

*„Was ist herrlicher als Gold?’ fragte der König.
‘Das Licht,’ antwortete die Schlange.
‘Was ist erquicklicher als Licht?’ fragte jener.
‘Das Gespräch.’ antwortete diese.“
Goethe in ‚Das Märchen‘*



Theodor Dierk Petzold
Nadja Lehmann

Zusammenfassung

Mit salutogener Kommunikation wollen wir eine grundlegende Ausrichtung der Arzt-Patient-Kommunikation auf Gesundheit erreichen. Das bedeutet, dass der Arzt primär die gesunde Entwicklung fokussiert und erst in zweiter Linie krankheitsspezifische Aspekte. Dafür haben wir dieses dreistufige Verfahren entwickelt, das die Kommunikation auf eine Ermächtigung (Empowerment) zur Bildung von Gesundheit ausrichtet.

Im Fokus dieser salutogenen Kommunikation steht die gesunde kommunikative Selbstregulation des Menschen. Dabei entscheidet letztendlich der Patient über sein Tun. Der Arzt ist dabei bemüht, auch die impliziten, nicht verbal geäußerten Prozesse des Patienten zu verstehen und darauf einzugehen. Wir veranschaulichen systemisch selbstregulatorische Vorgänge in einem Modell ‚kommunikativer Selbstregulation‘. Dieses Modell bringt die Gesundheit bildenden Vorgänge im Individuum in Kommunikation mit dem Arzt. Grundlegend für die gesunde Entwicklung von Menschen ist ihre Lernfähigkeit, sich zum einen zielstrebig motiviert attraktiven Zielen anzunähern („Annäherungsmodus“) und zum anderen bedrohliche Situationen zu vermeiden („Vermeidungsmodus“). Dabei soll Vermeidungsverhalten letztendlich der Annäherung an attraktive Ziele wie Gesundheit dienen. Wenn Menschen sich im Vermeidungsmodus befinden, ist mit einer schlechteren Zusammenarbeit (Adherence) zu rechnen, als wenn sie im Annäherungsmodus sind. Auch deshalb ist die salutogene Kommunikation auf motivierende individuell attraktive Gesundheitsziele und Ressourcen ausgerichtet.

In der ersten Stufe werden alle Patienten mit einem Fragebogen zur Auftragsklärung eingeladen, ihre attraktiven Gesundheitsziele und Behandlungswünsche in die Kommunikation mit dem Arzt einzubringen. In der zweiten Stufe begegnet der Arzt seinen PatientInnen mit einer salutogenetisch orientierten Haltung. Bei Bedarf kann er im Rahmen der normalen Sprechstunde anregend auf den Patienten und seine Selbstregulation individuell eingehen. Indem er seine Interventionen an den individuellen Bedarf und die Ressourcen des Patienten anpasst, wird seine Kommunikation effektiver.

In der dritten Stufe werden Patienten mit chronischen Erkrankungen zu gesonderten Gesprächen eingeladen, in denen mit gezielten salutogenen Interventionen auch psychodynamisch entstandene Probleme gelöst und die Selbstregulation nachhaltig angeregt werden können. Jede Interventionsstufe kann unabhängig eingesetzt werden. Die Ausbildung darin ist allerdings in drei Abschnitten aufeinander aufbauend.

Sie beinhaltet Grundlagen der Kommunikation, von impliziten und expliziten Lernprozessen, dem Zusammenwirken von Annäherungs- und Vermeidungsverhalten, der Salutogenese, lebendiger Selbstorganisation und –regulation und einer Ressourcenlehre sowie Selbsterfahrung in praxisbezogenen Kommunikationsübungen, Rollenspielen und Supervisionen. In der Aufbaustufe werden die Phasen eines salutogenen Gesprächs geübt und supervidiert, die psychodynamische Lösungen ermöglichen. Die dazu erforderlichen Kenntnisse der Neuropsychotherapie und Bedürfniskommunikation werden vermittelt.

Die Fortbildungsreihe (bis auf den Fragebogen) hat sich schon in verschiedenen Gesundheitsberufen (Ärzten, Physiotherapeuten, Psychotherapeuten, Krankenpflegeberufen, Supervisoren, Ernährungsberatern, Hebammen u. a.) bewährt. Sie beruht auf dem von Grossarth-Maticek erforschten Autonomietraining, mit dem in wenigen Sitzungen „ein dramatischer Effekt einer 30% niedrigeren Sterberate“ (Wittmann 2008) über eine Zeit von 20 Jahren erreicht wurde. So erwarten wir auch von dieser salutogenen Kommunikation ähnliche Ergebnisse in Bezug auf eine Verhütung bzw. nachhaltige Besserung von chronischen Erkrankungen in Höhe von 30-40%.

Salutogene Kommunikation zur Annäherung an attraktive Gesundheitsziele

Ein dreistufiges Verfahren zur Ausrichtung der Arzt-Patient-Kommunikation
auf gesunde Entwicklung

Theodor Dierk Petzold und Nadja Lehmann,
Zentrum für Salutogenese, Bad Gandersheim

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	2
Einleitung	4
Konkrete Ziele des Verfahrens	7
I. Auftragsklärung – Fragebogen (Stufe AI)	8
II. Salutogenetisch orientierte Praxis (Stufe AII)	9
III. Salutogen intervenierendes Gespräch (Stufe AIII)	9
Darstellung der Prozesse und Verfahren	10
Kommunikative Selbstregulation von Arzt und Patient	11
I.) Fragebogen zur Auftragsklärung	11
II.) Salutogenetisch orientierte Praxis	12
III.) Salutogen intervenierende Gespräche mit chronisch Erkrankten	17
Fortbildung der ÄrztInnen / TherapeutInnen	19
I. Arbeit mit dem Fragebogen zur Auftragsklärung (AI)	19
II. Salutogenetisch orientierte Praxis (AII)	19
III. Aufbauausbildung: Salutogen intervenierende Gesprächsführung	20
Erwartete oder bereits vorliegende Erkenntnisse und Ergebnisse	20
Evaluation	22
Anlagen	23
Fallgeschichte zu einem ‚salutogen intervenierenden Gespräch‘ – Sal- Kom (Stufe AIII)	23
Fragebogen zum Behandlungsauftrag	24
Curriculum AI - Inhalte	25
Auftragsklärung - Arbeit mit dem Fragebogen zum Behandlungsauftrag	25
Curriculum AII - Inhalte	26
Salutogenetisch orientierte Praxis	26
Curriculum AIII - Inhalte	27
Aufbauausbildung in salutogener Kommunikation	27
Fragebogen zur Selbstregulation	29
Fragebogen zur Dokumentation der salutogenetischen Intensität der Kommunikation	31
Literatur	32

Einleitung

Die große Herausforderung an unser Gesundheitssystem sind die vielen chronischen Erkrankungen. Trotz intensivster Bemühungen der pharmakologischen und technischen Forschung nehmen sie insgesamt gesehen sogar noch zu. Mit der salutogenen Kommunikation Sal-Kom®¹ zielen wir auf eine Gesundheitsorientierung der Arzt-Patient-Kommunikation ab, um das Wohlbefinden der Patienten zusteigern und chronische Erkrankungen zu verhüten bzw. ihren Verlauf zu verbessern. Dabei ist eine gute Adherence – verstanden als stimmige partnerschaftliche Zusammenarbeit – ebenso eine positive Nebenwirkung als auch Grundlage einer solchen Kommunikation. Die Bewertung, was ‚stimmig‘ ist, ist letztendlich subjektiv und autonom schließt die innere und äußere Umgebung ein. Der Mensch ist ein zutiefst soziales, kulturelles und auch geistiges Wesen – sowohl in seiner Wahrnehmungsfähigkeit als auch in seiner Aktivität.

Das hier vorgestellte dreistufige Verfahren ist aus den Erfahrungen mit dem Autonomietraining nach Grossarth-Maticek und einer salutogen ressourcenorientierten Kommunikation in der Allgemeinpraxis sowie vielen anderen therapeutischen und kommunikativen Verfahren (s. Kap. Fortbildung) entwickelt.

Salutogene Kommunikation ist zunächst unabhängig davon, ob jemand gerade gesund oder erkrankt ist. Es ist eine Kommunikation mit methodischer Ausrichtung auf die Anregung von gesunder Entwicklung (Selbstheilungsfähigkeit) – hier einer gemeinsamen Ausrichtung von Arzt² und Patient. Dazu bedarf es einer dynamischen Modellvorstellung, wie die gesunde psychophysische Selbstregulation – oft in ‚Verborgenheit‘ (Gadamer 1993) - funktioniert und in der Kommunikation mit dem Arzt angeregt werden will und kann. Es handelt sich dabei um eine besondere Weise von prozessuellem Empowerment, das individuell (bzw. ein bestimmtes System betreffend) ausgerichtet ist und nicht primär krankheitsbezogen - „Schatzsuche statt Fehlerfahndung“ (Schiffer 2001).

Eine soziokulturelle Reflexion

Wir begrüßen die Fragestellung des diesjährigen Berliner Gesundheitspreises ganz besonders, weil wir darin einen wichtigen Schritt in einem großen kulturellen Selbstregulationsprozess sehen. Wir würden uns freuen, wenn wir etwas dazu beitragen können.

Da in unserem Verfahren die zentralen Themen Annäherung an attraktive Gesundheitsziele, Ressourcenorientierung und Lernprozesse sind, sei es gestattet, hier einmal im Sinne dieser Orientierung die Thematik der Adherence aus einer Metaperspektive kultureller Selbstheilungsvorgänge zu reflektieren – auch um in die komplexe und oft implizite Logik kommunikativer Selbstregulation einzuführen.

Der erste Schritt ist die **Selbstwahrnehmung** – hier das Wahrnehmen, dass der Istwert nicht dem Sollwert entspricht: „*Gesagt ist nicht getan.*“ ist die große Überschrift der Ausschreibung. Daraus entnehmen wir das implizite **attraktive Gesundheitsziel**: *‚Tun und Sagen sollen übereinstimmen!‘*

Die erhebliche Unstimmigkeit – das Symptom ‚Non-Adherence‘ – veranlasst zur Suche nach **Bewältigungsstrategien**: hier durch die Ausschreibung des Berliner Gesundheitspreises. So hat die ‚Krankheit‘ ‚Non-Adherence‘ das Medizinwesen angeregt, neue Lern-

¹ Sal-Kom® geht von der Ausrichtung und Intention her zurück auf eine Arbeitsgruppe zur salutogenen Kommunikation im Jahre 2004 mit Prof. Dr. med. E. Göpel (Gesundheitsförderung), E. Möller (Kommunikationscoach u. Schauspielerin), Dr. rer. Dipl. Psych. A. Mulkau und Th. D. Petzold (Allgemeinarzt), inhaltlich und praktisch stark auf die Ausbildung im Autonomietraining nach Grossarth-Maticek durch Th. D. Petzold und dessen Teilnahme am „QZ für gesundheitsfördernde Praxen – Zur salutogenetischen Ausrichtung in Allgemeinpraxen.“ in der Uni Göttingen (Bahrs et al).

² Der Einfachheit halber schreiben wir hier nur ‚Arzt‘, obwohl auch andere Helfer / Behandler gemeint sind. Ebenfalls aus Gründen der Einfachheit und besserer Lesbarkeit verwenden wir die männliche Form, obwohl wir natürlich auch alle Ärztinnen, Patientinnen usw. meinen.

schritte zu unternehmen. Aus dieser Betrachtung heraus dürfen wir die Non-Adherence zunächst einmal wertschätzen – auch wenn sie möglicherweise ein hohes Lehrgeld kostet. Diese Lernfähigkeit des Gesundheitssystems ist u. E. die größte Ressource, die das System hat, und die dem System innewohnt. Diese **Lernfähigkeit** kann nun auch dazu führen, neue Ressourcen zu erschließen, die womöglich ein Mehrfaches vom Lehrgeld wieder einsparen und einen Annäherungsprozess an eine gesündere Zivilgesellschaft verwirklichen. Die Jury zieht viele Möglichkeiten von Bewältigungsstrategien in Erwägung bis sie sich für eine bzw. wenige entscheidet, die eine Annäherung an den Sollwert ‚*Stimmigkeit von Tun und Sagen*‘ erwarten lassen. Nach einer angemessenen Zeit der Evaluation wird dann **Bilanz** gezogen: Ist mit Hilfe des neuen Verhaltens eine Annäherung an das Gesundheitsziel (den Sollwert) erreicht? Dieser kommunikative Selbstregulationszyklus geht nach dieser Bilanzierung immer weiter. Die Selbstwahrnehmung gibt eine neue Meldung; sie kann immer differenzierter werden, die Bewältigungsstrategien immer besser und die Annäherung immer spürbarer. So spielen ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ zyklisch entwicklungsorientiert zusammen.

Annäherung und Vermeidung im Zusammenspiel

Die salutogene Kommunikation soll uns prozessual dem Gesundheitsziel annähern. Ein Annäherungsstreben ist auch neurophysiologisch etwas anderes als ein Vermeidungsstreben. Versuchen Sie einmal, sich ein anerkanntes Verfahren praktisch vorzustellen, das den beklagten Missstand ‚*Gesagt ist nicht getan*.‘ bekämpft oder vermeidet: Wie fühlt es sich an, wenn Sie vermeiden sollen, ‚*Nicht zu tun, was gesagt ist*‘? (Wir bekommen ein Gefühl von ‚Knoten im Gehirn‘.) Bedeutet das automatisch, dass Sie in Zukunft aktiv stimmig ‚*das tun, was Sie sagen*‘? Oder kann es dazu führen, dass Sie nichts mehr tun oder nichts mehr sagen? So ähnlich mögen sich Patienten fühlen, wenn sie ihre Symptome bekämpfen oder vermeiden sollen. Es führt leicht zur Lethargie, zur Abgabe der Verantwortung – aus Angst, man könne etwas falsch machen. Psychotherapeuten und Neurophysiologen haben festgestellt, dass Menschen, wenn sie sich im Vermeidungsmodus befinden, schlechter lernen können und weniger offen für Vorschläge von Therapeuten sind, also nicht gut eingestellt für Adherence³.

Wenn wir uns aber dem attraktiven Ziel der *Stimmigkeit von Tun und Sagen* annähern wollen, tun sich gleich zwei Lösungswege auf: 1. ‚*Ich will / soll das tun, was gesagt ist*.‘, und 2. ‚*Ich sage das, was ich tun will*.‘ Um das vorgegebene Ziel zu erreichen, ist der erste Weg oft mit allen Mitteln der gesellschaftlichen Autorität und Kontrolle gegangen worden. Der zweite Weg nur selten. Deshalb ist jetzt die Frage nach dem zweiten Weg, nach der partizipativen Entscheidungsfindung und Partnerschaftlichkeit aufgetaucht. Erste Erfolge dieser neuen Bewältigungsstrategie haben sich schon eingestellt (Bieber 2004, Härter et al 2005, Kripalani 2007). Durch die Nonadherence vieler Patienten kann allen klar werden, dass auf eine evtl. auch gemeinsame Entscheidung in der Arztpraxis noch eine letztendliche autonome Entscheidung des Patienten ganz alleine erfolgt, wenn es ins Tun geht. Diese autonome Entscheidung ist das Resultat vieler Faktoren und impliziter Verarbeitungsprozesse im Patienten – geleitet vom impliziten Streben nach Kohärenz des Systems (Stimmigkeit innen und außen, ‚Konsistenz und Kongruenz‘ (Grawe 2004). In dem hier zugrunde liegenden Menschenbild besteht die Autonomie und Souveränität des Individuums in seiner Fähigkeit, Kohärenz in sich und seiner sozialen, kulturellen, geistigen und ökologischen Umgebung sowohl wahrzunehmen als auch aktiv annähernd herzustellen.

³ Wenn sich ein Patient im Annäherungsmodus befindet, lässt er sich eher auf Vorschläge ein, die „der Therapeut als notwendig an ihn heranträgt.“ Und er ist „offener für therapeutische Interventionen, als wenn er sich im Vermeidungsmodus befindet“ (Grawe 2004, S. 383). Diese Ergebnisse umfangreicher Forschungen zeigen auf, wie wichtig eine salutogenetische Ausrichtung der Kommunikation hin auf attraktive Gesundheitsziele für eine gute Adherence ist.

Non-Adherence durch systemisch bedingte Missverständnisse

Eine schlechte Adherence ist u. E. dort zu erwarten, wo das Interesse und die Aufmerksamkeit von Arzt und Patient in verschiedene Richtungen gehen: wo der Arzt den expliziten Vermeidungsmodus des Patienten ansprechen möchte (z.B. Angst vor Folgeschäden einer Hypertonie macht), letzterer aber implizit einen Annäherungsmodus an einen gesunden Zustand sucht, z.B. Wohlbefinden, Entspannung, bedingungslose Liebe o. a. - wobei seine Aufmerksamkeit vorwiegend nach innen gerichtet ist. Dies betrifft u. E. insbesondere zwei grundlegende Aspekte ärztlicher bzw. patienteneigener Aufmerksamkeit:

1. Der Patient sucht implizit Wohlbefinden (ist im / sucht den ‚Annäherungsmodus‘) während der Arzt (durch Ausbildung und KV-System dazu gedrängt) explizit eine Krankheitsdiagnose und ‚Ursache‘ sucht (und bestenfalls implizit davon ausgeht, dass Gesundheit automatisch entsteht, wenn er die Krankheit bekämpft (pathogenetische Orientierung, die einem Aversions-/Vermeidungsmodus entspricht). Diese Logik ist bei einigen – vorwiegend akuten – Erkrankungen erfolgreich, führt aber bei den meisten chronischen Erkrankungen wie Zivilisationskrankheiten nicht zum gewünschten Erfolg (Dörner 2004, Petzold 2005).

2. Der Patient hat eine Kompetenz für sich selbst und fühlt diese auch für sein Wohlbefinden, seine Lebensinhalte und –weisen und sucht implizit eine ganz individuelle Genesung bzw. Lebensqualität, während der Arzt eine explizite Fachkompetenz hat, die auf Messwerten und statistischen Forschungsergebnissen und Erfahrung (evidenzbasierter Medizin) beruht. Hierdurch ist ein Aneinander-Vorbeireden vorprogrammiert, wenn der Arzt bzw. die Medizin es nicht versteht, sich auf die impliziten individuellen Genesungswünsche des Patienten einzustellen, auf seine für ihn attraktiven, motivierenden Gesundheitsziele, seine Selbstwahrnehmung, seine Bewältigungskompetenz sowie seine Lern- und Kooperationsfähigkeiten.

In diesen beiden Aspekten sehen wir die häufigsten Quellen von grundsätzlichen Missverständnissen und gegenseitigem Nicht-Verstehen von Arzt und Patient und damit auch die Hauptursachen für Non-Adherence.

Starke Ressourcen für Gesundheit

Die Wirkungen einer guten Adherence fassten Granger et al⁴ (2005) so zusammen: **„it's more than taking the pills“**. Eine gute Adherence erhöht auch dann die Überlebensrate, wenn Placebo gegeben wird. Adherence – das Ergebnis einer stimmigen Zusammenarbeit von Arzt und Patient - ist also ein messbares Therapeutikum. So achten wir in der salutogenen Kommunikation zum einen das subjektive und implizite Streben des Patienten nach Genesung (seinen Annäherungswunsch) und zum anderen seine individuelle Kompetenz.

Die Fähigkeit zur gesunden kommunikativen Selbstregulation ist wohl heute die größte und nachhaltigste noch nicht erschlossene Ressource für Gesundheit (Grossarth-Maticek 1999, 2000, 2003, 2008). Fast die gesamte moderne Medizin baut auf dem Aversionsverhalten auf, insbesondere auf Kampf gegen Krankheiten, Risikofaktoren usw. Wenn dieses Aversionsverhalten auch entsprechende Spiegelneuronen bei den Patienten anregt, kann es sich negativ auf die Adherence auswirken. Das Aversionssystem ist nur sinnvoll im Dienste des Annäherungssystems, wie Neurophysiologen und Verhaltenspsychologen festgestellt haben. So ist schon zu begrüßen, dass die AOK ein Signal in die richtige Richtung gesetzt hat, indem sie sich ‚Gesundheitskasse‘ nennt. Das Annäherungsverhalten ist die vernachlässigte bzw. vergessene Strategie und Ressource in der modernen wissenschaftlichen Medizin. Aaron Antonovsky (1997) hat mit der Frage nach der Salutogenese einen Anfang gemacht, um diese Ressourcen zu erschließen.

⁴ Granger et al (2005): **Adherence and outcomes: it's more than taking the pills**. The Lancet, Volume 366, Issue 9502, Pages 1989 - 1991 H. White

Konkrete Ziele des Verfahrens

Salutogene Kommunikation zielt auf eine grundlegende Ausrichtung der Arzt-Patient-Kommunikation auf Gesundheit bildende Prozesse. Diese Ausrichtung entspricht stimmig dem tiefen Wunsch des Patienten nach Wohlbefinden und weitestgehender Gesundheit und dem damit verbundenen Auftrag an den Arzt. Sie bildet damit die Grundlage zur Zusammenarbeit von Patient und Arzt. Es sollen dadurch Menschen befähigt werden, so stimmig glücklich und gesund zu leben, wie sie eigentlich leben möchten und potentiell können – in allen Daseinsdimensionen: physisch, psycho-sozial, mental-kulturell und geistig-spirituell. In der salutogenen Kommunikation werden sie zur erfolgreichen Kommunikation ihrer wichtigsten Bedürfnisse und Anliegen befähigt. Damit wollen wir insbesondere auch einen Beitrag leisten zur Vorbeugung und Behandlung von chronischen Erkrankungen (S. Autonomietraining: Grossarth-Maticek 2000; u. a. Hamann et al 2005).

Bei der Analyse vieler wirksamer Gespräche – insbesondere auch von Grossarth-Maticek - sowie vieler wirksamer Interventionsmethoden⁵ - konnten wir Schritte und Elemente herausfinden, die auch bei einzelner Anwendung wirksam sein können, wenn sie im richtigen Moment an der richtigen Stelle vorgenommen werden. Grundlage und Ziel für solche Gespräche ist immer eine stimmige respekt- und vertrauensvolle Zusammenarbeit von Arzt und Patient, die sehr individuell geprägt wird.

Durch häufigere Behandlungserfolge und Gesundungsprozesse - auch und besonders bei Patienten mit chronischen Erkrankungen bzw. ausgeprägten Risikofaktoren - werden pharmazeutische, technische, stationäre und pflegerische Interventionen eingespart (erwartet werden 10- 20%). Auch die Ärzte können zufriedener werden, weil sie auch bei chronischen Erkrankungen häufiger Erfolge sehen und sich seltener in aufreibende Gespräche verstricken. Außerdem übernehmen bei der salutogenen Kommunikation Patienten häufiger mehr Eigenverantwortung wie auch bei der partizipativen Entscheidungsfindung (Sturm 2006; Bahrs 2007; Albrecht 2006; Kutscher 2007).

Das konkrete Ziel des Verfahrens ist die Anregung der gesunden Selbstregulation einschließlich Eigenaktivität durch Erschließung von folgenden prozessualen Ressourcen (R1-R4; da der motivierende Attraktor eine besondere Klasse von Ressourcen darstellt, ist dem R1 ein M vorangestellt; s. Grafik 1):

1. Motivierende individuell attraktive Gesundheitsziele (MR1)
2. Selbstwahrnehmungsfähigkeit (R2)
3. Bewältigungsverhalten (R3)
4. Lernen durch Reflexion; Entscheidungsfähigkeit (R4)

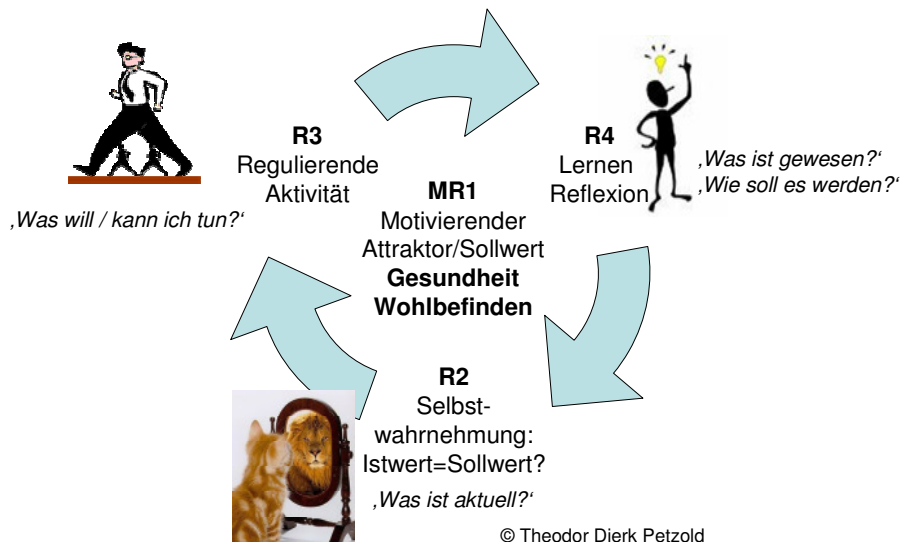
Für die Arzt-Patient-Kommunikation haben wir dieses dreistufige Verfahren zur Verbesserung einer Gesundheit anregenden Zusammenarbeit von Arzt und Patient entwickelt. Es geht aus von einer *kommunikativen Selbstregulation*. Das Modell für diese Selbstregulation gibt ein Bild davon, wie Arzt und Patient systemisch – auch nonverbal und implizit – interagieren können (s. a. Grafik 2). Wenn der Arzt die kommunikative Autonomie des Patienten in der Tiefe anerkennt, folgert daraus ein Trachten nach gemeinsamer Entscheidungsfindung.

Unser Modell der ‚kommunikativen Selbstregulation‘ ist die Quintessenz von Forschungen und Überlegungen zur Selbstorganisation von dynamischen Systemen (Uexküll 1996; Kriz 1999; Haken 1990; Peitgen 1994; Petzold E. 2006; Petzold 2000/b, 2007, Wilm 2003 u. a.) sowie zur Neuropsychotherapie (Grawe 2004; Schiepek 2003; Grossarth-Maticek 2003; Spitzer 2007, 200a; Roth 2007) und eigenen Erfahrungen mit lebenden kommunikativen Systemen. Da alle beobachtbaren Systeme offene Systeme sind, ist auch

⁵ Insbesondere: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Hypnotherapie (klassische und M. Erickson), Neurolinguistisches Programmieren NLP, Familientherapie, Focusing, Motivational Interviewing, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie.

jede Selbstregulation mit einer Kommunikation mit inneren und äußeren Systemen verbunden. Da die Kommunikation beim Menschen besonders mehrdimensional ausgeprägt ist und wir sie in der Arzt-Patient-Beziehung explizit thematisieren, haben wir sie hier ‚kommunikative Selbstregulation‘ genannt – wohl wissend, dass Selbstregulation nie völlig abgeschlossen und autark ist, auch nicht, wenn wir von ‚autonomer Selbstregulation‘ sprechen. ‚Autonom‘ bezieht sich auf die Regulation der Begrenztheit und Kohärenz des Systems (‚Homöostase / -dynamik‘, ‚operative Geschlossenheit‘, ‚Autopoiese (Maturana/Varela 1987; Luhmann 1987). Diese ist – genau betrachtet – kaum linear manipulierbar sondern im Bereich der Regulationsfähigkeit vorwiegend nichtlinear systemisch anzuregen. Der individuell regulierende Mensch ist als Teil größerer Systeme gleichzeitig in Resonanz mit seinen sozialen (Familie usw.) und kulturellen Kontexten (Sprache, Institutionen usw.) (Petzold 2000b).

Gesunder Selbstregulations- / Annäherungsprozess



In den drei Interventionsstufen kann der Arzt mit dem Patienten je nach Selbstregulationsfähigkeit möglichst bedarfsgerecht kommunizieren: In der ersten – mit dem Fragebogen zur *Auftragsklärung* - werden alle Patienten in ihrer Motivation und zur Mitarbeit angeregt. In der zweiten Stufe – *salutogenetisch orientierte Praxis* - erreicht der ausgebildete Arzt⁶ alle Patienten, die er individuell behandelt. Bei Patienten mit problematischen Erkrankungen kann er gezielt intensiv Ressourcen zur Genesung erschließen. Die dritte Stufe ‚*Salutogen intervenierendes Gespräch*‘ ist speziell konzipiert für *Patienten mit chronischen Erkrankungen* sowie ausgeprägten Risikofaktoren und erfordert besondere Termine außerhalb der regulären Sprechstunde.

Die Fortbildungen für Ärzte in salutogener Kommunikation sind entsprechend in drei Stufen aufeinander aufgebaut (s. Anlage Curriculum).

I. Auftragsklärung – Fragebogen (Stufe AI)

Den *Fragebogen zur Auftragsklärung* soll der Patient schon im Wartezimmer ausfüllen. Mit seiner Hilfe kann eine möglichst bedarfsgerechte Kommunikation geführt werden. Er regt an:

⁶ Auch Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Krankenpflegepersonal, Ernährungsberater, Hebammen und Pädagogen konnten nach eigenen Angaben mit dieser Ausbildung ihre Kommunikation zum Patienten/Klienten deutlich verbessern und salutogen einsetzen.

beim *Patienten*: den Annäherungsmodus, eine Anerkennung seiner Eigenkompetenz, Vertrauen, dass er die Arzt-Patient-Beziehung mitbestimmen kann; eine Besinnung und Selbstwahrnehmung - auch seiner vorgefassten Überzeugungen („subjektive Theorien“ Ripke 1994; Prinz-Kaltenborn 2003).

Erwünschte Nebenwirkung beim *Arzt*: Er bekommt Informationen über die Überzeugungen des Patienten, sowie dessen Wünsche, die Inhalt des Behandlungsauftrages sind.

Ziel der Fortbildung zur Auftragsklärung / Arbeit mit dem Fragebogen ist, dass der Arzt sein Vorgehen effektiver auf das Anliegen des Patienten einstellen kann. Dazu vermitteln wir Grundkenntnisse der Dynamik gesunder Selbstregulation, salutogenetischer Orientierung und synergetischer Interaktion von Annäherungs- und Vermeidungsverhalten. Der Arzt wird befähigt, auf die Behandlungswünsche und motivierenden persönlichen Gesundheitsziele des Patienten konstruktiv einzugehen. Auch bei unterschiedlicher Meinung kann er oft eine gemeinsam getragene Entscheidung für das Vorgehen herbeiführen.

II. Salutogenetisch orientierte Praxis (Stufe AII)

Gezielt anregende Kommunikationselemente und Bilanzierungsgespräche (Bahrs 2007) aktivieren (zusätzlich zu I.) den Annäherungsprozess an attraktive Gesundheitsziele und damit den Zyklus der Selbstheilungsfähigkeit (Motivation, Selbstwahrnehmung, Bewältigungsverhalten, Reflexion) im Rahmen der normalen Sprechstunde.

Ziel der Fortbildung zu salutogenetisch orientierter Praxis ist, dass der Arzt seine Haltung in der Praxis konsequent auf Gesundheit ausrichtet und dementsprechend mit dem Patienten kommuniziert. Dazu vermitteln wir eine Vertiefung der Kenntnisse zur Selbstregulation auf auch neurophysiologischer Grundlage⁷, Grundlagen verbaler und nonverbaler Kommunikation und Resonanzvorgänge zwischen Arzt und Patient (auch Übertragung und Gegenübertragung) sowie Qualitätskriterien salutogenetischer Orientierung.

Der Arzt wird befähigt, im Sprechstundenalltag derart motivierend ressourcenorientiert zu kommunizieren, dass bei den Patienten die Selbstregulation mit Annäherungsverhalten, Bewältigungsstrategien sowie Lernprozessen angeregt und Ressourcen erschlossen werden. Dazu werden in umfangreicher Selbsterfahrung Kommunikationsübungen und Rollenspiele durchgeführt. Wenn dem Arzt die autonome Selbstregulation selbstverständlich ist, achtet er das Subjekt und es kommt wie von alleine zu einer stimmigen partnerschaftlichen Beziehung sowie eine partizipativen Entscheidungsfindung (Weizsäcker 1987; Wilm 2003).

Anwendung von Qualitätskriterien salutogenetischer Orientierung (Petzold 2008 und Petzold/Lehmann 2008: www.salutogenese-zentrum.de):

1. Orientierung an attraktiven Gesundheitszielen
2. Erschließen von Ressourcen
3. Achtung des Subjektes und des Subjektiven
4. Beachtung der dynamischen Selbstorganisation und –regulation
5. Einbeziehung der systemischen Kontextbezogenheit

III. Salutogen intervenierendes Gespräch (Stufe AIII)

Meist außerhalb der regulären Sprechstunde geführte Gespräche (Dauer 20-50 Min.) aktivieren auch tief liegende psychodynamische Ressourcen, lösen beziehungs-dynamisch entstandene störende Hemmungen / Blockierungen und Ambivalenzkonflikte und triggern lust- und sinnvolles Annäherungsverhalten.

Ziel der Fortbildung in salutogener Kommunikation III ist, dass der Arzt abgerundete salutogen intervenierende Gespräche mit chronisch Erkrankten führen kann.

⁷ Grawe 2003, 2004; Hüther 2004; Schulz von Thun 1999; Boessmann 2003; Bahrs 2007; Sturm 2007, Schwantes/Kampmann 2007; Petzold 2007; Hesse 1993

Zusätzlich zu I. und II. vermitteln wir Kenntnisse über psychodynamische Aspekte der Selbstregulation und Bedürfniskommunikation (Petzold 2007c) mit neurophysiologischer Grundlage (Grawe 2004, Schiepek 2003, Hüther 2004). Der Arzt wird befähigt, intensive (auch psychodynamisch) ressourcenorientierte Gespräche mit chronisch Erkrankten zu führen. Die Gespräche regen einen nachhaltigen gesunden Lernprozess - die autonome Selbstregulation – und eine neue, lust- und sinnvolle Bedürfniskommunikation und damit einen Annäherungsprozess an attraktive Gesundheitsziele (Krankheits-Bewältigung) an.

Darstellung der Prozesse und Verfahren

So komplex die Kommunikationsprozesse sind, so überschaubar werden sie, wenn man sich auf das Modell der *kommunikativen Selbstregulation* einlässt.

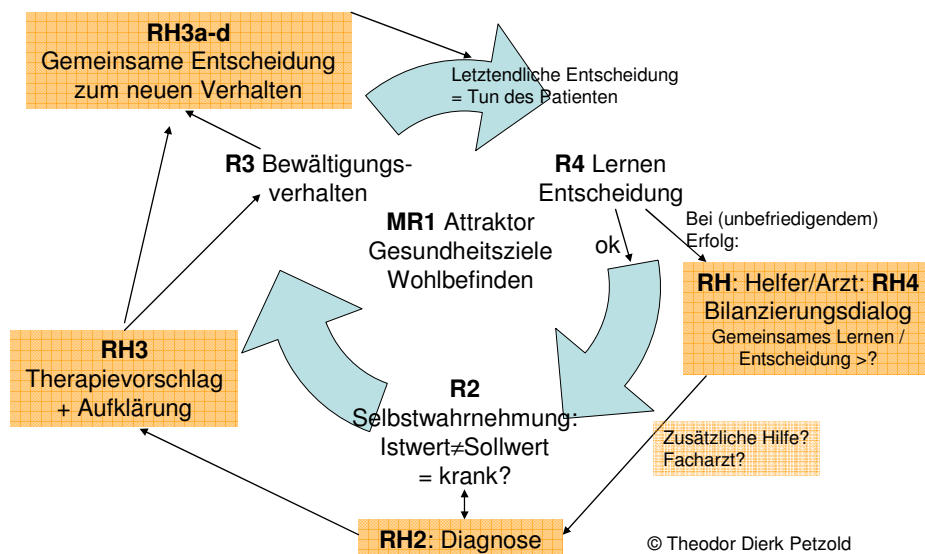
Viele Erkrankungen und Störungen durch seelischen Distress reguliert der Mensch, ohne dass er zum Arzt geht. Das sind Beispiele für seine Selbstheilungsfähigkeit. Interessant ist nun, dass diese gesunde individuelle Selbstregulation die gleiche Abfolge von Regulationsphasen zeigt wie eine ärztliche Beratung: 1. Diagnosestellung / Selbstwahrnehmung (beinhaltet das Gesundheitsziel) 2. Behandlung / Bewältigungsverhalten 3. Bilanzierung / Reflexion-Lernen.

Die Diagnose – selbst eine Krankheitsdiagnose – beinhaltet implizit den Maßstab, an dem die krankhafte Abweichung des Istwertes vom Sollwert gemessen wird. Für die Schulmedizin sind Sollwerte gegeben durch die Normwerte. Für den einzelnen Menschen kann der Sollwert ein anderer, ganz individueller sein; z.B. ist Wohlbefinden im Körper bzw. Harmonie mit der Umgebung sehr häufig ein individueller und subjektiver Sollwert.

Die Elemente und Phasen der Selbstregulation entsprechen kybernetischen Regelkreisen (Uexküll 1996; Wilm 2003; Petzold 2000b, 2007a). Das Neue an dem hier dargestellten zirkulären Modell ist

1. Seine Ausrichtung auf einen impliziten Attraktor (wie ihn die Chaostheorie für komplexe dynamische Systeme als unsichtbare Steuerung postuliert bzw. berechnet hat). Der Selbstregulationsprozess ist damit nicht beliebig und zufällig sondern zielbestimmt determiniert gesteuert, wie z.B. ein Wundheilungsprozess bei sehr unterschiedlichen Wunden immer zu einem ähnlichen Resultat kommt: nämlich der geschlossenen Haut. Derlei attraktive Gesundheitsziele haben nicht nur eine regulierende zentrale Funktion auf der physischen Ebene sondern auch für die psychophysische Selbstregulation. Ebenso zentral ist die damit implizit verbundene Motivation für unsere Lebensaktivität.
2. Die Einbeziehung der Interaktion / Kommunikation mit dem Arzt, der in dem Modell bildlich als begleitender Kontext der individuellen Selbstregulation erscheint. Dies entspricht insofern der systemischen Realität, da der Arzt der ermächtigte Vertreter des gesellschaftlich-kulturellen Systems ist. Er hat damit eine besondere Macht und Verantwortung. Dieser systemische Bezug macht auch die Asymmetrie der Arzt-Patient-Beziehung deutlich, die lange Zeit zu der paternalistischen Beziehungsgestaltung geführt hat. ‚Partnerschaftliche‘ / ‚gleichberechtigte‘ Arzt-Patient-Beziehung kann nicht bedeuten, diese systemische Unterschiedlichkeit zu leugnen, sondern heißt, die kulturellen Ressourcen (auch Autorität) im Rahmen einer zwischenmenschlich partnerschaftlichen Beziehung heilsam einzusetzen. Dabei werden die prinzipiell unterschiedlichen Kompetenzen von Arzt und Patient gegenseitig anerkannt und salutogen stimmig in Verbindung gebracht. Es bedarf keiner ‚Diplomierung‘ von Patienten (Kranich 2005), sondern der Arzt muss in der Lage sein, die jedem Patienten eigene Selbstkompetenz anzuerkennen und möglichst zu fördern.

Kommunikative Selbstregulation



Kommunikative Selbstregulation von Arzt und Patient

Der Arzt versteht sich als Kommunikationspartner oder Coach für die Selbstheilungsfähigkeit / -regulation des Patienten (Wilm 2003; Maoz 2007). Er begleitet den Patienten in dessen gesunder Selbstregulation Schritt für Schritt (s. Grafik 2): im Behandlungsziel, der Selbstwahrnehmung bis zur Diagnose und der Annäherung an Gesundheit (Krankheitsbewältigung) sowie in der Bilanzierung mit evtl. Veränderung des Verhaltens (Bahrs et al). Der Arzt regt die Selbstregulation an, wo sie ins Stocken gekommen ist, und ermöglicht neue Perspektiven, wo der Patient resigniert hat. Dabei gibt er alle seine Ressourcen wie Fähigkeiten zur Hilfe. Dazu gehören auch seine technischen Hilfsmittel und Medikamente sowie weitere Behandlungskollegen. Alles zu seiner Zeit: Zuerst das, was der Patient selbst machen kann, dann nebenwirkungsarme Behandlungen und erst dann potentiell gefährlichere Eingriffe.

Der erste Arzt-Patient-Kontakt ist immer auch eine Bilanzierung (R4) der Vorerfahrungen des Patienten, die dazu geführt haben, dass dieser den Arzt aufsucht (oft implizit als Teil der Anamnese).

Der Arzt selbst sollte sich möglichst im ‚Annäherungsmodus‘ an seine persönlichen Gesundheitsziele befinden (und sich nicht zu sehr durch ‚Fehlersuche‘ oder z.B. auch durch äußere Umstände wie Bürokratie und Kontrolle in einen permanenten Vermeidungsmodus bringen lassen).

Die grundlegend lösungs- und gesundheitsorientierte Haltung (Schwantes/Kampmann 2007; Schiffer 2001) wird auch durch die Theorie und angewandten Techniken der salutogenen Kommunikation und die damit verbundenen positiven Erfahrungen / Erfolge hergestellt bzw. vertieft. Sie regt auch im Patienten einen Annäherungsmodus an (Spiegelneuronen! Bauer 2006), in dem wir uns mit dem Patienten zu einer Zusammenarbeit verbinden.

Das geschieht – je nach Bedarf – in drei Stufen:

I.) Fragebogen zur Auftragsklärung

In dem Fragebogen (s. Anhang) wird der Patient nach gewünschten Ergebnissen und Behandlungsweisen gefragt. Das hilft ebenso sein Annäherungssystem zu aktivieren wie seinen Behandlungsauftrag zu klären. Durch einen klaren Behandlungsauftrag kann der

Arzt bedarfsgerecht intervenieren – auch ggf. IGeL anbieten. Durch die Fragen wird der Patient in seiner Kompetenz ernst genommen und anerkannt und zur grundsätzlichen (Mit-)Entscheidung herausgefordert.

Durch die Fragen nach dem erwünschten Ziel (R1) der Behandlung wird im Patienten ein Annäherungsmodus eingeleitet, in welchem ein impliziter Prozess in ihm nach Ressourcen zur Erreichung seines Ziels sucht. Seine Aufmerksamkeit wendet sich nach innen (R2) und auf seine positiv motivierenden Ziele (R1).

Durch die Fragen nach der gewünschten Behandlungsweise wird der Patient explizit auf die Kommunikation mit dem Arzt (RH) vorbereitet. Dadurch dass er nach seinen Wünschen und Überzeugungen gefragt wird, werden seine Kompetenz und seine Entscheidungsbefugnis (R4) anerkannt. Gefragt ist damit auch seine innere Überzeugung („subjektive Theorie“), die für seine Beurteilung der Situation / Erkrankung und für seine Haltung gegenüber der Medizin und eventueller Behandlungen wichtig ist. Durch diese implizite Anerkennung seiner Kompetenz kann er sich sicherer im Kontakt mit dem Arzt fühlen – eine Voraussetzung für die Aktivierung des Annäherungssystems, für Entscheidung und Adherence.

Für den Arzt, der diesen Fragebogen seinen Patienten gibt, bedeutet es eine Anerkennung der Souveränität seines Patienten als Partner mit einer eigenen Überzeugung. Es erleichtert ihm die Kommunikation mit dem Patienten, wenn er von Anfang an weiß, welche Behandlungsweise der Patient bevorzugt haben möchte und gegen welche er vielleicht Aversionen / Ressentiments hegt, die der Arzt ggf. in seinen Vorschlägen berücksichtigen kann.

So hat der Fragebogen also einen Zweck für den Patienten und einen für den Arzt. Er erleichtert die Kommunikation zwischen beiden, weil die Autonomie beider Partner respektiert wird und der Behandlungsauftrag vorgeklärt ist. Mögliche Konfliktpotentiale in unterschiedlichen Überzeugungen (subjektiven Theorien) werden transparent. Damit können Missverständnisse leichter ausgeräumt und Aneinandervorbeireden vermieden werden.

Es sind also wichtige Ressourcen für eine gute Adherence schon angeregt und die Grundlagen bzw. ersten Schritte in einem komplexen Gesundheitsannäherungs-/Krankheitsbewältigungs- und Lernprozess vollzogen.

II.) Salutogenetisch orientierte Praxis

Besonders wenn ein Mensch krank ist, ist sein ganzer Organismus darauf eingestellt, nicht nur bewusst im Äußeren also explizit zu lernen. Er lernt vorwiegend innen, unbewusst und implizit bis hin auf der Zellebene, evtl. neue Fähigkeiten zum Überleben. Seine Aufmerksamkeit ist stark mit inneren Empfindungen (z.B. Symptomen, Prozessen, Bedürfnissen) verbunden und nur selten auf der rationalen Ebene ansprechbar. Deshalb muss der Arzt zunächst mit der Aufmerksamkeit des Patienten gehen, in seiner Empathie dann Worte finden und Kommunikationsmöglichkeiten entwickeln, die den Patienten dort ansprechen, wo seine Aufmerksamkeit gebunden ist und/oder nach Lösungen sucht. Manche Patienten suchen auch vorrangig Informationen, um ihre Entscheidungen mit einem sicheren Gefühl treffen können. Bei der Auswahl der Informationen ist auch darauf zu achten, dass sie auch dem Annäherungsmodus des Patienten dienen können („Take the best“ Gigerenzer 2007). Wenn wir von partizipativer Entscheidungsfindung PEF sprechen, so sehen wir auch bei den Menschen, die explizit dem Arzt die Entscheidung überlassen wollen, eine vorausgehende eigene Entscheidung für das Abgeben der Entscheidung. In diesem Fall besteht die PEF in der Anerkennung der vorausgegangenen Entscheidung des Patienten.

Viele Patienten mit akuten Erkrankungen haben noch gutes Selbstregulationsvermögen und brauchen oft nur die ärztliche Bestätigung ihrer Selbstheilungs-Ressource, dass sie aus eigener Kraft gesund werden, und ggf. eine Arbeitsunfähigkeit, damit sie ihre persönlichen

Heilungsressourcen entfalten können. Hier gibt es meist kein Problem mit der Adherence. Hier brauchen auch keine neuen und zusätzlichen Ressourcen aktiviert werden, sondern nur die vorhandenen bestätigt werden. Weitere Interventionen kommen zunehmend zum Einsatz bei Komplikationen und Chronifizierungen.

Für die weitere Kommunikation geben die Antworten des Patienten auf dem Eingangsfragebogen oft wichtige Themen und Ziele an.

Die folgenden Themenbereiche / Interventionen R1 bis R4 sind nicht schematisch anzusprechen, sondern an das Empfinden und die Fähigkeiten in der aktuellen Situation angepasst anzuwenden.

Anregung der Ressourcen im Einzelnen

1. Motivierende Ziele (RH1⁸): „Wozu wollen sie wieder gesund werden?“

Die erste Begegnung mit einem Patienten beinhaltet immer eine Reflexion und Bilanzierung dessen, was vorher war, was dazu geführt hat, dass der Patient seiner Selbstheilungsfähigkeit nicht mehr traut und den Arzt aufsucht. Aus der Schilderung wird oft schon der implizite Maßstab (Sollwert R1) deutlich, unter dem die Reflexion erfolgt: Steht z.B. das körperliche Wohlfühl im Vordergrund (z.B. bei Schmerzen)? Oder die Arbeitsfähigkeit? Oder seelisches Wohlbefinden (z.B. bei Niedergeschlagenheit: Hoffnung, Zuversicht oder bei Ängsten: Sicherheit, Vertrauen)?

Das von Grawe beobachtete übergeordnete Streben des Organismus nach Konsistenz und Kongruenz (Grawe 2004) bezeichnet u. E. das gleiche Phänomen wie Antonovsky (1997) mit ‚sense of coherence‘ – nur unter einem anderen Aspekt. Wir gehen zusammengefasst davon aus, dass der menschliche Organismus einen impliziten Sinn für Kohärenz (Wahrnehmungsfähigkeit für Stimmigkeit) hat, um das Streben nach Kohärenz zu steuern. Durch Erfahrung von Stimmigkeit in den unterschiedlichen Erlebensdimensionen entsteht Kohärenzgefühl, das eine zentrale Rolle für die Entstehung von Gesundheit spielt. So sind allgemeine Attraktoren für die Selbstregulation Kohärenz/Stimmigkeit, Vollkommenheit, Gesundheit und Wohlbefinden.

Häufige attraktive Gesundheitsziele sind z.B. Befriedigung von körperlichen Bedürfnissen, Erfüllung von psychischen Grundbedürfnissen (Sicherheit, Lust, Zugehörigkeitsgefühl, Sinnerfüllung); leichte Beweglichkeit; Schaffenskraft; Lust und Erfüllung in Beziehungen; Zugehörigkeitsgefühl in Familie / Freundeskreis; Sinnerfüllung in der Arbeit; Bedeutsamkeit der Tätigkeit fühlen; neue Kommunikations-/Verhaltensmöglichkeiten entwickeln; verstehen können ...

Attraktive Ziele motivieren zum Lernen. Bei akuter Erkrankung ist das Gesundheitsziel oft implizit klar: der Erkrankte will wieder mit Lust und Freude am sozialen bzw. kulturellen Leben teilnehmen. Wenn sein ‚normales‘ Leben allerdings kaum Lust und Freude erwarten lässt oder im Gegenteil mit Belastung verbunden ist, kann er anfälliger für Heilungsstörungen sein. Bei Patienten mit chronischer Erkrankung ist es deshalb oft hilfreich, genau nach seiner Motivation für Gesundung zu fragen und auf einer *positiven Formulierung eines attraktiven Gesundheitsziels* zu beharren. Z.B.: „Ich möchte meine Kinder noch bei der Ausbildung unterstützen und mit meiner Frau viele schöne Tage verbringen.“ Nicht ausreichend wäre folgende Formulierung: „Ich möchte nicht Frührentner und von meiner Frau gepflegt werden müssen.“ Bei chronischen Gelenkschmerzen genügt nicht das Wunschziel „Ich will keine Schmerzen mehr haben.“ Besser wäre „Ich möchte mich frei und leicht bewegen können.“ Das positiv formulierte Ziel soll nicht nur angepasst vernunftmäßig gesagt werden, sondern emotional / lustvoll getragen sein (Grawe 2004; Grosarth-Maticek 2000).

⁸ Das H in RH... steht für Kontakt mit Helfer (Arzt oder anderen).

Auch die Frage nach dem, was man tun möchte, wenn man wieder gesund ist, kann die Motivation zur Gesundung anregen. Motivierend ist auch ein Gefühl von Bedeutsamkeit (Antonovsky 1997, Schiffer 2001 u. a.) und Zugehörigkeitsgefühl (Petzold, Lehmann et al 2007), das der Arzt als Ermächtiger der Kultur dem Patienten vermitteln kann (z.B. durch Wertschätzung seiner Fähigkeiten).

Eine implizite Motivation wird oft aktiviert, wenn das eigene Verhalten als bedeutsam, sozial sinnvoll erlebt werden kann. Für viele Menschen ist z.B. das Gefühl wichtig, gebraucht zu werden, das Gefühl, dass das eigene Verhalten und Leben einen Sinn hat⁹.

Das individuell motivierende subjektive Ziel des Patienten für seine Adherence, für die Zusammenarbeit mit dem Arzt soll aktualisiert und so weit wie möglich und nötig geklärt werden. Im Gespräch mit dem Patienten kann der Arzt auf den Fragebogen zurückgreifen und Fragen in diese Richtung wiederholen, z.B. „Wobei soll ich Ihnen helfen?“, „Was möchten Sie mit der Behandlung erreichen?“, „Wie wollen Sie sich fühlen, wenn die Behandlung abgeschlossen ist?“, „Wie soll Ihr Leben in zwei Jahren aussehen?“, „Wie möchten Sie alt werden?“ u.a.m.

2. Selbstwahrnehmung (RH2): „Was tut Ihnen gut? Und was nicht?“

Der Verlauf der Beratung mündet dann nach dem Erfassen der aktuellen Selbstwahrnehmung (R2), die bei der körperlichen Untersuchung intensiviert wird (z.B. Schmerz bei Druck, Bewegung, kräftige Abwehr gegen Untersuchung usw.) in die Diagnose. Weitere ärztlicherseits erhobene Messdaten tragen zur Krankheitsdiagnose bei. Es sollte hier allerdings nicht nur eine Krankheitsdiagnose gestellt werden, sondern eine ganzheitliche, die Ressourcen mit einschließt (wie z.B. die Fähigkeit, sich zu erholen, bewegen, gesund zu ernähren, zu genießen, Bedürfnisse zu kommunizieren, nach Hilfe zu fragen u. a.).

Durch aktives, empathisches Zuhören bei der Schilderung von Problemen, Beschwerden und auch besonders bei positiven Empfindungen, Erfahrungen und Stärken wertschätzt und unterstützt der Arzt die Selbstwahrnehmung. Interessierte offene Fragen nach Details von Schmerzen, Wohlfühl, Emotionen, Gedanken, Zeitabläufen, Zusammenhängen usw. regen den Patienten an, seine Aufmerksamkeit auf seine impliziten Prozesse zu richten und davon zu erzählen („Narrative Medicine“).

Im Gehirn werden sämtliche Wahrnehmungen und Informationen der Sinneszellen zusammengeführt, integriert und vorwiegend unter dem Aspekt von Stimmigkeit / Kohärenz / Gesundheit gewertet. Dieser rückkoppelnde Vorgang macht die Selbstwahrnehmung aus und ist unerlässlich für die permanente Herstellung von Gesundheit (Barlow 1983: Alexandertechnik; Gendlin 2004; Wagner 2007; Feldenkrais 1986; Johnen 1997). Wenn die Selbstwahrnehmung eine starke und/oder länger dauernde Unstimmigkeit zwischen Istwert und Sollwert signalisiert, passt die Bewertung ‚krank‘. Dann setzt der Organismus besondere Bewältigungsstrategien in Gang oder sucht nach neuen.

Mit den Fragen „Was tut Ihnen nachhaltig gut? Was tut Ihnen nicht gut?“ aktiviert der Arzt sowohl die Selbstwahrnehmung als auch den Sollzustand des Wohlbefindens als inneren Maßstab des Verhaltens.

Durch diese und ähnliche Fragen kommen oft vergessene Ressourcen (z.B. Entspannungsfähigkeit, Freunde ...) ins Bewusstsein, die einen Teil der Diagnose ausmachen, die der Arzt braucht, um dem Patienten einen brauchbaren Vorschlag für das weitere Vorgehen zu machen. Der Arzt ist bemüht, zusätzlich zur gewohnten Krankheits-Diagnose eine individuelle Ressourcen-Diagnose zu stellen, da hiervon das weitere Vorgehen genauso abhängt wie von der Krankheitsdiagnose.

Dazu ein einfaches Beispiel: Herr B., 74 Jahre alt, kommt zu mir wegen Nacken- und Schulterschmerzen seit einem halben Jahr, besonders nachts und morgens. Er hat von ei-

⁹ Spitzer, M. (2007) berichtet: „Einem anderen Menschen zu helfen, hat im Vergleich zur Einnahme von Aspirin etwas den 5fachen positiven Effekt auf Ihr Überleben.“ (p<0,05) S.184ff

nem Orthopäden, der röntgenologisch ausgeprägte degenerative Wirbelsäulenveränderungen diagnostiziert hat, schon Krankengymnastik und Diclofenac verordnet bekommen. Die KG hat für zwei Wochen etwas gebracht; von dem Diclofenac hatte er Magenschmerzen bekommen. Durch gezielte Fragen nach seinem Kopfkissen wurde deutlich, dass er ein dickeres Kopfkissen benutzen kann, weil er auf der Seite schläft. Nach einer Woche mit dem neuen Kopfkissen hatte er keine Beschwerden mehr.

Eine Entscheidung des Arztes auf dem rationalen direkten Weg von der Diagnose (über die EBM) zur Therapie – ein kurzer Schluss ohne Einbezug der patienteneigenen Ressourcen – erscheint so als eine Kurzschlusshandlung, die selbst pathogen wirken kann. Diese Art von Kurzschlusshandlungen gehören inzwischen bei vielen Erkrankungen zum ‚Standard‘ der modernen statistisch orientierten Medizin und bereiten u. E. erhebliche Beschwerden und Kosten.

3. Bewältigungsverhalten (RH3): „Was können Sie selbst tun, damit es Ihnen besser geht?“

Bevor der Arzt eigene Behandlungsvorschläge macht, fragt er nach den bisher unternehmenen Bewältigungserfahrungen des Patienten (besonders bei chronischen Erkrankungen). Die Ressourcen zur Selbstheilung sind ausschlaggebend für die Behandlung – selbst bei bakteriellen Infektionen und noch vielmehr bei chronischen Erkrankungen. Wenn ein Kind bei einer Streptokokkenangina hoch fiebert, sonst aber meist gesund und munter ist und die Eltern es in Ruhe pflegen können und kooperativ sind und zur Kontrolle nach 2-4 Wochen wiederkommen, genügt meistens einfach Ruhe oder ein homöopathisches oder pflanzliches Mittel. Wenn das Kind allerdings in einer gestressten Umgebung und selbst unter Stress ist, und die Eltern nicht besonders kooperativ sind, erscheint ein Antibiotikum angebrachter. Wenn jemand mit Bluthochdruck willens und in der Lage ist, sich regelmäßig zu bewegen und/oder zu entspannen, kann man zunächst auf Antihypertonika verzichten usw.

Wenn der Patient im Gespräch keine eigene Bewältigungsidee hat, macht der Arzt aufgrund der ganzheitlichen Diagnose einen Vorschlag zum Verhalten des Patienten und/oder zur Behandlung. Gemeinsam wird die Bewältigungsstrategie erörtert und entschieden. Dabei soll der Arzt darauf achten, dass der Patient auch innerlich stimmig zu der Entscheidung ‚Ja‘ sagen kann.

Das Kohärenzempfinden betrifft auch die Umgebung eines Menschen. Ein **stimmiges Zusammenspiel** (Kohärenz) von **individuellem Bewältigungsverhalten und Umgebung** ist oft entscheidend für den Heilungsverlauf. Zwischen dem Individuum und seinem physischen, sozialen und kulturellen Kontext besteht immer eine ausgeprägte Resonanz. Wenn die Umgebung gesundheitsförderlich unterstützend ist, sprechen wir von ihr als Umgebungsressource.

Die Umgebung kann aber auch ein bedrohlicher Stressfaktor sein, was nicht nur bei der Entstehung von sog. ‚Umwelterkrankungen‘ eine Rolle spielt. Bei diesen sowie auch bei den sog. Zivilisationskrankheiten wäre eine Veränderung der größeren Kontexte, ein soziokultureller Annäherungsprozess an attraktive Gesundheitsziele gesundheitsförderlicher als ständige Konsumanreize, (z.B. als attraktive Werte: leichte Beweglichkeit, Kreativität, Zugehörigkeit, Frieden, Weisheit, Souveränität, Kooperation, Solidarität u. a.).

RH3a: Annäherungsverhalten: „Was können Sie selbst oder andere dafür tun, damit Sie Ihr Ziel erreichen?“ Hier gilt es, Ressourcen für einen individuellen **Annäherungsprozess** an persönlich attraktive und damit motivierende für Gesundheit relevante Ziele (s. R1) zu erschließen.

Im Grunde der Selbstregulation steht ein Annäherungsmodus an die organismische und systemische Kohärenz. Die Fähigkeit zum Annäherungsverhalten – das kann sein aus Lust („wanting“) sowie aus Einsicht in den Sinn („liking“ Grawe 2004, S.295ff) - ist die Grund-

lage für gesunde Entwicklung. Der Annäherung an den Sollzustand können im Einzelfall sehr unterschiedliche auch gegensätzlich erscheinende Verhaltensweisen dienen: Bewegung, Ruhepausen, Kommunikation, Rückzug, Zuwendung, Entspannung, Nahrungskarenz, Wärme, Musik u. a. m.

Oft wissen Patienten nicht, wie viel sie für sich / ihre eigene Gesundheit tun können, so dass ein Informationsblatt über die aktuellen Möglichkeiten in der Umgebung sowie deren Wirkung auf die Gesundheit hilfreich ist (z.B. leichte Bewegung,.; Zum Vergleich: Bewegung (z.B. 3x/Woche ½ Std. Gehen bei Menschen im Alter von 70-79J.) senkt den Blutdruck im Schnitt um 5 – (bei jüngeren sogar um 12 mmHg) – etwa so stark wie ein Beta-blocker. Sinnvolle ehrenamtliche Tätigkeit: ‚Anderen helfen hat eine 5fache Wirkung von ASS auf Überleben‘ (Spitzer 2007 S. 184ff). (z.B. Ausdauersport ‚halbiert die Sterberate‘ Ärztezeitung vom 18.9.2008 Nr.164 Jahrgang 27). Im Ärztenetz ‚Gesunden Kinzigal GK‘ wird dies schon im Ansatz erfolgreich praktiziert – in Zusammenarbeit mit Sportvereinen (s. Anlage ‚Blickpunkt‘).

Indem wir als Arzt gemeinsam mit dem Patienten herausfinden, z.B. welche Art von Bewegung ihm Freude macht und in seinen Alltag passt, können wir ihn in seinem Annäherungsverhalten unterstützen. Vielen fehlt es heute nicht am Wissen über die gesundheitsförderliche Bedeutung sondern an Motivation zur Adherence. Hier kann das Gefühl von persönlicher Bedeutsamkeit und auch von Zugehörigkeit (z.B. zu Sportgruppen) motivierend wirken.

Da wir in der Anregung des Annäherungsverhaltens an die eigene Stimmigkeit eine große Ressource sehen, beginnen wir mit einer motivierenden Information der Ärzte (s. Anlage aus der Mitgliederzeitung des Ärztenetzes GK ‚Blickpunkt‘).

RH3b: Kampfverhalten: „Welche Abwehrkräfte haben Sie? Und wie aktivieren Sie diese?“

Damit eine Annäherung an Kohärenz (3a) erreicht werden kann, ist ggf. die Fähigkeit zur Aversion (3b,c) anzuwenden: ein **Bekämpfen (R3b)** eines Verursachers (z.B. durch Antikörperbildung oder durch Beseitigung von Parasiten, Hygiene usw.) – auch Zurückweisung von Gewalttaten oder psychischen Aggressionen.

Ressourcen, um Krankheitserreger zu bekämpfen bzw. andere Aggressoren abzuweisen sind Ruhe, Körpertraining, kurzfristiges Fasten, gesunde, vitaminreiche lebendige Ernährung (Rohkost), Immunmodulatoren, Antibiotika; bei Parasiten antiparasitäre Mittel; im soziokulturellen Bereich ‚Nein‘ sagen können; sich körperlich oder verbal wehren können u. a.

Zur Verschreibung von Medikamenten gehört eine Aufklärung über die individuelle Bedeutung der statistischen Wirksamkeit, die u. E. am besten durch die ‚number need to treat‘ NNT vermittelt werden kann (Klemperer 2006); z.B. hat eine Metaanalyse ergeben, dass bei der Hypertonie eine Behandlung von 83 Patienten erforderlich (NNT 83) war, damit im Beobachtungszeitraum einer weniger stirbt (Meyer 2006). Bei eitriger Rhinitis müssen ca. 15 Patienten Antibiotika nehmen, damit einer von ihnen schneller gesund wird NNT: 7-15 bzw. 12-78 (Arrol 2006).

RH3c: Vermeidungsverhalten: „Wie können Sie die Gefahrenquelle vermeiden?“ Ressourcen für ein Vermeidungs- und Schutzverhalten sind z.B.: Fliehen aus bedrohlicher Umgebung, Vermeidung von Giften (auch in Nahrungsmitteln), von Allergenen, Hygiene u. a.; Benutzen von Schutzkleidung und -räumen; Vermeidung von Distress durch Rückzug und Stressmanagement.

RH3d: Suchen von Hilfe: „Wer kann Ihnen helfen?“ Es ist eine Kompetenz, wenn Menschen sich Hilfe holen und kooperieren können – das sollte insofern auch wertgeschätzt werden. Leider gibt es dabei ein Aber: Für einige Patienten ist es eine fixe gelernte Bewältigungsstrategie, bei kleinsten Symptomen einen Arzt (oder anderen Therapeuten, oder eine Bezugsperson) aufzusuchen. Dieses ängstlich angepasste Verhalten ist durch das

Medizinsystem gefördert wenn nicht sogar durch die Medikalisierung produziert (durch Angstmacherei z.B. vor ‚verschleppter Grippe‘, Depression, Folgekrankheiten etc. (Blech 2004; Dörner 2004). Es wird durch eine Übertragung/Gegenübertragung in der Arzt-Patient-Beziehung bestärkt: Der Patient zeigt durch dieses Verhalten dem Arzt seine große Bedeutung als Retter, von dem der Patient abhängig ist – in dieser Rolle fühlt sich mancher Arzt gut. Hier ist die Ressource ‚Sicherheit‘ und ‚Vertrauen in sich selbst‘ anzusprechen und durch positive Erfahrungen der eigenen Selbstheilungsfähigkeiten zu stärken. Auch ein Arzt hat die Ressource 3d und kann den Patienten zur Mitbehandlung an andere Behandler überweisen und sich Hilfe holen.

4. Lernen – Reflexion und Entscheidung (Bilanzierung RH4): „Hat sich in der Zeit etwas geändert? Was hat Ihre Aktivität bzw. die Behandlung Ihnen gebracht? Was ist die Konsequenz daraus?“

Nach jeder Aktivität (z.B. Ruhe, Fieber, Diät, Bewegungstraining usw.) vergleicht die organismische Steuerung das Ergebnis mit dem Sollwert (Bilanzierung) und sucht bei Bedarf nach optimaleren Verhaltensmustern. Bei erfolgreicher Annäherung an den gesunden Sollzustand wird die neue Bewältigungsstrategie im Gehirn gespeichert bzw. vorhandene verfestigt. Daraus entstehen auch Entscheidungen für die dann folgenden Aktivitäten. Bei unbefriedigender Gesundheit und fehlenden eigenen Ressourcen sucht der Erkrankte Hilfe bei einem professionellen Helfer (>RH).

Bei chronischen Erkrankungen ist es (zumindest bei Stagnation oder Verschlechterung) angezeigt, mit dem Patienten in einem Extragespräch in angemessenen Abständen (1/2-1,5 Jahre) den Behandlungs-/ Genesungsverlauf explizit zu reflektieren, gemeinsam Bilanz zu ziehen und sich ggf. für neue Annäherungs- / Bewältigungsstrategien zu entscheiden (s. a. „Bilanzierungsdialog“ bei Bahrs/Matthiessen 2007). Dabei laden offene Fragen nach Veränderungen im reflektierten Zeitraum zur Narration ein. Gezielte Fragen nach Veränderungen im Wohlbefinden, in der Funktionalität, in der Umgebung, der Eigenaktivität, der Selbstwahrnehmung und dem Behandlungsziel usw. sowie nach Fähigkeiten und Ressourcen schaffen zusätzlich eine Grundlage für Entscheidungen des weiteren Vorgehens.

Bei Ausbleiben des erwarteten bzw. erhofften Genesungsverlaufs entsteht hier oft die Motivation und das Nachdenken über neue Wege zur Gesundheit.

III.) Salutogen intervenierende Gespräche mit chronisch Erkrankten

Wenn sich die Erkrankung festgesetzt, chronifiziert hat, ist dies kein Grund zur Resignation, sondern ein Anlass, nach neuen Bewältigungsstrategien zu suchen. Hier hat u. a. besonders Grossarth-Maticek mit seinen prospektiven Interventions-Forschungen zum Autonomietraining bemerkenswerte Pionierarbeit geleistet, indem er eine Gesprächsführung entwickelt hat, die die autonome Selbstregulation anregt (Grossarth-Maticek 1999, 2000, 2003, 2008).

Obwohl die selbstregulatorischen sowie auch neurophysiologischen Vorgänge bei unterschiedlichen Patienten große Ähnlichkeiten aufweisen, sind die damit verbundenen Inhalte, Erfahrungen und die dazu passenden Worte und anderen kommunikativen Ausdrucksformen in höchstem Maße individuell. Deshalb ist bei aller schematischer Ordnung von Selbstregulationsvorgängen erforderlich, im Einzelfall ein ganz individuelles Vorgehen in Übereinstimmung mit dem Patienten zu finden. Jeder Kontakt von Arzt und Patient ist eine einmalige Begegnung und erfordert die entsprechende Achtsamkeit und Aufmerksamkeit.

Aus der oben geschilderten Integrationsarbeit verschiedenster Therapiemethoden ist jetzt dieses neue Gesprächsverfahren mit dem Focus auf die kommunikative Selbstregulation entstanden, dessen Schilderung u. E. über die Fragestellung des Berliner Gesundheits-

preises zur Adherence hinausgeht. Da es aber ein Ausgangsverfahren für die hier dargelegten Schritte eins und zwei ist und zur Behandlung von Menschen mit chronischen Erkrankungen eine neue hoffnungsvolle Möglichkeit bietet, die gerade auch die Ziele des Berliner Gesundheitspreises wie Adherence, Eigenaktivität und Patientensouveränität beinhaltet, sei es hier als dritte Interventionsstufe kurz skizziert¹⁰ (s. a. Anlage).

Chronische Erkrankung nennen wir hier jede Erkrankung, die in einem Zeitraum von drei Monaten keine Besserung zeigt. Die Gespräche haben zwei Richtungen:

1. Eine Anregung der kommunikativen Selbstregulation mit allen unter eins und zwei aufgeführten und noch weiteren Interventionen in einem Gespräch, das in der Regel folgende Elemente bzw. Phasen hat: Fragen nach der Selbstwahrnehmung werden gelegentlich zu Beginn und oft zwischendurch immer wieder gestellt; 1. Phase: Problemschilderung – Wunschlösung; 2. Phase: Analogie zu früheren Erfahrungen 3. Phase: neue Kommunikations-/Verhaltensmöglichkeiten zur Integration der wichtigen Bedürfnisse 4. Abrundung: Prüfung der Stimmigkeit durch den Patienten.

Ein häufig wichtiger Lösungsschritt besteht in der Befreiung autonomer psychodynamischer Annäherungs- und Vermeidungspotentiale, die sich früher durch ambivalente bzw. negative Erfahrungen, innerlich gegenseitig gehemmt haben. Da das Annäherungssystem neurophysiologisch weitgehend getrennt vom Vermeidungssystem aktivierbar ist, lässt es sich auch dort wieder von diesem lösen, wo es durch personen- bzw. situationsgebundene Erfahrungen unglücklich verknüpft wurde (s. a. Fallbeispiel in der Anlage).

2. Die Erschließung auch äußerer Ressourcen (wie natürliche und soziale Beziehungen, institutionelle Unterstützung usw.) bzw. Verhaltensmöglichkeiten.

Salutogene Kommunikation zielt damit auf einen tiefen impliziten Lernprozess für neue kommunikatives Annäherungs- und Bewältigungsverhalten bei chronisch Erkrankten.

An subjektiv entscheidenden Problemerkahrungen mit großer emotionaler bzw. biographischer Bedeutung werden Möglichkeiten neuer Kommunikationsweisen erarbeitet. Werden hierfür Lösungen gefunden, kann der Organismus oft diese Lösungsstrategie auch zur Lösung anderer Probleme erfolgreich anwenden. Der innere Maßstab, das Annäherungsziel für ein gesundes Verhalten wird wieder gefunden und kann ohne zu starke Hemmung verfolgt werden. So hören die Patienten oft mit dem Rauchen auf, ernähren sich gesünder u. ä., ohne dass es Thema in der Sitzung war (s. Anlage zum Autonomietraining). Dies ist der psychodynamische Teil der salutogenen Kommunikation, der bewirken kann, dass die Patienten neue Kommunikations- und Verhaltensweisen entfalten, die zu einer besseren Befriedigung ihrer wichtigsten Bedürfnisse wie Wohlbefinden, Sicherheit, Zugehörigkeitsgefühl, Lust und Sinnerfüllung führen.

Weiter werden dazu konkrete Kommunikationsmöglichkeiten geübt, die mit einer positiven Erfahrung während des Gesprächs verbunden sein sollen. Im Rahmen der Gespräche werden auch äußere soziale und kulturelle Ressourcen (z.B. familiäre Unterstützung, bzw. professionelle Hilfen) erörtert und erschlossen, die zur stimmigen Bewältigung der Erkrankung beitragen können.

Obwohl viele Ähnlichkeiten zu Kurzzeitpsychotherapien bestehen, möchten wir dies Verfahren nicht unter die Psychotherapie einreihen, da es nicht ausdrücklich zur Behandlung von psychischen Erkrankungen gedacht und erprobt ist. Allerdings kann es auch für ausgebildete Psychotherapeuten im Rahmen einer Psychotherapie wertvolle Möglichkeiten eröffnen (dies haben Psychotherapeuten als persönliches Feedback gegeben).

¹⁰ Eine ausführliche Buchveröffentlichung zu diesem Thema ist in Arbeit und wird im Frühjahr 2010 erscheinen.

Fortbildung der ÄrztInnen / TherapeutInnen

Ebenso, wie wir eine Individualisierung der Allgemeinmedizin für wichtig erachten, so halten wir auch eine Beachtung der Individualität in der Ausbildung für qualitätssteigernd. In die Ausbildung hier fließen eine Vielzahl von Elementen aus Theorie und Praxis auch aus andere Methoden ein: Autonomietrainings (Grossarth-Maticcek / Petzold), tiefenpsychologisch sowie körperorientierter (Lowen) Psychotherapie, Neurolinguistisches Programmieren NLP (Bandler/Grinder 1991; Kutschera 1994; Stahl 1990; O'Connor/Seymour 1993), klassische und Milton Erickson Hypnose, Interventionen aus der Familientherapie (Satir 1990), zirkuläres Fragen (s. z.B. bei Schlippe 1997) Grundlagen der Gesprächspsychotherapie nach Rogers/klientenzentrierte Gesprächsführung (Rogers 2003, Pallasch 2001) und Motivational Interviewing (Rollnick/Miller 2004) - ein Teil unserer Bezüge findet sich in der Literaturliste.

Wir haben diese Erfahrungen im Laufe der Arbeit zu einer salutogenetisch orientierten Theorie und Praxis verbunden. Wir halten es für wichtig, dass wir diese einzelnen Elemente immer wieder überprüfen hinsichtlich ihrer Stimmigkeit und Effektivität und Nützlichkeit zur Anregung der gesunden Selbstregulation. Auch vermeintlich progressive Konzepte greifen manchmal auf subtile Pathologisierungen und Vermeidungsstrategien zurück, regen zum Versuch an, pathologisierend diagnostisch „festschreiben“ zu wollen, anstatt sich anregend auf die Komplexität und Beweglichkeit eines lebendigen Systems einzulassen. Die von uns vermittelten Inhalte und Fertigkeiten werden elementar in der Grundausbildung vermittelt und in der Aufbauausbildung in einer Gesamtgesprächsführung zusammengeführt. Da wir letztlich einen positiven Regulationsimpuls für das Arzt-Patienten-System geben wollen, stellt unsere Ausbildung natürlich auch eine Anregung für einen intensiven Lernprozess des Arztes dar, der eine salutogene Rückwirkung auf die Lebens- und Arbeitsgestaltung des Arztes hat. Das Wohlbefinden der Ärzte ist wiederum eine wichtige Ressource auch für die Patienten. So thematisieren wir die Salutogenese der Ärzte auch, um sie in diese Ausrichtung einzuführen (s. Anlage für den ‚Blickpunkt‘ im ‚Gesunden Kinzigtal‘).

Für die bisher durchgeführten Fortbildungen (‚Schnupperkurse‘) in salutogener Arzt-Patient-Kommunikation auf den Kongressen ‚Practica‘ in Bad Orb und ‚Medizinische Woche‘ in Baden Baden haben uns die Teilnehmer Noten zwischen sehr gut und gut gegeben.

I. Arbeit mit dem Fragebogen zum Auftragsklärung (AI)¹¹

An 5 (2x2,5) Tagen im Abstand von etwa 3 Monaten geben wir eine Einführung in die Grundgedanken der gesunden kommunikativen Selbstregulation und Lernprozesse sowie Arzt-Patient-Kommunikation und Training in konkreten Arbeitsmöglichkeiten mit dem ausgefüllten Fragebogen. Dabei erfahren die Teilnehmer in Partnergesprächen und Rollenspielen sich selbst und üben, auf individuelle Gesundheitsziele von Patienten einzugehen.

II. Salutogenetisch orientierte Praxis (All)

An 10 Tagen (4 Module von jeweils 2,5 Tagen) Schulung vertiefen die Teilnehmer aufbauend auf die I. Stufe das Verständnis der kommunikativen Selbstregulation auch auf dem Hintergrund neurophysiologischer Erkenntnisse. Die Teilnehmer erfahren in Partnergesprächen, Rollenspielen und Supervision die Anregung durch Kommunikation und üben, durch Fragen und andere Interventionen beim Patienten die Bildung von Gesundheit anzuregen.

Die ersten drei Module finden im Abstand von 2-3 Monaten statt, das letzte nach einem halben Jahr. Zusätzlich zu den Seminaren werden drei Live-Supervisionen in der jeweils

¹¹ Detaillierte Curricula für die Inhalte der Ausbildung finden Sie in der Anlage.

eigenen Praxis durchgeführt; zwei Supervisionen in der Gruppe (evtl. videogestützt) und fünf schriftlich/mündliche Fallsupervisionen.

III. Aufbauausbildung: Salutogen intervenierende Gesprächsführung

Aufbauend auf die 1. und 2. Grundlagenschulung wird in weiteren 15 (6x2,5) Tagen der Arzt befähigt, komplette Gespräche unter Einbeziehung auch psychodynamischer Lösungen mit chronisch Erkrankten zu führen. Dabei liegt ein Schwerpunkt auf Selbsterfahrung und Supervision: 2 Supervisionen vor der Gruppe, 5 schriftlich/mündliche Fallsupervisionen, 6 Live-Supervisionen (auch in Supervisionsseminaren möglich).

Diese Gesprächsführung baut auf dem Autonomietraining nach Grossarth-Maticek (2000, 2003, 2008) auf. TD Petzold hat – von Grossarth-Maticek autorisiert - seit 2003 die Ausbildung im Autonomietraining entwickelt und aufgebaut (Petzold 2007b). Dazu sind viele Bestätigungen und Anregungen besonders aus der Neuropsychotherapie (Grawe 2004) gekommen.

Die angemessene Beschreibung dieses auch psychodynamisch wirksamen Verfahrens würde den Rahmen der Aufgabenstellung des Berliner Gesundheitspreises sprengen. Um das Vorgehen dennoch hier zu skizzieren, ist sowohl eine Fallgeschichte als auch die Skizze des Curriculums als Anlage angehängt.

Erwartete oder bereits vorliegende Erkenntnisse und Ergebnisse

Aufgrund der prospektiven Interventions-Forschungen von Grossarth-Maticek, den Erfolgen des Motivational Interviewing (Rollnick/Miller) in der Suchttherapie und lösungsorientierten Kurzzeittherapien, den Erkenntnissen moderner Hirn- und Psychotherapieforschung (Grawe, u. a.) sowie langjähriger Erfahrung als Allgemeinarzt und Psychotherapeut und dem Aufbau und der Durchführung der Ausbildung im Autonomietraining nach Grossarth-Maticek sowie der Fortbildung von Ärzten in salutogener Kommunikation haben wir hohe Erwartungen an dieses dreistufige Verfahren der salutogenen Kommunikation. Diese Erwartungen beziehen sich nicht nur auf eine verbesserte Adherence sondern auch auf bessere Lebensqualität der Patienten, häufigere Genesung, insbesondere seltener Entstehung und Verschlechterung von chronischen Erkrankungen und häufiger Besserung von chronischen Leiden.

Prof. Wittmann (Mannheim, Psychologie; hat die Ergebnisse von Grossarth-Maticek geprüft) beschreibt als Ergebnis der Interventionsstudien von Grossarth-Maticek einen „dramatischen Effekt einer 30% niedrigeren Sterberate in der Interventionsgruppe, die das Autonomietraining erhalten hatte...“ über einen Zeitraum von 20 Jahren, wobei die Intervention in 1-5 Sitzungen Autonomietraining bestand (Wittmann in Grossarth-Maticek 2008, S. XIII). Grossarth-Maticek (2000) selbst beschreibt auch mittelfristige Wirkungen des Autonomietrainings auf einzelne Verhaltensweisen in einem Beobachtungszeitraum von fünf Jahren, den Gebrauch von Medikamenten usw. sehr differenziert, z.B.: Eine Reduktion von „diagnostizierten chronischen Erkrankungen von 29,6% in der Kontrollgruppe auf 17,1 % in der Interventionsgruppe; eine Reduktion der Einnahme nicht steroidhaltiger Antirheumatika um mindestens die Hälfte bei der Interventionsgruppe bei 10,7% in der Kontrollgruppe um 1,7 %“ usw. s. Anlage (Grossarth-Maticek 2000 S.251f). Die von Orlinsky, Grawe und Parks durchgeführte Metaanalyse zum Annäherungsmodus gehen wohl in die gleiche Richtung, zeigen allerdings nicht eine vergleichbare Wirkung (Grawe 2004; zur Adherence Granger 2005).

Aus diesen Erfahrungen bzw. wissenschaftlichen Untersuchungen folgernd erwarten wir für das hier dargelegte dreistufige Verfahren folgende Ergebnisse:

1. Durch Fragebogen: Schon eine Anregung der gesunden Selbstregulation bei einigen Patienten; Verbesserung / mehr Klarheit in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient durch vorgeklärten Behandlungsauftrag. Dadurch schon eine bessere Adherence – besonders wenn der Arzt mit dem Patienten partnerschaftlich umgehen kann. Als Wirkung des Fragebogens erwarten wir eine etwa 5%ige Reduktion der Entstehung von chronischen Erkrankungen einer Arztpraxis oder Linderung bei 5% der chronischen Leidenden. Wir konnten den Fragebogen in drei Allgemeinarztpraxen vortesten. Die Reaktionen der Patienten waren überwiegend spontan sehr positiv: „Da fühlt man sich doch gleich ganz anders, wenn man nach seinen Wünschen gefragt wird!“ Ärzte machten die Erfahrung, dass die Antworten auf dem Fragebogen oft viele Fragen und Diskussionen im Patientengespräch erspart haben und damit die Kommunikation vereinfachen und stimmiger machen.
2. Durch salutogenetisch orientierte Interventionen in der Sprechstunde erwarten wir: Anregung von Selbstregulationsprozessen, Eigenaktivitäten und Eigenverantwortung beim Patienten; bessere Adherence auch bei ansonsten problematischen Patienten durch positive Einbeziehung in den Entscheidungs-, Behandlungs- und Genesungsprozess. Dadurch eine Verminderung der Entstehung von ca. 30% und eine Verbesserung des Verlaufs von chronischen Erkrankungen um 20% - das gilt auch für die teilnehmenden Ärzte. Z.B. ein Lehrer, 48 Jahre alt, litt über 8 Jahre unter rezidivierender Gastritis, leichter Hypertonie, chronischer Eisenmangelanämie, Hypercholesterinämie und Muskelhartspann im Nacken und Rücken. Durch die salutogenetisch orientierte Kommunikation lernte er, sein Wohlbefinden wichtig zu nehmen und in jeder Woche angenehme Aktivitäten mit seiner Frau einzuplanen und seiner Selbstwahrnehmung zu trauen, um bei geringer Muskelverspannung für Entspannung durch autogenes Training zu sorgen. Jetzt hat er seit etwa sechs Jahren nur noch leicht erhöhte Fettwerte und selten Nackenschmerzen.
3. Durch salutogen intervenierende Gespräche mit chronisch Erkrankten: Eine Umkehr des chronisch progredienten Krankheitsverlaufs in einen Gesundungsprozess oder Abschwächung der Progredienz bei ca. 40% der Patienten. Dadurch Einsparungen von Medikamenten, stationären Behandlungen und Pflege von insgesamt (durch alle drei Interventionsstufen) ca. 20%. Z.B. eine Sozialpädagogin, 60 Jahre, die seit ihrer Kindheit unter Rheuma leidet sowie unter Atemnot und Herzschmerzen schon bei dem Gedanken daran, dass sie ihre 13 Bananenkartons mit alten Zeitungsausschnitten aufräumt. Sie hat nach drei Sitzungen mit Autonomietraining seit der ersten Sitzung vor fünf Jahren keinen Rheumaschub mehr gehabt und konnte inzwischen ihre Kartons ohne Beschwerden aufräumen.

Kostenrechnung

Da der Kostenaufwand für die beiden ersten Interventionsstufen hauptsächlich in der Fortbildung besteht (ca. 3.400 €), hat sich der Kostenaufwand aus Sicht der Versicherungen schon gelohnt, wenn bei vier Patienten einer Arztpraxis mehr der Blutdruck für 5 Jahre normal reguliert und nicht behandelt werden muss (angenommen, dass die Versicherungen den Ärzten die Fortbildung erstattet). Für den Arzt rechnet sich die Fortbildung nicht – was ja im Prinzip für jedes auch präventiv oder nachhaltig wirksame Verfahren gilt – es sei denn, man hat eine Integrierte Komplettversorgung wie z.B. im ‚Gesunden Kinzigtal‘.

Evaluation

Wir wollen diese positiven Erwartungen evaluieren und haben dazu eine prospektive Interventionsstudie konzipiert, die wir gerne möglichst bald mit methodischer Unterstützung durch Prof. Wittmann (Psychologie Mannheim) und/oder mit einer allgemeinmedizinischen Abteilung durchführen möchten.

Relativ einfach durchzuführen wäre u. E. eine vergleichende Studie im Rahmen der DMPs zwischen Patienten aus Praxen, deren Ärzte in salutogener Kommunikation ausgebildet sind mit Patienten aus Praxen ohne zusätzliche kommunikative Fortbildung. Dabei sollte das Outcome beim Patienten noch verglichen werden mit dem Outcome bei den Ärzten mit den gleichen Fragebögen und der Dokumentation zur salutogenen Kommunikation (s. Anlage).

Ideal wäre wohl eine Evaluation im Rahmen des Projektes zur kompletten IV ‚Gesundes Kinzigtal‘, da dieses schon intensiv evaluiert wird und man somit eine Veränderung durch salutogene Kommunikation messen könnte. Wir haben angefangen, die Ärzte dort für eine salutogenetische Orientierung zu gewinnen (s. Anlage ‚Blickpunkt‘).

Messinstrumente

Als Messinstrumente für das Outcome bei den Patienten sind vorgesehen: 1. die medizinischen Befunde des behandelnden Arztes und krankheitsbezogene Kontrollen aussagekräftiger Parameter; Verbrauch von Medikamenten; 2. Die Münchner Lebensqualitäts-Dimensionen-Liste MLDL; 3. Der Kurzfragebogen zur Selbstregulation von Grossarth-Maticcek modifiziert von Petzold (s. Anlage). Die Fragebögen 2. und 3. sollen auch von den Ärzten ausgefüllt werden, da das dargelegte Verfahren auch auf die Lebensqualität und Selbstregulation der Ärzte positiv rückwirken soll.

Qualitätsentwicklung

Zur Qualitätsentwicklung der Arzt-Patient-Kommunikation haben wir einen Dokumentationsbogen entwickelt (s. Anlage), den der Arzt nach jedem eingehenden Gespräch mit einem Patienten (zumindest bei chronisch erkrankten) ausfüllen kann. Er dient nicht zur Kontrolle und Vermehrung der Bürokratie, sondern vornehmlich zur Unterstützung der Fokussierung auf Ressourcen und bei Bedarf für eine wissenschaftliche Untersuchung des Zusammenhanges von stimmiger salutogener Kommunikation und Behandlungserfolg.

Weiter empfehlen wir Qualitätszirkel, die sich dem Thema der salutogenen Kommunikation widmen. Als Qualitätskriterien für die Kommunikation schlagen wir die oben genannten vor. Bewährt haben sich besonders videogestützte Fallbesprechungen im QZ (s. Bahrs/Matthiessen et al). Aber auch ohne Videoaufnahmen haben wir schon gute Erfahrungen in einem interdisziplinären QZ für salutogene Arbeit gemacht.

Anlagen

Fallgeschichte zu einem ‚salutogen intervenierenden Gespräch‘ – Sal-Kom (Stufe AIII)

Z.B. Frau A., 47 Jahre alt, leidet seit fünf Monaten unter zunehmender morgendlicher Übelkeit, Appetitlosigkeit, Schmerzen im linken Arm, Zittrigkeit und Unruhe mit Durchschlafstörungen. Ihr 19 jähriger Sohn sei drogenabhängig, hat den Führerschein verloren, und sie hat Angst, dass er genauso endet wie ihr jüngerer Bruder, der alkohol- und drogenabhängig war und sich vor einem Jahr das Leben genommen hat. Ihr Vater hat oft die Mutter geschlagen, wenn er alkoholisiert war. Sie selbst arbeitet als Sozialpädagogin stundenweise in einem Kindergarten und einer Schule.

Sie wünscht sich wieder guten Appetit und Schlaf und Lust am Leben. Wenn sie gesund ist, möchte sie wieder mit ihrem Mann Wochenendausflüge unternehmen. Nachdem sie in der ersten Sitzung für ihre aktuelle Situation mit dem Sohn in der Dreiecksbeziehung mit dem Mann Unterstützung und Perspektive bekommen hatte, konnten wir in der zweiten Sitzung den tiefer liegenden Konflikt mit ihrem Vater (der vor zwei Jahren gestorben war) wie folgt angehen: auf der einen Seite mochte sie ihren Vater sehr (ist oft mit ihm als Fernfahrer mitgefahren) auf der anderen Seite hatte sie Angst vor ihm, wenn er getrunken hatte, dass er ihrer Mutter oder ihrem jüngeren Bruder Gewalt antut. Sie konnte beide emotional geladenen Richtungen annehmen und getrennt voneinander ausdrücken, dass sie ihn einerseits liebt und sich geliebt fühlt und andererseits ihn abwehrt und meidet / verachtet, wenn er alkoholisiert tyrannisch ist. Hilfreich für sie war dabei die Vorstellung von zwei unverbundenen Richtungen wie links und rechts und die Erkenntnis, dass diese beiden Richtungen durch das Erleben als Annäherungswunsch versus Aversion mit der einen Person – ihrem Vater – unglücklich verknüpft waren, dass sie aber jetzt stark genug ist, das zu unterscheiden und dem Vater einerseits die Liebe zu geben und sich andererseits gegen Übergriffe zu wehren – z.B. auch durch Weinen.

Auch fühlt sie sich in der Lage, Liebe und Glück zu erleben, ohne Angst zu haben, dass kurz darauf etwas Schlimmes passiert. Bei der nächsten Sitzung eine Woche später hatte sie keinerlei Beschwerden mehr und plant für das nächste Wochenende einen Ausflug mit ihrem Mann ans Meer.

Fragebogen zum Behandlungsauftrag

Liebe Patientin, lieber Patient,

Damit Ihr Arztbesuch und die damit verbundene Behandlung möglichst erfolgreich verlaufen, wollen wir, Ihre Ärzte, Sie in Zukunft noch besser in den Behandlungsprozess einbeziehen. Wir wissen, daß der Behandlungserfolg entscheidend davon abhängt, wie weit Sie selbst hinter dem gemeinsam erarbeiteten Plan stehen können, den wir mit Ihnen im Gespräch entwickeln werden. Sie sollen sich, wenn Sie das wollen und soweit es Ihnen möglich ist, für die eine oder andere in Frage kommende Therapie entscheiden können. Wir werden Sie bei Ihrer Entscheidung beraten.

Wir wollen in Zukunft mit Ihnen einen noch individuelleren Weg zur Gesundung, zum Umgang mit Ihrer chronischen Erkrankung bzw. zu Ihrer individuellen Vorsorge gegen Erkrankung finden. Ihre eigene Entscheidung soll Ihnen helfen, hinter notwendigen und sinnvollen Entschlüssen zu stehen.

Machen Sie jetzt den ersten Schritt! Beantworten Sie bitte sich und uns die folgenden Fragen:

Was wäre das optimale von Ihnen gewünschte Ergebnis der aktuellen Behandlung?

.....

Woran können Sie erkennen, daß Sie gesünder werden?

.....

Wenn Sie wieder gesund sind: Was möchten Sie dann tun?.....

.....

Welche Behandlungsweise bevorzugen Sie bei Ihrer aktuellen Erkrankung?

Sie können hier auch mehrere Punkte ankreuzen oder sie mit Zahlen 1 – 5 nach ihrer Wichtigkeit oder z.B. 1- 1 bei gleicher Wichtigkeit für Sie bewerten.

..... Ich glaube daran, dass die **Schulmedizin** mir bei meiner jetzigen Erkrankung gut/optimal helfen kann.

..... Ich suche zunächst **Behandlungsalternativen** mit weniger Nebenwirkungen, die mein Arzt für hilfreich hält (müssen meist selbst gezahlt werden).

..... Ich suche nach Möglichkeiten und Hilfestellung, was **ich selbst aktiv** für meine Gesundheit machen kann (Veränderung von Lebensstil, Schulungen, Anleitung zu sportlichen Aktivitäten, Entspannung, Ruhepausen aus beruflicher Hektik u. a.).

..... Ich suche **Begleitung durch Gespräche** (Arzt / Psychotherapeut).

..... Ich kann z. Zt. **keine Entscheidung** zu Behandlungsweisen treffen – möchte zunächst Informationen, Diagnostik und/oder Fragen an den Arzt stellen.

.....
Ort, Datum

.....
Name / Unterschrift

Anlagen

Curriculum AI - Inhalte

Auftragsklärung - Arbeit mit dem Fragebogen zum Behandlungsauftrag

	Inhalte
Modul 1	Grundlagen Die Bedeutung der Fragen und Antworten für die Behandlung Salutogenetische und pathogenetische Orientierung Qualitätskriterien Kommunikative Selbstregulation und Lernprozesse Partnerschaftlicher Umgang von Arzt und Patient
Modul 2	Effektive Arbeit mit dem Behandlungsauftrag Bedeutung von persönlichen Gesundheitszielen und Annäherungsmodus Eingehen auf persönliche Behandlungswünsche Positive Formulierungen von Behandlungszielen Vermittlung der individuellen Bedeutung statistischer Forschungsergebnisse Partizipative Entscheidungsfindung, implizit und explizit Vereinbarungen zum Vorgehen

Anlagen

Curriculum All - Inhalte

Salutogenetisch orientierte Praxis

Modul 1	Salutogenetische Orientierung und Selbstregulation Theoretische Grundlagen der Salutogenese: Aktueller Stand von Theorie und Praxis Qualitätskriterien für salutogenetische Orientierung Kohärenzsinn und Kohärenzstreben – „Was ist stimmig?“ Grundlagen der kommunikativen Selbstregulation Implizite und explizite Lern- und Entscheidungsprozesse Haltung und Ausrichtung des Arztes und der Kommunikation Grundlagen patientenzentrierter Gesprächsführung
Modul 2	Anregung der Selbstregulation – prozessuale Ressourcen Annäherungs- und Vermeidungsstrategien in synergetischer Interaktion (Krankheits- und Gesundheitsentstehung) Bewältigungsstrategien / Komplexe Lernprozesse Ressourcenlehre Erschließen von Ressourcen durch Fragen Interventionen zur Anregung der Selbstregulation Erschließen von Ressourcen durch Reframing / Umdeutung von Erkrankung in persönliche Stärken, spezifische Lernprozesse Bedürfniskommunikation
Modul 3	Systemisches Verständnis und Lernen Selbstregulative Prozesse in verschiedenen Systemdimensionen Zugehörigkeitsgefühl und Kommunikation Handhabbarkeit, Bedeutsamkeit und Verstehbarkeit' - drei Komponenten des ‚Kohärenzgefühls‘ systemisch verstanden Neuronale Spiegelungs- / Resonanzprozesse Systemische / persönliche „Übertragungen“ Übersetzung statistischen Wissens in individuelle Bedeutung (NNT)
Modul 4	Supervision – Reflexion der Ausbildung - Abschluss „Leichter Umgang mit schwierigen Patienten“ - Rollenspiel Bilanzierungsgespräch Supervision in der Gruppe Prüfungsgespräche in der Gruppe / Evaluation der Ausbildung

Curriculum AIII - Inhalte

Aufbauausbildung in salutogener Kommunikation

<p>Modul 1</p>	<p>Lernprozesse und Gesprächsführung</p> <p>Implizite und explizite Kommunikation – Lern- und Entscheidungsprozesse Zirkuläre Phasen kommunikativer Selbstregulation: Immer wieder subjektive Stimmigkeit und Kohärenz.</p> <p>Gesprächsablauf und Gesprächsphasen</p> <p>Bedürfniskommunikation - auch Neurophysiologie</p> <p>Erschließung eigener Ressourcen für die praktische ärztliche Arbeit</p>
<p>Modul 2</p>	<p>Bedürfniskommunikation, Stimmigkeit und Psychodynamik</p> <p>Entstehung von psychodynamisch wirksamen Mustern im systemischen Kontext</p> <p>Grundbedürfnisse, Emotionen und Bedürfnishierarchien</p> <p>Zugehörigkeitsgefühl und Salutogenese</p> <p>Emotionale Erregung und kognitives Verstehen als Resourcepotentiale zur Lösung</p> <p>Annäherungsverhalten und Selbstregulation vor dem Hintergrund des Lust-Unlustmanagements, „wanting“ und „liking“</p> <p>Erarbeiten von effektiveren Kommunikationsstrategien zur Befriedigung/Erfüllung wichtiger Bedürfnisse</p>
<p>Modul 3</p>	<p>Gesprächsführung – systemische Aspekte</p> <p>Erfahrungen mit der kommunikativen Haltung in der Praxis - der Therapeut als aktiver Resonator</p> <p>Implizite und explizite systemische Aspekte der Arzt-Patient-Kommunikation</p> <p>Grundlagen systemischer Sichtweise - Systemdimensionen</p> <p>Innere Bilder, das innere „Team“, neuronale Repräsentation von wichtigen Bezugspersonen</p> <p>Übertragung/Gegenübertragung als systemische Resonanzphänomene</p>
<p>Modul 4</p>	<p>Kommunikative Genese von chronischen Erkrankungen</p> <p>Kommunikativ entstandene Regulationsmuster und mögliche Zusammenhänge mit chronischen Erkrankungen</p> <p>Synergetisch interaktive Verhaltensweisen und chronische Erkrankungen</p> <p>Epidemiologische Forschungen von Grossarth-Maticsek</p> <p>Annäherungs- und Vermeidungsverhalten und chronische Erkrankungen</p> <p>Anregung des Autonomisierungsprozesses</p> <p>Interventionsmöglichkeiten zur Lösung alter Verhaltensmuster</p>

Anlagen

Modul 5	Lösen von Ambivalenzkonflikten und Paradoxien Lösung von Regulationsmustern, die durch kommunikativ hergestellte Doppelbindung entstanden sind Lösen von Annäherungs- und Vermeidungsmodus mit Imaginationshilfen Entstehung von Paradoxien im Erleben verschiedener Systemdimensionen Paradoxe Interventionen Die Bedeutung von Humor im Therapieprozess
Modul 6	Supervisions- und Abschlusseminar Feedback, kollegiale Intervision und Supervision Reflexion Lernkontrolle Supervision in der Gruppe (auch videogestützt)

Anlagen

Fragebogen zur Selbstregulation

Name:.....Datum:.....

Einleitung: Bitte nehmen Sie sich zunächst einmal etwas Zeit, um sich auf Ihre innere Wahrnehmung zu konzentrieren: was tut Ihnen gut, was hat Ihnen schon in der Kindheit gut getan, und was tut Ihnen nicht gut?

1. Wie stark habe ich als Kind Zugehörigkeitsgefühl gespürt?

0 = überhaupt nicht 1 = sehr schwach 2 = schwach 3 = mittelmäßig, eher schwach,
4 = mittelmäßig, eher stark 5 = stark 6 = sehr stark 7 = absolut

Wer hat mir in der Kindheit am stärksten das Gefühl von Zugehörigkeit und Liebe vermittelt?

Mutter..... Vater oder.....

Wodurch / wann habe ich das Zugehörigkeitsgefühl am intensivsten gespürt?

.....

2. Von wem in meiner Herkunftsfamilie habe ich mich am stärksten abgelehnt / zurückgewiesen gefühlt? Vater Mutter oder

Wann war das? Wie hat er / sie das gemacht?

.....

Wie stark haben Sie sich abgelehnt gefühlt?

7 = überhaupt nicht 6 = sehr schwach 5 = schwach 4 = mittelmäßig, eher schwach,
3 = mittelmäßig, eher stark 2 = stark 1 = sehr stark 0 = absolut

3. „Ich verstehe es immer wieder meine gefühlsmäßig wichtigsten Wünsche zu verwirklichen und meine bedeutendsten Bedürfnisse zu befriedigen.“ Wie stark trifft diese Aussage auf Sie zu?

0 = überhaupt nicht 1 = sehr schwach 2 = schwach 3 = mittelmäßig, eher schwach,
4 = mittelmäßig, eher stark 5 = stark 6 = sehr stark 7 = absolut

4. „Wenn ich mich mal nicht wohl fühle, verstehe ich es immer durch mein Verhalten für mich positive Situationen und Zustände zu erreichen, die mein Wohlbefinden wiederherstellen.“ Wie stark trifft diese Aussage auf Sie zu?

0 = überhaupt nicht 1 = sehr schwach 2 = schwach 3 = mittelmäßig, eher schwach,
4 = mittelmäßig, eher stark 5 = stark 6 = sehr stark 7 = absolut

5. „Wenn mir eine Situation, eine Gruppe von Menschen oder eine Person nicht gut tut, entwickle ich solange unterschiedliche Aktivitäten, bis ich die Zustände zu meiner Zufriedenheit verändert habe.“ Wie stark trifft diese Aussage auf Sie zu?

0 = überhaupt nicht 1 = sehr schwach 2 = schwach 3 = mittelmäßig, eher schwach,
4 = mittelmäßig, eher stark 5 = stark 6 = sehr stark 7 = absolut

6. „Wenn ich mich in einer Situation bedroht fühle, verhalte ich mich letztlich immer so, dass ich aus dieser wieder heil herauskomme.“ Wie stark trifft diese Aussage auf Sie zu?

0 = überhaupt nicht 1 = sehr schwach 2 = schwach 3 = mittelmäßig, eher schwach,
4 = mittelmäßig, eher stark 5 = stark 6 = sehr stark 7 = absolut

Anlagen

7. „Ich kann meinen Alltag immer so selbstbestimmt gestalten, wie es für mein Wohlbefinden sinnvoll ist.“ Wie stark trifft diese Aussage auf Sie zu?
- 0 = überhaupt nicht 1 = sehr schwach 2 = schwach 3 = mittelmäßig, eher schwach,
4 = mittelmäßig, eher stark 5 = stark 6 = sehr stark 7 = absolut
8. „Durch mein Verhalten erreiche ich zu wichtigen Bezugspersonen sowohl die gewünschte Nähe als auch den notwendigen Abstand.“ Wie stark trifft diese Aussage auf Sie zu?
- 0 = überhaupt nicht 1 = sehr schwach 2 = schwach 3 = mittelmäßig, eher schwach,
4 = mittelmäßig, eher stark 5 = stark 6 = sehr stark 7 = absolut
9. „Ich kann mich so gut mitteilen, kommunizieren, dass auch meine tiefsten Bedürfnisse, Sehnsüchte und Gedanken in das Gemeinschaftsleben integriert sind.“ Wie stark trifft diese Aussage auf Sie zu?
- 0 = überhaupt nicht 1 = sehr schwach 2 = schwach 3 = mittelmäßig, eher schwach,
4 = mittelmäßig, eher stark 5 = stark 6 = sehr stark 7 = absolut
10. "Bei all meinen Aktivitäten (Arbeiten und privaten Tätigkeiten) weiß ich immer, warum ich etwas tue." Wie stark trifft diese Aussage auf Sie zu?
- 0 = überhaupt nicht 1 = sehr schwach 2 = schwach 3 = mittelmäßig, eher schwach,
4 = mittelmäßig, eher stark 5 = stark 6 = sehr stark 7 = absolut
11. „Ich kann mein Verhalten immer wieder von einer inneren Beobachterposition aus distanziert und wohlwollend betrachten und verstehen.“ Wie stark trifft diese Aussage auf Sie zu?
- 0 = überhaupt nicht 1 = sehr schwach 2 = schwach 3 = mittelmäßig, eher schwach,
4 = mittelmäßig, eher stark 5 = stark 6 = sehr stark 7 = absolut
12. Wie stark ist das Wohlbefinden, das Sie durch Religion, Meditation sowie in der Gottesbeziehung erreichen?
- 0 = überhaupt nicht 1 = sehr schwach 2 = schwach 3 = mittelmäßig, eher schwach,
4 = mittelmäßig, eher stark 5 = stark 6 = sehr stark 7 = absolut
13. „Wenn mein Verhalten nicht zum erwünschten Erfolg führt, bin ich fähig, neue Verhaltensweisen zu erfinden und zu erproben.“ Wie stark trifft diese Aussage auf Sie zu?
- 0 = überhaupt nicht 1 = sehr schwach 2 = schwach 3 = mittelmäßig, eher schwach,
4 = mittelmäßig, eher stark 5 = stark 6 = sehr stark 7 = absolut
14. „Es gelingt mir immer wieder, meine Fähigkeiten zum Wohle der Allgemeinheit / meiner Familie und / oder einer anderen Gemeinschaft einzusetzen.“ Wie stark trifft diese Aussage auf Sie zu?
- 0 = überhaupt nicht 1 = sehr schwach 2 = schwach 3 = mittelmäßig, eher schwach,
4 = mittelmäßig, eher stark 5 = stark 6 = sehr stark 7 = absolut
15. „Mein persönlicher Einsatz für die Gemeinschaft (s.o.) und für mein eigenes Wohlbefinden sind in guter Balance.“ Wie stark trifft diese Aussage auf Sie zu?
- 0 = überhaupt nicht 1 = sehr schwach 2 = schwach 3 = mittelmäßig, eher schwach,
4 = mittelmäßig, eher stark 5 = stark 6 = sehr stark 7 = absolut
- Wenn nicht, ist der Einsatz mehr für das Allgemeinwohl oder das eigene?
16. „Mein ethisches Wertesystem (meine Glaubenssätze) passt voll und ganz zu meinen eigenen Bedürfnissen und meinen alltäglichen Erfahrungen.“ Wie stark trifft diese Aussage auf Sie zu?
- 0 = überhaupt nicht 1 = sehr schwach 2 = schwach 3 = mittelmäßig, eher schwach,
4 = mittelmäßig, eher stark 5 = stark 6 = sehr stark 7 = absolut

Anlagen

Fragebogen zur Dokumentation der salutogenetischen Intensität der Kommunikation (Entwurf)

Frau / Herr, geb. am:.....

Wie lautet die positive Formulierung des aktuellen attraktiven Gesundheitszieles?

.....

.....

In welcher Intensität waren die folgenden Ressourcenqualitäten der Selbstregulation im Gespräch stimmig gegenwärtig?

Wenn die Ressourcen entweder explizit = **e** oder vermutlich implizit = **i** gegenwärtig waren, kennzeichnen Sie dies bitte zusätzlich mit **e** oder **i**.

Datum:	Minimal 1	2	3	4	5 optimal
Attraktives Gesundheitsziel Annäherungsmodus					
Vermeidungsmodus					
Subjekt					
Patienteneigene Ressourcen zur Selbstregulation					
Kontextbezogenheit					

Literatur

- Ahrens, H.J., AOK-BV (Hrsg.) (2007): Erfolgsfaktor Kommunikation. Bonn: KomPart.
- Albrecht H. (2006): Die Heilkraft des Vertrauens. In: DIE ZEIT, Nr.32, 3.8.2006, S. 25f..
- Antonovsky A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung von Gesundheit. Tübingen: dgvt.
- Arroll, B., Kenealy, T.: Are antibiotics effective for acute purulent rhinitis? Systematic review and meta-analysis of placebo controlled randomised trials. BMJ, Online: URL: <http://www.bmj.com/cgi/content/abstract/bmj.38891.681215.AEv1> [Datum der Recherche: 10. 9. 2008]
- Bahrs, O., Matthiessen P. (Hrsg.) (2007): Gesundheitsfördernde Praxen. Bern: Huber.
- Balint M. (2001): Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. 10. veränderte Auflg. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bandler, R., Grinder, J. (1991): Neue Wege der Kurzzeit-Therapie. Paderborn: Junfermann.
- Barlow W. (1983): Die Alexandertechnik. München: Kösel.
- Bateson G. (1996): Ökologie des Geistes. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Bauer, J. (2006): Warum ich fühle, was du fühlst. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Becker, H. (1984): Die Bedeutung der subjektiven Krankheitstheorie des Patienten für die Arzt-Patienten-Beziehung. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 34, S. 313-321.
- Bengel J. (2001): Was erhält den Menschen gesund? Bonn: BZgA
- Bieber, C., Müller, G.K., Blumenstiel, K., Schuller-Roma, B., Richter, A., Hochlehnert, A., Wilke, S., Eich, W. (2004): Partizipative Entscheidungsfindung PEF) mit chronischen Schmerzpatienten. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Volume 47, Number 10 / Oktober 2004, Online: URL: <http://www.springerlink.com/content/dn1pgryekycwlcckr> [Datum der Recherche: 8.9.2008]
- Blech, J. (2004): Die Krankheitserfinder: Wie wir zu Patienten gemacht werden. Frankfurt am Main: Fischer.
- Boessmann, U. (2003): Psychohygiene für Ärzte und Therapeuten: Der schonende Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung. In: Jork, K., Peseschkian, N. (2006): Salutogenese und positive Psychotherapie. Gesund werden – gesund bleiben. S.63-69. Bern: Huber.
- Braun, K. (2003): Neuropsychologie: Ohne Liebe verkümmert das Gehirn. In: GEO-Magazin 11/03
- Broda M, Senf W. (2004): Die therapeutische Beziehung als Boden für therapeutisches Handeln. In: Therapeutische Beziehung –Psychotherapie im Dialog 4/2004/ 5. Jg. S. 397f.
- Brucks U. (1998): Salutogenese – der nächste Schritt in der Entwicklung medizinischen Denkens? In: Schüffel, Brucks, Johnen, Köllner, Lamprecht, Schnyder (Hrsg.) (1998): Handbuch der Salutogenese. S.23-36. Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Chatterjee JS. (2006): From compliance to concordance in diabetes. In: J Med Ethics. 2006 Sept;32(9): 507-510.
- Deneke, F.W. (1999): Psychische Struktur und Gehirn. Stuttgart: Schattauer.
- Dörner, K. (2002): In der Fortschrittsfalle. In: Deutsches Ärzteblatt, PP, Heft 10, Okt. 2002 S.449-453.
- Dörner, K. (2004): Das Gesundheits-Dilemma. Berlin: Ullstein.
- Fava GA, Ruini C, Linden M. (2005): Ich bin chronisch krank – aber es geht mir gut“. In: : MMW-Fortsch.Med. Nr.37/2005. S.36-40.
- Feldenkrais M. (1986): Die Entdeckung des Selbstverständlichen. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Flick U, Walter U, Fischer C, Neuber A, Schwartz FW. (2004): Gesundheit als Leitidee? Bern: Verlag Hans Huber.
- Franke, U. (2002): „Wenn ich die Augen schließe, kann ich dich sehen“ Familien-Stellen in der Einzeltherapie und –beratung. Ein Handbuch für die Praxis. Heidelberg. Carl-Auer-Systeme.
- Gadamer, H.G. (1993): Über die Verborgenheit der Gesundheit. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Gendlin, E.T. (2004): Focusing- Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 4. Aufl..
- Geue, B. (1993): Individuelle Praxisführung – Erfolgsorientierte Kommunikationsstrategien für die tägliche Praxis. Stuttgart: Enke.
- Gigerenzer, G. (2007): Bauchentscheidungen. Die Intelligenz des Unbewussten und die Macht der Intuition. München: Bertelsmann.
- Göpel E. (Hrsg.) (2004): Gesundheit bewegt. Frankfurt/M.: Mabuse Verlag
- Granger et al (2005): Adherence and outcomes: it's more than taking the pills. The Lancet, Volume 366, Issue 9502, Pages 1989 - 1991 H. White
- Grawe, K. (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Groeben, N., Wahl, D., Schlee, J. & Scheele, B. (1988). Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien. Eine Einführung in die Psychologie des reflexiven Subjekts. Tübingen: Francke.
- Grossarth-Maticsek, R. (1999): Systemische Epidemiologie und präventive Verhaltensmedizin chronischer Erkrankungen. Berlin-New York: de Gruyter

- Grossarth-Maticek, R. (2000): Autonomietraining. Berlin-New York: de Gruyter
- Grossarth-Maticek, R. (2003): Selbstregulation, Autonomie und Gesundheit. Berlin-New York: de Gruyter.
- Grossarth-Maticek, R., Petzold T. D. (2007): Ein starkes Zugehörigkeitsgefühl vervierfacht die Chance auf ein langes gesundes Leben. In: Krause, Chr., Lehmann, N., Lorenz, R.-F., Petzold, T.D. (Hrsg.) (2007): verbunden gesunden – Zugehörigkeitsgefühl und Salutogenese. Bad Gandersheim: Gesunde Entwicklung.
- Grossarth-Maticek, R. (2008): Synergetische Präventivmedizin. Heidelberg: Springer-Verlag
- Härter, M., Loh, A., Spies, C. (Hrsg.) (2005): Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Hain P. (2001): Das Geheimnis therapeutischer Wirkung. Heidelberg: Carl Auer Systeme Verlag.
- Haisch J. (2002): Der mündige Patient und sein Arzt. Wie der Arzt die Eigenverantwortung des Patienten fördern kann. Heidelberg: Asanger-Verlag.
- Haken, H: (2003): Synergetik der Hirnfunktionen. In: Schiepek G. (2003): Neurobiologie der Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.
- Hamann, J., Hein, J., Kissling, W. (2005): Patientenempowerment – eine wirksame Strategie zur Förderung der Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. In: Härter, M., Loh, A., Spies, C. (Hrsg.) (2005): Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag S. 45-51.
- Heesen C, Berger B, Hamann J, Kasper J. (2006): Empowerment, Adhärenz, evidenzbasierte Patienteninformation und partizipative Entscheidungsfindung bei MS – Schlagworte oder Wegweiser? In: Neurol Rehabil 2006 (4): 232-238.
- Hesse E. (1994): Die Hausarztpraxis als Zentrum des sozialen Netzes. In: Uexküll, T.v. , Adler R. (1994): Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik. Stuttgart: Schattauer. S.93-101.
- Hollnagel H, Malterud K, Witt K. (2000): <Men's self-assesed personal health resources: approaching patients' strong points in general practice. In: Family Practice; 17 (6): S. 529-534.
- Holm-Hadulla R, Kriz J., Lieb H, Broda M, Senf W. (2004): Ist Beziehung alles und ohne Beziehung alles nichts? In: Therapeutische Beziehung –Psychotherapie im Dialog 4/2004/ 5. Jg. S. 321-334.
- Hüther G. (2004): Die Macht der inneren Bilder. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Jork, K., Peseschkian, N. (2006): Salutogenese und positive Psychotherapie. Gesund werden – gesund bleiben. Bern: Huber.
- Johnen R. (1998): Das Sprechen des Körpers als Ressource für Gesundheit: das Unterrichtsprojekt „Subjektive Anatomie“. In: Schüffel, Brucks, Johnen, Köllner, Lamprecht, Schnyder (Hrsg.) (1998): Handbuch der Salutogenese. S.221-234. Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Klemperer, D. (2006): Partizipative Entscheidungsfindung in Deutschland - Handlungsfelder zur Verbesserung der Entscheidungsqualität. In: Härter, M., Loh, A., Spies, C. (Hrsg.) (2005): Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Krauß, H. (1993): Verhaltensmedizin und Verhaltensanalyse. München: Quintessenz.
- Kripalani S, Yao X, Haynes B. (2007): Interventions to Enhance Medication Adherence in Chronic Medical Conditions. A Systematic Review. In: Arch Intern Med; 167(6): 540-549.
- Kriz, J. (1999): Systemtheorie für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner. Wien: Facultas.
- Kowarowsky, G. (2005): Der schwierige Patient. Kommunikation und Patienteninteraktion im Praxisalltag. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kutscher, P., Seßler, H. (2007): Kommunikation – Erfolgsfaktor in der Medizin. Heidelberg: Springer Medizin.
- Kutschera G. (1994): Tanz zwischen Bewußt-sein & Unbewußt-sein. NLP Arbeits- und Übungsbuch. Paderborn: Junfermann.
- Lin EHB, Ciechanowski P. (2008): Workuing With Patients to Enhance Medication Adherence. Clin. Diabetes 26: S. 17-19.
- Linden M. (2005): Beherrschen Sie die Kunst der Salutomedizin? In: MMW-Fortsch.Med. Nr.37/2005. S.33.
- Loth W, Schlippe A v. (2004): Die therapeutische Beziehung aus systemischer Sicht. In: Therapeutische Beziehung –Psychotherapie im Dialog 4/2004/ 5. Jg. S. 341-347.
- Luban-Plozza B, Laederach-Hoffmann K, Knaak L, Dickhaut H. (2002): Der Arzt als Arznei. Das therapeutische Bündnis mit dem Patienten. Köln: Dt. Ärzte Verlag.
- Luhmann, N. (1987): Soziale Systeme. Frankfurt am Main.: Suhrkamp.
- Maoz, B., Katz, E., Matalon, A., Rabin, S. (2006): Die Arzt-Patient-Beziehung. Berlin: Logos.
- Maturana, H., Varela, F. (1987): Der Baum der Erkenntnis. München: Goldmann.
- Meißner T. (2007): Salutogene Kommunikation: Das Gespräch als Heilmittel. In: Der Allgemeinarzt 3/2007 S.36f.
- Meyer (2006): Meta-Analyse zur absoluten Risikoreduktion/NNT bei systolischer Hypertonie Behandlung. In DMW 2006; 131 : 2295. Zit. nach: Schneider T. : Hypertonie bei älteren Menschen. Herzzentrum Köln. Pdf-document.
- Miller, W. R., Rollnick, S. (1999): Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

- Myerscough, P., Ford, M. (2001): Kommunikation mit Patienten. Bern: Huber.
- Naumann F. (1994): Kommunikationsaspekte der modernen Medizin. In: Wessel, K. F. (Hrsg.) (1994): Berliner Studien zur Wissenschaftsphilosophie & Humanontogenetik. Band 3. Bielefeld: Kleine.
- O'Connor J, Seymour J. (1993): Neurolinguistisches Programmieren: Gelungene Kommunikation und persönliche Entfaltung. Freiburg: VAK
- O'Connor PJ. (2006): Improving medication adherence: challenges for physicians, payers, and policy makers. *Arch Intern Med* 169: S. 1802-1804.
- Odent, M. (2001): Die Wurzeln der Liebe. Wie unsere wichtigsten Emotionen entstehen. Freiburg im Breisgau: Walter.
- Ortmann, K. (2001): Behandlung als Koproduktion. Lage: Jacobs.
- Pallasch, W. (2002): Pädagogisches Gesprächstraining. Weinheim: Juventa.
- Peitgen, H.-O., Saupe, D., Jürgens, H. (1994): C.H.A.O.S. Bausteine der Ordnung. Stuttgart: Klett-Cotta/Springer.
- Peitinger M. (2003): Therapeutische Partnerschaft. Aufklärung zwischen Patientenautonomie und ärztlicher Selbstbestimmung. Wien: Springer Verlag.
- Petzold E, Perlit V. (2006): Von der ‚synergetischen Entwicklung‘ zur Salutogenese und anthropologischen Medizin – ein Überblick. In: Maoz, B., Katz, E., Matalon, A., Rabin, S. (2006): Die Arzt-Patient-Beziehung. Berlin: Logos.
- Petzold TD. (2000a): Gesundheit ist ansteckend! Bad Gandersheim: Gesunde Entwicklung.
- Petzold TD. (2000b): Resonanzebenen – Zur Evolution der Selbstorganisation. Heckenbeck: Verlag Gesunde Entwicklung.
- Petzold TD. (2004): Gesundheitsförderung in der Allgemeinpraxis: Wie wir den Gesundheitstrieb befriedigen können. In: Göpel E. (Hrsg.) (2004): Gesundheit bewegt. Frankfurt/M: Mabuse-Verlag S.136-161.
- Petzold TD: (2005): Die ärztliche Gesprächsführung im Sinne einer salutogenen Kommunikation. In: *Erfahrungsheilkunde* 2005; 54, S. 230-241.
- Petzold TD: (2006): Die Arzt-Patient-Beziehung im Spannungsfeld von Disease Management und Ressourcenmanagement. In: *Erfahrungsheilkunde* 2006; 55: S. 125-134.
- Petzold TD: (2006a): Salutogene Arzt-Patient-Kommunikation. In: *Der Mensch* Heft 37, 2006 S.28-31.
- Petzold TD. (2006b): Alles nur ‚Psycho‘? In: *Erfahrungsheilkunde* 11/2006, S. 593-602.
- Petzold TD. (2007): Wissenschaft und Vision. In: *DER MENSCH* I/2007, S. 4-14.
- Petzold TD. (2007b): Im Fokus der Therapie steht die Selbstregulation. In: *Der Merkur* 1/07, S.36-43.
- Petzold TD. (2007c): Bedürfniskommunikation. In: *Psychotherapie Forum* Vol. 15 No.3 2007 S.127-133.
- Petzold TD, Krause C, Lehmann N., Lorenz R.-F., (Hrsg.) (2007): verbunden gesunden – Zugehörigkeitsgefühl und Salutogenese. Bad Gandersheim: Gesunde Entwicklung.
- Petzold TD. (2008): Kriterien für eine salutogenetische Orientierung. In: *Der Mensch* Heft 39 2008 S.47.
- Phatak H. (2006): Relationships Between Beliefs about Medications and Nonadherence to Prescribe Chronic Medications. In: *The Annals of Pharmacotherapy*: Vol. 40 No. 10 S. 1737-1742.
- Prinz-Kaltenborn, R. (2003): Subjektive Krankheitstheorien und Compliance in der Arzt-Patient-Beziehung. Eine Verlaufsstudie bei schizophren Erkrankten. Abhandlung zur Erlangung der Doktorwürde der Philosophischen Fakultät der Universität Zürich, Online: URL: <http://www.dissertationen.unizh.ch/2004/prinz/PrinzDIS.pdf> [Datum der Recherche 17. 9. 09]
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1992) : Stages of change in the modification of problem behaviors. In: Hersen, M., Eisler, R., Miller, P. M. (Hrsg.), *Progress in Behavior Modification*, Bd. 28, S. 183-218). Sycamore, IL: Sycamore Publishing Company.
- Reimer Ch. (Hrsg.) (1994): Ärztliche Gesprächsführung. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Ripke, T. (1994): Patient und Arzt im Dialog. Stuttgart: Thieme.
- Rogers, C. (2005): Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt am Main: Fischer.
- Rollnick, S., Mason, P., Butler, C. (1999). *Health Behavior Change. A guide for practitioners*. London: Churchill Livingstone.
- Rollnick, S., Miller, W.R. (2004): Motivierende Gesprächsführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 2. Aufl..
- Rosen S. (Hrsg.) (1994): Die Lehrgeschichten von Milton H. Erickson. Salzhausen: iskopress.
- Rosenberg, M. B. (2001): Gewaltfreie Kommunikation: Aufrichtig und einfühlsam miteinander sprechen. Paderborn: Junfermann.
- Rosenthaler, T., Fitzgerald, A. (2004): Was haben Sie? Was fehlt Ihnen? Wien: Springer.
- Roth G, Grün KJ. (2006): Das Gehirn und seine Freiheit. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Roth G. (2007): Persönlichkeit Entscheidung und Verhalten. Stuttgart: Klett Cotta.
- Satir, V. (1990): Kommunikation - Selbstwert – Kongruenz: Konzepte und Perspektiven familientherapeutischer Praxis. Paderborn: Junfermann.

- Schemmel, H., Schaller J. (2003): Ressourcen – Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit. Tübingen: dgvt.
- Schiepek, G. (2003): Neurobiologie der Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.
- Schiffer, E. (2001): Salutogenese: Schatzsuche statt Fehlerfahndung. Weinheim: Beltz.
- Schlippe, A. v., Schweitzer, J. (1997): Lehrbuch der Systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Schlippe, A. von; Schweitzer, J. (2006): Lehrbuch der Systemische Therapie und Beratung II. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Schroeder K, Ebrahim S. (2004): How Can We Improve Adherence to Blood Pressure-Lowering Medication in Ambulatory Care? In: Arch Intern Med. 2004; 164: S. 722-732.
- Schulz von Thun, F. (1999): Miteinander reden III: Das „innere Team“ und situationsgerechte Kommunikation: Kommunikation, Person, Situation. Hamburg: Rowohlt.
- Schwantes, U. (2007): Gesundheitsorientierte Gesprächsführung. In: DER MENSCH, Heft 38, S. 36ff; Bad Gandersheim: APAM e.V.
- Schüffel, W., Brucks, U., Johnen, R. (Hrsg.) (1998): Handbuch der Salutogenese. Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Selvini Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G. (1991): Paradoxon und Gegenparadoxon. Stuttgart: Klett.
- Spitzer, M. (2007): Vom Sinn des Lebens. Stuttgart: Schattauer.
- Spitzer M. (2007a): Lernen. Gehirnforschung und die Schule des Lebens. Berlin Heidelberg: Spektrum / Springer Verlag.
- Stahl T. (1990): Triffst du `nen Frosch unterwegs ... Paderborn: Junfermann.
- Sturm, E., Bahrs, O., Dieckhoff, D., Göpel, E., Sturm, M. (Hrsg.) (2005): Hausärztliche Patientenversorgung. Stuttgart: Thieme.
- Tress, W., Kruse, J., Ott, J. (2004): Psychosomatische Grundversorgung. Stuttgart: Schattauer.
- Uexküll, T.v., Adler, R. (Hrsg.) (1994): Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik. Stuttgart: Schattauer.
- Uexküll, T.v., Adler, R. (1996): Psychosomatische Medizin. München: Urban & Schwarzenberg, 5. Aufl..
- Vaitl, D., Schienle, A., Stark, R. (2003): Emotionen in der Psychotherapie: Beiträge des Neuroimaging. In: Schiepek, G. (2003): Neurobiologie der Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer S.158-185.
- Wagner, A.C. (2007): Gelassenheit durch die Auflösung innerer Konflikte: Mentale Selbstregulation und Introvision. Stuttgart: Kohlhammer.
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B., Jackson, D. D. (2000): Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien. Bern: Huber, 10. Aufl..
- Weizsäcker V v. (19487): Der Arzt und der Kranke. Gesammelte Schriften 5. Frankfurt/M: Suhrkamp
- Weizsäcker V v. (1948): Grundfragen medizinischer Anthropologie: In: Bräutigam, Walter (1980): Medizinisch-Psychologische Anthropologie. S.319-348. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Weizsäcker, V v. (1951): Der kranke Mensch. Stuttgart: K F Koehler Verlag
- Wilm, S. (2003): Der Patient, sein Allgemeinarzt und ihre salutogenetische Beziehung. In: Jork, K., Peseschkian, N. (2006): Salutogenese und positive Psychotherapie. Gesund werden – gesund bleiben. Bern: Huber.
- Wessel, K.F. (Hrsg.) (1994): Berliner Studien zur Wissenschaftsphilosophie & Humanontogenetik. Bd 3. Bielefeld: Kleine.
- WHO (2003): Adherence to Long-term Therapies. Genève: WHO – Print on demand.
- Willutzki, U. (2003): Ressourcen: Einige Bemerkungen zur Begriffsklärung. In: Schemmel, H, Schaller J. (2003): Ressourcen – Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit. Tübingen: dgvt. S.91-109.
- Wittmann, W. (2008): Ergebnisse einer kritischen Analyse der Daten und Methoden von Ronald Grossarth-Maticek. In: Grossarth-Maticek (2008) S. XI-XIX.
- Wydler H, Kolip P, Abel T. (Hrsg.) (2002): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Weinheim und München: Juventa.

Vorankündigung:

Gesund mit Kommunikation – Salutogenese und kommunikative Selbstregulation

Theodor Dierk Petzold

Verlag Gesunde Entwicklung
Erscheint voraussichtlich im Mai 2010

Kann ab sofort vorbestellt werden



2009 - c/o Zentrum für Salutogenese
Am Mühlenteich 1, 37581 Bad Gandersheim,
Tel: 05382-9554730

www.gesunde-entwicklung.de
www.salutogenese-zentrum.de

ISBN 978-3-9812012-7-7