur Teilnahme am Training unterstützt haben.

¹ Damit wurden jene Krankheitsarten angesprochen, die - neben Herz-Kreislauf-Erkrankungen - als sogen. "Zivilisationskrankheiten" am häufigsten in den westlichen Industrienationen anzutreffen sind.

Unser besonderer Dank gilt der Akademie für Gesundheitsförderung in der Rehabilitation in Löhne und Herrn Prof. Bartsch für die Kooperation im Forschungsprojekt; den Ärztinnen, Ärzten, Patientinnen und Patienten der Fachklinik für Orthopädie und Psychosomatik in Bad Gandersheim und der Fachklinik für onkologische Rehabilitation in Lehrade; der Interessengemeinschaft verbandsunabhängiger Selbsthilfegruppen Krebsbetroffener Niedersachsen e.V. sowie den Krebsselfhilfegruppen.

Unser Dank gilt ebenso allen Trainern und Trainerinnen, ohne deren engagierte Arbeit wir dieses Projekt nicht hätten durchführen können: den Pädagoginnen Ilona Alisch und Monika Engel und den Psychologen Hans-Jürgen Altmeyer und Klaus Witt. Und den vielen Studierenden und Diplomanden, die uns mit ihren Anregungen und ihrer Kritik bei der Entwicklung des Trainings unterstützt haben.

Hildesheim, im März 97

Prof. Dr. Gerhart Unterberger
PROJEKTLEITUNG

Diplom-Pädagogin Hanne Ulbrich
WISSENSCHAFTLICHE MITARBEIT

GLIEDERUNG	SEITE
VORBEMERKUNG	
1. GESUNDHEITSFÖRDERUNG - EINE BEGRIFFSBESTIMMUNG	1
1.1 ERKLÄRUNGSMODELLE ZUR GESUNDHEITSFÖRDERUNG	1
1.2 GESUNDHEITSFÖRDERUNG DURCH GESUNDHEITSTRAINING	2
2. DER HINTERGRUND	4
3. DAS HILDESHEIMER GESUNDHEITS-TRAINING	8
3.1 STRUKTUR UND ZIELE DES TRAININGS	8
3.2 WESENTLICHE MERKMALE DES HILDESHEIMER GESUNDHEITS-TRAININGS	9
3.3 UNTERSUCHUNGSDESIGN UND STICHPROBE	10
3.4 AUSWAHL DER METHODEN UND MEßVERFAHREN	11
4. DAS HGT IN DER REHABILITATION ORTHOPÄDISCHER ERKRANKUNGEN	14
4.1 VERBREITUNG UND ENTSTEHUNG ORTHOPÄDISCHER ERKRANKUNGEN	14
4.2 FORSCHUNGSSTAND	14
4.3 DIE DURCHFÜHRUNG DES TRAININGS UND DER BEFRAGUNGEN	15
4.4 EINIGE ERGEBNISSE DER ANAMNESE-BEFRAGUNGEN	17
4.4.1 DAUER DER ÄRZTLICHEN BEHANDLUNG	17
4.4.2 ART UND AUSPRÄGUNG VORHANDENER BESCHWERDEN	17
4.4.3 BEURTEILUNG DER BISHERIGEN BEHANDLUNGSMETHODEN UND -ERFOLGE	18
4.4.4 VORERFAHRUNGEN MIT ENTSPANNUNGSMETHODEN	18
4.5 VERÄNDERUNGEN WÄHREND UND NACH DER REHABILITATIONSMAßNAHME	20
4.5.1 DIE EINSCHÄTZUNG DES KÖRPERLICHEN UND SEELISCHEN BEFINDENS	20
4.5.2 VERÄNDERUNGEN AUF DER BESCHWERDEN UND SYMPTOMLISTE	21
4.5.3 KONTROLLÜBERZEUGUNGEN ZUR GESUNDHEIT	28
4.6 MEINUNGEN ZUM HILDESHEIMER GESUNDHEITS-TRAINING	29

5.	DAS HGT IN DER REHABILITATION VON KREBSERKRANKUNGEN	35
5.1	FORSCHUNGSSTAND	35
5.2	DIE DURCHFÜHRUNG DES TRAININGS UND DER BEFRAGUNGEN	36
5.3	EINIGE ERGEBNISSE DER ANAMNESBEFRAGUNGEN	37
5.3.1	ZEITPUNKT DER ERSTERKRANKUNG	37
5.3.2	ZUFRIEDENHEIT MIT DER GESUNDHEIT AM ANFANG DES TRAININGS	38
5.3.3	IN ÄRZTLICHER BEHANDLUNG?	38
5.3.4	ERWERBSTÄTIGKEIT	38
5.3.5	VERTRAUEN ZU PSYCHOLOGISCHEN VERFAHREN	39
5.4	VERÄNDERUNGEN WÄHREND DER DURCHFÜHRUNG DES HGTs	40
5.4.1	DIE EINSCHÄTZUNG DES KÖRPERLICHEN UND SEELISCHEN BEFINDENS	40
5.4.2	VERÄNDERUNGEN AUF DER BESCHWERDEN- UND SYMPTOMLISTE	42
5.4.3	FRAGEN NACH ERLEBTEN VERÄNDERUNGEN	43
5.4.4	ZUFRIEDENHEIT MIT DER GESUNDHEIT	44
5.5	MEINUNGEN ZUM HILDESHEIMER GESUNDHEITS- TRAINING	45
	ZUSAMMENFASSUNG	50

LITERATUR

1. GESUNDHEITSFÖRDERUNG - EINE BEGRIFFSBESTIMMUNG

Gesundheit hat Ende des 20. Jahrhunderts eine herausragende Bedeutung in den westlichen Industrienationen. Einschlägigen Befragungsergebnissen zufolge rangiert Gesundheit an der Spitze der Werte, an denen Menschen in unserer Gesellschaft ihr Leben orientieren (vgl. Trojan, A. /Stumm, B. 1992; Franke, A. 1993). Gesundheit meint dabei nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen, sondern einen Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens.

Gesundheit - das wird hier deutlich - bezieht also keineswegs nur körperliches Geschehen ein sondern die gesamte Lebenssituation des Menschen. Dieses Verständnis bestimmt die Diskussion neuer Ansätze zur Gesundheitsförderung, die den Problemen und Lebenserwartungen der Menschen, vor allem in den post-industriellen Gesellschaften gerecht werden. In der vor zehn Jahren im November 1986 auf der Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung verabschiedeten Ottawa Charta der WHO heißt es dazu:

"Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. ... Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten."

Die Ottawa-Charta benennt in diesem Kontext fünf gesundheitsfördernde Aktionsbereiche:

- die Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik,
- das Schaffen unterstützender Lebenswelten,
- die Stärkung kommunaler Gemeinschaftsaktivitäten,
- die Entwicklung persönlicher Kompetenzen und
- die Neuorientierung der nationalen Gesundheitssysteme.

1.1 ERKLÄRUNGSMODELLE ZUR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Gesundheitsförderung nach dem Zweiten Weltkrieg bezeichnet vor allem Aktivitäten und Strategien zur Gesundheitserziehung bzw. -aufklärung und -beratung. Bestimmend war hier ein Erklärungsmodell daß sich - als *Krankheitsvermeidungsmodell* - an Risikofaktoren orientiert und dessen Maßnahmen Krankheiten vermeiden bzw. verhindern sollen. Typisch für moderne Ansätze in diesem Bereich ist das Interventionskonzept der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventions-

studie (vgl. Troschke, J. et.al. 1991). Als Folge der medizinisch-technischen Entwicklungen der Diagnostik hat sich ein *Krankheitsfrüherkennungsmodell* entwickelt. Hier wird durch geeignete Untersuchungen nach Krankheiten in einem frühen Entwicklungsstadium² gesucht, um diese mit medizinischen Interventionen zu behandeln. Als Beispiel seien hier die "Vorsorge"-untersuchungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung z. B. zur Früherkennung von Krebserkrankungen genannt.

Das *Gesundheitsförderungsmodell* dagegen nutzt Erkenntnisse der Salutogenese-forschung und zielt auf die Stärkung von Lebensfähigkeit und Widerstandskräften. Im Mittelpunkt des Interesses steht dabei u.a. die Frage, was Menschen befähigt, heilsame und gesundheitsfördernde Ressourcen zu aktivieren und nicht, was Menschen krank macht (vgl. u.a. hierzu: Antonovsky, A., Kunin-Lunenfeld, A. 1989). Damit geht dieses Modell nicht nur weit über den ärztlichen Handlungsbereich hinaus, sondern greift auch die Empfehlungen der Ottawa-Charta und deren Umsetzung in den verschiedenen Lebensbereichen auf.

Die weitere Wissenschaftsdiskussion und vor allem die praktische Umsetzung in Konzepte der Gesundheitsförderung wird zeigen, welche Erklärungsmodelle in Zukunft richtungsweisend sein werden.

1.2 GESUNDHEITSFÖRDERUNG DURCH GESUNDHEITSTRAINING

Die Entwicklung geeigneter Ansätze zur Gesundheitsförderung und die Bedeutung gesundheitsfördernder Maßnahmen wird in aktuellen Diskussionen immer wieder betont. Im Zuge der Gesundheitsreform 1989 erhielten mit dem Paragraphen 20 des Sozialgesetzbuches V erstmals Maßnahmen der Gesundheitsförderung Einzug in das deutsche Gesundheitssystem. Damit erlebten Gesundheitsförderungsmaßnahmen in den letzten Jahren einen zum Teil rasanten Aufschwung. So formuliert die Bundesanstalt für Angestellte folgende Kriterien: Gesundheits-training übernimmt die Aufgabe,

"Wissen und Fähigkeiten (zu) vermitteln, um den Patienten kompetent im Hinblick auf eine seiner persönlichen Situation angemessene, gesunde Lebensführung zu machen und eine positive Einstellung zur Selbstverantwortung für Gesundheit zu erzeugen, die sich dann auch in einer Verhaltensänderung niederschlägt." (Brühl, A. 1991)

In Anbetracht des zum Teil eher willkürlichen Angebots verschiedenster Interventionen mehren sich jedoch kritische Stimmen, die eine Evaluation und Qualitätssicherung gerade in diesem Feld fordern. In diesem Kontext erscheint es um so

² Inwieweit die in diesem Kontext entwickelten Screening-Untersuchungen zu genetischen Prädispositionen neue ethische Fragen aufwerfen, sei an dieser Stelle dahingestellt.

wichtiger, ein Gesundheitstraining anzubieten, welches sowohl die aktuelle Wissenschaftsdiskussion reflektiert und berücksichtigt, als auch die im Zuge der Qualitätssicherungsdiskussion geforderte Ergebnisevaluation erbracht hat.

Die Analysen gängiger Konzepte von Gesundheitstrainings zeigen, daß hier - entsprechend den zu grunde liegenden Konzepten - überwiegend die Vermittlung von Informationen über Risikofaktoren die Inhalte dominiert (vgl. dazu Verband Dt. Rentenversicherungsträger: "Gesundheits selber machen", 1986)³. In Abgrenzung hierzu orientiert sich das **Hildesheimer Gesundheits-Training** an *Gesundheit*, die Förderung und Unterstützung von Heilungsprozessen steht im Vordergrund des Interesses. Der Focus verschiebt sich damit von einer "problemorientierten" hin zu einer "ziel- und lösungsorientierten" Sichtweise.

Vergleich des HILDESHEIMER GESUNDHEITS-TRAININGS mit anderen Trainingskonzepten				
	Ziele	Methoden	theoret. Zuordnung	Einsatz von Medien
Hildesheimer Gesundheits-Training	gesundheitsorientiert zielorientiert ressourcenorientiert	hypnotische Gesprächsmuster nach M. H. Erickson und NLP (minimaler Widerstand)	systemtheoretische/kommunikationstheoretische Orientierung <i>Gesundheitsförderungsmodell</i>	suggestive Cassetten und Materialien für die Zeit zwischen den Trainingseinheiten und nach dem Training
bisherige Trainingskonzepte	überwiegend krankheits- und problemorientiert	klassische hypnotische Verfahren, autogenes Training (hoher Widerstand)	lerntheoretische Orientierung <i>Krankheitsvermeidungsmodell</i>	kaum Einsatz von Medien

Schwerpunkthemen im **HGT** sind also nicht die Entstehungsursachen von Erkrankungen sondern die Heilung, die Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit. Die Informationen zu gesundheitsschädlichem Verhalten beschränken sich auf das notwendige Minimum. Stattdessen werden mit effektiven Verfahren Veränderungen eingeleitet, die der Gesundheit nutzen.

³ Aufklärung und Abschreckung haben sich jedoch als weitgehend ungeeignete Methoden zur Gesundheitsvorsorge und -förderung erwiesen.

2. DER HINTERGRUND

Ausgehend von der Annahme, daß ein Wechselspiel verschiedener biologischer, psychischer und Umweltfaktoren darüber entscheidet, ob Gesundheit erhalten bleibt oder eine Krankheit entsteht, stellt sich die Frage, wie ein Mensch genügend biologische, psychische und soziale Ressourcen (Schutzfaktoren) aktivieren kann, um im Zustand von Gesundheit zu bleiben. Denn, so Hurrelmann (1991), reichen die aktivierbaren Ressourcen nicht aus, so dominieren Prozesse, die zu einer Abweichung von diesem Zustand der Gesundheit und damit zu Krankheit führen.

Was sich in den letzten Jahren verändert hat, ist das Gewicht, die Bedeutung, die den psychischen Ressourcen zugebilligt werden muß. Dazu haben insbesondere Erkenntnisse und Forschungsergebnisse der Psycho-Neuro-Immunologie (PNI) beigetragen.

So hat sich beispielsweise der Kenntnisstand über die Wege im Körper, durch welche die diversen Körpersysteme - Nervensystem, Immunsystem, endokrines System u.a. - miteinander in Verbindung stehen, stark erweitert. Genetische Informationen werden ständig in hormonelle, immunologische und elektrische Informationen übertragen. Jedes System hat seinen eigenen Code und steht trotzdem mit jedem anderen System in Verbindung. Gleichzeitig steht der Körper mit den ihn umgebenden Informationssystemen seiner Umwelt in enger Verbindung.

Wie könnte sich etwa ein (häufiges) inneres Selbstgespräch oder eine Suggestion auf körperliche Vorgänge auswirken?

Dafür scheint die Art der Aussage wichtig zu sein:

Während vereinfacht die linke Gehirnhälfte eher auf Sprache und analytisches Denken spezialisiert ist, scheint die rechte Gehirnhälfte im wesentlichen für ganzheitliche, analoge, metaphorische Informationen zuständig zu sein, wie sie für Gefühle und bildhafte Vorstellungen charakteristisch sind. Diese Denkprozesse stehen in sehr viel engerem Zusammenhang zu den Gefühlen und Stimmungen und damit auch zu den Veränderungen im Körper, die diese auslösen (z. B. als Spannung oder Entspannung, als Einstellung des Organismus auf Kampf oder auf Harmonie).

Metaphern und kunstvoll vage Aussagen in der Art M. H. Ericksons, die die rechte Gehirnhälfte ansprechen, haben demnach eine viel größere Chance, die Gesundheit zu beeinflussen, als logische Analysen der Risiken eines bestimmten Verhaltens.

Über das limbische System und den Hypothalamus erreichen die von der rechten Gehirnhälfte ausgehenden Informationen schließlich jene Systeme⁴, die diese Informationen weiter in den Körper transportieren. So können Informationen hin zu Organen gelangen und dort wirksam werden, sowohl in Form psychosomatischer Erkrankungen als auch in Form von heilenden Einflüssen. Auch das Immunsystem kann psychisch beeinflusst werden und ist keineswegs so autark wie früher angenommen. Informationen gelangen z. B. über Nervenleitungen zum Knochenmark, der Thymusdrüse oder der Milz und über Hormone zu den Lymphozyten.

So wurde in den letzten Jahren immer deutlicher, auf welchen Wegen Gefühle und Gedanken Reaktionen in Gang setzen können, die den gesamten Organismus betreffen und tiefgreifende Wirkung auf die Gesundheit haben - wie etwa beim Placeboeffekt.

Üblicherweise wird der Placeboeffekt als ein Störfaktor beschrieben, der nicht zu erklären ist. Deshalb werden etwa Arzneimittel in Doppelblindversuchen gegen Placebos (ohne Wirksubstanz) getestet. So soll die objektive Wirkung eines Medikaments gegen die, aus der Summe der Störfaktoren entstehende, zufällige Wirkung abgesichert werden.

Doch welchen Stellenwert hat eigentlich der Placeboeffekt im Vergleich zur Wirkung eines Medikamentes?

Bei Evans (1985) etwa ergab sich in der Analyse von 11 Doppelblindversuchen, daß 36 % der Patienten durch Placebos eine zumindest 50-prozentige Schmerzlinderung erfuhren. Evans, der in dieser verschiedenen Heilmethoden umfassenden Studie grundsätzliche Fragen nach dem Stellenwert des Placebo-Effektes stellt, kommt zu dem Schluß, daß 55 - 60 % der Wirksamkeit eines Medikaments auf dem Placebo-Effekt beruhen (ganz gleich, wie hoch der Wirkungsgrad des jeweiligen Medikaments ist), und daß in vielen, wenn nicht sogar in allen Heilmethoden ein 55-prozentiger Placebo-Effekt enthalten ist.

Als den Placebo-Effekt bedingende Struktur stellt er drei Faktoren zur Diskussion:

1. **Suggestion** durch den Behandler oder die Behandlungsmethode;
2. **Angstverminderung** durch die Zuwendung der Behandlung;
3. **Erwartung**, die durch den intensiven Glauben an die Behandlungsmethode geweckt ist.

Der Placeboeffekt ist so - als Hinweis auf den Zusammenhang von Körper und Seele - ein Eckpfeiler bei der Vernetzung unterschiedlicher Wissenschaftsdisziplinen⁵, aus denen hier Karten einer bisher unentdeckten Landschaft, der Psycho-

⁴ wie etwa das vegetative Nervensystem, das hormonelle System, das Immunsystem.

⁵ Anatomie, Physiologie, Kybernetik, Psychologie ...

Biologie entstehen. Die Kenntnis dieser "inneren Landschaften" und das Wissen darüber, auf welche Weise das Gehirn mit den Abwehrkräften und das Immunsystem mit der Psyche kommuniziert, eröffnet der modernen Medizin ganz neue Möglichkeiten.

Psychophysiologen wie Rossi (1991) und Achterberg (1990) haben nachgewiesen, daß sich über innere Bilder Heilungsprozesse sehr spezifisch fördern lassen; von der Durchblutung und dem Stoffwechsel bis hin zur Konzentration und den Aktivitäten bestimmter Abwehrzellen in einem Körperteil.

Die Dokumentationen über eine erfolgreiche Förderung von Heilungsprozessen werden immer zahlreicher. Verwiesen sei an dieser Stelle auf den amerikanischen Onkologen C.O. Simonton (1995) oder die Fallschilderungen von Andreas u. Andreas (1992). Auch wenn es sich hier i.d.R. um Einzelfallschilderungen handelt, läßt sich hinter allen Fällen eine gemeinsame Strategie erkennen. Jene geistigen Prozesse (inneren Gespräche), die den Körper bzw. das Immunsystem beeinflussen können, sind dann besonders wirksam, wenn sie innere Bilder, Klänge und Körpergefühle auslösen. Diese "Visualisierungen" stehen in engem funktionalen Zusammenhang mit den emotionalen Gehirnzentren und jenen Bahnen, die Informationen in den Körper hineintragen.

Was die *Inhalte* der Visualisierungen betrifft, haben sich unterschiedliche Verfahren bewährt:

1. Die Vorstellung der vollendeten Heilung
2. die schrittweise Visualisierung des Heilungsprozesses
3. die Visualisierung früherer Heilungen ähnlicher Erkrankungen, um die körpereigenen Systeme an erfolgreiche Bewältigungen zu "erinnern" (vgl. Andreas/ Andreas, 1992) und damit jene Muster wieder auszulösen
4. die Unterstützung der körpereigenen Abwehr durch regelmäßige, tägliche Visualisierungsübungen (Achterberg, 1990).

Die Bedeutung von Gedanken, Gefühlen, Überzeugungen und Glaubenssystemen eines Menschen für Gesundheit und Krankheit (und die damit zusammenhängenden Verhaltensbereiche, wie Bewegung, Ernährung usw.) bildet den wichtigsten Ansatzpunkt des HGTs. Das HGT zielt darauf ab, Blockaden der Selbstheilung (etwa durch Streß) abzubauen und Heilungsprozesse mental zu fördern, so daß der Körper - insbesondere das Immunsystem - auf beste Weise die Gesundheit schützt und die Wirkung anderer Heilmittel optimal unterstützt.

Den *Hintergrund für die verwendeten Verfahren* bilden insbesondere die Hypnotherapie (etwa M.H. Erickson⁶ und Rossi) und das Neurolinguistische Programmieren (NLP), eine systemisch orientierte Therapieform. Hier weisen die Arbeiten von Bandler (1981) und Grinder (1984ff) neue Wege zu effektiven Veränderungen gesundheitsschädlicher Denk- und Verhaltensmuster. Insbesondere Dilts (1991) befaßt sich mit völlig neuen Ansätzen zur Behandlung psychischer Blockaden körpereigener Abwehr. Seine Ansätze - etwa zur Nachbehandlung von Krebserkrankungen - setzen die von Simonton (1988 ff) entwickelten Verfahren erfolgreich fort. Bei diesen NLP-Verfahren handelt es sich überwiegend um Einzelarbeit, so bestand ein wesentlicher Teil unserer Vorarbeiten darin, auf der Basis dieser Ansätze neue Verfahren für die Arbeit in Gruppen zu entwickeln.

⁶ Erickson gilt als "Vater" der modernen Hypnosetherapie. Seine besondere Art der Kommunikation erreicht über indirekte Suggestionen und Metaphern tiefe Schichten des Unterbewußten und bewirkt dort gezielte Veränderungen.

3. DAS HILDESHEIMER **G**ESUNDHEITS-**T**RAINING

3.1 STRUKTUR UND ZIELE DES TRAININGS

Mit dem **Hildesheimer Gesundheits-Training** haben wir ein Gruppentraining als integriertes System von Gruppenarbeit, Einzelarbeit in der Gruppe, Trancen und "Hausaufgaben" geschaffen, um (gerade zu Zeiten knapper Kassen) möglichst effektiv eine Förderung der Selbstheilung erreichen zu können.

Das Programm besteht aus insgesamt 8 Einheiten (zu je 150 Minuten), die den krankheitsspezifischen Erfordernissen des jeweiligen Indikationsbereiches entsprechen. Durch den flexiblen Rahmen ist es möglich, das **Hildesheimer Gesundheits-Training** den jeweiligen institutionellen Bedingungen anzupassen. So konnte das HGT für die klinische Anwendung innerhalb einer orthopädischen Rehabilitationsklinik lediglich in einer leicht gekürzten Variante mit insgesamt 6 Einheiten durchgeführt werden; das Programm mit Angehörigen aus Krebselbsthilfegruppen fand dagegen mit allen 8 Einheiten statt. Gearbeitet wird in einer Gruppe von 10 bis 12 Personen. I.d.R. sollten ein- bis zweimal pro Woche Gruppentreffen stattfinden.

Der folgende Überblick soll plakativ die Ziele der einzelnen Einheiten aufzeigen:

1. EINHEIT: "MENTALES TRAINING FÜR HEILUNG UND GESUNDHEIT"

- Ziel:
- Warming up
 - Motivieren zur Veränderung/zum HGT
 - Eigenverantwortlichkeit wecken
 - Visualisierung kennenlernen
 - tiefe Entspannung lernen

2. EINHEIT: "DER KÖRPER GLAUBT, WAS SIE IHM ERZÄHLEN!"

- Ziel:
- den Einfluß mentalen Trainings auf Heilungsprozesse erkennen
 - sensibel werden für heilungshemmende Zustände und sie beenden können
 - belastende Erinnerungen und Erlebnisse verändern

3. EINHEIT: "KRANKHEITEN FALLEN NICHT VOM HIMMEL!"

- Ziel:
- Vorbedingungen der Erkrankung erkennen
 - Abbau negativer emotionaler Reaktionen auf vergangene Ereignisse

- Ressourcen herausarbeiten und wieder erleben
- Annehmen der Krankheit, Behinderung

4. EINHEIT: "VISION VOM LEBEN IN GESUNDHEIT"

- Ziele: - Vision vom Leben in Gesundheit erarbeiten und erleben lassen
- Hindernisse auf dem Weg zum Ziel erkennen
 - Alternativen zu den Gewinnen der Krankheit und des Risikoverhaltens

5. EINHEIT: "INNERE VERSÖHNUNG!"

- Ziel: - einschränkende Glaubenssätze und Denkmuster verändern

6. EINHEIT: "DIE HEILUNG FÖRDERN!"

- Ziel: - Heilungsprozesse durch Visualisierung und andere Verfahren fördern

7. EINHEIT: "FREIRÄUME ERWEITERN!"

- Ziel: - die Vision vom Leben in Gesundheit durch das Einbeziehen von Familie, Arbeitsplatz usw. vervollständigen

8. "GESUND IN DIE ZUKUNFT!"

- Ziel: - mit allen Ressourcen, die im Training erworben wurden, und allen Stärken selbstbestimmt in die Zukunft gehen, auf das persönliche Gesundheitsziel zu

3.2 WESENTLICHE MERKMALE DES HILDESHEIMERGESUNDHEITSTRAININGS

DAS HGT MOTIVIERT AUF SEHR INTENSIVE ART ZU NEUEN ZIELEN UND NEUEN VERHALTENSMUSTERN

Die Gesundheitsziele - positiv formuliert, individuell ausgeformt und in leichter Trance erlebt - bilden sehr kraftvolle Motive für neue Verhaltensmuster, die ebenfalls mental trainiert werden. Sie bahnen den Weg für eine kognitive Umstrukturierung⁷, die Heilungsprozesse fördert.

RESSOURCEN WERDEN WIEDER VERFÜGBAR

Häufig verfügen Menschen im Problembereichen nicht über jene Ressourcen (Stärken wie Entspannung, Humor ...), die ihnen unter anderen Umständen zur Verfügung stehen. Durch NLP-Verfahren werden diese Ressourcen wieder verfügbar.

⁷ Häufig wissen Menschen sehr genau, was sie nicht wollen, haben aber keine präzise Vorstellung davon, was sie wollen.

BLOCKADEN DER SELBSTHEILUNG DURCH STRESS UND NEGATIVE EMOTIONEN WERDEN ABGEBAUT

Das HGT ermöglicht tiefe Einsichten in die sozialen, psychischen und physischen Zusammenhänge, die zum Entstehen von Gesundheit führen. Neue Fähigkeiten werden erworben, blockierende Glaubenssätze, die einer Heilung im Weg stehen, verändert und Krankheitsgewinne bearbeitet.

INNERE HEILUNGSMUSTER WERDEN ÜBER VISUALISIERUNGEN AKTIVIERT

Über die intensive Vorstellung der Heilung mit Hilfe der inneren Bilder (Visualisierung) und der Körpergefühle, die die Heilung begleiten, werden Heilungsprozesse angestoßen und beschleunigt.

TRANCEN UND TINCS

Über Trancen ("geführte Phantasieeisen") werden Heilungsprozesse gefördert. Diese Trancen stehen den Teilnehmenden auch in Form von TinCs (Tranceinduktionsscassetten) zur Verfügung und sind zur Vertiefung der Wirkung zwischen den jeweiligen Sitzungen zu hören.

3.3 UNTERSUCHUNGSDESIGN UND STICHPROBE

Ziel dieser Pilotstudie war es, systematische Aussagen zu Wirkungen und Effekten des Hildesheimer Gesundheits-Trainings zu erhalten. Des weiteren sollten die Konzepte der Einheiten, die Materialien und Cassetten über die Erfahrungen damit weiter optimiert werden.

Im Kern ging es dabei um folgende Fragen:

Werden durch das HGT Problembelastung, Stress und negative Emotionen abgebaut?

Nimmt dementsprechend das Ausmaß an Erholung, Energie und positiver Lebenseinstellung zu?

Werden Ressourcen (wie Entspannung, Humor, Neinsagen können...) wieder verfügbar?

Ändert sich die Beurteilung der eigenen Gesundheit?

Ändern sich auch die Kontrollüberzeugungen zur Gesundheit?

Wie ist die Mitarbeit? Macht es möglicherweise sogar Spaß am HGT teilzunehmen? Wie weit werden die Cassetten auch später noch gehört?

Und schließlich: Wie beurteilen Teilnehmende das HGT?

Dazu wurden exemplarisch zwei unterschiedliche Indikationsbereiche⁸ untersucht:

1. Bei Patientinnen und Patienten mit chronischen Rückenbeschwerden im Rahmen eines stationären Klinikaufenthaltes in einer Rehabilitationsklinik.
2. Bei Angehörigen aus Krebselbsthilfegruppen als ambulantes Gruppentraining. Zusätzlich wurden auch Patientinnen und Patienten einer onkologischen Rehabilitationsklinik untersucht.

Insgesamt sollten 200 Personen in die Untersuchung einbezogen werden. Damit stünden pro Erkrankungsart 100 Personen (je 50 zugeordnet zu Experimental- und Vergleichsgruppe) zur Verfügung. In den Rehakliniken durchliefen beide Gruppen das normale Programm, der Experimentalgruppe wurde das Hildesheimer Gesundheits-Training und der Vergleichsgruppe das normale über Risikofaktoren informierende Gesundheitstraining angeboten. In den Selbsthilfegruppen wurde die Vergleichsgruppe lediglich mit den ausgewählten Untersuchungsmethoden exploriert.

Allen Personen wurden zu Beginn der Untersuchung standardisierte Fragebögen und Tests vorgelegt. Diese Fragebögen haben zum einen krankheitsspezifische Fragen zu Art und Dauer der Erkrankungen, Therapie- und Behandlungsverläufen enthalten. Zum anderen sind allen Teilnehmenden Fragen und Aussagen vorgelegt worden, hinsichtlich ihrer subjektiven Verhaltensweisen, Einstellungen und Erwartungen, die mit Gesundheit und Krankheit zusammenhängen. Diese schriftlichen Befragungen wurden nach Beendigung des Trainings bzw. am Ende des Klinikaufenthaltes wiederholt. Für die Überprüfung langfristiger Effekte wurden alle nach sechs Monaten erneut schriftlich befragt.

3.4 AUSWAHL DER METHODEN UND MEßVERFAHREN

Wesentliche Teile der Fragebögen wurden vorhandenen standardisierten und validierten Tests entnommen, andere selbst entwickelt. Die fast unübersichtliche Vielzahl⁹ von Meßverfahren hat die Auswahl angemessener Meßinstrumente sicher erschwert.

⁸ Die Ausweitung auf andere Krankheitsbilder hätte den Rahmen dieses Forschungsprojektes überschritten viele der gewonnenen Erkenntnisse lassen sich aber auch auf andere übertragen.

⁹ Allein im "Handbuch psychosozialer Meßinstrumente" (Westhoff, G.: (Hrsg.)) finden sich ca. 300 deutsch- und englischsprachige empirische Meßinstrumente zu somatischen, psychischen und sozialen Aspekten chronischer Krankheit. Die Testzentrale des Berufsverbandes Dt. Psychologen bietet in ihrem Katalog 1996/97 mehr als 600 psychodiagnostische Verfahren für unterschiedlichste Anwendungsbereiche an.

In etwas größerem Umfang setzten wir Elemente aus dem "Diagnostischen und Evaluativen Instrumentarium zum Autogenen Training"¹⁰ (AT-EVA) ein (Krampen, 1991). Es handelt sich hierbei um Meßinstrumente, die zur Prozeßevaluation in ambulanten und stationär durchgeführten Gruppenkursen dienen sollen.

Mit dem AT-EVA steht erstmalig ein interventionsspezifisches Kompendium psychometrischer Verfahren zur Verfügung. Es orientiert sich an den von Schulz definierten Indikationen und Zielen (u.a. körperliche und seelische Erholung und Entspannung, Leistungssteigerung, Schmerzminderung oder -verhinderung, Erhöhung der Selbstbestimmung und Selbsterkenntnis) Obwohl als Gesamtsystem für die Psychodiagnostik und Evaluation bei Einführungskursen zum Autogenen Training entwickelt, versteht sich AT-EVA prinzipiell als offenes diagnostisches und evaluatives Instrumentarium.

"Zu denken ist nicht nur an die indikationsorientierte Diagnostik und die Evaluation beim Einsatz anderer Entspannungsmethoden, ... , sondern auch an den (isolierten oder kombinierten) Einsatz dieser Methoden in anderen Anwendungs- und Forschungskontexten, in denen die mit AT-SYM bzw. VFE erfaßten Variablen der Symptombelastung und Selbstaktualisierungswünsche bzw. der subjektiv erlebten Veränderungen im Entspannungserleben und Wohlbefinden relevant sind." (Krampen, 1991, S. 22)

AT-EVA setzt sich aus folgenden Bestandteilen zusammen: Eingangsdiagnostik, kursbegleitende Prozeßevaluation, kurz- und längerfristige direkte und indirekte Veränderungsmessung. Das Datenmaterial wird durch Anamnesebogen, Änderungssensitive Symptomliste, Stundenbogen zu den Gruppensitzungen, Übungsprotokoll, Veränderungsfragebogen zum Entspannungserleben und Katamnesebogen erhoben.

Im folgenden sollen die für diesen Kontext ausgewählten Meßinstrumente und deren Verwendung kurz vorgestellt werden.

Die Änderungssensitive Symptomliste¹¹ ist vor Beginn und nach Abschluß eines AT-Kurses auszufüllen. Hier ergibt sich eine Veränderungsmessung in den Bereichen körperliche und psychische Erschöpfung, Nervosität und innere Anspannung, psychophysiologische Dysregulation, Leistungs- und Verhaltensschwierigkeiten, Schmerzbelastung sowie Probleme in der Selbstbestimmung und -kontrolle.

¹⁰ AT wird seit ca. 50 Jahren in psychosozialen und psychotherapeutischen Einrichtungen ambulant und stationär eingesetzt. Hier wird AT i.d.R. in krankheitsspezifische Behandlungs- und Rehabilitationsprogramme integriert. Daneben findet AT als Präventivprogramm Anwendung in der Erwachsenen- und Gesundheitsbildung.

¹¹ In diese Skalen sind, so Krampen, unterschiedliche Instrumente eingegangen ("Beschwerdenliste nach v. Zerssen", "Beschwerden-Erfassungsbogen BEB", "Kieler Änderungssensitive Symptomliste" u.a.)

Ein Fragebogen zu erlebten Veränderungen nach Ende des Kurses gibt Auskunft über die direkte Veränderung im Vergleich zum Beginn des Kurses. Ein Nachbefragungsbogen erhebt nach frühestens drei Monaten u.a. die Einstellung zum Training, das aktuelle Befinden und die subjektiv erlebte Wirkung zum Zeitpunkt der Katamnese.

Die oben skizzierten Fragebögen wurden für das HGT übertragen oder in leicht modifizierter Form angewendet. Besonders gut haben sich direkte Effekte durch die hier gewählte Form der Symptomliste zu Beginn und nach Abschluß des **HGTs** nachweisen lassen. Dies gilt ebenso für den Veränderungsfragebogen.

Vor der Darstellung der einzelnen Untersuchungsergebnisse noch einige Anmerkungen zum gesamten Untersuchungsdesign.

Bei der Auswahl der Meßinstrumente für dieses Forschungsprojekt dominieren - eng verknüpft mit einer effektorientierten Forschungsfrage - quantitative Meßinstrumente. Diese Fragebögen verfügen über hohe ökonomische und zeitliche Vorteile. Wünschenswert wäre sicher eine Verknüpfung mit qualitativen Methoden z. B. halbstrukturierten Interviews o.ä. gewesen. Obwohl ursprünglich vorgesehen, war dieser "Methodenmix" in der praktischen Umsetzung schwer durchführbar. So stellte sich sehr schnell heraus, daß die ProbandInnen der Gruppe "Orthopädische Erkrankungen" in ihrem Klinikalltag einem sehr eng strukturierten Zeitrahmen ausgesetzt waren. Es war daher nicht im vorgesehenen Umfang möglich, ergänzend zu den schriftlichen Befragungen Interviews mit den Teilnehmenden durchzuführen. Zudem hätte die breitere Anwendung qualitativer Verfahren einen enormen zusätzlichen Zeit- und Kostenaufwand erfordert, der unter den vorhandenen Kapazitäten nicht zu erbringen war. Ersetzt wurde diese Quelle durch intensive Interviews mit den beteiligten Trainern und Trainerinnen und den studentischen Begleitern, die auch vorher auf diese Aufgabe vorbereitet wurden. Die Ergebnisse dieser Interviews fließen in die Optimierung des Trainings ein, werden hier allerdings nur punktuell erwähnt.

4. DAS HGT IN DER REHABILITATION ORTHOPÄDISCHER ERKRANKUNGEN

4.1 VERBREITUNG UND ENTSTEHUNG ORTHOPÄD. ERKRANKUNGEN

Nach epidemiologischen Schätzungen sind ca 75 % der Bevölkerung in den westlichen Industrienationen mindestens einmal im Leben von massiven Rückenbeschwerden betroffen. Bei ca. 90% aller Betroffenen gehen die Rückenschmerzen in einem Zeitraum von max. drei Monaten zurück, bei 70% kommt es jedoch zu Rückfällen. 40% aller Rückenpatienten sind länger als sechs Monate krankgeschrieben; nur noch 15% kehren bei einer Krankheitsdauer von einem Jahr und länger in den Arbeitsprozeß zurück. Damit, so W. Möller-Streitböcker, ("Rückenschmerzen-Volksleiden Nr. 1", in Psychologie Heute, April 1994) sind chronische Rückenschmerzen in Deutschland zum häufigsten Grund von Frühberentungen geworden.

In den meisten Fällen liegen die zu Rückenschmerzen führenden Veränderungen im Muskel- und Skelettbereich. Betroffen sind meistens die Bandscheiben, die kleinen Wirbelgelenke sowie der Halte- und Stützapparat der Wirbelsäule (also Muskeln und Bänder).¹²

4.2 FORSCHUNGSSTAND

Während viele Mediziner an ihrem Bild vom "Rückenschmerz als einer rein körperlichen Krankheit" festhalten, zeigen neuere Untersuchungen zu diesem Thema eindeutig einen Zusammenhang zwischen Rückenleiden und Psyche. Bei der Erforschung der Ursachen und Entstehungszusammenhängen von chronischem Rückenschmerz rückt zunehmend ein bio-psycho-soziales Modell der Störung in den Vordergrund.

So zeigen zum Beispiel die Studien der Kieler Medizinpsychologin Hasenbring an Rückenschmerzpatienten auf, daß biologische, psychische und soziale Faktoren gleichermaßen an der Entstehung von Krankheiten/ Schmerzzuständen beteiligt sind. (Hasenbrink, M. 1992)

Hasenbring entwickelt einen Erklärungsansatz, der - wie bei anderen chronischen Erkrankungen - Risikofaktoren¹³ betrachtet und analysiert. Die psychosoziale

¹² Auf die genaueren Beschreibungen der einzelnen Beschwerdebilder soll an dieser Stelle verzichtet werden. Für interessierte Leserinnen und Lesern empfiehlt sich die einschlägige Fachliteratur zu diesem Thema.

¹³ Solche Risikofaktoren sind u.a. natürlich auch biologische Faktoren wie natürliche Alterungsprozesse des Bewegungsapparates oder der Zusammenhang zwischen körperlichen Fehlhaltungen und degenerativen Prozessen im Wirbelsäulenbereich.

Faktoren aber scheinen uns am ehesten dazu geeignet zu sein, Erklärungsansätze dafür zu liefern, wer erkrankt, warum und wann jemand erkrankt bzw. gesund/ beschwerdefrei bleibt. Einschlägige Untersuchungen zeigen übereinstimmend den Einfluß von Persönlichkeitsmerkmalen (insbesondere von Depressivität), psychischen Prozessen, Streßverarbeitung- und Schmerzbewältigungsstrategien bei der Entstehung und/ oder der Aufrechterhaltung von chronischen Rückenbeschwerden.

Ohne diese Ansätze weiter zu vertiefen, läßt sich aus den verschiedenen Untersuchungen zu den Entstehungszusammenhängen von chronischen Rückenschmerzen eines deutlich erkennen: die *Komplexität des Gesamtgeschehens*. Diese Komplexität sollte sich in in Therapie und Behandlung wiederfinden.

Leider, das zeigen entsprechende Untersuchungen, sind die meisten bisher angewandten Therapien wenig effektiv; dies belegen sehr anschaulich die hohen Wiedererkrankungsraten. Ursachen hierfür lassen sich zum einen in ungenügenden Kenntnissen der somatischen Ursachen und daraus folgende eher unspezifische Therapien vermuten. Zum anderen liegen sie in der Vernachlässigung dieser Komplexität des Gesamtgeschehens, insbesondere der psychosozialen Faktoren. Eine Folge ist dann z. B., daß Patienten häufig nur von einer Fachrichtung behandelt werden.

Die Behandlung chronischer Rückenschmerzen sollte - wie jede Behandlung chronischer Schmerzsymptomaten - aber nur multimodal erfolgen, d. h. unter Berücksichtigung des somatischen, psychischen und sozialen Anteils, formuliert Hildebrandt (1990) seine Anforderungen an ein integratives Therapiekonzept.

Das Hildesheimer **Gesundheits-Training** bezieht sich in seinem Konzept vor allem auf die Arbeit mit psycho-sozialen Faktoren; es versteht sich als Ergänzung zu den in orthopädischen Reha-Kliniken angebotenen somatischen Behandlungen und Therapien.

4.3 DIE DURCHFÜHRUNG DES TRAININGS UND DER BEFRAGUNGEN

Das HGT wurde mit Patientinnen und Patienten mit orthopädischen Erkrankungen in einer Fachklinik für Orthopädie und Psychosomatik¹⁴ durchgeführt. Bei dem hier ausgewählten "Park-Reha-Klinikum Bad Gandersheim" handelt es sich um ein Haus mit psychosomatischen Behandlungskonzept. Die Klinik verfügt über 200

Wobei- darauf sei hier ausdrücklich hingewiesen - diese degenerativen und funktionellen Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule an der Entstehung von Beschwerden/ Schmerzen beteiligt sein *können*; aber nicht notwendigerweise zu Beeinträchtigungen führen *müssen*.

¹⁴ Die Klinik gehört zur Lielje-Gruppe. Diese Gruppe umfaßt insgesamt 11 Kliniken mit unterschiedlichen Indikationsbereichen.

Betten; größtenteils werden Patienten und Patientinnen mit chronischen Erkrankungen des Bewegungsapparates behandelt; die Verweildauer beträgt im Durchschnitt vier Wochen.

Über einen Zeitraum von insgesamt 5 Monaten wurden 6 Trainingsdurchläufe mit insgesamt ca. 50 Patienten und Patientinnen durchgeführt. Jedes Training dauerte 3 Wochen; die Sitzungen haben zweimal wöchentlich¹⁵ stattgefunden.

In die Auswertung konnte Datenmaterial von insgesamt 63 Personen einbezogen werden. Zwei Gründe haben den Rücklauf der Fragebögen beeinflusst. Zum einen haben nicht alle TrainingsteilnehmerInnen an der zweiten Befragung teilgenommen bzw. diesen Fragebogen zurückgesandt. Zum anderen war es schwieriger als ursprünglich erwartet, Patientinnen und Patienten zur Teilnahme an der Vergleichsgruppe zu motivieren. Hier hat es teilweise höhere Ausfälle gegeben.

Die folgende Tabelle gibt die Altersstruktur getrennt nach Frauen und Männern wieder:

Alterstruktur der Stichprobe		
Orthopädiestudie		
	weiblich	männlich
bis 30 Jahre	7,7%	--
31 bis 40 Jahre	15,4%	12,5%
41 bis 50 Jahre	41,0%	29,2%
über 50 Jahre	35,9%	58,3%
Personenzahl insgesamt	39	24

Von Bedeutung scheint, daß die weit überwiegende Zahl der an dieser Rehamaßnahme Teilnehmenden berufstätig sind:

Erwerbstätigkeit	mit HGT	ohne HGT
Orthopädiestudie		
ja	87,9%	90,0%
nein	12,1%	10,0%
Personenzahl insgesamt	33	30

¹⁵ Pro Trainingsdurchlauf wurden jeweils 12 Stunden abgehalten.

4.4 EINIGE ERGEBNISSE DER ANAMNESE-BEFRAGUNGEN

4.4.1 DAUER DER ÄRZTLICHEN BEHANDLUNG

Fast alle Befragten weisen vor Beginn ihrer Rehabilitationsmaßnahme eine lange Erkrankungsdauer auf; drei Viertel befinden sich wegen der orthopädischen Erkrankung länger als drei Jahre in ärztlicher Behandlung.

Dauer der ärztlichen Behandlung vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme	
Orthopädiestudie	
bis 6 Monate	6,3%
6 Monate bis 1 Jahr	7,9%
1 bis 3 Jahre	7,9%
länger als 3 Jahre	74,6%
keine Angaben	3,2%
Personenzahl insgesamt	63

Rund 68% aller Befragten gaben in diesem Zusammenhang außerdem an, daß sie zum erste Mal an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen haben.

4.4.2 ART UND AUSPRÄGUNG VORHANDENER BESCHWERDEN

Um Anhaltspunkte für die Beurteilung der Schwere der Erkrankung zu finden, wurden den Befragten Listen mit typischen Störungen/ Beschwerden vorgelegt. Abgefragt wurden dabei zum einen für orthopädische Erkrankungen typische Symptome, gleichzeitig wurde auch nach der Ausprägung dieser Symptome gefragt.

Leitsymptome der Erkrankungen waren:

- Schmerzen (bei über 95% der Befragten)
- eingeschränkte Beweglichkeit
- Schlafstörungen und
- Stimmungsschwankungen

4.4.3 BEURTEILUNG DER BISHERIGEN BEHANDLUNGSMETHODEN UND -ERFOLGE

Alle Beteiligten wurden gebeten, Angaben zu den bisher angewendeten Behandlungsmethoden zu machen.

Angewandte Behandlungsmethoden, -therapien	
Mehrfachnennungen	
Orthopädiestudie	
Physikalische Therapien	86%
Sport/ Schwimmen	83%
Krankengymnastik	73%
Medikamenteneinnahme	58%
Rückenschule	42%
Psychotherapie	19%
Sonstiges	17%

Psychotherapie zur Behandlung orthopädischer Erkrankungen scheint, nach Auswertung der Befragungsdaten, eine eher untypische Behandlungsform zu sein. Innerhalb dieser Untersuchung haben nur rund 1/5 aller Befragten bisher eine psychotherapeutische Behandlung erfahren. Die Betrachtung psychischer und somatischer Zusammenhänge scheint demnach in der Therapie chronisch orthopädischer Erkrankungen eine eher untergeordnete Rolle zu spielen (vgl. dazu: Hildebrandt et. al., 1990).

Gefragt nach der Wirksamkeit der durchgeführten Behandlungen bewerten der größte Anteil aller Befragten Krankengymnastik, physiotherapeutische Anwendungen und Sport/ Schwimmen durchweg als gut. Die Wirksamkeit von Rückenschule und psychotherapeutischer Behandlung beschreiben rd. 30% als gut. Besonders kritisch wird der Erfolg medikamentöser Behandlungen eingeschätzt, rd. 50 % beurteilen die Wirkung von Medikamenten (vor allem werden Schmerzmittel und Beruhigungsmittel angewandt) als schlecht.

4.4.4 VORERFAHRUNGEN MIT ENSTPANNUNGSMETHODEN

Beim Hildesheimer Gesundheits-Training handelt es sich um ein mentales Training zur Gesundheitsförderung. In diesem Kontext interessiert, über welche Vorkenntnisse und Erfahrungen die PatientInnen der orthopädischen Rehabilitationsklinik verfügen.

Vorerfahrungen mit Entspannungsmethoden

Mehrfachnennungen

Orthopädiestudie

Autogenes Training	68%
Entspannungscassetten	42%
Yoga	17%
Meditation	22%
Progressive Muskelentspannung	28%

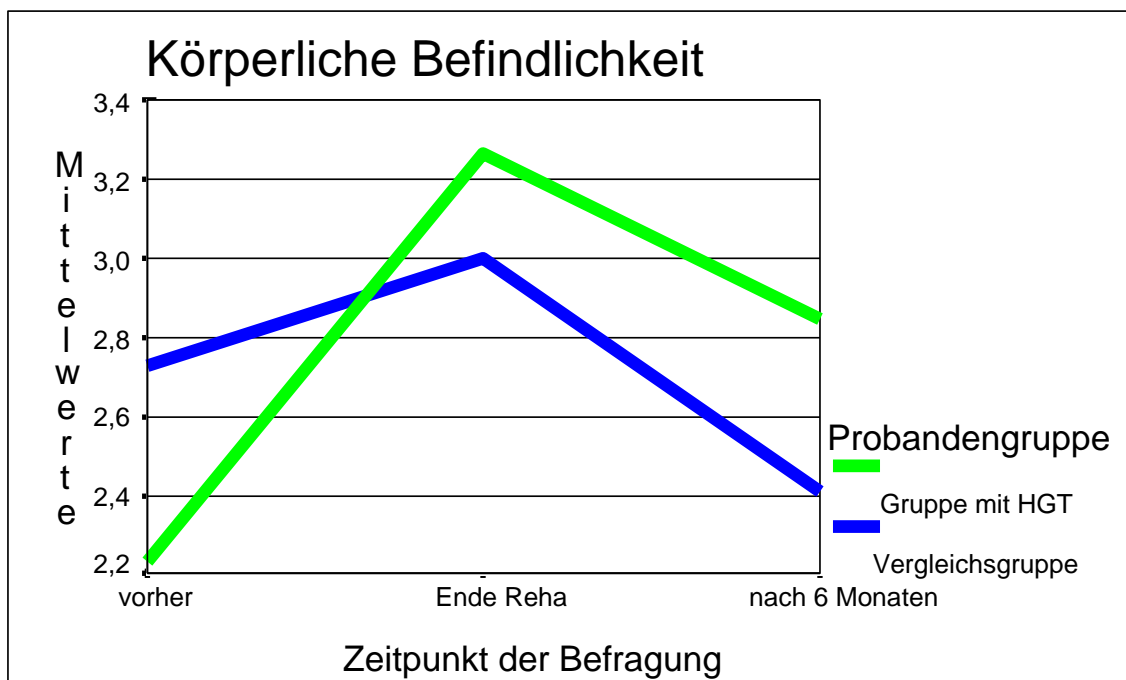
Autogenes Training scheint, zumindest bei diesen Personen, das am meisten bekannte und durchgeführte Entspannungsverfahren zu sein. Besonders hervorzuheben ist an dieser Stelle auch die Verbreitung von Entspannungscassetten. Immerhin 42% aller Befragten haben dieses Verfahren kennengelernt oder führen es regelmäßig durch. Aus qualitativen Interviews geht hervor, daß vor allem Verfahren wie Autogenes Training oder Meditation, die ein längeres Üben erfordern, eher nicht regelmäßig angewendet werden¹⁶.

¹⁶ In diesem Kontext sind besonders die Ergebnisse der zweiten Nachbefragung nach sechs Monaten interessant, in denen es um die Anwendung der suggestiven HGT-Übungen zu Hause geht.

4.5 VERÄNDERUNGEN WÄHREND UND NACH DER REHABILITATIONSMAßNAHME

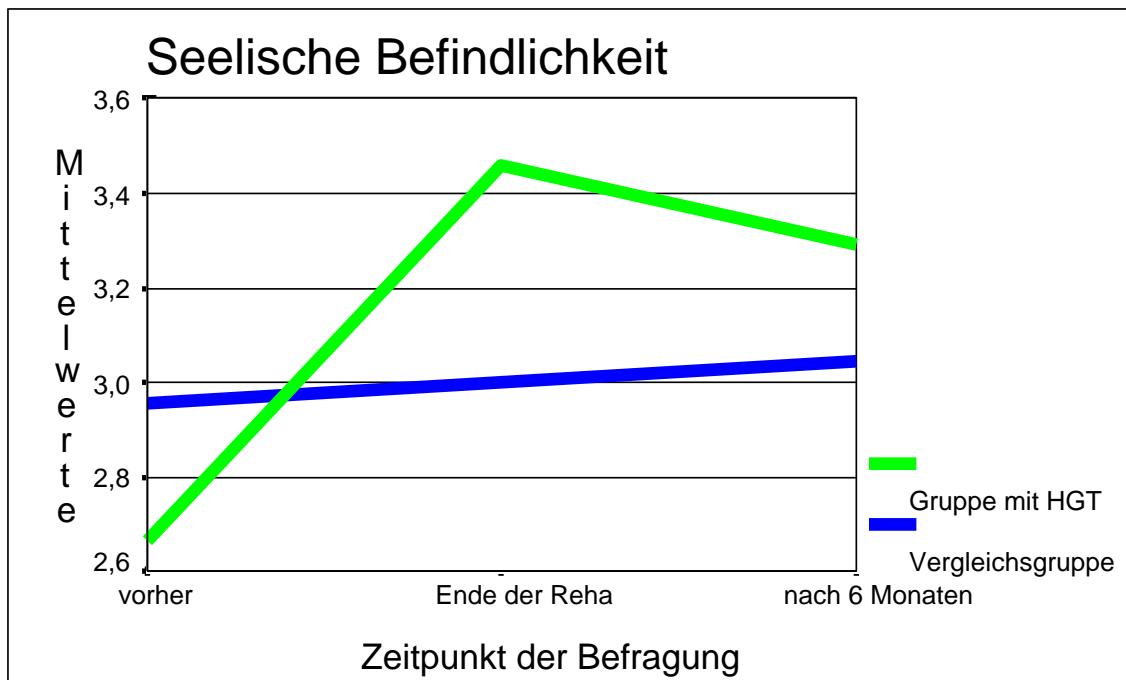
4.5.1 DIE EINSCHÄTZUNG DES KÖRPERLICHEN UND SEELISCHEN BEFINDENS

Alle teilnehmenden Patientinnen und Patienten wurden am Beginn und am Ende des Klinikaufenthaltes und nach 6 Monaten gebeten, ihr körperliches und ihr seelisches Befinden auf 6-Punkte-Skalen einzuschätzen. die folgende Abbildung zeigt die Mittelwerte beider Gruppen für "Körperliches Befinden". In der nächsten Abbildung sind die Werte für die Einschätzung des "Seelischen Befindens" sowohl für die Gruppe mit HGT wie auch die Vergleichsgruppe dargestellt. Je höher die Werte in der Graphik sind, desto positiver wird die Befindlichkeit eingeschätzt.



In Gruppe mit HGT verbessert sich die Einschätzung des körperlichen Befindens signifikant und bleibt auch nach 6 Monaten signifikant besser als am Beginn der Kur. Demgegenüber nimmt in der Vergleichsgruppe der Mittelwert kaum zu und verschlechtert sich anschließend signifikant.

Obwohl die Personen in der Vergleichsgruppe sich vorher niedriger belastet bewerten als die Personen der Trainingsgruppe, bewerten sie ihre körperliche Befindlichkeit nach sechs Monaten schlechter als vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme. Diese Tendenz setzt sich auch in der Einschätzung des "Seelischen Befindens" fort.



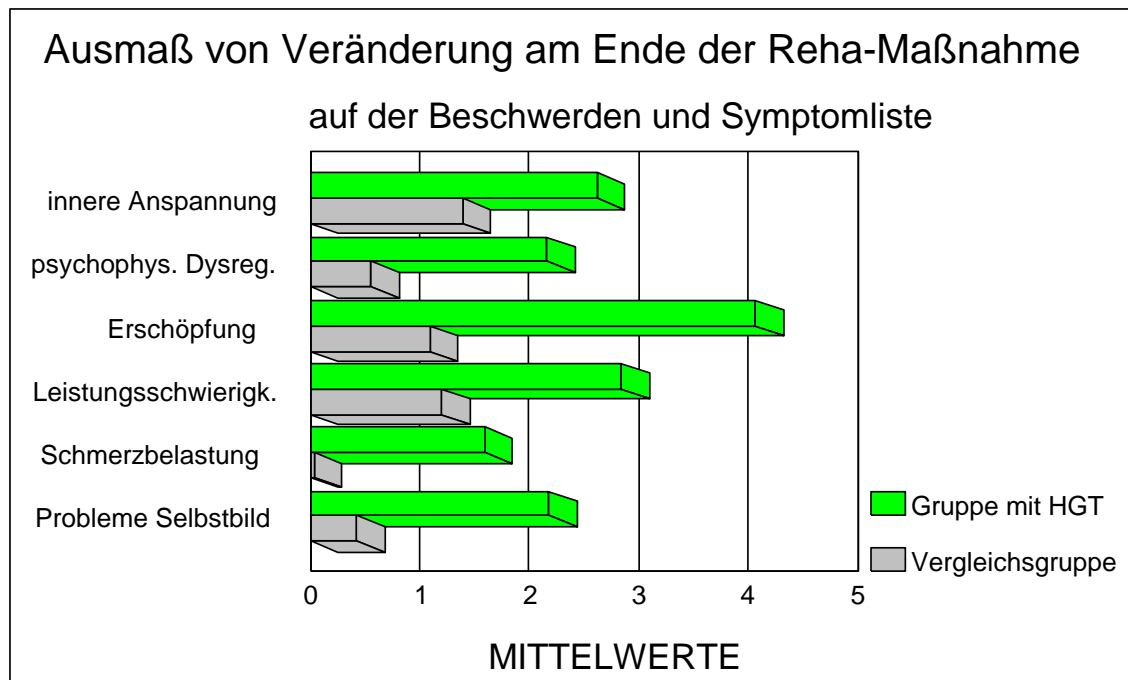
Hier ergibt sich für die Gruppe mit HGT ein signifikanter Anstieg des seelischen Befindens im Lauf der Kur, während es bei der Vergleichsgruppe konstant bleibt

4.5.2 VERÄNDERUNGEN AUF DER BESCHWERDEN- UND SYMPTOMLISTE

Bei den hier verwendeten Meßverfahren handelt es sich um Elemente eines standardisierten Testes. Die Änderungssensitive Symptomliste (Krampen, 1991) ist in besonderer Weise geeignet für die Veränderungsmessung in den Bereichen Nervosität und innere Anspannung, psychophysiologische Dysregulation, körperliche und psychische Erschöpfung, Leistungs- und Verhaltensschwierigkeiten, Schmerzbelastung sowie bei Problemen in der Selbstbestimmung und -kontrolle.

Diese Skalen entsprechen bestimmten Indikationsbereichen des Hildesheimer Gesundheits-Trainings, mit ihnen lassen sich besonders gut direkte Effekte einer Intervention aufzeigen, insbesondere dann, wenn es um subjektiv erlebte Veränderungen im Entspannungserleben und im Wohlbefinden geht.

Die folgende Abbildung zeigt das Ausmaß der Veränderungen zwischen den Meßwerten am Anfang und am Ende der Rehabilitationsmaßnahme.



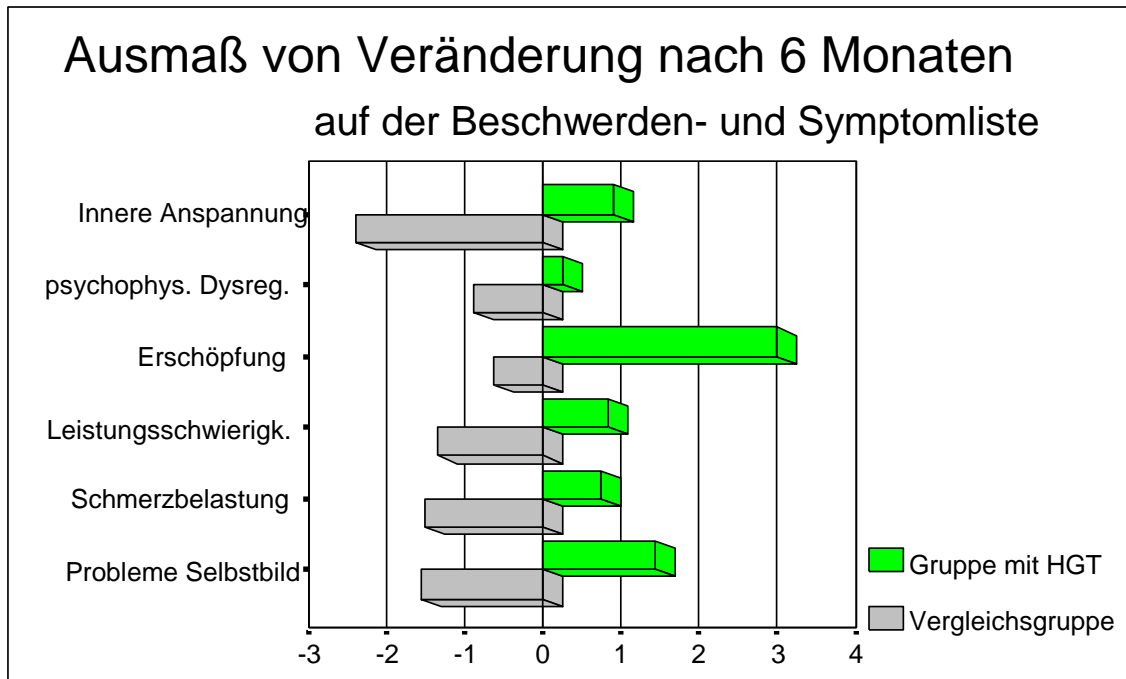
Insgesamt weist die Gruppe mit **HGT** in allen 6 Unterskalen¹⁷ ein signifikant höheres Ausmaß von Veränderungen auf als die Vergleichsgruppe.

Besonders hingewiesen sei an dieser Stelle auf die Skalen "körperliche und psychische Erschöpfung" und "Schmerzbelastung". Die signifikant höhere Veränderung in der Skala "Erschöpfung" könnte sich möglicherweise auf die Wirkung der Entspannungs- und Visualisierungsübungen und das regelmäßige Hören der Tranceinduktionsscassetten zurückführen lassen. Während der Stunden- bzw. Zeitplan für Patienten und Patientinnen in einer Rehabilitationsmaßnahme dicht gedrängt ist und somit wenig Raum für gezielte und bewußte Entspannung bleibt, werden die Teilnehmenden am HGT sowohl in den jeweiligen Übungseinheiten wie auch außerhalb des Trainings zu entsprechenden Übungen angehalten. Aber auch der höhere Grad an Erschöpfung in der Trainingsgruppe hat zu diesem signifikanten Unterschied beigetragen.

Ein Hinweis zur Skala "Schmerzbelastung": Obwohl das HGT nicht explizit auf die "Schmerzreduzierung" oder den "Umgang mit Schmerzen" eingeht, werden signifikante Veränderungen deutlich. Auffallend ist aber an dieser Stelle vor allem die kaum meßbare Veränderung innerhalb der Vergleichsgruppe. Dies vor allem, wenn Teilnehmende an orthopädischen Rehabilitationsmaßnahmen die Schmerzreduktion (neben der Wiederherstellung bzw. Verbesserung der Beweglichkeit) als Hauptanliegen beschreiben.

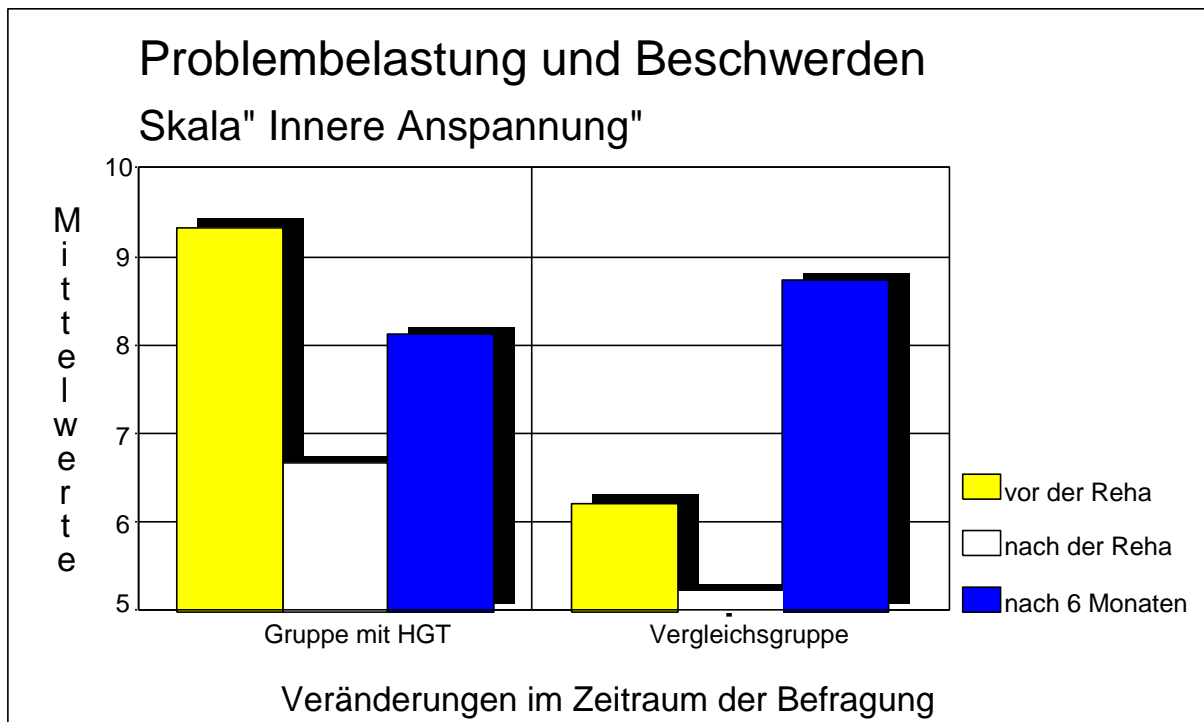
¹⁷ Insgesamt weist die änderungssensitive Symptomliste 36 Items aus. Je sechs dieser Items werden den o.gen. Sub-Skalen zugeordnet.

Welche Veränderungen in den einzelnen Skalen nach sechs Monaten feststellbar sind, gibt die folgende Abbildung wieder. Auch hier handelt es sich wieder um die Differenz der Meßwerte am Anfang der Kur und eben nach 6 Monaten.



Auf den ersten Blick ergibt sich ein bemerkenswertes Bild: Die positiven Veränderungen am Ende der Kur sind bei der Vergleichsgruppe sechs Monate nach Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme nicht mehr vorhanden. In allen sechs Unterskalen zeigen sich auffallende, zum Teil signifikante Verschlechterungen.

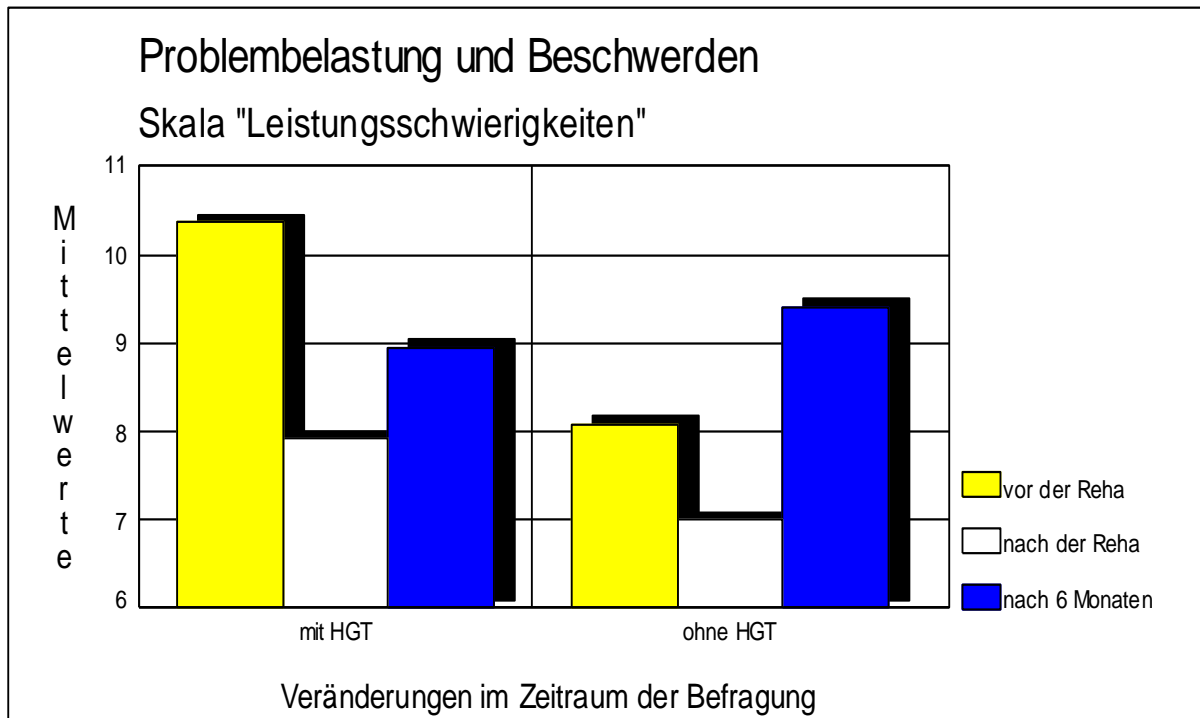
Innerhalb der Gruppe mit HGT hat sich das Ausmaß der Veränderung zwar verringert, es sind aber im vorher/ nachher Vergleich noch deutliche, zum Teil signifikante Verbesserungen bei Beschwerden und Symptomen nachweisbar. Den genaueren Verlauf der Veränderungen erklären die folgenden Abbildungen, in denen einzelne Sub-Skalen detaillierter betrachtet werden. Dazu werden jeweils die beiden Gruppen einander gegenübergestellt und die Gruppenmittelwerte verglichen.



Für die Gruppe mit HGT ergibt sich demnach eine signifikante Abnahme von "Nervosität und innerer Anspannung". Sechs Monate nach Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme zeigt sich wieder ein leichter Anstieg. Insgesamt hat sich in dieser Gruppe eine signifikante Verbesserung ergeben, die Teilnehmenden bewerten sich jetzt als weniger nervös und angespannt.

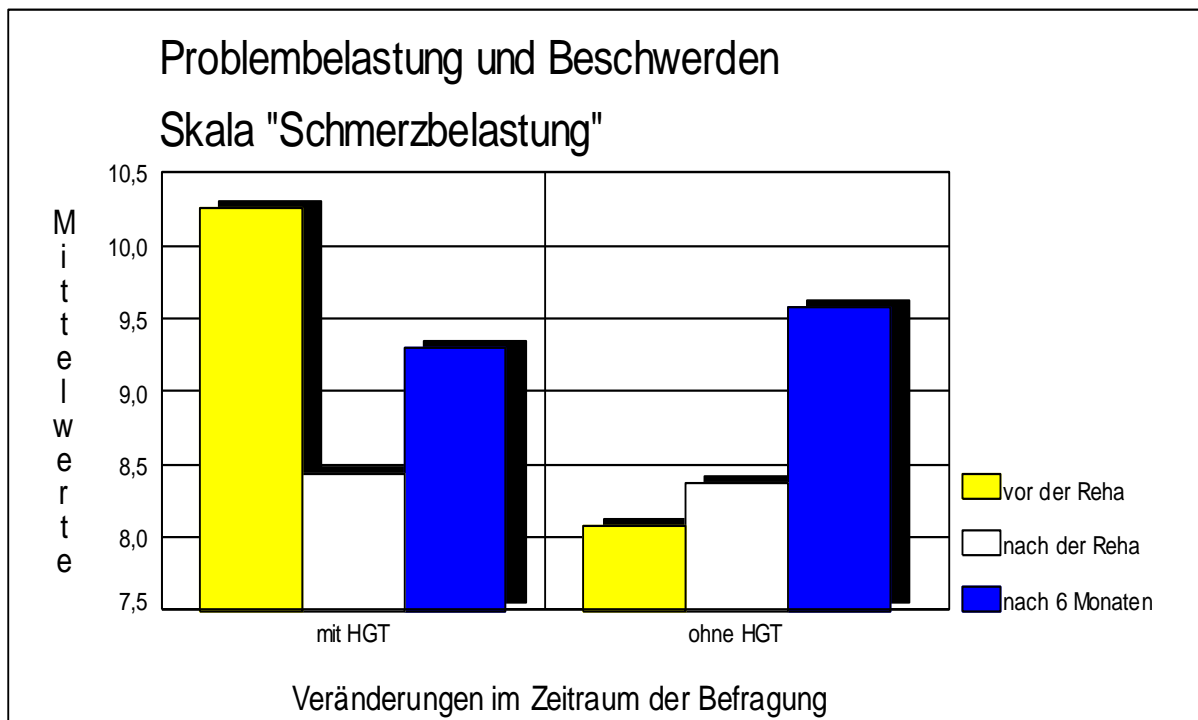
Innerhalb der Vergleichsgruppe haben sich alarmierende Veränderungen ergeben. Auch hier ist nach Beendigung des Reha-Klinikaufenthaltes ein (allerdings nicht signifikant) gesunkener Mittelwert meßbar. Nach sechs Monaten zeigen sich hier deutliche Verschlechterungen. Die innere Anspannung ist signifikant gestiegen und zwar sowohl im Vergleich zum Wert am Ende der Reha, wie auch zum Eingangswert. Insgesamt fühlen sich die Probanden dieser Gruppe nervöser und angespannter als vor Beginn der Maßnahme.

Ein Vergleich der beiden Gruppen zeigt, daß die Angehörigen der Vergleichsgruppe anfangs die Belastung durch Nervosität und innere Anspannung signifikant geringer bewerten. Trotzdem ergibt die Auswertung der Erhebungen nach sechs Monaten jetzt einen höheren Wert als in der Gruppe mit HGT.



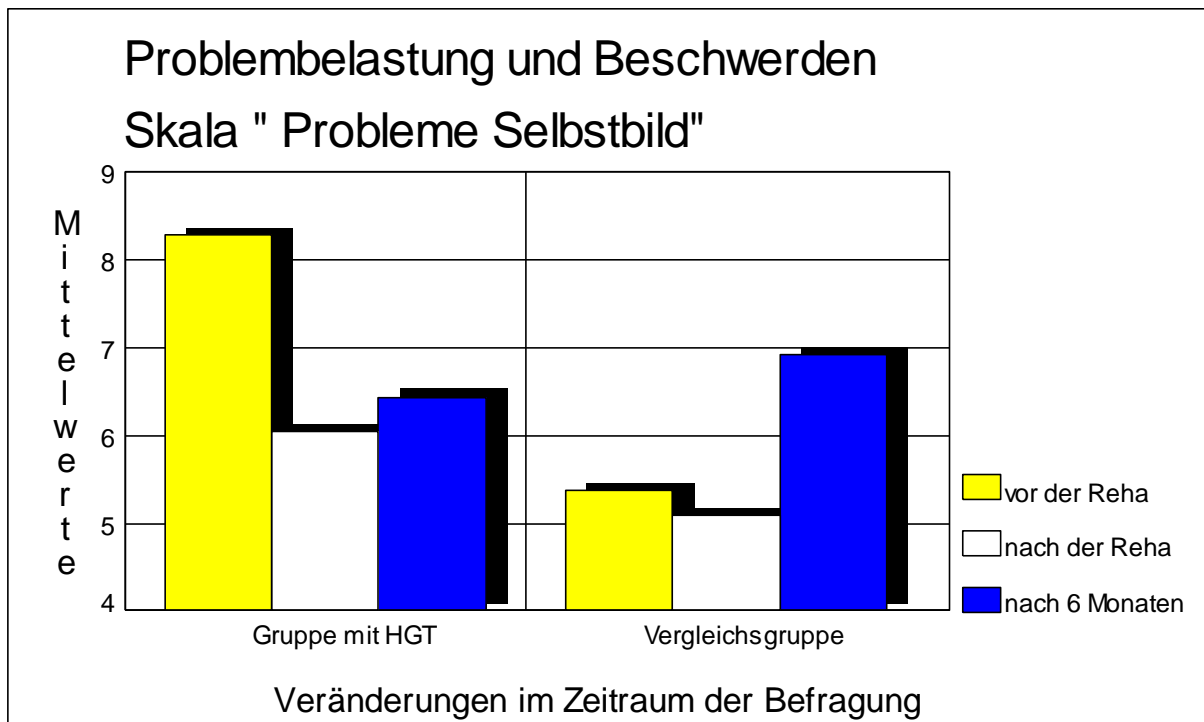
Das wahrgenommene Ausmaß an "Leistungs- und Verhaltensschwierigkeiten" sinkt im Lauf des Trainings signifikant; nach sechs Monaten ist ein leichter Anstieg meßbar. In der Vergleichsgruppe nehmen die Belastungen durch Leistungsschwierigkeiten signifikant zu.

Besondere Aufmerksamkeit kommt der Skala "Schmerzbelastung" zu. Den Wunsch, schmerzfrei zu werden bzw. eine Schmerzminderung zu erreichen, betonen Patientinnen und Patienten in der orthopädischen Rehabilitation immer wieder.



Für die Vergleichsgruppe spiegelt sich eine überraschende Entwicklung wieder. Nach eher mittlerer Schmerzbelastung bewerten die Befragten in dieser Gruppe das Ausmaß an Schmerzen nach sechs Monaten signifikant höher als vorher. Die Teilnehmenden am Gesundheits-Training weisen eine relativ hohe Vorbelastung auf. Im Verlauf der Rehabilitation sinkt dieser Wert signifikant, steigt aber auch in dieser Gruppe innerhalb von sechs Monaten wieder an.

Obwohl das **HILDESHEIMER GESUNDHEITS-TRAINING** in diesem Kontext nicht explizit auf "Schmerzbehandlung und -wahrnehmung" eingeht, zeigen sich bei den Teilnehmenden signifikante Verbesserungen der Befindlichkeit. Man kann davon ausgehen, daß die Integration von Elementen mentaler Schmerzbehandlung die heute meßbaren Ergebnisse deutlich verstärken würde.



Die letzte Unterskala der änderungssensitiven Symptom- und Beschwerdenliste ist dem Bereich der Selbstbestimmung und -kontrolle zugeordnet. Items wie die Beurteilung des Selbstvertrauens oder Bewertung von Angstzuständen geben insgesamt Auskunft über Probleme in der Selbstbestimmung und -kontrolle. Für die Gruppe mit HGT zeigen sich signifikante Verbesserungen. Innerhalb der Vergleichsgruppe zeigt sich ein fast schon "typisches" Bild. Bei niedrigerem Eingangswert und kaum meßbarer Verbesserung innerhalb der Reha-Maßnahme kommt es nach sechs Monaten zu einem signifikanten Anstieg. Die Teilnehmenden in dieser Gruppe beschreiben heute signifikant höhere Probleme in der Selbstbestimmung und -kontrolle.

Wesentliches Ziel des HGTs ist es, den Teilnehmenden jene Handlungskompetenzen zu vermitteln, die dazu beitragen, heilsame und gesundheitsfördernde Ressourcen zu aktivieren. Daß diese Ressourcen sich auch auf das eigene Selbstbild positiv auswirken, soll an dieser Stelle nicht weiter diskutiert werden.

Der Vergleich beider Gruppen auf den Unterskalen der änderungssensitiven Beschwerden- und Symptomliste zeigt, daß die Gruppe mit HGT sich zum Teil signifikant höher belastet bewerten als die Teilnehmenden der Vergleichsgruppe. Obwohl die Zuordnung der Probanden für beide Gruppen anhand gleicher Auswahlkriterien per Zufallsauswahl erfolgt ist, scheint hier eine Häufung stärker belasteter Patientinnen und Patienten stattgefunden zu haben. Dies hätte gravierende Auswirkungen für die Validität dieses Tests haben können. Man

könnte z. B. von der Annahme ausgehen, daß die höher belastete Gruppe auch den größeren Kureffekt aufweisen dürfte. Doch lassen die Ergebnisse diese Deutung nicht zu; die Gruppe mit HGT hat nicht nur in höherem Ausmaß von der Kur profitiert, auch nach 6 Monaten waren noch positive Effekte feststellbar, während sich die Werte der Vergleichsgruppe signifikant verschlechtert haben. Möglicherweise hat aber die höhere Belastung zu einer größeren Veränderungsbereitschaft beigetragen und die gemessenen Ergebnisse zusätzlich verstärkt. Die hier vorgestellten Ergebnisse auf der Beschwerden- und Symptomliste bestätigen u. E. trotz dieses methodischen Problems die positiven Vorannahmen hinsichtlich der Wirksamkeit eines ziel- und ressourcenorientierten Gesundheitstrainings.

4.5.3 KONTROLLÜBERZEUGUNGEN ZUR GESUNDHEIT

Was die Kontrollüberzeugungen zur Gesundheit betrifft, ergaben sich überraschenderweise in der Befragung keine signifikanten Veränderungen. Da dies in ausgeprägtem Kontrast zu Ergebnissen qualitativer Interviews und den Berichten der Trainer und Trainerinnen steht, vermuten wir, daß sich dieser Effekt eher durch den verwendeten Test erklären läßt.

Wie Inhalte und Wirkungen des **Hildesheimer Gesundheits-Trainings** von den Teilnehmenden der Trainingsgruppen insgesamt eingeschätzt werden, soll im folgenden Kapitel genauer diskutiert werden.

4.6 MEINUNGEN ZUM HILDESHEIMER GESUNDHEITS-TRAINING

Die in Kapitel 4.5 diskutierten Ergebnisse resultieren hauptsächlich auf direkten Veränderungsmessungen. Im folgenden geht es nun darum, welche Erfahrungen die Teilnehmenden mit dem HILDESHEIMER GESUNDHEITS-TRAINING gemacht haben, und wie Inhalte und Wirkung sowohl unmittelbar nach Beendigung des Trainings wie auch nach sechs Monaten im einzelnen eingeschätzt werden.

Dazu wurden den Probanden Aussagen vorgelegt, die auf einer Sechs-Punkte-Skala zu bewertet waren. Besonders in den Befragungen direkt nach Ende der Trainingsteilnahme zeigt sich ein hoher Grad von Zustimmung bei den Teilnehmenden. Die Art der angewendeten Verfahren sowie Inhalte und Wirkungen sind durchwegs positiv bis sehr positiv bewertet¹⁸.

Die Auswertung der Erhebung sechs Monate später reflektiert auch die im Training angeregten Prozesse und gibt Auskunft darüber, ob und wie Trainingserfahrungen in den Alltag integriert werden konnten. Vorab sind alle Trainingsteilnehmenden befragt worden, ob und wie oft die Tranceinduktionsscassetten® mit den suggestiven Übungen zu Hause gehört worden sind. Es hat sich herausgestellt, daß rd. 77% der Befragten ihre Cassetten regelmäßig, d. h. mindestens ein- bis dreimal wöchentlich anhören. Dabei werden in der Mehrheit zwei¹⁹ verschiedene Textaufnahmen verwendet. Dies läßt jedenfalls darauf schließen, daß dem Hören der Cassetten kein großer Widerstand im Weg steht, und daß die Teilnehmenden die Erfahrung gemacht haben, mit Hilfe der Trancen bestimmte Probleme angehen zu können.

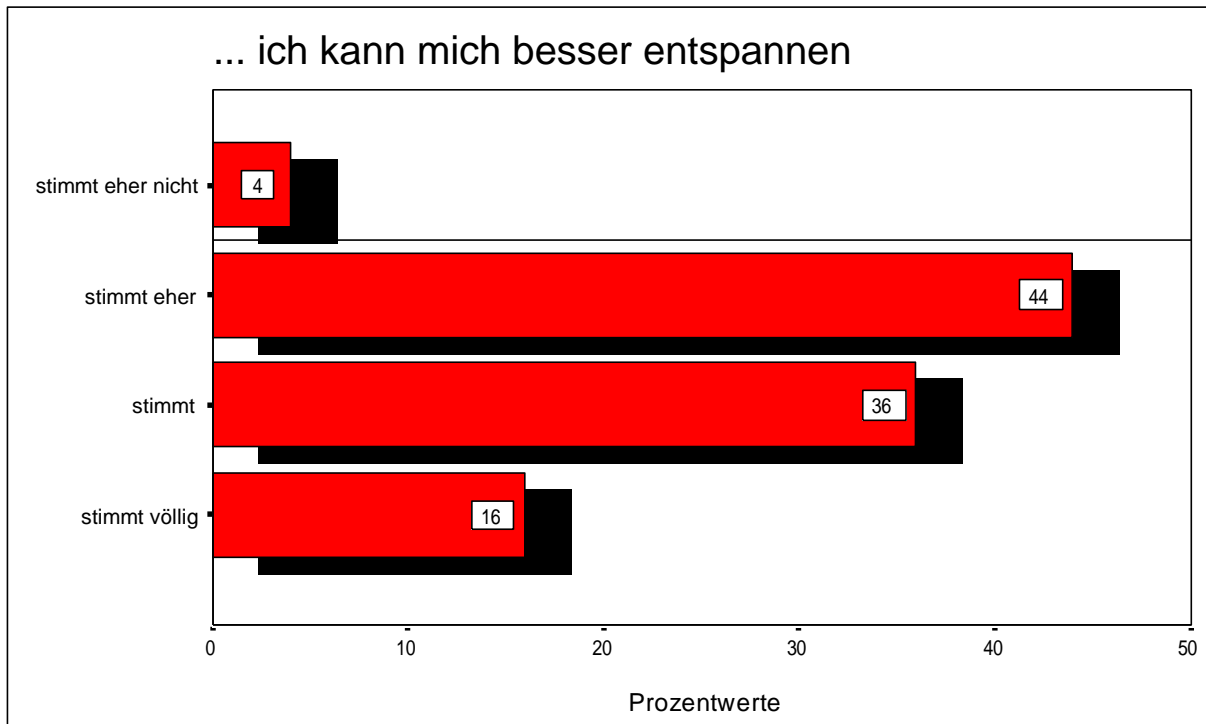
Die folgenden Abbildungen zeigen, welche Effekte bei den Teilnehmenden im Einzelnen eintreten und welche Auswirkungen sich bereits im Lebensalltag der Befragten widerspiegeln. Die sechsstufige Skala reicht von "stimmt gar nicht" bis "stimmt völlig".

Der Aussage "Ich kann mich besser entspannen" stimmten insgesamt 96 % aller Teilnehmenden zu. Die folgende Abbildung stellt die Verteilung der unterschiedlichen Grade von Zustimmung dar. Der Faktor "Entspannung" versteht sich als ein wichtiges Moment im HILDESHEIMER GESUNDHEITS-TRAINING besonders zur Streßreduzierung. Sowohl Übungen während der Trainingseinheiten wie auch die Tranceinduktionsscassetten® vermitteln den Teilnehmenden Kompetenzen, die

¹⁸ Nicht auszuschließen ist dabei, daß nach solch intensiven Gruppen- und Einzelerfahrungen Teilnehmende das Erlebte eher positiv einschätzen, sich durch diese Zustimmung quasi "bedanken".

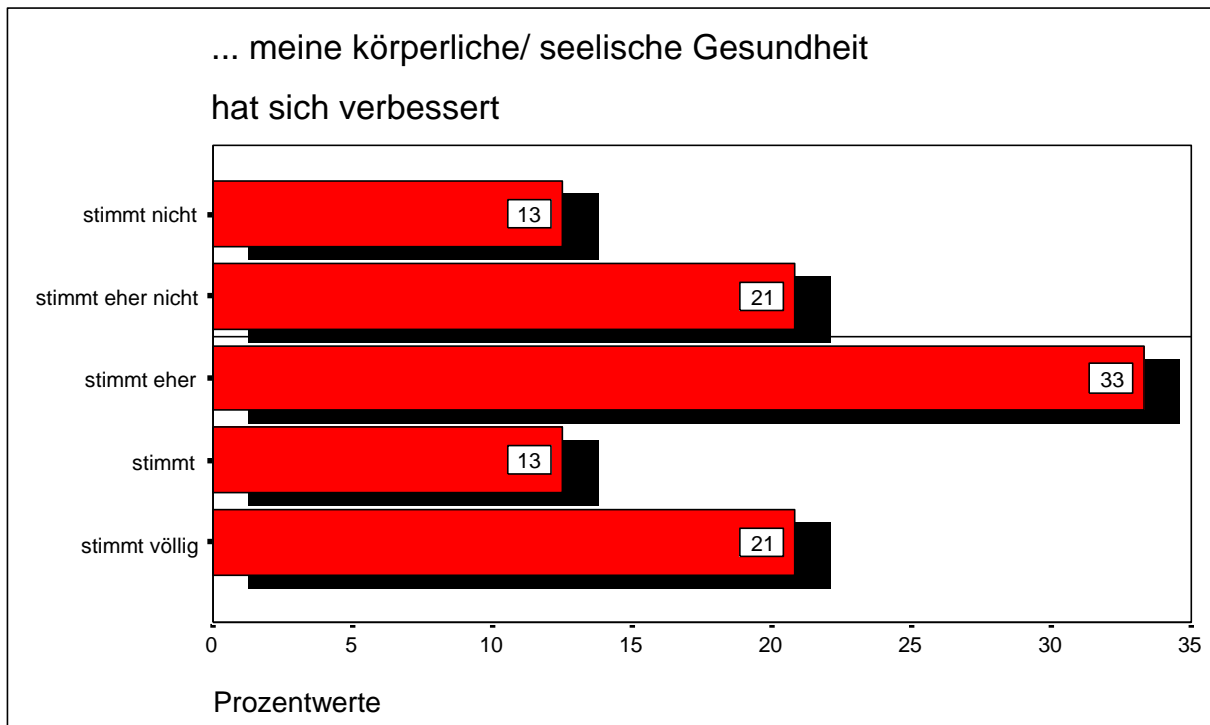
¹⁹ von insgesamt sechs zur Verfügung stehenden Aufnahmen.

zu einen besseren Umgang mit Stressoren beitragen und Entspannungszustände fördern. Die Fähigkeit, Spannungen abzubauen und sich zu entspannen ist zudem Voraussetzung für die Auseinandersetzung mit den im HGT angebotenen Themen.

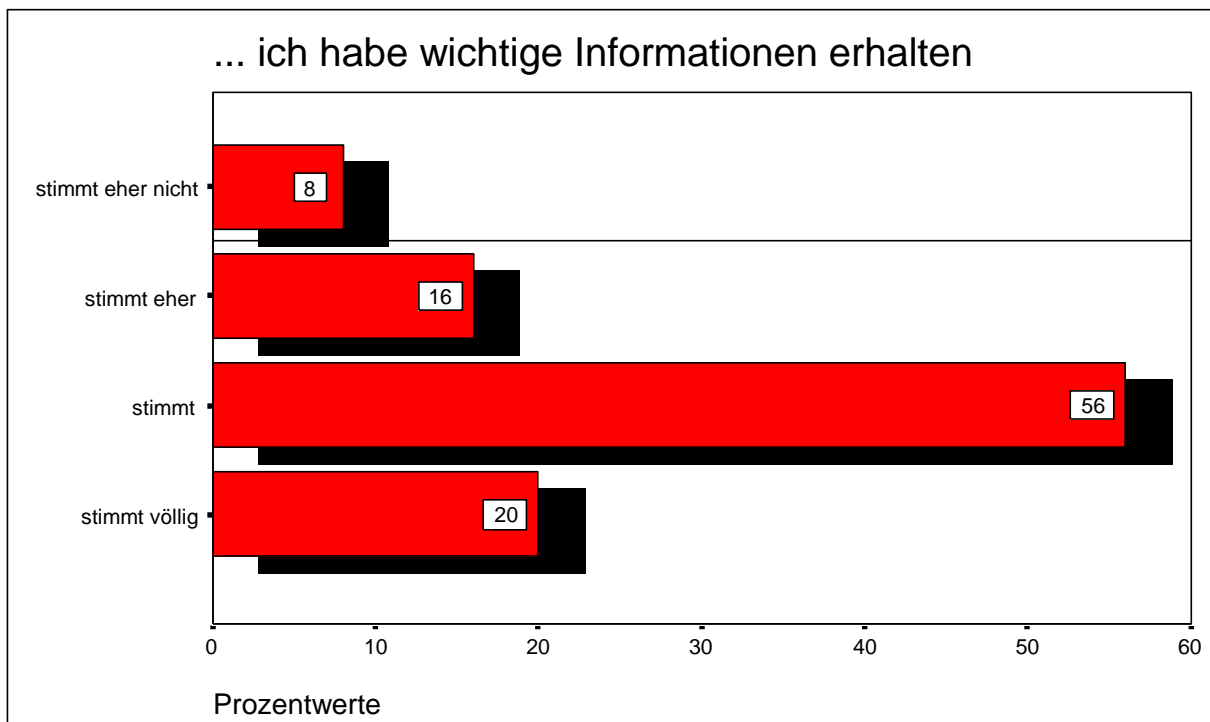


Die hier befragten Personen haben die im Training vermittelten Verfahren erlernt und sind in der Lage, diese für sich - auch nach Beendigung des Trainings - anzuwenden. Daß dies geschieht, dokumentieren auch eindrucksvoll die Veränderungen auf der Beschwerden- und Symptomliste besonders in den Skalen "Innere Anspannung" und "Körperliche und physische Erschöpfung".

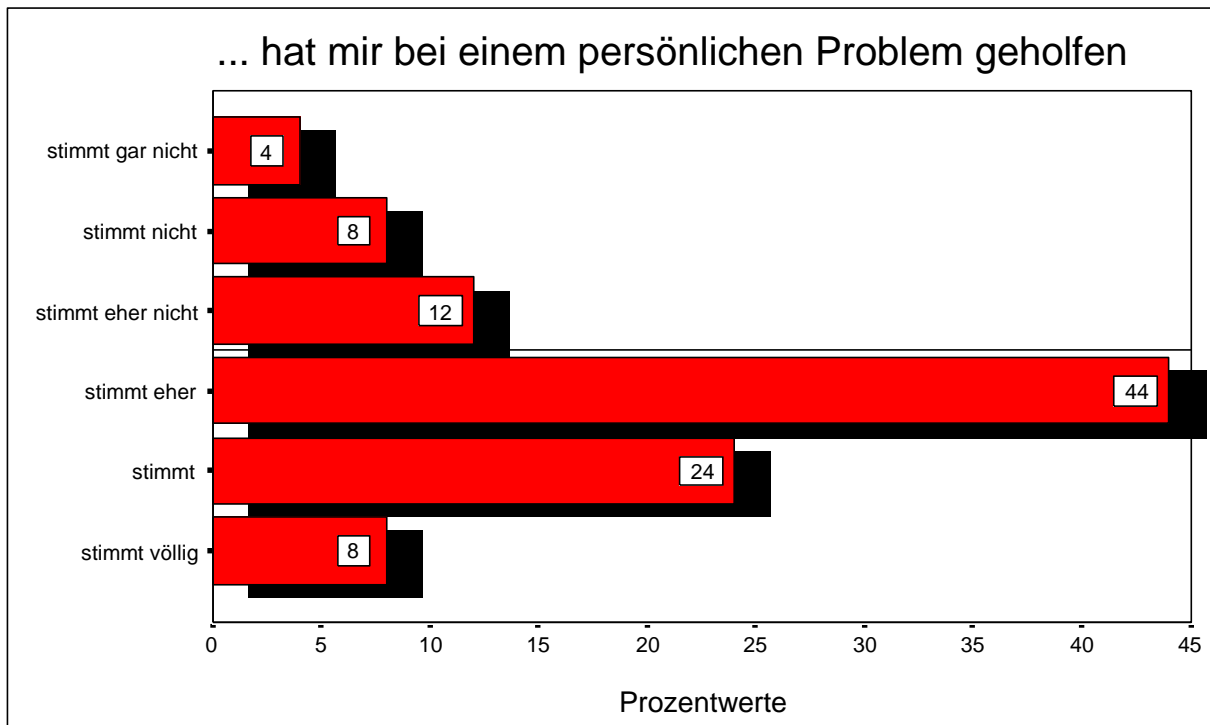
67% der Teilnehmenden stellen auch sechs Monate nach der Teilnahme am HILDESHEIMER GESUNDHEITS-TRAINING eine Verbesserung ihrer körperlichen und seelischen Gesundheit fest. Die in Kapitel 6.1 dargestellten Beurteilungen der körperlichen und seelischen Befindlichkeit im Vergleich der beiden ProbandInnengruppen bestätigen diese Aussagen noch einmal wirkungsvoll.



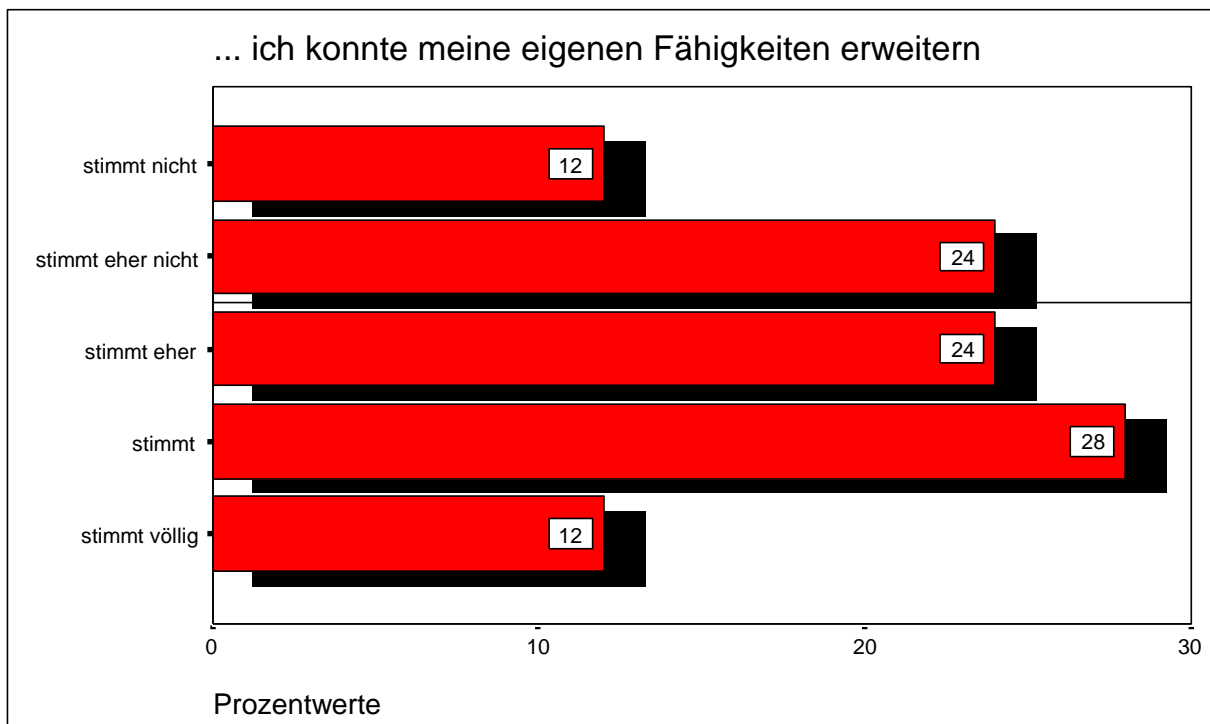
Der Aussage "Durch die Teilnahme am HGT habe ich für mich wichtige Informationen erhalten" stimmen die Teilnehmenden zu über 90% zu:



Gut drei Viertel der Teilnehmenden haben während des Gesundheitstrainings Hilfe bei einem persönlichen Problem erfahren:

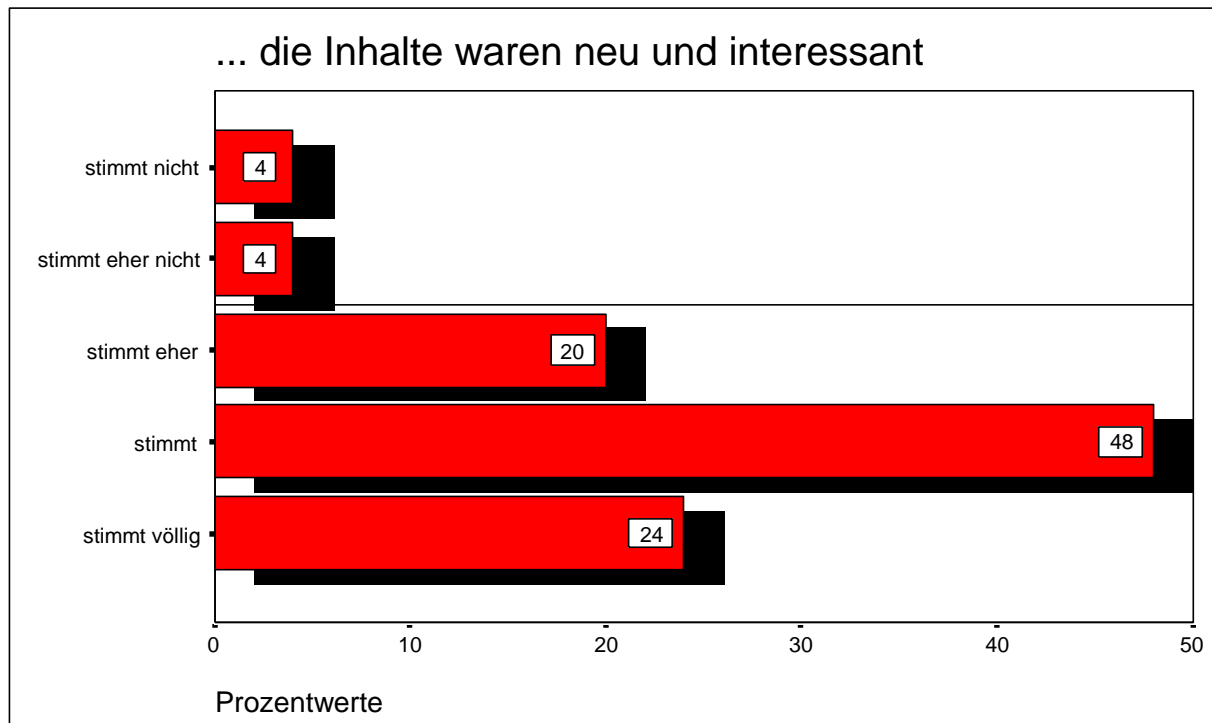


Die beiden folgenden Abbildungen zeigen die prozentualen Verteilungen für das Item "Erweiterung der eigenen Fähigkeiten" sowie für die Beurteilung der Inhalte im HILDESHEIMER GESUNDHEITS-TRAINING.



Über 90 % der Befragten beurteilen die Inhalte, d. h. die Verfahren und die Art und Weise in der HILDESHEIMER GESUNDHEITS-TRAINING heilsame und gesundheitsfördernde Ressourcen bei den Teilnehmenden aktiviert als neu und interessant.

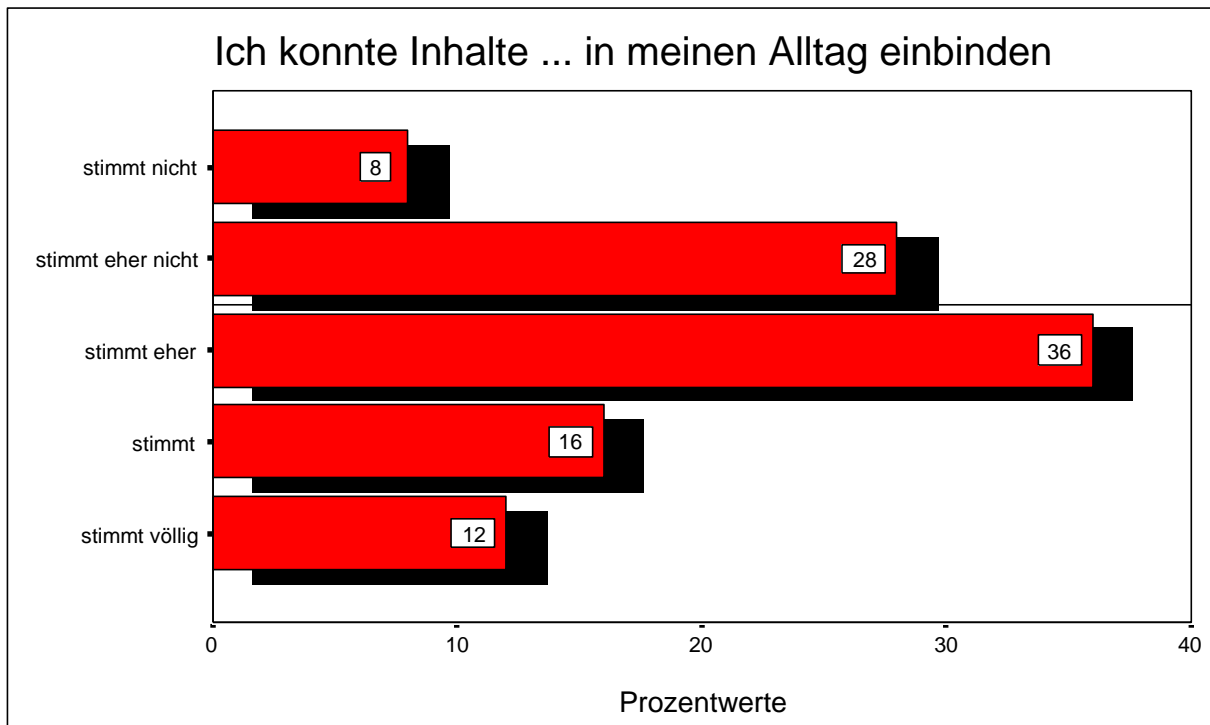
Die meisten der hier befragten Personen haben erstmals Verfahren kennengelernt, die sie darin unterstützen aktiv bei Heilungs- und Genesungsprozessen mitzuwirken.



Besonders hingewiesen sei an dieser Stelle auf die folgende Abbildung. Hier ist dargestellt, wie hoch der Anteil derjenigen ist, die Inhalte aus dem Hildesheimer Gesundheits-Training in ihren Lebensalltag integrieren können. Im Rahmen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme fällt es sicher leichter, regelmäßig Übungen durchzuführen bzw. sich mit gesundheitsfördernden Themen auseinander zu setzen. Die Wirkung eines solchen Trainings darf aber nicht nur auf eine so kurze Zeitspanne, wie sie ein Klinikaufenthalt darstellt, begrenzt bleiben. Daher sollte ein Gesundheitstraining so konzipiert sein, daß es den Teilnehmenden - nach einer möglichst kurzer "Übungsphase" möglich ist, viele der Strategien und Verfahren auch im persönlichen Lebensalltag ohne weitere Hilfe anzuwenden.

Die Teilnehmenden am HGT zeigen, daß dieser Transfer bei rund zwei Dritteln stattgefunden hat.

Die meisten geben an, regelmäßig Tranceinduktionscassetten anzuhören, das scheint auch leicht außerhalb der Kur möglich zu sein und hängt vermutlich auch eng mit der Langzeitwirkung des HGTs zusammen.



Insgesamt, das zeigt die Auswertung der erhobenen Daten, hat sich die Wirksamkeit des HILDESHEIMER GESUNDHEITS-TRAININGS in der ergänzenden Therapie bei Patientinnen und Patienten mit chronisch orthopädischen Erkrankungen bewährt. In der hier vorgestellten Untersuchung zeigt sich eindrucksvoll, welche Veränderungen auch über einen längeren Zeitraum stattfinden, wenn Erkrankte an diesem Programm teilnehmen.

Es bleibt aber auch die Befürchtung, daß ohne ganzheitlichen Ansatz und mentales Training die besten Angebote Stückwerk bleiben und nur zu kleinen und kurzfristigen Verbesserungen führen²⁰.

Dabei scheint der personelle und materielle Aufwand für ein derartiges Training von 6 x 2 (besser 8 x 3 Stunden) wirklich überschaubar. Besonders wenn man berücksichtigt, wie groß das Einsparungspotential (Stichwort: Frühberentung) ist. Bei allen positiven Ergebnissen haben sich auch jene Punkte geöffnet, in denen das HILDESHEIMER GESUNDHEITS-TRAINING verändert bzw. ergänzt werden könnte. Besonders in den Ergebnissen der Befragungen sechs Monate nach Beendigung des Trainings ist deutlich geworden, daß einige der signifikanten Verbesserungen im Wohlbefinden sich nicht im gewünschten Ausmaß erhalten haben. Deshalb haben wir wesentliche Elemente des Trainings, insbesondere, was die Arbeit an blockierenden Überzeugungen und Krankheitsgewinnen betrifft, weiterentwickelt.

²⁰ Kranken- und Sozialversicherungsträger und Betreiber von Rehabilitationskliniken sollten diese Ergebnisse wohl zum Anlaß nehmen, die bisherige Behandlungskonzepte in Frage zu stellen.

5. DAS HGT IN DER REHABILITATION VON KREBSERKRANKUNGEN.

5.1 FORSCHUNGSSTAND

Seit etwa 20 Jahren gibt es in Deutschland Ansätze zur psychosozialen Betreuung von Tumorpatienten zusätzlich zur üblichen medizinisch-onkologischen Therapie. Dies ist mit Sicherheit eine Möglichkeit, Menschen dabei zu unterstützen, mit einer so schweren Erkrankung, den damit evtl. einhergehenden Schmerzen, den Ängsten vor der Zukunft und vor doch sehr bedrohlichen medizinischen Verfahren besser fertig zu werden.

Die Wirksamkeit psychoonkologischer Massnahmen in Bezug auf das Krankheitsgeschehen ist allerdings weiterhin strittig. Bei den etwa 40 gut kontrollierten Studien, die in diesen 20 Jahren durchgeführt wurden, gibt es keine einheitlichen Ergebnisse; negative Effekte werden genauso berichtet wie extrem positive (etwa Spiegel u. a. 1989, Greer u. Watson 1987, 1992).

Dies kann nicht der Rahmen sein, diese Studien im Detail zu würdigen, aber genausowenig, wie Tumor gleich Tumor, Chemotherapie gleich Chemotherapie ist, ist eine psychoonkologische Betreuung identisch mit der anderen.

Zweifellos können bereits **Informationen** über die Erkrankung, die Diagnostik und Therapie, sowie den Krankenhausbetrieb dazu beitragen, mit all dem besser umgehen zu können und damit weniger unter Stress zu geraten.

Daß - und dies ist die nächste Ebene - **Gespräche über Sorgen und Ängste** und andere Formen partnerschaftlicher Hilfen von vielen gewünscht werden und dabei helfen, diese Ängste zu verarbeiten, zeigt sich auch in in dem Zuspruch, den Selbsthilfegruppen finden.

Weitreichender ist sicher eine **Arbeit an massiven inneren Konflikten** und Grundmustern, die zu Stress oder Depression führen. Wie etwa Rossi (1991, 1993) zeigt, blockieren Stress und Depression die inneren dianen und ultradianen Rhythmen und behindern damit auch die Funktion des Immunsystems. Werden diese inneren Konflikte gelöst, fällt damit auch diese Behinderung weg. Können kurze Zeit andauernde Gefühle - positive, aber auch negative - frei gezeigt werden, so wirkt sich dies ebenfalls positiv auf die Funktion des Immunsystems aus; worauf z. B. M. Kemeny hinweist.

Mit einer schweren Erkrankung verändern sich Wertehierarchien und Ziele; die **Arbeit an neuen Visionen und Lebensplänen** wird einen wichtigen Teil der Therapie ausmachen.

Die **Arbeit an Krankheitsgewinnen** ist in der Lage, weitere psychische Behinderungen des Heilungsprozesses aufzulösen.

Viele Hinweise zeigen sich etwa in der Hypnoseforschung, der Konditionierungsforschung, der Analyse von Spontanheilungen und Placeboeffekten, daß es möglich ist, **Heilungsprozesse gezielt** - etwa über Visualisierung (Achterberg 1990) zu **fördern**.

U. E. wird eine psychoonkologische Intervention dann mit hoher Wahrscheinlichkeit Wirkung zeigen, wenn sie all diese Elemente beinhaltet. Dies erklärt sicher einen Teil der negativen Ergebnisse der Studien zur Wirksamkeit dieser Interventionen. Und gibt einen Rahmen für mentale Interventionen wie das HGT vor.

5.2 Die Durchführung des Trainings und der Befragungen

Dieser Teil der Studie wurde schwerpunktmäßig in Krebs - Selbsthilfegruppen durchgeführt, ergänzt durch eine Untersuchung in einer onkologischen Reha-Klinik.

Die in die Untersuchung einbezogene Gruppe bestand aus den Mitgliedern mehrerer Selbsthilfegruppen in Niedersachsen und Hamburg, wobei die Gruppen per Zufall der Experimentalgruppe oder der Kontrollgruppe zugeordnet wurden. In der Reha-Klinik wurden die 4 Gruppen, die sich bereit erklärt hatten, an der Untersuchung teilzunehmen, per Zufall der Experimentalgruppe oder der Kontrollgruppe zugeordnet.

Die Kontrollgruppe wurde vorher und nachher getestet; in der Reha-Klinik bekam sie das übliche Programm. Die Experimentalgruppe nahm am HGT teil, in den Selbsthilfegruppen über 8 Wochen und 8 x 3 Stunden, in der Reha-Klinik über 3 Wochen und 6 x 2 Stunden, jeweils samt Hausaufgaben und Trancecassetten.

Insgesamt wurden 98 Personen folgender Altersstruktur in die Untersuchung einbezogen:

Altersgruppen Krebsstudie	mit HGT %	ohne HGT %
0-40 Jahre	3,8%	11,6%
41-50 Jahre	15,4%	14,0%
51-60 Jahre	40,4%	41,9%
61-70 Jahre	28,8%	27,9%
über 70	11,5%	4,7%
Personenanzahl insgesamt	52	43

Die Geschlechtsverteilung war wie folgt:

Geschlecht Krebsstudie	mit HGT %	ohne HGT %
weiblich	83,6%	76,7%
männlich	14,5%	23,3%
Missing-Werte	1,8%	
Personenanzahl insgesamt	55	43

Die Untersuchung hatte sich allerdings gegenüber unserem ursprünglichen Zeitplan etwas verzögert, sodaß die 6-Monats-Nachbefragung erst im Sommer 1997 durchgeführt werden kann. Es war weit schwieriger als erwartet, Selbsthilfegruppen zur Mitarbeit zu bewegen. Dabei scheint eine Rolle zu spielen, daß in der letzten Zeit viele zum Teil ziemlich obskure Verfahren an die Selbsthilfegruppen herangetragen wurden; so mußten wir erst intensive Vorarbeit leisten, um die Selbsthilfegruppen von der Seriosität unseres Vorhabens zu überzeugen.

5.3 EINIGE ERGEBNISSE DER ANAMNESEBEFRAGUNGEN

5.3.1 ZEITPUNKT DER ERSTERKRANKUNG

Zeitpunkt der Ersterkrankung Krebsstudie	mit HGT	ohne HGT
innerhalb von 6 Monaten	13%	5%
6 Monate bis 1 Jahr	12%	12%
1 bis 3 Jahre	31%	23%
3 Jahre und mehr	43%	60%
Personenanzahl insgesamt	51	43

Tendenziell zeigt sich hier, daß bei der Kontrollgruppe der Zeitpunkt der Ersterkrankung etwas weiter zurückliegt.

5.3.2 Zufriedenheit mit der Gesundheit am Anfang des Trainings

Die Experimentalgruppe zeigt sich am Anfang des Trainings deutlich unzufriedener mit der Gesundheit, was sich auch im Medikamentenkonsum und der höheren Anzahl an Menschen, die aktuell in ärztlicher Behandlung sind, ausdrückt:

5.3.3 In ärztlicher Behandlung?

In ärztlicher Behandlung? Krebsstudie	mit HGT	ohne HGT
ja	93%	77%
nein	7%	23%
Personenanzahl insgesamt	53	43

Anscheinend hat die zufällige Auswahl von Gruppen (die unter den vorliegenden Bedingungen nicht zu vermeiden war) leider dazu geführt, daß die Gruppen in Bezug auf ihre Gesundheit nicht ganz gleichwertig sind; die höhere Belastung der Experimentalgruppe muß bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

5.3.4 Erwerbstätigkeit

Hier zeigt sich ein deutlicher Unterschied zur orthopädischen Studie; während dort die weit überwiegende Zahl erwerbstätig war, ist hier die Mehrheit nicht erwerbstätig.

Erwerbstätigkeit Krebsstudie	mit HGT	ohne HGT
ja	21,8%	32,6%
nein	69,1%	67,4%
Missingwerte	9,1%	
Personenanzahl insgesamt	55	43

Neben der Schwere der Erkrankung spiegelt sich hier sicher auch das höhere Alter der Teilnehmenden wieder.

5.3.5 Vertrauen zu psychologischen Verfahren

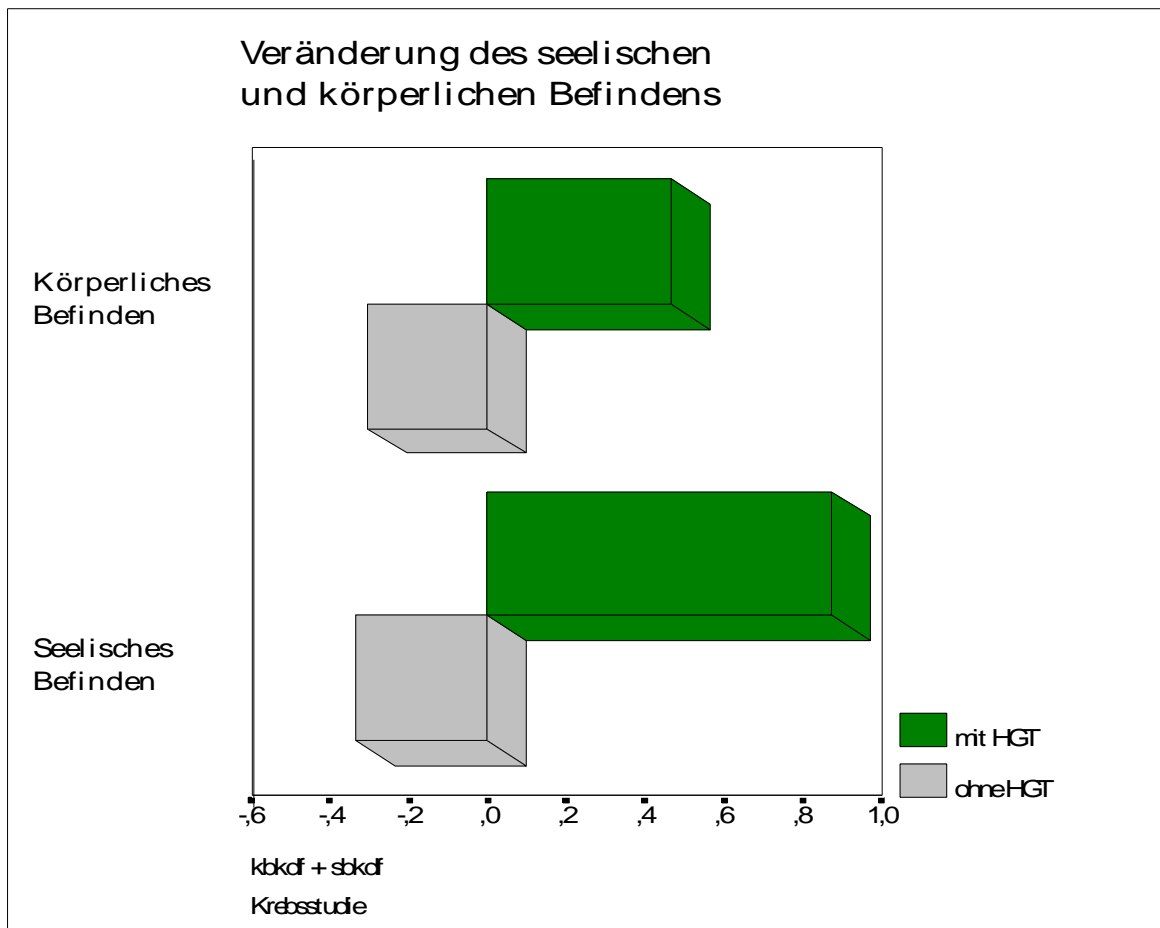
In vielen Placebostudien zeigt sich, daß das Vertrauen zum Verfahren und zum Gegenüber wichtige Bedingungen für ein positives Ergebnis sind. Dieses Vertrauen scheint psychologischen Verfahren gegenüber zu einem sehr hohen Ausmaß vorhanden zu sein:

Ist Hilfe durch psychologische Verfahren möglich? Krebsstudie.		
	mit HGT	ohne HGT
ja	87,3%	93,0%
nein	5,5%	4,7%
Missing-Werte	7,2%	2,3%
Personenanzahl insgesamt	55	43

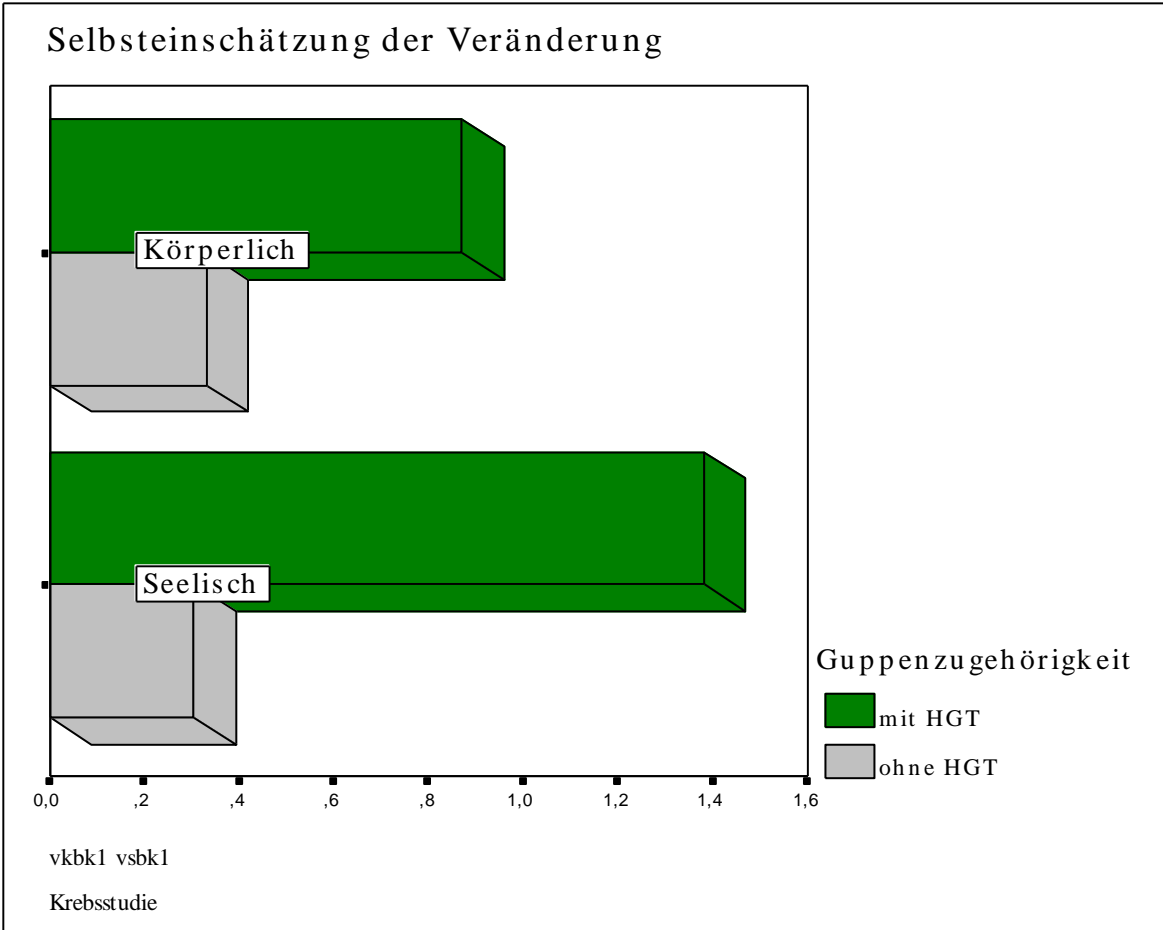
5.4 Veränderungen während der Durchführung des HGTs.

5.4.1 Die Einschätzung des körperlichen und seelischen Befindens

Alle Teilnehmenden wurden am Beginn und am Ende des Trainings, bzw. des Klinikaufenthalts gebeten, ihr körperliches und seelisches Befinden einzuschätzen. In dieser Graphik wird die Differenz zwischen dem Wert am Anfang und am Ende des Trainings dargestellt. Es zeigen sich bei der Gruppe mit HGT signifikante Verbesserungen. Besonders deutlich zeigt sich die Verbesserung im seelischen Befinden.

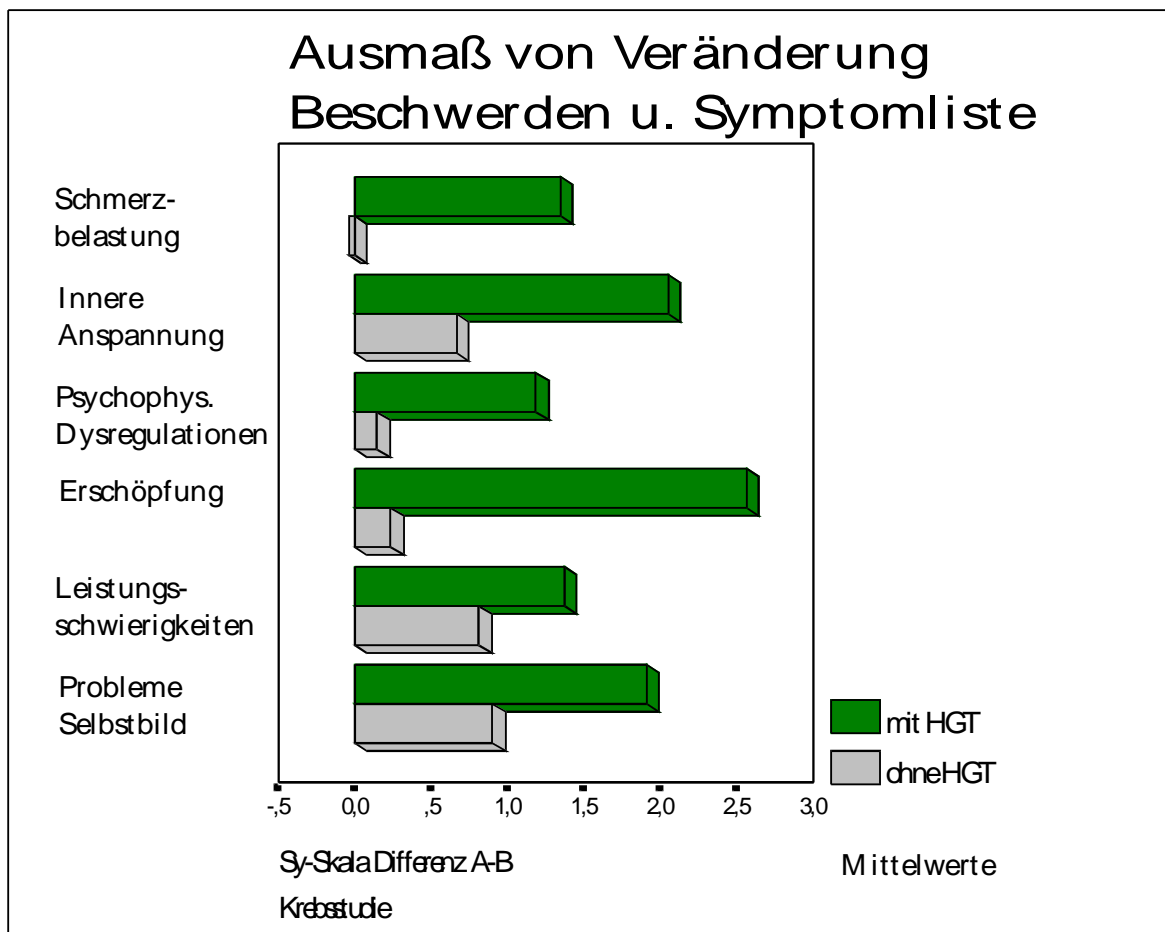


Eine Frage nach den erlebten Veränderungen im Zeitraum des Trainings ergab ähnliche Ergebnisse:



5.4.2 Veränderungen auf der Beschwerden- und Symptomliste

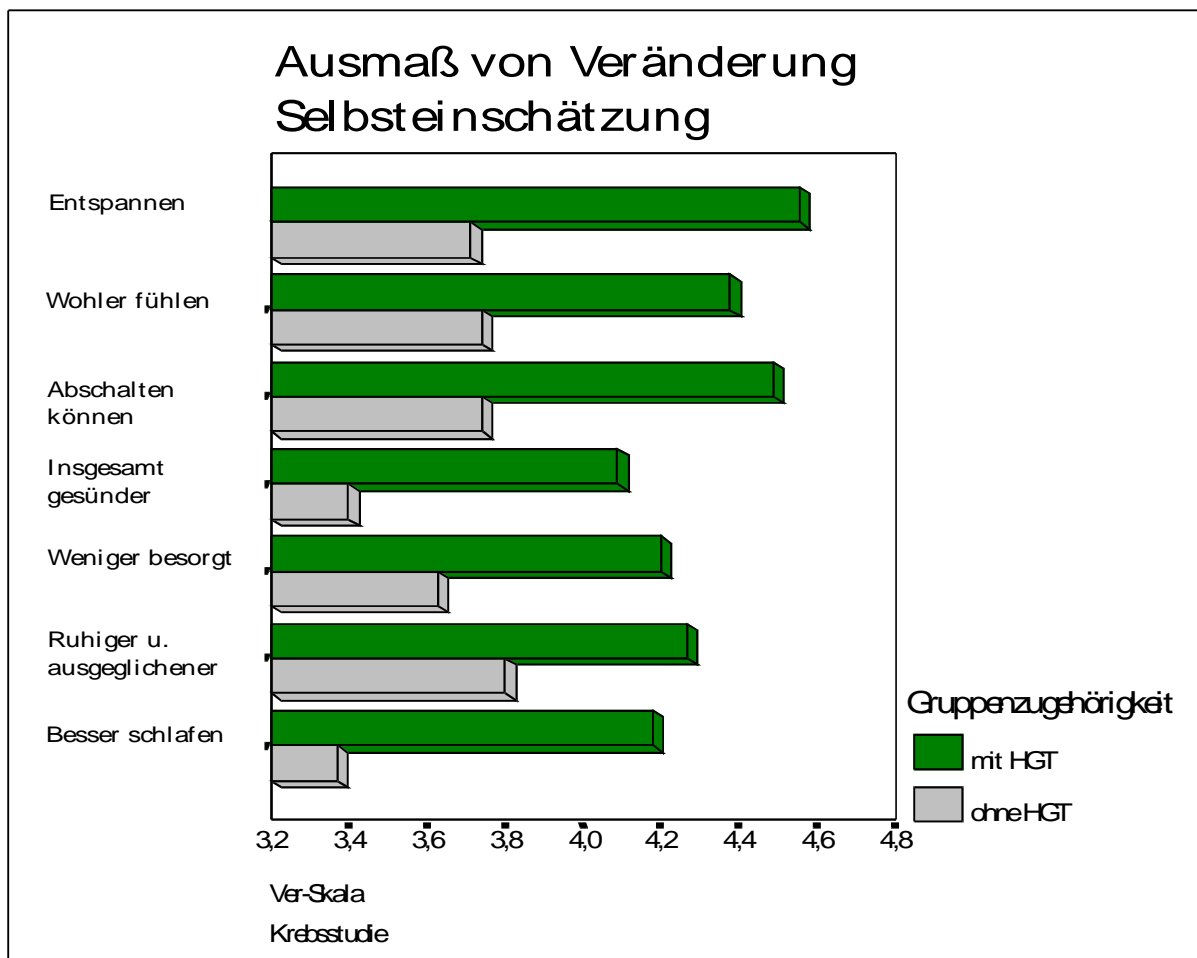
Auch auf der Beschwerden- und Symptomliste ergaben sich signifikante Verbesserungen. Besonders deutlich in Bezug auf innere Anspannung, Erschöpfung und Schmerzbelastung.



5.4.3 Fragen nach erlebten Veränderungen

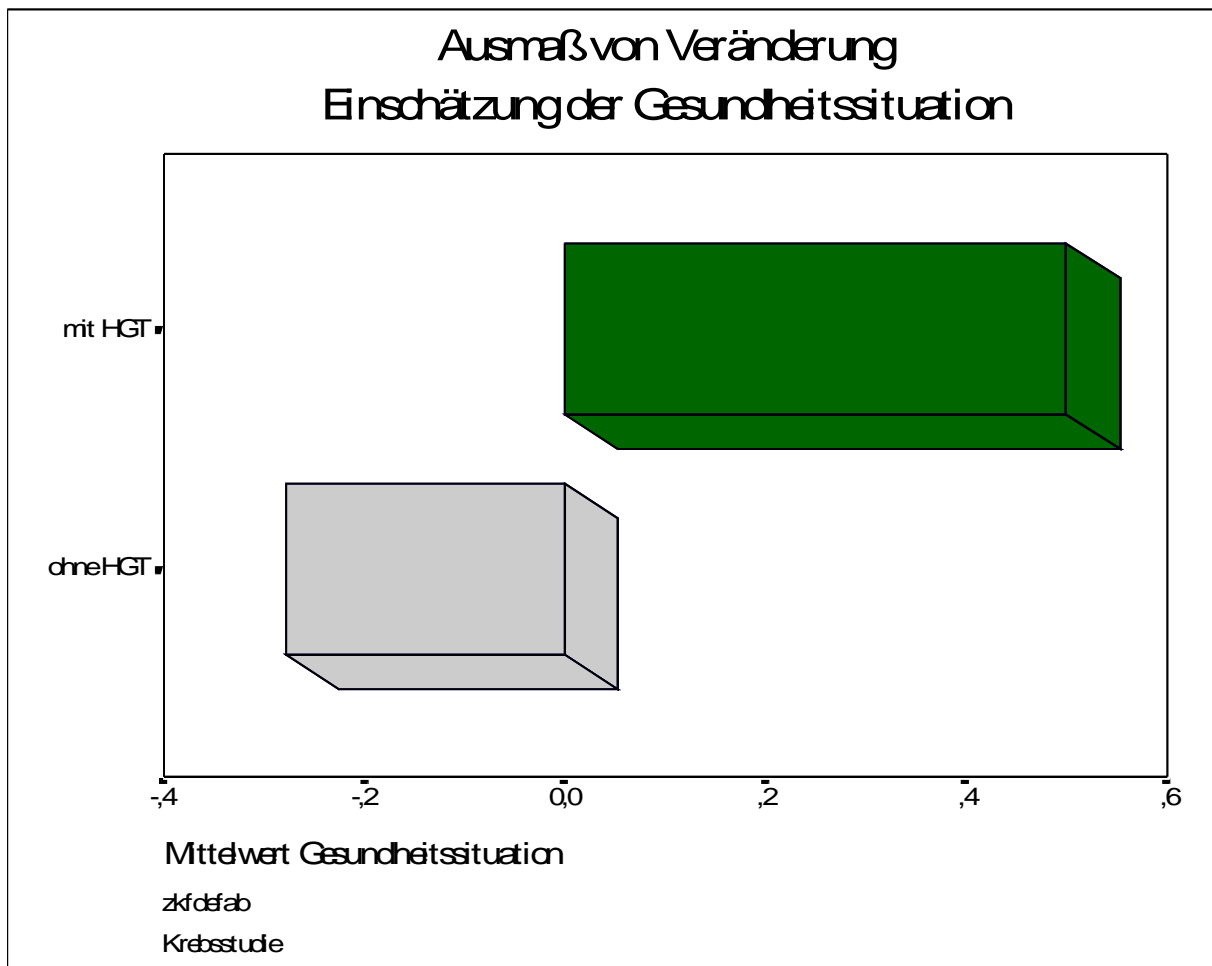
Hier spiegeln sich wiederum sehr deutlich Veränderungen wieder, die nicht nur zu einer höheren Lebensqualität geführt haben, sondern sich auch positiv auf die Funktion der körpereigenen Abwehr auswirken (vergleiche etwa Rossi 1991).

Die Teilnehmer schätzen beispielsweise ein, daß sie sich besser entspannen können, besser abschalten können und sich wohler fühlen.



5.4.4 Zufriedenheit mit der Gesundheit.

Diese positive Entwicklung spiegelt sich schließlich auch wieder in der Beurteilung der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit, die sich in der HGT-Gruppe signifikant verbessert.

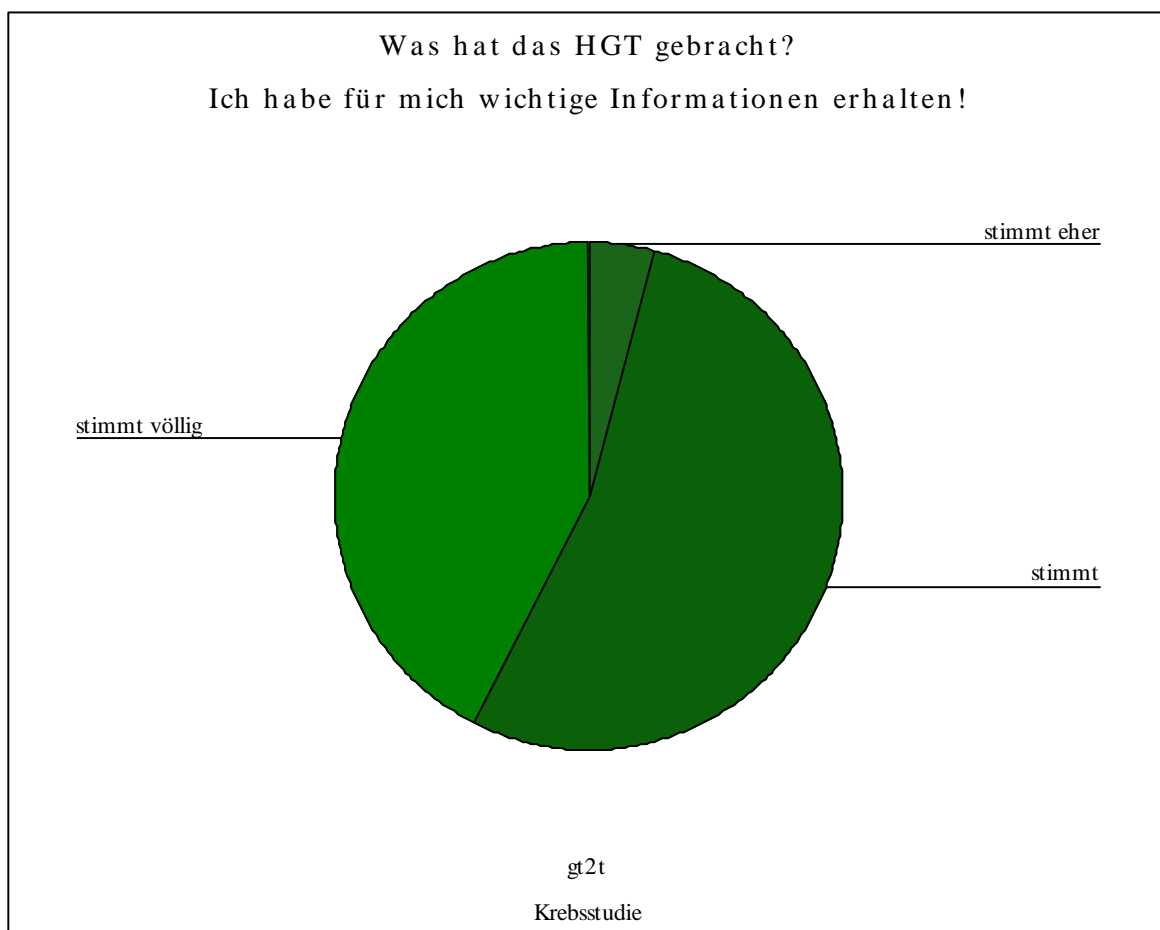


5.5 MEINUNGEN ZUM HILDESHEIMER GESUNDHEITS-TRAINING.

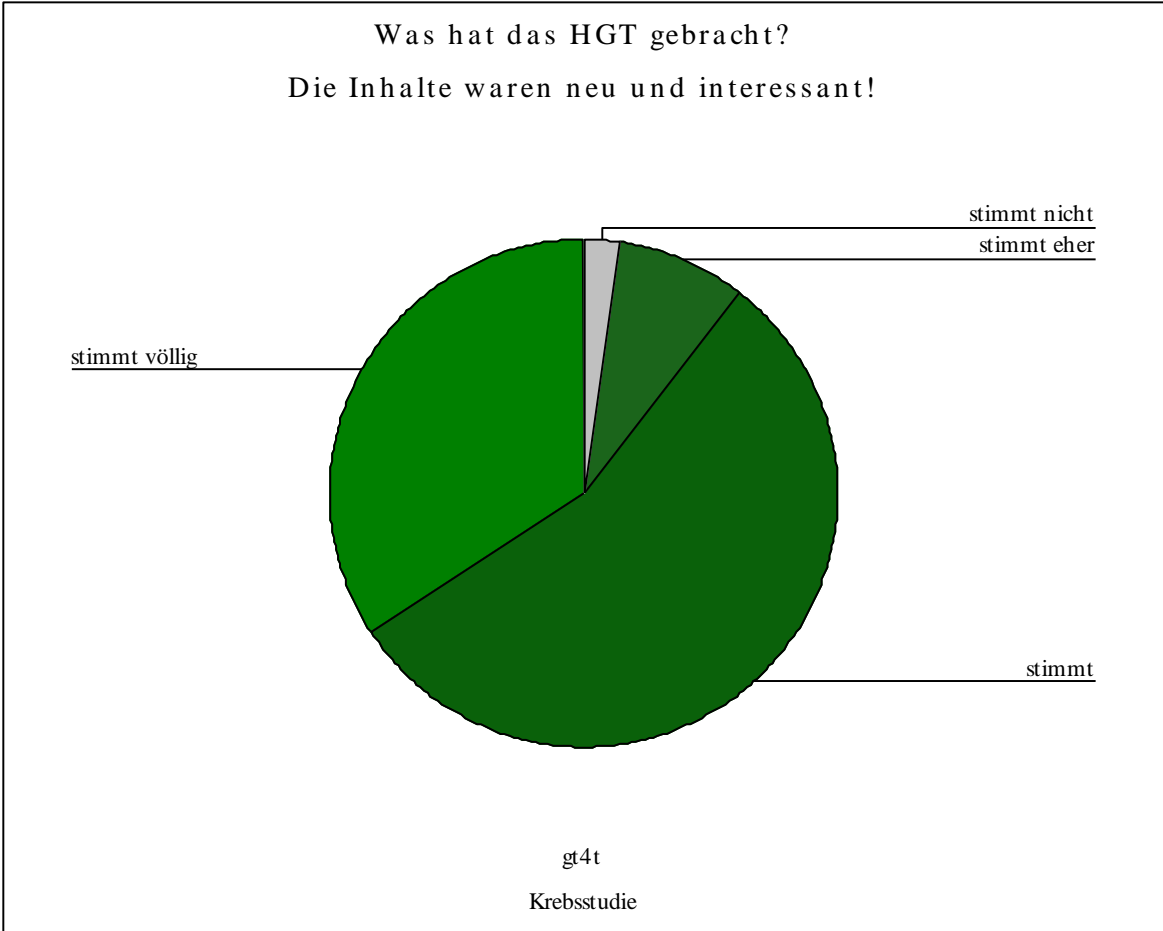
Im folgenden geht es nun darum, welche Erfahrungen diese Teilnehmenden mit dem HILDESHEIMER GESUNDHEITS-TRAINING im Rahmen der onkologischen Rehabilitation gemacht haben, und wie Inhalte und Wirkung nach Beendigung des Trainings eingeschätzt werden. Die sechsstufige Skala reicht von "stimmt gar nicht" bis "stimmt völlig".

Wiederum zeigte sich bei den Teilnehmenden ein hoher Grad an Zustimmung; die Art der angewendeten Verfahren sowie Inhalte und Wirkungen werden durchwegs positiv bis sehr positiv bewertet.

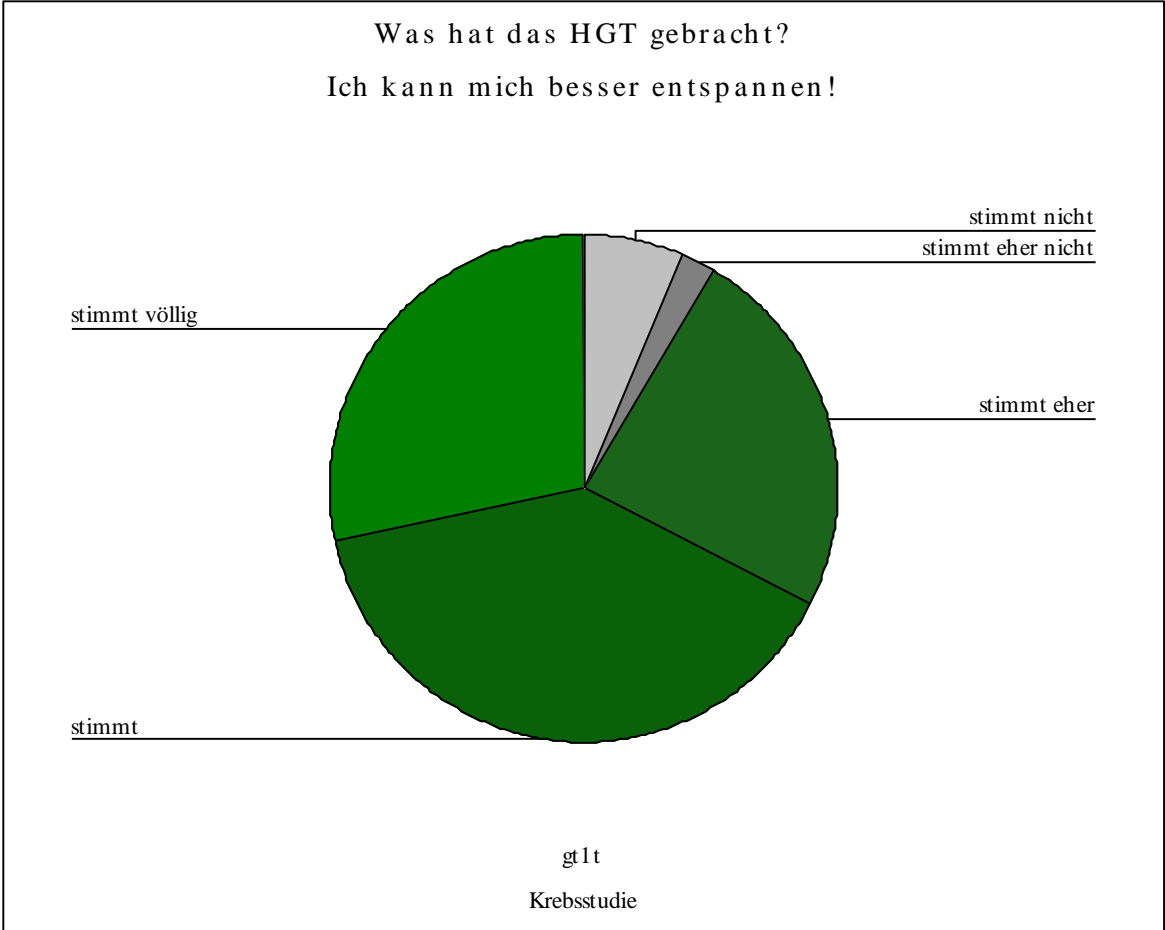
Der Aussage "Durch die Teilnahme am HGT habe ich für mich wichtige Informationen erhalten" stimmen alle Personen zu:



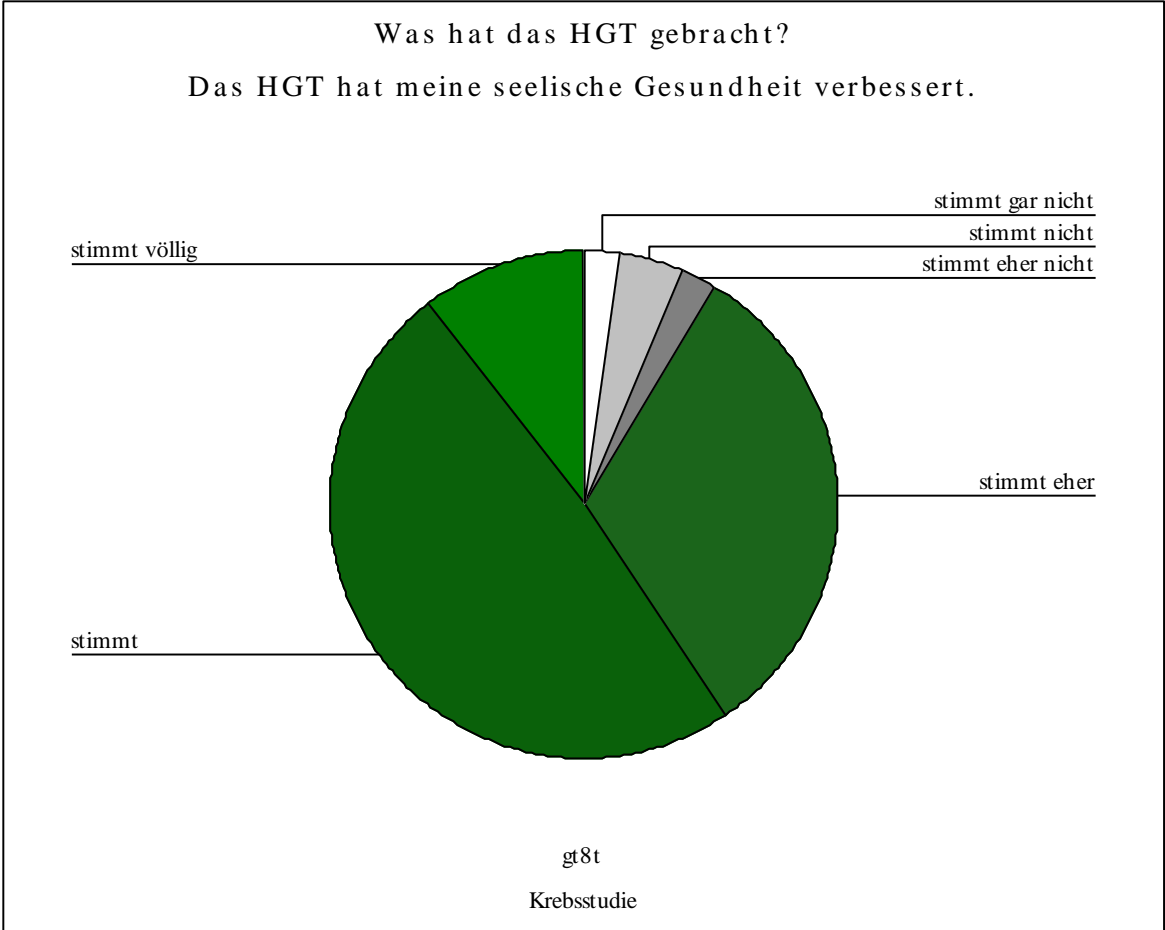
Über 90 % der Befragten beurteilen die Inhalte, d. h. die Verfahren und die Art und Weise in der HILDESHEIMER GESUNDHEITS-TRAINING heilsame und gesundheitsfördernde Ressourcen bei den Teilnehmenden aktiviert als neu und interessant. Die meisten der hier befragten Personen haben erstmals Verfahren kennengelernt, die sie darin unterstützen aktiv bei Heilungs- und Genesungsprozessen mitzuwirken.



Entspannung ist eine wichtige Voraussetzung für viele Prozesse im HILDESHEIMER GESUNDHEITS-TRAINING: Der Aussage "Ich kann mich besser entspannen" stimmten insgesamt 91% aller Teilnehmenden zu.

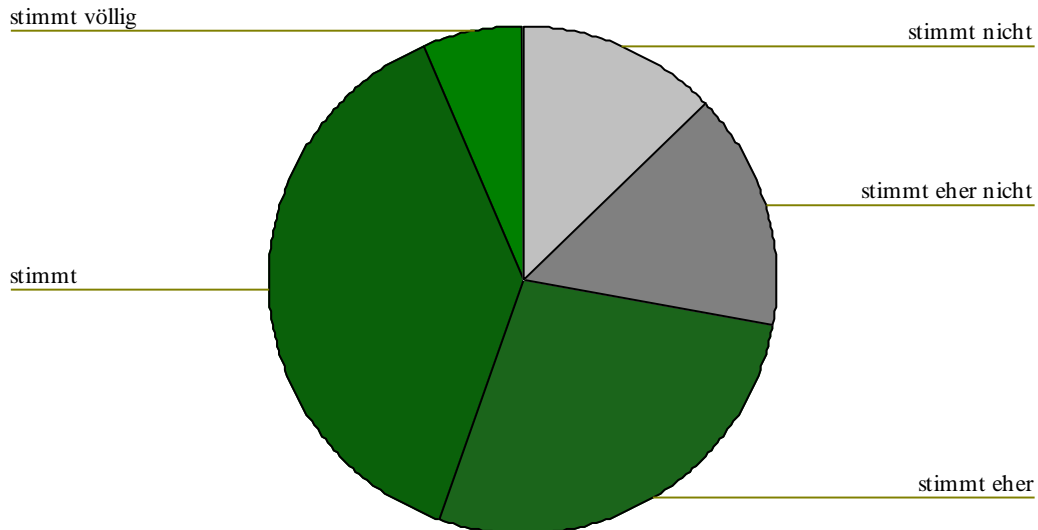


72% der Teilnehmenden stellen nach der Teilnahme am HILDESHEIMER GESUNDHEITS-TRAINING eine Verbesserung ihrer körperlichen und 91% ihrer seelischen Gesundheit fest.



Was hat das HGT gebracht?

Das HGT hat meine körperliche Gesundheit verbessert.



gt7t

Krebsstudie

Die Wirkung eines solchen Trainings darf aber nicht nur auf eine kurze Zeitspanne begrenzt bleiben. Daher sollte ein Gesundheitstraining so konzipiert sein, daß es den Teilnehmenden - nach einer möglichst kurzer "Übungsphase" möglich ist, viele der Strategien und Verfahren auch im persönlichen Lebensalltag ohne weitere Hilfe anzuwenden.

So ist es erfreulich, daß 82% angeben, daß sie bereits Inhalte des HGTs in den Alltag einbinden konnten.

Insgesamt, das zeigt die Auswertung der erhobenen Daten, hat sich das HILDESHEIMER GESUNDHEITS-TRAININGS als ergänzende Therapie bei Patientinnen und Patienten mit Krebserkrankungen bewährt. In der hier vorgestellten Untersuchung zeigt sich eindrucksvoll, welche Veränderungen stattfinden, wenn Menschen an diesem Programm teilnehmen.

ZUSAMMENFASSUNG:
DAS HILDESHEIMER GESUNDHEITSTRAINING HGT IN DER REHABILITATION
CHRONISCH ERKRANKTER
PROF. DR. GERHART UNTERBERGER

Mit dem vorliegenden Bericht werden Ergebnisse eines Forschungsprojektes an der FH Hildesheim-Holzwinden vorgestellt. Gefördert wurde es durch das Niedersächsische Ministerium für Wissenschaft und Kultur, die FH und die Akademie für Gesundheitsförderung in der Rehabilitation in Löhne.

In diesem Projekt wurden Wirkungen des neu entwickelten **Hildesheimer Gesundheits-Trainings** in der Rehabilitation chronisch Erkrankter untersucht.

Ausgangslage

Viele Forschungsergebnisse der letzten Jahre zeigen, daß Gedanken, suggestive Botschaften und Gefühle den Körper und die Gesundheit vielfältig und überraschend weitgehend beeinflussen; viele Rehabilitationsbehandlungen und insbesondere die vorhandenen Gesundheitstrainings nutzen diesen Spielraum zur Förderung von Heilungsprozessen aber nicht aus. Deshalb entwickelte eine Arbeitsgruppe an der FH das "Hildesheimer Gesundheits-Training HGT". Basis des HGTs bildet der systemische Ansatz des Neurolinguistischen Programmierens (NLP), der sich u. E. besonders gut dazu eignet, Gesundheit zu fördern.

Das HGT ist vorrangig an Gesundheit und an den Ressourcen und Zielen des Individuums orientiert und wird als Gruppentraining durchgeführt. Das HGT zielt darauf ab, Blockaden der Selbstheilung (durch Streß, negative Emotionen, einschränkende Glaubenssätze und Krankheitsgewinne) abzubauen und über Visualisierungen Heilungsprozesse zu intensivieren.

Zentrale Elemente des HGTs sind speziell entwickelte Trancen, die den Klienten auch in Form von Cassetten zur Vertiefung der Wirkung zwischen den Sitzungen und nach Abschluß des Trainings mitgegeben werden.

Ziele der Untersuchung

In dieser Untersuchung ging es um erste klinische Tests des HGTs. Wir haben uns in dieser Untersuchung darauf beschränkt, Faktoren über die Selbstbeurteilung zu messen, von denen wir wissen, daß sie Selbstheilungsprozesse beeinflussen, sowie Merkmale der subjektiv erlebten Gesundheit. Wesentlich war festzustellen, in welchem Ausmaß das HGT geeignet ist, zu längerfristigen Verhaltens- und Einstellungsänderung, zu Veränderung der Grundstimmung, zu mehr Lebensqualität und einem höherem Ausmaß an "erlebter Gesundheit" zu führen.

Wichtig war uns auch, über die Erfahrungen der Teilnehmenden und der Trainer und Trainerinnen das Training, die Stundeneinheiten, Materialien und Cassetten weiter zu optimieren.

Design

Dazu wurde das HGT unter zwei unterschiedlichen Rahmenbedingungen klinisch getestet: Zum einen bei Patientinnen und Patienten mit chronischen Rückenbeschwerden im Rahmen eines stationären Klinikaufenthaltes in einer Rehabilitationsklinik für orthopädische Erkrankungen. Zum anderen mit an Krebs erkrankten Frauen und Männern in Krebselbsthilfegruppen als ambulantes Gruppentraining, teilweise auch im Rahmen einer stationären Rehabilitation.

Mit Hilfe schriftlicher Befragungen wurden vor Beginn der Trainingsdurchläufe krankheitsspezifische Details und das Ausmaß an Symptomen und Beschwerden geklärt. Daneben wurden alle Teilnehmenden hinsichtlich ihrer subjektiven Verhaltensweisen, Einstellungen und Erwartungen, die mit Gesundheit und Krankheit zusammenhängen, befragt. Die gleichen Erhebungen wurden nach Abschluß des Trainings bzw. am Ende des Klinikaufenthaltes wiederholt. Sechs Monate später wurde bzw. wird erneut eine schriftliche Befragung durchgeführt, um längerfristige Effekte des Hildesheimer **G**esundheits-Trainings zu überprüfen.

Ergebnisse.

- Durch das HGT werden Erschöpfung, Stress, innere Anspannung und negative Emotionen - Bedingungen, die die körpereigene Abwehr behindern - abgebaut; Erholung, Energie und positive Lebenseinstellung nehmen zu.
- Teilnehmende können Verfahren zur positiven Beeinflussung ihrer Gesundheit (Visualisierungen...) anwenden.
- Sie können sich besser entspannen und sind in besseren emotionalen Zuständen.
- Veränderungen werden auch in den Alltag übernommen.
- Die Beurteilung des körperlichen und psychischen Befindens und die Zufriedenheit mit der Gesundheit nehmen signifikant zu.
- Teilnehmende beurteilen das HGT überwiegend sehr positiv.
- Auch nach 6 Monaten sind signifikante Verbesserungen meßbar (dies gilt nur für die Orthopädiestudie, da die Krebsstudie noch nicht abgeschlossen ist). Im Vergleich dazu bewertete die Kontrollgruppe ihren Zustand signifikant schlechter als am Beginn der Reha-Maßnahme.

In der hier vorgestellten Untersuchung zeigt sich eindrucksvoll, welche Veränderungen auch über einen längeren Zeitraum stattfinden, wenn Erkrankte an diesem Programm teilnehmen. Dabei scheint der personelle und materielle Aufwand für ein derartiges Training von 6 x 2 (besser 8 x 3 Stunden) wirklich überschaubar.

Ausblick

Nun sind wir zwar selbst davon überzeugt, daß diese Ergebnisse auch über "harte" medizinische Fakten nachprüfbar sind, können aber nicht erwarten, daß

diese Überzeugung auch von anderen geteilt wird. Deshalb werden wir in der nächsten Studie den Schwerpunkt auf diesen Nachweis legen.

LITERATUR

Aaron Antonovsky, A., Kunin-Lunenfeld (1989): Die salutogenetische Perspektive: Zu einer neuen Sicht von Gesundheit und Krankheit, in: Meduc2, 1989.

Achterberg, J. (1990): Gedanken heilen. Die Kraft der Imagination - Grundlagen einer neuen Medizin, Reinbek 1990.

Andreas u. Andreas (1992): Mit Herz und Verstand - NLP für alle Fälle , Junfermann, Paderborn 1992

Bandler, R., Grinder, J. (1981): Neue Wege der Kurzzeit-Therapie - Neurolinguistische Programme, Paderborn 1981.

Bartsch, N.: Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung in der Rehabilitation, unveröffentlichtes Manuskript, 1991.

Beitel, E., Nissel, W. (1990): BOchumer Gesundheitstraining. Ein Trainingsprogramm zur Unterstützung der natürlichen Heilkräfte bei Krebs und anderen Erkrankungen.

AG vegetative Physiologie der Ruhr-Universität Bochum, 1990.

Dilts, R. (1991): Identität, Glaubenssysteme und Gesundheit, Paderborn 1991.

ders. (1992): Die Veränderung von Glaubenssystemen, Paderborn 1992.

Engel M., Unterberger G. (1995): Was kann NLP im Gesundheitstraining leisten? - Eine Möglichkeit in der persönlichen Gesundheitsförderung - in: Prävention, Heft 1/1995.

Erickson, M.H; Rossi, E. L.: Der Februarman - Persönlichkeits- und Identitätsentwicklung in Hypnose, Paderborn 19

Evans, F. (1985): Expectancy, therapeutic instructions and the placebo response, in: L. White, B. Tursky, G. Schwartz (Hrsg): Placebo: Theory, research and mechanism, New York 1985.

Felten, D. (1994): Wie Gedanken und Gefühle das Immunsystem beeinflussen, in: Psychologie Heute, Mai 1994.

Franke, A. (1993): Psychologisches Programm zur Gesundheitsförderung, München 1993.

J. Grinder, R. Bandler (1987): Therapie in Trance, Stuttgart 1987

Hasenbring M. (1992): Chronifizierung bandscheibenbedingter Schmerzen: Risikofaktoren und gesundheitsförderndes Verhalten; Stuttgart 1992

Hildebrandt J. u.a. (1990): Rückenschmerzen, in: Basler H.-D. u.a. (Hrsg.) Psychologische Schmerztherapie, Berlin 1990.

Hirshberg C., Barash, M.I. (1995): Unerwartete Genesung. Die Kraft zur Heilung kommt aus uns selbst, München 1995.

Hurrelmann K. (1991): Sozialisation und Gesundheit, Weinheim 1991.

Krampen G. (1991): Diagnostisches und Evaluatives Instrumentarium zum Autogenen Training - Handanweisung, Göttingen 1991.

Küchler u.a. (1996): Th. Küchler, S. Rappat, K. Holst, J. Graul, S. Wood-Dauphinee, D. Henne-Bruns, H.-W. Schreiber: Zum Einfluß psychosozialer Betreuung auf Lebensqualität und Überlebenszeit von Patienten mit gastrointestinalen Tumoren. Forum 11, 1996, Deutsche Krebsgesellschaft.

LeShan L. (1982): Psychotherapie gegen den Krebs, Stuttgart 1982.

Rossi E. (1991): Die Psychobiologie der Seele-Körper-Heilung, Essen 1991.

ders. (1993): 20 Minuten Pause, Paderborn 1993.

Siegel B. (1988): Prognose Hoffnung, Düsseldorf 1988.

Simonton O.C. (1995): Auf dem Wege der Besserung, Reinbek 1995.

Simonton O.C. u.a. (1982): Wieder gesund werden, Reinbek 1982.

Tausch R. (1992): Präventive Förderung der seelisch-körperlichen Gesundheit, in: Prävention 1/1992, 15. Jahrgang.

Trojan A., Stumm B. (1992) (Hrsg.): Gesundheit fördern statt kontrollieren: eine Absage an den Mustermenschen, Frankfurt/M. 1992.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (1988) (Hrsg.): Allgemeines Programm "Gesundheit selber machen", Unterrichtsmaterialien in sechs Bänden, Offenbach o.J.

Wirsching, M. (1988): Krebs im Kontext, Stuttgart 1988