

**Achtsamkeit im Unternehmen –
Idee, Konzeption, Implementierung und Evaluation eines achtsamkeitsbasierten
Programms zur gesundheitspädagogischen Förderung im Betrieb**

Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades
der Philosophisch-Pädagogischen Fakultät

der

Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt

vorgelegt von

Dr. med. Christoph Otto Hiendl M. A.

aus Eichstätt

2016

Referent: **Prof. Dr. phil. Carl Heese**

Korreferent: **Priv. Doz. Dr. phil. Bernd R. Birgmeier**

Tag der Disputation: **06.06.2016**

Die Zukunft war früher auch besser ...

Karl Valentin (1882-1948)

... für „meine Frauen“ (Barbara, Veronika, Paula und Klara)

in Liebe und Dankbarkeit!

INHALTSVERZEICHNIS

2.1. Achtsamkeit – Der Versuch einer Einordnung	S. 15
2.1.1. Achtsamkeit - historisch	S. 17
2.1.1.1. Achtsamkeit im fernöstlichen Kulturkreis	S. 17
2.1.1.1.1. Siddharta Gautama, der historische Buddha	S. 18
2.1.1.1.2. Buddhismus heute	S. 22
2.1.1.2. Achtsamkeit im jüdisch-christlichen, abendländischen Kulturkreis	S. 23
2.1.1.2.1. Altes Testament	S. 23
2.1.1.2.2. Neues Testament	S. 24
2.1.1.2.3. Wüstenväter und Wüstenmütter	S. 24
2.1.1.2.4. Die Mystiker des Mittelalters, am Beispiel von Meister Eckhart und Hugo	S. 25
2.1.1.2.5. Die Ordensgründer, am Beispiel von Ignatius von Loyola	S. 27
2.1.1.2.6. Christliche Formen der Achtsamkeit heute	S. 29
2.1.1.3. Achtsamkeit in Therapie und Prävention	S. 31
2.1.1.3.1. Achtsamkeitsbasierte Verfahren	S. 32
2.1.1.3.1.1. Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)	S. 32
2.1.1.3.1.2. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)	S. 36
2.1.1.3.2. Achtsamkeitsinformierte Verfahren	S. 37
2.1.1.3.2.1. Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)	S. 37
2.1.1.3.2.2. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)	S. 38
2.1.2. Achtsamkeit – systematisch	S. 38
2.1.2.1. Definitionen von Achtsamkeit	S. 39
2.1.2.1.1. Buddhistische Achtsamkeit	S. 39
2.1.2.1.2. Christliche (- abendländische) Achtsamkeit	S. 40
2.1.2.1.3. Therapeutische Achtsamkeit	S. 41
2.1.2.1.4. Pädagogische Achtsamkeit	S. 42
2.1.2.2. Synopse der Achtsamkeitsdefinitionen – Gemeinsamkeiten und Unterschiede	S. 44
2.1.3. Achtsamkeit – ein gesundheitspädagogischer Präventionsansatz	S. 45
2.2. Unternehmen – Bausteine für gesunde Arbeit	S. 48
2.2.1. Gesundheitspädagogik	S. 50
2.2.1.1. Gesundheitspädagogik – der Versuch einer Definition	S. 51
2.2.1.1.1. Gesundheit	S. 51
2.2.1.1.2. Pädagogik	S. 53
2.2.1.1.3. Gesundheitspädagogik	S. 54
2.2.1.2. Theoretische Wurzeln der Gesundheitspädagogik	S. 55
2.2.1.2.1. Das Konzept von Gesundheit und Krankheit	S. 55
2.2.1.2.2. Pädagogische Theorieansätze – eine Auswahl	S. 65
2.2.1.2.3. (Mögliche) Theoriebündel Gesundheitspädagogik	S. 71
2.2.1.2.4. Grundlagen von Konzeption, Implementierung und Evaluation gesundheitspädagogischer Maßnahmen	S. 80
2.2.2. Betriebliche Gesundheitsförderung	S. 85
2.2.2.1. Hintergrund und Definition von Betrieblicher Gesundheitsförderung	S. 86
2.2.2.2. Ziele Betrieblicher Gesundheitsförderung	S. 91
2.2.2.3. Betriebliche Gesundheitsförderung – Prinzipien und Merkmale	S. 92
2.2.2.4. Methoden Betrieblicher Gesundheitsförderung	S. 95

2.2.3.	Betriebliches Gesundheitsmanagement	S. 96
2.2.3.1.	Betriebliches Gesundheitsmanagement – Grundforderungen	S. 97
2.2.3.2.	Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein lernendes System	S. 100
2.2.3.3.	Betriebliches Gesundheitsmanagement – die Erfolgsfaktoren	S. 104

3. ACHTSAMKEIT FÜR UNTERNEHMEN – DIE KONZEPTION S. 107

3.1.	Einführung	S. 109
3.2.	„Erfolg kommt von Innen“ – Entwicklung eines achtsamkeitsbasierten Programms für Unternehmen und Organisationen als gesundheitspädagogische Maßnahme	S. 110
3.2.1.	„Erfolg kommt von Innen“ – von der Idee zum Programm	S. 110
3.2.1.1.	Vorbilder, Konzepte, Programme	S. 110
3.2.1.2.	Anfänge und erste Schritte	S. 111
3.2.1.3.	Fachlicher, didaktischer und pädagogischer Hintergrund	S. 112
3.2.2.	Programm „Erfolg kommt von Innen“ – der Rahmen	S. 114
3.2.2.1.	Projektumfang	S. 114
3.2.2.2.	Projekthalte	S. 115
3.2.2.3.	Inhalte und Ablauf eines typischen Moduls	S. 117
3.2.2.4.	Achtsamkeitstraining – Inhaltsübersicht	S. 117
3.2.3.	Programm „Erfolg kommt von Innen“ – die Inhalte	S. 120
3.2.3.1.	Kick-off	S. 120
3.2.3.2.	Entschleunigungstag	S. 123
3.2.3.3.	Modul 1: Achtsamkeit und Fokus	S. 132
3.2.3.4.	Modul 2: Intelligenz der Emotionen	S. 136
3.2.3.5.	Modul 3: Freude als Orientierung	S. 142
3.2.3.6.	Modul 4: Zeit und Flow	S. 146
3.2.3.7.	Modul 5: Meditation und Übergänge	S. 152
3.2.3.8.	Modul 6: Achtsame Kommunikation	S. 155
3.2.3.9.	Modul 7: Vertrauen und Zusammenarbeit	S. 161
3.2.3.10.	Modul 8: Selbstführung und Führung	S. 165
3.2.3.11.	Vertiefungstag „World Café“	S. 172
3.2.3.12.	Arztgespräch	S. 174
3.3.	Testverfahren zur Evaluation	S. 174
3.3.1.	Psychometrie	S. 175
3.3.1.1.	Angewandte Testverfahren	S. 175
3.3.1.1.1.	Kognitionspsychologische Testverfahren	S. 176
3.3.1.1.1.1.	Attention Network Test (ANT)	S. 176
3.3.1.1.2.	Psychometrische Testverfahren	S. 179
3.3.1.1.2.1.	Perceived Stress Questionnaire (PSQ)	S. 179
3.3.1.1.2.2.	Freiburger Mindfulness Inventory (FMI)	S. 179
3.3.1.1.2.3.	Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)	S. 180
3.3.1.1.2.4.	Überdruss Skala (Tedium Scale)	S. 181
3.3.1.1.2.5.	Landauer Organisations- und Teamklima-Inventar (LOTI)	S. 181
3.3.1.1.3.	Eigene Fragen	S. 182
3.3.2.	Biometrie	S. 183
3.3.2.1.	Angewandte Testverfahren	S. 183
3.3.2.1.1.	Herzratenvariabilität	S. 184
3.3.2.1.1.1.	RSA-Messung	S. 185

3.3.2.1.1.2.	Kurzzeit-HRV-Messung	S. 190
3.3.2.1.1.3.	HRV-Biofeedback (Der „Qiu®“)	S. 194
3.3.2.1.2.	Stress-Biomarker	S. 196
3.3.2.1.2.1.	Messung des neuro-endokrinen Status	S. 197
3.3.2.1.2.2.	Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA)	S. 197
3.3.2.1.2.3.	Sympatho-Adreno-Medulläre System (SAM)	S. 199
3.3.2.1.2.4.	Der cholinerge anti-inflammatorische Reflex/ Immunstatus	S. 200
3.3.2.1.3.	Telomere	S. 202
3.3.2.1.4.	Präventivdiagnostische Laborparameter	S. 204
3.3.3.	Individuelles Beratungsgespräch	S. 205

4. ACHTSAMKEIT INS UNTERNEHMEN – DIE IMPLEMENTIERUNG S. 209

4.1.	Einführung	S. 211
4.2.	Synopse der ermittelten Erfolgs- und Misserfolgskfaktoren aus den Testergebnissen und den geführten semistrukturierten Interviews	S. 211
4.2.1.	Erfolgs- und Misserfolgskfaktoren aus den Testergebnissen generiert	S. 211
4.2.2.	Erfolgs- und Misserfolgskfaktoren aus dem geführten semistrukturierten Interview ermittelt	S. 214

5. ACHTSAMKEIT IM UNTERNEHMEN – DIE EVALUATION S. 221

5.1.	Ergebnisse	S. 223
5.1.1.	Ergebnissynopse der beiden teilnehmenden Unternehmen	S. 223
5.1.1.1.	Teilnehmer	S. 223
5.1.1.2.	Engagement und Mitarbeit	S. 225
5.1.2.	Psychometrie-Testergebnisse	S. 226
5.1.2.1.	Kognitionspsychologische Testverfahren	S. 227
5.1.2.1.1.	Attention Network Test (ANT)	S. 227
5.1.2.1.2.	Kognitionspsychologische Testverfahren – Zusammenfassung der Ergebnisse	S. 231
5.1.2.2.	Fragebogengestützte standardisierte psychometrische Testverfahren	S. 232
5.1.2.2.1.	Perceived Stress Questionnaire (PSQ)	S. 232
5.1.2.2.2.	Freiburger Mindfulness Inventory (FMI)	S. 233
5.1.2.2.3.	Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)	S. 234
5.1.2.2.4.	Überdruss Skala (Tedium Scale)	S. 235
5.1.2.2.5.	Konzentration und Verhaltensfragen	S. 236
5.1.2.2.6.	Fragenbogengestützte standardisierte psychometrische Testverfahren – Zusammenfassung der Ergebnisse	S. 240
5.1.2.3.	Projekteinschätzung durch eigene Fragen	S. 241
5.1.2.3.1.	Anzahl der besuchten Trainingseinheiten	S. 242
5.1.2.3.2.	Selbsteinschätzung zur regelmäßigen Meditationspraxis	S. 243
5.1.2.3.3.	Zukünftiges Verhalten in Bezug auf die eigene Achtsamkeitspraxis	S. 244
5.1.2.3.4.	Wochenarbeitszeit und Arbeitszeitgestaltung	S. 245
5.1.2.3.5.	Arbeits-Belastung und Arbeits-Überlastung	S. 247
5.1.2.3.6.	Persönliches Resümee der Teilnehmer	S. 250
5.1.2.3.7.	Projekteinschätzung durch eigene Fragen – Zusammenfassung der Ergebnisse	S. 261
5.1.3.	Biometrie-Testergebnisse	S. 262
5.1.3.1.	Herzratenvariabilität (HRV)	S. 264

5.1.3.1.1.	RSA-Messung	S. 264
5.1.3.1.2.	Kurzzeit-HRV-Messung	S. 270
5.1.3.1.3.	HRV-Biofeedback (Der „Qiu®“)	S. 280
5.1.3.1.4.	Herzratenvariabilität – Zusammenfassung der Ergebnisse	S. 281
5.1.3.2.	Stress-Biomarker	S. 284
5.1.3.2.1.	Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA)	S. 284
5.1.3.2.2.	Sympatho-Adreno-Medulläre System (SAM)	S. 286
5.1.3.2.3.	Der cholinerge anti-inflammatorische Reflex/ Immunstatus	S. 288
5.1.3.2.4.	Stress-Biomarker – Zusammenfassung der Ergebnisse	S. 289
5.1.4.	Telomere	S. 291
5.1.4.1.	Telomere – Zusammenfassung der Ergebnisse	S. 295
5.1.5.	Präventivdiagnostische Laborparameter	S. 296
5.1.5.1.	Präventivdiagnostische Laborparameter – Zusammenfassung der Ergebnisse	S. 302
6.	DISKUSSION	S. 303
<hr/>		
7.	ZUSAMMENFASSUNG	S. 329
<hr/>		
8.	ANHÄNGE	S. 337
<hr/>		
8.1.	Anhang 1: Votum der Ethik-Kommission der Bayerischen Landesärztekammer	S. 339
8.2.	Anhang 2: Anleitung zum Sammeln von Speichelproben	S. 340
8.3.	Anhang 3: Kleines Glossar der präventivdiagnostischen Laborparameter	S. 341
8.4.	Anhang 4: Mustermappe individuelle Probandenbefunde	S. 343
8.5.	Anhang 5: Semistrukturiertes Interview vom 29.10.2013 (Originaltext)	S. 354
8.6.	Anhang 6: Semistrukturiertes Interview vom 03.10.2014 (Originaltext)	S. 362
9.	VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN UND TABELLEN	S. 373
<hr/>		
10.	LITERATURVERZEICHNIS	S. 383
<hr/>		
10.1.	Print-Literatur	S. 385
10.2.	Internet-Literatur	S. 399
10.3.	Sonstige Literatur	S. 404
11.	LEBENS LAUF – CURRICULUM VITAE	S. 407
<hr/>		
12.	EIGENSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG	S. 411
<hr/>		

1.EINFÜHRUNG

Globalisierung, Wertewandel, Profitkultur, Instabilität, Mobilität und neue Informations- und Kommunikationstechnologien haben die Arbeitswelt und die Gesellschaft tiefgreifend verändert. „Die Berufstätigen von heute arbeiten in Teams, entwickeln Ideen, lösen Probleme, bedienen Maschinen, werben, unterstützen und beraten Kunden. Rund um die Uhr flutet ihr Gehirn ein Strom von Informationen dank Computer, Fax, Telefon und anderer Medien - sowohl im Unternehmen als auch zu Hause. Die Weiterbildung darf ebenso nicht zu kurz kommen. Für den einzelnen bedeutet dies, dass durch die erforderliche erhöhte Konzentration und geistige Verarbeitung ‚bessere Nerven‘ gebraucht werden“ (Joiko et al., 2010). Auch ‚gesunde‘ Mitarbeiter spüren diesen konstanten Druck und verlieren häufig Freude an ihrer Tätigkeit. „Die gesunde Balance zwischen Arbeit und anderen Aspekten des Lebens, wie auch die notwendige Kreativität, Innovationsbereitschaft und Resilienz in der Arbeit selbst gehen zunehmend verloren“ (Tamdjidi und Kohls, 2012a).

Psychische Belastungen und Beanspruchungen am Arbeitsplatz zu erkennen und zu erfassen, stellt sich im Einzelfall oft schwierig dar. Gerade oder weil psychische Belastungen nicht immer nur beeinträchtigende, sondern auch erwünschte, also positive Beanspruchung bedingen können. „Die Mehrzahl aller erfassbaren Einflüsse jedoch, die auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken, führen zu einer negativ beeinträchtigenden Beanspruchung und Stress. Psychische Belastungen können die Arbeitsfähigkeit sogar soweit herabsetzen, dass verhaltensbedingte Gefährdungspotentiale frei werden“ (Poppelreuter und Mierke, 2012). Die gesamten Folgekosten psychischer Fehlbelastungen in Deutschland werden auf jährlich ca. 10 Milliarden Euro geschätzt (Joiko et al., 2010).

Was können die im Betrieb Verantwortlichen für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz tun, um diesem „Trend“ in der Arbeitswelt entgegenzuwirken? Welche Möglichkeiten zur Prävention und Intervention bei psychischen Belastungen am Arbeitsplatz gibt es, um bei jedem Mitarbeiter (wieder) eine gesunde Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft zu erreichen?

Ausgehend von den Erfahrungen, die Jon Kabat-Zinn seit Mitte der 1970er Jahre bei der Entwicklung und der Durchführung seines Mindfulness-based Stress Reduction-Programms (MBSR) mit Achtsamkeit als dem zentralen Behandlungselement bei inzwischen mehr als 17.000 Patienten in seiner Stressklinik in Massachusetts/ USA gewonnen hat, hat Stressbewältigung durch Achtsamkeit mittlerweile Einzug in medizinische Einrichtungen in aller Welt gehalten (Kabat-Zinn, 2011). Dabei zeigte sich „Achtsamkeit als therapeutisches Prinzip“ (Michalak et al., 2012) möglicherweise auch als ein effektiver Weg zur betrieblichen Gesundheitsförderung und Burnout-

Erholung. „Namhafte Firmen, z. B. Google, sehen bereits Achtsamkeitstrainings als zentrales Element in der Entwicklung einer erfolgreichen Führungskultur“ (Tamdjidi und Kohls, 2012b).

Achtsamkeit ist keine Geisteshaltung, sondern Achtsamkeit ist eine grundsätzliche Fähigkeit des menschlichen Geistes und Gehirns. Achtsamkeit ist eine nach innen und/oder außen gerichtete Aufmerksamkeit im Moment, die unsere Sinne mit einschließt. Wir können unsere Aufmerksamkeit lenken und uns auf Wahrnehmungen oder Gedanken konzentrieren. In diesem Zustand sind wir achtsam. „Diese Achtsamkeit ermöglicht es, Dinge wahrzunehmen und zu erkennen, die in einem unruhigen oder unaufmerksamen Geist mit vielen „blinden Flecken“ weniger möglich sind. Wenn wir einer Tätigkeit oder einem Gedanken mit Achtsamkeit begegnen, können wir den Sinn darin auch erkennen. Konzentration ist ein Aspekt von Achtsamkeit. Achtsamkeit ist die Basis aller höheren kognitiven Fähigkeiten“ (Tamdjidi und Stephan, 2015a).

Die Wirksamkeit von Achtsamkeitsübungen wurde bereits im Kontext von Medizin und Gesundheitswissenschaften in zahlreichen wissenschaftlichen Studien belegt (z. B. Kristeller und Hallett, 1999; Baer, 2003; Grossmann et al., 2004; Hofmann et al., 2010, Bowen et al., 2009, Carson et al., 2006; Duncan und Bardacke, 2010, alle zitiert in Michalak et al., 2012), im Kontext der Arbeitswelt jedoch muss dieser wissenschaftliche Nachweis ihrer Brauchbarkeit, Angemessenheit und Wirkung erst noch erbracht werden.

Anliegen dieser Dissertation ist es nun, erste Hinweise und Anhaltspunkte zu finden, ob sich achtsamkeitsbasierte Methoden als gesundheitspädagogische Förderungsmaßnahme in den Unternehmensalltag integrieren lassen und ob Achtsamkeitstraining am Arbeitsplatz eine Antwort auf die Frage geben kann, wie Verbesserung von Zufriedenheit und kooperativer Zusammenarbeit sowie persönlicher Resilienz möglichst pragmatisch in einem Unternehmen umgesetzt werden können.

Die Arbeit gliedert sich hierzu – analog dem gesundheitspädagogischen Quartett: Idee, Konzeption, Implementierung und Evaluation - in vier Teile.

Teil eins entwickelt die Idee des Projektes, ‚Achtsamkeit und Unternehmen‘. Dabei wird zunächst der Begriff der Achtsamkeit aus verschiedenen Blickrichtungen beleuchtet: Historisch von den Wurzeln im fernöstlichen Kulturkreis über jüdisch-christliche Formen von Achtsamkeit bis hin zu Achtsamkeit in Therapie und Prävention. Zweitens systematisch: mit Hilfe verschiedener Definitionen wird versucht eine Art planmäßige Einordnung der Achtsamkeit zu finden. Und schließlich als letzter Punkt: Achtsamkeit als gesundheitspädagogischer

Präventionsansatz. Das Lernen einer wohlwollenden und achtsamen Haltung sich selbst und anderen gegenüber, den Zugang zu inneren Ruhequellen öffnen, Transformation und Lösen von innerem Stress und das Aufbauen eines Feldes zur Gestaltung einer gesunden und wünschenswerten Zukunft. Für den Bereich Unternehmen werden in diesem Zusammenhang drei Bausteine für gesunde Arbeit vorgestellt: Baustein Nummer eins bildet die Gesundheitspädagogik, die als „Dachbegriff“ unter dem sämtliche bisherigen, auf die Beeinflussung gesundheitsrelevanten Verhaltens, die Vermittlung gesundheitsrelevanter Inhalte, die Förderung gesundheitsrelevanter Kompetenzen und auch die Beeinflussung gesundheitsrelevanter Verhältnisse Maßnahmen und Modelle zusammengefasst sind. Als zweiten Baustein die Betriebliche Gesundheitsförderung, die alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz beinhaltet. Und schließlich, als „Schlussstein“, das Betriebliche Gesundheitsmanagement als die Entwicklung integrierter betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit, Organisation und dem Verhalten am Arbeitsplatz zum Ziel haben.

Der zweite Teil „Achtsamkeit für Unternehmen“ ist der konzeptionellen Umsetzung der zuvor dargelegten Idee mit ihren theoretischen Grundlagen gewidmet. Basierend auf dem MBSR-Programm von Jon Kabat-Zinn hat die Kalapa Leadership Academy Bergisch Gladbach ein an die speziellen Anforderungen des Unternehmensalltags angepasstes, niederschwelliges und leicht zu implementierendes achtsamkeitsbasiertes Programm zur Verbesserung der Belastbarkeit, Zufriedenheit und kooperativen Zusammenarbeit entwickelt, welches dieser Arbeit zugrunde liegt. Erweitert und ergänzt wird dieses Konzept im Rahmen dieser Promotion um den Bereich „Biometrie“: dabei werden erstmals biometrische Daten der beteiligten Probanden zur Evaluation achtsamkeitsbasierter Maßnahmen als gesundheitspädagogische Intervention im Unternehmen erhoben. Das erste Kapitel beschreibt die Entwicklung eines achtsamkeitsbasierten Programms für Unternehmen von der Idee bis zum fertigen Konzept. In Kapitel zwei werden die Rahmenbedingungen des Programms „Erfolg kommt von Innen“ genannt, um im dritten Kapitel schließlich das achtsamkeitsbasierte Programm *en detail* inhaltlich vorzustellen und zu beschreiben. Das Forschungsprojekt „Achtsamkeit im Unternehmen“ soll als erstes groß angelegtes Pilotprojekt im deutschsprachigen Raum, die Wirkung von Achtsamkeitstrainings am Arbeitsplatz nachweisen. Um einen solchen Nachweis wissenschaftlich valide erbringen zu können, werden zu Beginn und am Ende des Programms psychometrische und biometrische Testverfahren bei den Projektteilnehmern zur Evaluation dieser gesundheitspädagogischen Maßnahme durchgeführt. Die eingesetzten Testverfahren zur Evaluation werden im abschließenden, vierten Kapitel dieses zweiten Teiles dargestellt.

Wie bekommt man nun „Achtsamkeit ins Unternehmen“? Die Frage der Implementierung beschäftigt den dritten Teil dieser Arbeit. Anhand eines Kapitels der Masterthesis „Achtsamkeit im Unternehmen – Analyse von Erfolgs- und Misserfolgskriterien anhand von zwei Fallbeispielen“ (Hiendl, 2014b) wird in diesem Teil dargestellt, welche Faktoren für eine erfolgreiche Implementierung eines an die speziellen Anforderungen des Unternehmensalltags angepassten, niederschwelliges und leicht zu implementierendes Achtsamkeitsprogrammes notwendig sind.

Der vierte und letzte Teil dieser Dissertation zeigt das Ergebnis „Achtsamkeit im Unternehmen – die Evaluation“. Das bereits mehrmals erwähnte Achtsamkeitsprogramm „Erfolg kommt von Innen“ wird an Teilnehmern aus zwei weltweit tätigen deutschen Großunternehmen durchgeführt. Anhand eines erweiterten Evaluationskonzeptes, welches nicht nur kognitionspsychologische, psychometrische und programmspezifische Testbatterien beinhaltet, sondern erstmals auch bio-medizinische Testverfahren, wie die Messung der Herzratenvariabilität (HRV), die Bestimmung von Stress-Biomarkern, die Messung der Telomerlänge, sowie die Analyse von präventivdiagnostischen Laborparametern, soll die mögliche Wirksamkeit von „Achtsamkeit im Unternehmen“ im Sinne eines gesundheitspädagogischen ganzheitlichen Konzeptes aufgezeigt werden. Neben der Auswertung und Darstellung des Gesamtergebnisses der gewonnenen psychologisch-psychometrischen und physiologisch-biometrischen Daten, ist es ebenfalls Intention dieser Untersuchung und Teil dieses Ganzheitskonzeptes, dass auch der einzelne, betroffene Projektteilnehmer seine persönlichen, individuell gewonnenen Befunde und Ergebnisse zur Kenntnis bekommt, sowie, durch den beruflichen Sonderstatus des Autors als Arzt, eine, auch in gesundheitspädagogischer Sicht, besondere präventivmedizinische Möglichkeit erhält: eine auf Grundlage dieser Einzelergebnisse individuelle Aufklärung, Beratung und Empfehlung im klientenzentrierten, ärztlichen Einzelgespräch.

In der abschließenden Diskussion werden an Hand der gewonnenen Evaluationsergebnisse Antworten auf folgende Fragen erörtert: Lassen sich achtsamkeitsbasierte Methoden als gesundheitspädagogische Förderungsmaßnahmen in den Unternehmensalltag integrieren? Welche Wirkungen zeigen Achtsamkeit und Achtsamkeitstraining am Arbeitsplatz beim Umgang mit Stress, bei Kreativität, Produktivität und Freude an der Arbeit, auf die emotionale Intelligenz, auf das Führungsverhalten und die interpersonellen Beziehungen? Wie reagiert die Psyche, wie reagiert der Körper? Was muss getan werden, um „Achtsamkeit im Unternehmen“ möglichst pragmatisch umzusetzen und als gesundheitspädagogisch verankerte Förderung im Sinne einer gelebten Unternehmenskultur weiterzuentwickeln?

2.ACHTSAMKEIT UND UNTERNEHMEN – DIE IDEE

2.1. ACHTSAMKEIT – DER VERSUCH EINER EINORDNUNG

Achtsamkeit, im Englischen *mindfulness*, erlebt derzeit ein steigendes Interesse in allen Bereichen. Dies spiegelt sich nicht nur durch eine zunehmende Anzahl von (wissenschaftlichen) Fachpublikationen wieder, auch in der sogenannten populären Literatur findet sich die Achtsamkeit regelmäßig auf den Titelblättern (Brown et al., 2015 und Abbildungen 1 und 2).

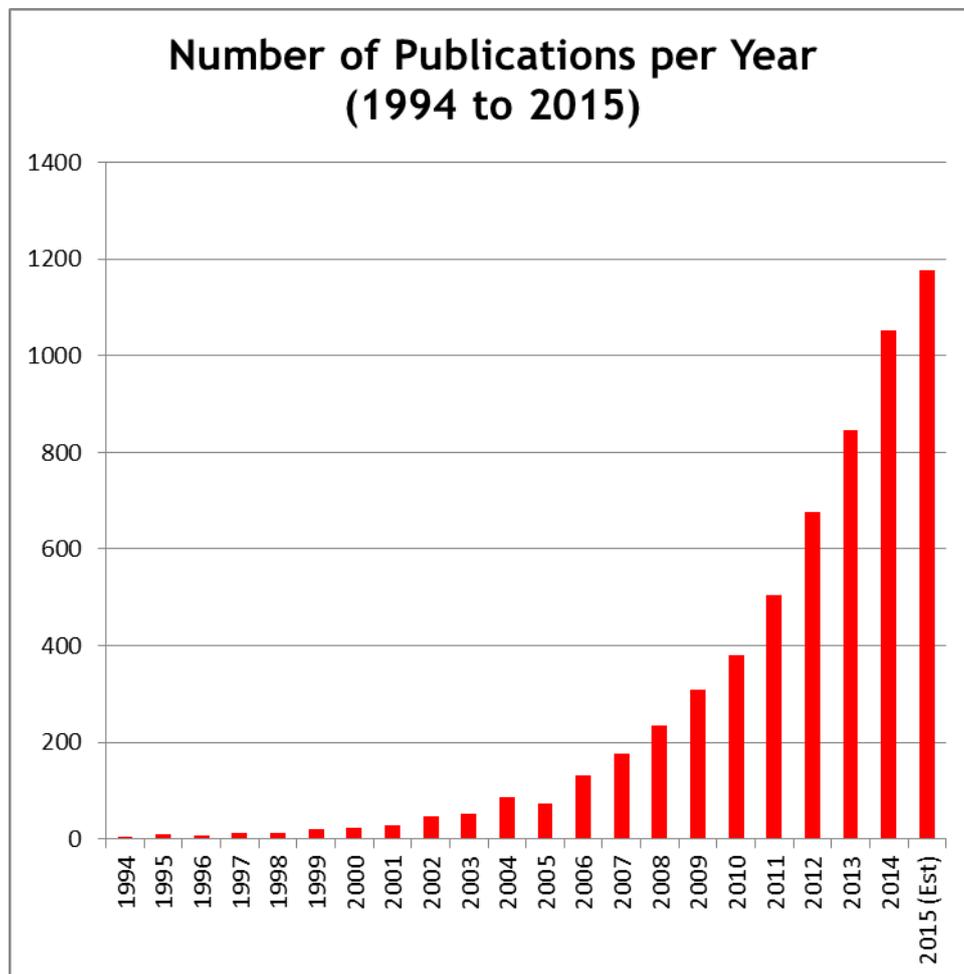


Abbildung 1: Jährliche Anzahl wissenschaftlicher Publikationen mit dem Stichwort „Mindfulness“, Datenbankrecherche unter www.mindfulnessexperience.org (Persönliche Mitteilung Tamdjidi, 2015)

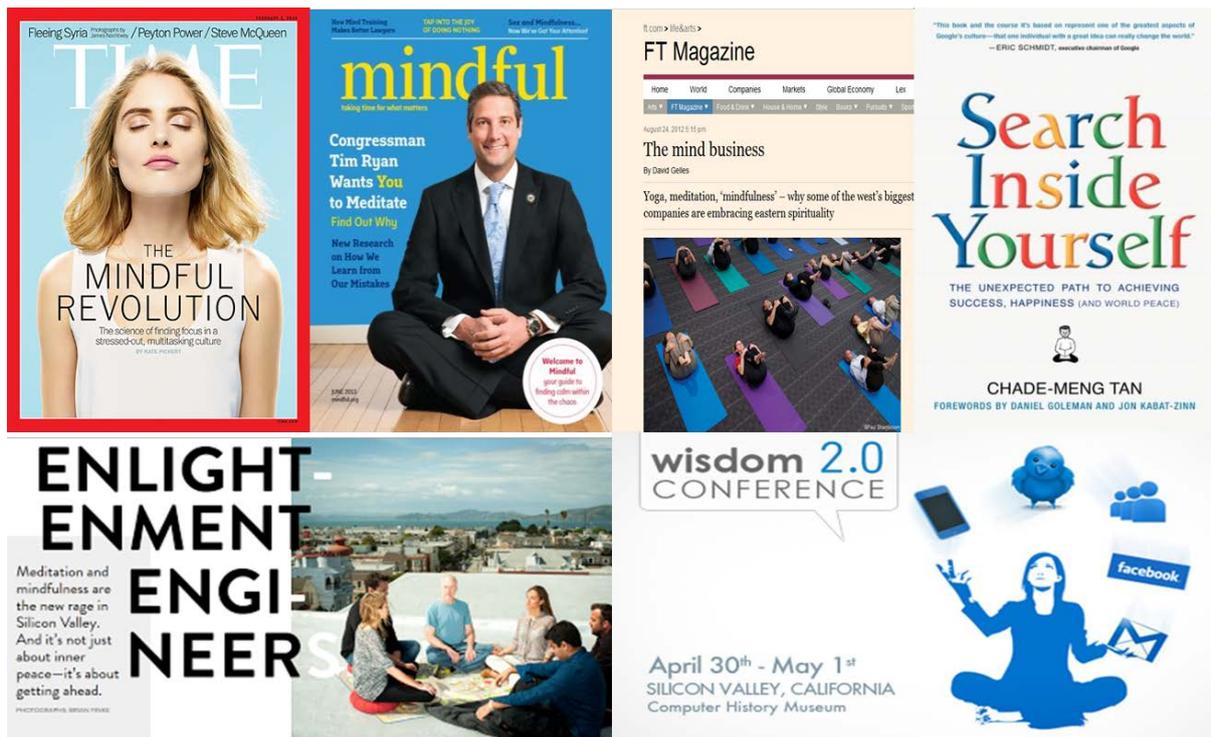


Abbildung 2: Achtsamkeit (engl. *mindfulness*) in aller Munde aus Präsentationsfolie „Kick-off“ der Kalapa Leadership Academy (2015)

Auch unsere Sprache bildet Aspekte des Begriffes „Achtsamkeit“ ab: Im umgangssprachlichen Gebrauch gibt es eine Nähe von „achtsam sein“ zu Begriffen wie „vorsichtig oder umsichtig sein“. Im Duden werden als Synonyme aufgeführt: „Wachsamkeit, Augenmerk, Umsicht, Vorsicht, Gründlichkeit, Aufmerksamkeit, Konzentration, Genauigkeit, Sorgfalt, Sammlung, Teilnahme, Interesse“ (Duden, 2015). Vordergründig geht es hierbei also meist um den Aspekt der bewussten Wahrnehmung („CAVE!“); ein Aspekt der sicherlich eine zentrale Bedeutung von Achtsamkeit darstellt. Das besondere Potential von Achtsamkeit ergibt sich aber nicht aus der reinen Wahrnehmungsleistung, sondern aus der (persönlichen) Haltung in dieser Wahrnehmung, die ausschließlich am „Hier“ und „Jetzt“ interessiert ist und, vor allem anderen, eine Wahrnehmung ist, die nicht (be-) wertet.

Im Folgenden soll nun versucht werden „Achtsamkeit“ bzw. das was mit dem Begriff „Achtsamkeit“ im Allgemeinen in Verbindung gebracht wird, darzustellen: Einmal aus seiner historischen Entwicklung heraus, zum Zweiten systematisch mit Hilfe verschiedener Definitionsweisen von Achtsamkeit und in einem dritten Schritt wird Achtsamkeit als praktischer und praktikabler Ansatz im Sinne gesundheitspädagogischer Prävention betrachtet.

2.1.1. ACHTSAMKEIT - HISTORISCH

Wahrscheinlich ist Achtsamkeit so alt wie die Menschheit selbst und sehr eng mit der Entwicklung des homo sapiens verbunden. Nachweise und Belege hierzu finden sich allerdings, wie man im Folgenden sehen wird, erst sehr viel später in der Geschichte.

„Achtsamkeit ist ein Begriff, der durch die Frömmigkeitsgeschichte geprägt wurde: Mystik, Meditation, Kontemplation und das Gebet in allen Religionen“ (Laurenz, 2012). Um das vollständiger zu verstehen, kann es hilfreich sein, das historische Umfeld der Achtsamkeit und das zugrunde liegende Gedankensystem zu betrachten (Olendski in Germer et al., 2009).

Die historische Betrachtung von Achtsamkeit geht hierbei von den Wurzeln im fernöstlichen Kulturkreis über jüdisch-christliche Formen von Achtsamkeit bis hin zu „profanen“ Formen von Achtsamkeit in Therapie und Prävention.

2.1.1.1. ACHTSAMKEIT IM FERNÖSTLICHEN KULTURKREIS

Achtsamkeit wird seit über 2500 Jahren in asiatischen Kulturen hauptsächlich als Achtsamkeitsmeditation bewusst praktiziert und es gibt über die Jahrhunderte zahlreiche Berichte, die ihren Nutzen belegen (Fulton und Siegel in Germer et al., 2009).

„Die alten hinduistischen und vor allem buddhistischen Schulen haben jede in ihrer eigenen Weise die Anschauung gemein, dass die menschliche Existenz auf einem Knotenpunkt bewusstem Gewahrseins beruht, mehr oder weniger als eine Seele identifiziert, die in einem sensorischen Apparat eingebettet ist, der sowohl angenehme als auch schmerzvolle Erfahrung hervorbringt“ (Olendski in Germer et al., 2009). Während dauerhafte Freude nach dem buddhistischen Verständnis für den Menschen unerreichbar ist, spiegelt Schmerz oder Leid (*dukkha*) das zentrale Thema in den verschiedenen spirituellen Lehren und Traditionen des fernöstlichen Kulturkreises wieder.

Für die vielen buddhistischen Schulen und Traditionen, welche hier exemplarisch für den fernöstlichen Kulturkreis betrachtet werden sollen, da Achtsamkeit, wie es in der heutigen, westlichen Gesellschaft gesehen und verstanden wird, im Buddhismus seine Wurzeln hat, gibt es einen gemeinsamen Nenner: Das Leben und die Lehren (des historischen) Buddhas.

2.1.1.1.1. SIDDHARTA GAUTAMA, DER HISTORISCHE BUDDHA

Siddharta Gautama Shakyamuni (etwa 544-420 v. Chr.), wurde als Sohn einer Fürstenfamilie am Südrand des heutigen Nepal in Lumbini nahe der damaligen Stadt Kapilavastu geboren (Gruschke, 1999). Das Leben des historischen Buddha lässt sich in drei Abschnitte gliedern: 1) die Entdeckung des Leidens als inhärentes Wesensmerkmal menschlicher Existenz, 2) die Suche nach und das Erlangen von vollständiger Befreiung von diesem Leiden und 3) die Weitergabe seiner Erfahrungen und Erkenntnisse an alle, die diesen Weg beschreiten möchten (Buchheld und Walach, 2004).

Die Entdeckung des Leidens (dukkha). Die Familie gehörte zum Geschlecht der Shakyas und zur Linie der Gautamas (Schweitzer, 1965). Siddhartas Vater war ein mächtiger und wohlhabender Fürst eines kleinen Stammes im indisch-nepalesischen Grenzgebiet und zu Siddhartas Geburt wurde von anerkannten religiösen Führern der Zeit eine, wie sich im Verlauf zeigen wird, folgenreiche Prophezeiung getätigt: „Diese (die Brahmanen, Anm. d. A.) offenbarten, dass ihr ein Sohn geborenwürde, der mit außergewöhnlichen Eigenschaften gesegnet sei; und der, sollte er im königlichen Palast verbleiben und die Nachfolge seines Vaters antreten, ein großer Herrscher werde; der aber, wenn er sich von der Welt in ein mönchisches Dasein zurückzöge, die Buddhaschaft erlange“ (Gruschke, 1999). Der Prinz wurde daraufhin von seinen Eltern von der Außenwelt hermetisch abgeschirmt und in einer Art künstlichen Welt im väterlichen Palast großgezogen. Dies gelang bis zu seinem 29. Lebensjahr. Die Geschichte von den „Vier Ausfahrten“ beschreibt seine ersten (heimlichen) Kontakte mit dem menschlichen Leiden. An drei aufeinanderfolgenden Tagen (die ersten drei Ausfahrten) wurde Siddharta Gautama mit schwer kranken Menschen, Alter und Tod unvermittelt und unvorbereitet konfrontiert. Dies löste bei ihm eine tiefgreifende, seelische Reaktion aus. Es kam bei ihm zu einer „Transformation des Denkens (*prajna*)“ (Gethin in Brown et al., 2015). Mit der vierten Ausfahrt, am nächsten Tag, machte er eine Schlüsselerfahrung: Er traf auf einen einfachen Mann mit gelber Robe und kahlgeschorenem Schädel mit einem

glücklichen, zufriedenen Gesichtsausdruck in tiefer Meditation sitzen und verstand, dass wirkliche Freiheit nur im eigenen Geist zu finden ist (Schweizer, 1965).

Die Suche nach und das Erlangen von vollständiger Befreiung von diesem Leiden. „Die Erfahrungen von diesen „vier Ausfahrten“ führten dazu, dass Siddharta mit 29 Jahren seine Frau und seinen Sohn Rahula verließ und sich einer Gruppe von *samanas*, Bettelmönchen anschloss“ (Gowans, 2003, zitiert in Buchheld und Walach, 2004). „Sechs Jahre lang übte er sich in völliger Entsagung und Askese, lernte zahlreiche Meditationslehrer und –lehren kennen, musste jedoch erkennen, dass weder Überfluss noch Entsagung die Erleuchtung bringen, ja, er sah ein, dass die Askese nicht nur den Körper schwächte, sondern auch seinen Geist und ihn dem Ziel nicht näher brachte. Diese Erfahrung war ein weiterer Wendepunkt in seinem Leben – seine Abkehr von den Extremen“ (Gruschke, 1999).

Die Weitergabe seiner Erfahrungen und Erkenntnisse an alle, die diesen Weg beschreiten möchten. Siddharta nannte diesen Weg, den er von nun an verfolgte, den „mittleren Weg“. Er setzte sich unter einen Bodhibaum und erlangte nach sechs Tagen absoluter Versenkung und Meditation die „Erleuchtung“ und wurde so am siebten Tag zum *Buddha* – zum Erwachten, zum Erleuchteten. Die *samanas*, die Bettelmönche, denen er sich zunächst angeschlossen hatte, waren auch die ersten, welche die Weisheit und Erkenntnis des *Buddhas* in Form einer Lehrrede erhielten. *Buddha* lehrte sie von den „Vier edlen Wahrheiten“ als Grundlage, Weg und Ziel zu Befreiung und Erleuchtung (Gruschke, 1999): Die „Erste edle Wahrheit“ ist die Wahrheit vom Leiden (*dukkha*), die „Zweite edle Wahrheit“ handelt von den Ursachen des Leidens, die „Dritte edle Wahrheit“ zeigt, dass das Loslassen von Verlangen, das Aufhören des Begehrens, möglich ist und schließlich die „Vierte edle Wahrheit“ beschreibt den Weg, der zu Aufhebung des Leidens führt: den „Edlen Achtfachen Pfad“ (Buchheld und Walach, 2004).

Wenn man die Lehre Siddharta Gautama Shakyamuni, genannt *Buddha*, in ihrer Gesamtheit betrachtet, gibt es als Weg zur Aufhebung von Leiden ein zentrales Element: Achtsamkeit.

„Bereits in seiner ersten Lehrrede über den „Edlen Achtfachen Pfad“ bildet „die Rechte Achtsamkeit“ zusammen mit der „Rechten Sammlung“ und dem „Rechten Bemühen“ einen der drei Grundpfeiler für einen ganzheitlichen, allumfassenden Weg zur Befreiung von Leiden“ (Allmen, 1977, zitiert in Buchheld und Walach, 2004).

Auf diesem Pfad der Befreiung ist auch eine Befreiung des Geistes notwendig. Dieser Weg zur Befreiung des Geistes besteht aus sieben Erleuchtungsfaktoren (*bojjhanga*). Als erster und (wahrscheinlich) wesentlichster

Faktor wird dabei die Achtsamkeit genannt. „Achtsamkeit ist die Fähigkeit zu bemerken, sich bewusst zu sein, was im Moment geschieht, und den Geist vom Vergessen abzuhalten. Buddha sagte, er kenne keinen anderen Faktor, der so stark auf die Förderung der heilsamen Geisteszustände und den Abbau der unheilsamen wirke wie die Achtsamkeit. Es gibt nichts Besonderes, was wir tun müssen, um die unheilvollen Zustände auszuschalten oder die heilsamen zu fördern, außer uns des Momentes bewusst zu sein. Bewusstheit selbst ist die reinigende Kraft“ (Goldstein, 1978).

Die Geistesentfaltung im Sinn der buddhistischen Lehre hat als klares Ziel die Durchdringung der „Vier Edlen Wahrheiten“ bzw. die Überwindung von Gier, Hass und Verblendung. Sie findet im Kontext des „Edlen Achtfachen Pfades“ statt. „Zur Geistesentfaltung nötig sind die ‚Fünf geistigen Kräfte‘. Diese ‚Fünf geistigen Kräfte‘ (*pañcabala*), zählen auch zu den 37 zur Erleuchtung gehörenden Dingen (*Bodhipakkhiya-dhamma*). (...) In der angereichten Sammlung von Lehrreden wird Vertrauen als unerschütterliches Vertrauen zum Vollendeten erklärt, die Willenskraft als das unerschütterlich Streben, das Unheilsame zu überwinden und das Heilsame zu erwecken, die unerschütterliche Achtsamkeit und Gedächtniskraft, die Sammlung als die durch die Vertiefungen gewonnene Sammlung und das Wissen als durchdringende Einsicht in das Entstehen und Hinschwinden aller Daseinserscheinungen“ (Hecker, 2006).

Wie diese Beispiele aus dem buddhistischen Lehr- und Weltbild zeigen, ist die Achtsamkeit ein zentraler Dreh- und Angelpunkt, um eine Befreiung vom Leiden und eine Öffnung des Geistes zu erhalten.

Zusammengefasst hat Buddha seine Sicht von Achtsamkeit im *Satipatthana Sutta*, der „Rede von den Grundlagen der Achtsamkeit“.

Keine andere Lehrrede genießt im Bereich der buddhistischen Tradition eine solche Hochschätzung und Beachtung wie die „Rede von den Grundlagen der Achtsamkeit“. „*Satipatthana* ist ein Lehrbegriff aus der Pali-Sprache und ist ein Kompositum, da der erste Teil des Wortes *sati* im nicht-buddhistischen Sanskrit, Gedächtnis bedeutet. Der zweite Teil des Wortes *patthana* lässt zwei Interpretationsmöglichkeiten zu. Einerseits kann es als Grundlage, da es mit den vier Gliedern der Achtsamkeit übereinstimmt, die eine Basis bilden, verstanden werden, andererseits kann es die Bedeutung des Gegenwärtig-Haltens der Achtsamkeit haben“ (Nyanaponika, 2007, zitiert in Zurawska, 2012).

Die erste Grundlage der Achtsamkeit ist die Körperbetrachtung (*kaya*). „Im Zentrum steht dabei die Praxis des bewussten Ein- und Ausatmens (*anapanna sati*). Auch wird die Aufmerksamkeit auf Körperhaltung und Körpertätigkeit gerichtet. Dabei dient das Gewahrsein des Atmens und des Körpers als Anker für das Bewusstsein, welches eine Basis bildet für die spätere Betrachtung der Geisteszustände. Die Achtsamkeit auf die Atmung wird zu Einführung verwendet, während die Achtsamkeit auf die Körpertätigkeit, die Kontinuität der Achtsamkeit fördert, sowie in der Alltagspraxis von Bedeutung ist“ (Rose und Walach, 2009, zitiert in Zurawska, 2012).

Die zweite Grundlage der Achtsamkeit ist die Gefühlsbetrachtung (*vedana*). Im Westen gibt es kein Wort für *vedana*, wie es in der buddhistischen Psychologie verstanden wird. Manche Autoren übersetzen es mit Gefühl oder Emotion. „*Vedana* bezeichnet jedoch die Gefühlsqualität oder –färbung bzw. unsere automatisch stattfindende Kategorisierung von Wahrnehmungen in angenehm, unangenehm oder neutral“ (Buchheld und Walach, 2004). „Ein weiteres Merkmal dieser Achtsamkeitsübung ist die Betrachtung der Gefühle anderer, im Vergleich zu den eigenen, um aufgrund der einseitigen Gefühlsbetontheit zu lernen, die Gefühle anderer zu beachten und zuzulassen“ (Nyanaponika, 2007, zitiert in Zurawska, 2012).

Die dritte Grundlage der Achtsamkeit bezieht sich auf den Geist (*citta*). „Nachdem der Mensch seinen Körper und seine Gefühle analytisch betrachtet hat, wendet er sich nun der Prüfung seines Geistes, dem Bewusstseins-Check zu. Die Analyse bezieht sich hierbei in keinem Fall auf das überweltliche, sondern lediglich auf das weltliche Bewusstsein“ (Gunkel, 1996).

Die vierte Grundlage der Achtsamkeit ist die Geistobjekt-Betrachtung (*dhamma*). Dies ist ein sehr komplexer Bereich: Zu dieser Übung gehört vorerst die Erkennung des Bewusstseinszustandes, indem man sich befindet, als Vorbereitung auf eine weitere Übung, nämlich das Vermeiden von geistigen Fesseln und Hemmungen, die sich beispielsweise durch ungünstige Denkinhalte aufgebaut haben. Als weiterer Schritt gilt diese zu vernichten. Dafür ist es notwendig über die Entstehungs- und Aufhebungsbedingungen einzelner Bewusstseinszustände Bescheid zu wissen. Durch die gründliche Beobachtung der Hemmungen, die sich aufgebaut haben, ergründet man die inneren und äußeren Umstände, die das Entstehen von ungünstigen Bewusstseinszuständen fördern und das Nichtentstehen von günstigen hemmen (Zurawska, 2012).

„Meditationswege, die auf die Entwicklung dieser Vier Grundlagen der Achtsamkeit abzielen, werden *Vipassanâ* („Einsicht“) genannt. *Vipassanâ* – die Einsicht in die Natur aller Daseinserscheinungen und die daraus resultierende unbedingte Freiheit – ist das höchste Ziel. (...) Die Essenz der Lehre des Buddha ist simpel und

radikal, gleichzeitig schwierig zu verwirklichen. Die Achtsamkeit ist sowohl Weg als auch Ziel“ (Buchheld und Walach, 2004).

2.1.1.1.2. BUDDHISMUS HEUTE

„Seit den 1960er Jahren steht der Buddhismus in Deutschland unter dem Zeichen und Zauberwort ‚Meditation‘“ (Herbert, 2012). Mitte dieser 1960er Jahre entstanden weltweit verschiedene Strömungen, die gegen die überkommenen politischen, kulturellen und sozialen Verhältnisse und Normen protestierten und als alternativkulturelle, antibürgerliche Gruppen vor allem in der buddhistischen Meditationspraxis Wege zur Bewusstseinsweiterung und zum religiös-spirituellen Erleben suchten (Gethin in Brown et al., 2015).

Die Zunahme an Lehrangeboten und Publikationen seit dieser Zeit erreichte inhaltlich auch die gebildete Mittelschicht. Gründe dafür sind sicherlich, dass der Buddhismus entgegen anderer Religionen eine sogenannte Erfahrungsreligion ist, d. h. es gibt keine dogmatische Verpflichtung auf Moral und Tugend, sondern die Übung der Achtsamkeit. Es gibt keine Vertröstung auf ein Jenseits, sondern die intensive Hinwendung zur Gegenwart (Zander, 2013).

Der tibetische Buddhismus, der Zen und der frühe Buddhismus *Theravâda* mit dem *Vipassanâ* stellen gegenwärtig die drei Hauptrichtungen des Buddhismus im Abendland dar (Gethin in Brown et al., 2015). Alle *Vipassanâ*-Ansätze bedeuten „Ausbildungen“ einer „Trefflichen“, das heißt das freie, wahre „Wesen aller Dinge“ sehen lernenden Achtsamkeit (*sammâ sati*). Sie umfassen entweder bestimmte technische, klar strukturierte oder bestimmte natürliche, flexibel offene Methoden. „Das *Vipassanâ* ist diejenige Tradition des Buddhismus, wo die Achtsamkeitslehren aus dem Herzen der Botschaft des historischen Buddha die umfassendste Wirkung entfaltet haben bzw. ganz im Zentrum aller hier vermittelten Praxisansätze und Lehren stehen“ (Gruber, 2002).

2.1.1.2. ACHTSAMKEIT IM JÜDISCH-CHRISTLICHEN, ABENDLÄNDISCHEN KULTURKREIS

Achtsamkeit, so wie es im Allgemeinen verstanden wird, wird meist mit östlichen Religionen und dabei vornehmlich mit dem Buddhismus in Verbindung gebracht. Aber auch im westlichen, christlich-jüdischen Kulturkreis gibt es eine lange Tradition der Achtsamkeit. Hinweise finden sich bereits in den ersten Büchern des Alten Testaments, natürlich im Neuen Testament, in der Zeit der ersten christlichen Gemeinden über die Mystiker des Mittelalters, die kontemplativen Orden der Neuzeit bis hin zu Formen christlicher Achtsamkeit heute.

2.1.1.2.1. ALTES TESTAMENT

Den Beginn dieser Tradition von Achtsamkeit lässt sich bereits ziemlich am Anfang des Alten Testaments, im Buch Exodus finden, in der Geschichte vom brennenden Dornbusch (Exodus, Kapitel 3), historisch gesehen etwa in der Zeit des 13. Jahrhunderts vor Christus. In dieser Geschichte begegnet Moses Gott das erste Mal und wird von ihm berufen, das Volk Israel aus der Knechtschaft in Ägypten zu führen. Auf die Frage Moses, wie er Gott denn nennen kann, sagt dieser: „JHWH“, der „ICH BIN“. „ICH BIN“, das Seiende, das Sein, als die Gegenwartsform, das Präsenzanzeigende. Wenn der Mensch nun zulässt, dieses „ICH BIN“ jeweils im Hier und Jetzt einfach zu erleben, ohne Wertung, ohne Vergleich, hat er achtsamen Anteil an Gott.

Eine interessante Parallele zur achtsamen Atemmeditation zeigt der amerikanische Franziskanerpater Richard Rohr (2012) mit einer Geschichte in seinem Buch „Entscheidend ist das UND: Kontemplativ leben UND engagiert handeln“ auf: „Ich (lernte) von ... einem jüdischen Naturwissenschaftler, der zu gleich Rabbi ist, etwas, das mir während meines ganzen Studiums der hebräischen Heiligen Schrift entgangen war. Das Wort Jahwe, der heilige jüdische Name für Gott, bedeutet ‚ICH BIN‘. Im jüdischen Volk durfte er nicht ausgesprochen werden, er war buchstäblich unaussprechlich... Der jüdische Naturwissenschaftler wies in seinem Vortrag darauf hin, dass die für das Wort Jahwe verwendeten Konsonanten (JHWH) es nicht gestatten, beim Sprechen die Lippen zu schließen oder die Zunge zu benutzen. Der heilige Name Jahwe ist also ein Versuch, das Geräusch des Ein- und Ausatmens nachzuahmen und wiederzugeben!“ Beim Einatmen die Silbe JH („Jaah“) und beim Ausatmen die Silbe WH

(„Heeh“). „Jaah-Heeh – mit jedem Atemzug spricht der Mensch den Namen Gottes aus. Jeder Atemzug ein Gebet. Jeder Mensch atmet den Namen Gottes im wahrsten Sinne des Wortes. Das Allererste, was ein Mensch in seinem Leben macht: Er spricht den Namen Gottes aus – Jaah-Heeh. Das Allerletzte, was ein Mensch in seinem Leben macht: Er spricht den Namen Gottes aus – Jaah-Heeh“ (Hagenunterwegs, 2015).

Der Name Gottes ist also kein Name, wie wir es verstehen, nichts was der Mensch definieren oder vergleichen kann. Das „ICH BIN“ ist schlichtweg die reinste Form der Achtsamkeit: ein Atemzug. Immer im Hier und Jetzt, von Beginn an bis zum (irdischen) Ende.

2.1.1.2.2. NEUES TESTAMENT

Auch das Neue Testament, der „christliche Teil“ der religiösen Schriften, ist geprägt vom „Atem Gottes“: Achtsamkeit ist ebenfalls eine wichtige Botschaft bei der Lebens- und Leidensgeschichte Jesus von Nazareth.

Die zentrale Stelle ist im Markus Evangelium Kapitel 12 in den Versen 29-31 auf die Frage nach dem wichtigsten Gebot beschrieben: „Jesus antwortete: Das erste ist: ‚Höre, Israel! Der Herr ist unser Gott, der Herr und sonst keiner. Darum liebt ihn von ganzem Herzen und mit ganzem Willen, mit ganzem Verstand und mit aller Kraft.‘ Als zweites kommt hinzu: ‚Du sollst Deinen Nächsten lieben wie dich selbst!‘ Es gibt kein Gebot, das wichtiger ist als diese beiden“. Es wird also die Botschaft des Dornbusches aus dem Alten Testament, dieses „ICH BIN“ jeweils im Hier und Jetzt einfach zu erleben, ohne Wertung, ohne Vergleich, von Jesus erneut in das Zentrum gestellt, erweitert um die Achtsamkeit auf sich selbst und um die Achtsamkeit auf den (Mit-) Menschen.

2.1.1.2.3. WÜSTENVÄTER UND WÜSTENMÜTTER

„Seit Bestehen des Christentums gab es in den christlichen Gemeinden auch immer eine asketische Bewegung“ (Bäumer und Plattig, 2012). Mit der Erhebung des Christentums 391 n. Chr. zur Staatsreligion wuchsen nicht nur Ansehen und Etablierung der christlichen Religion, sondern auch Macht, Reichtum und weltlicher Einfluss der religiösen Führer. „Damals zogen Tausende von Männern und Frauen aus den Städten des Römischen Reiches in

die ägyptische Wüste, um in der Abgeschiedenheit sich selbst und Gott zu finden. Ihre wichtigste Übung bestand darin, wachsam zu sein: Wenn die Seele wachsam ist und sich selber aus der Zerstreuung sammelt und ihren Willen aufgibt, dann kommt der Geist Gottes zu ihr und sie, die Unfruchtbare, vermag in Zukunft zu gebären (Abbas Kronios)“ (Laurenz, 2012).

Sowohl die Distanz von den regulären Gemeinden, wie auch die Reinheit, Weite, Zeitlosigkeit und ruhevolle Einsamkeit der realen Wüste waren Grundlage und Voraussetzung; Hauptmotiv für ein achtsames Leben war für die Wüstenväter und Mütter aber stets die individuelle Suche nach Gott gewesen.

Und alle, die genau in diesem Auftrag der Gottsuche nachgehen und der Gottesehnsucht Raum gegeben haben, die alle haben in der einen oder anderen Weise Übungen zur Aufmerksamkeit geübt bzw. entwickelt (Bäumer und Plattig, 2012).

2.1.1.2.4. DIE MYSTIKER DES MITTELALTERS, AM BEISPIEL VON MEISTER ECKHART UND HUGO DE BALMA

Als berühmtester Mystiker deutscher Sprache wird häufig Meister Eckhart, Eckhart von Hochheim (1260-1328) genannt. „Die christliche Mystik ist eine Praxis, welche auf eine Einswerdung (*unio mystica*) mit Gott zielt, welche bereits im diesseitigen Leben teilweise erfahren werden soll“ (Leppin, 2007).

„Zwar gab es in der christlichen Praxis der Bibelauslegung in dieser Zeit eine ausgeprägte Praxis der Achtsamkeit in Bezug auf kleinste und unscheinbarste Wendungen heiliger Texte, eine Achtsamkeit, die (...) eine reiche und vielfältige Bibelauslegung auf verschiedensten Sinnebenen ermöglichte“ (Manstetten in Anderssen-Reuster, 2011), diese Praxis war aber nicht im Sinne Meister Eckharts: „Nur Übungsformen, welche die rechte Orientierung besitzen (*meinunge*), können die Sehnsucht nach der Erfahrung der Gegenwart Gottes stillen. Diese Übungswege, die in rechter *meinunge* gegangen werden, münden in einer Haltung, die Eckhart „Gelassenheit“ nennt“ (Manstetten in Anderssen-Reuster, 2011).

Der Kernsatz der Eckhart'schen Lehre von der Gelassenheit lautet: „Nimm dich selbst wahr, und wo immer du dich findest, da lass dich; das ist das Allerbeste“ (Meister Eckhart, 1993).

„Adressat für diese Aussage sind, laut Meister Eckhart, die Menschen, die keine Gelassenheit kennen, die aber spüren: Das Leben, das sie täglich führen, „ist es nicht“, die äußeren Umstände oder die inneren Befindlichkeiten stimmen nicht mit ihrer Person überein. Dass ein Mensch sein Leben in der gerade beschriebenen Weise wahrnimmt, ist Zeichen einer fundamentalen Unachtsamkeit“ (Manstetten in Anderssen-Reuster, 2011).

Wie gelangt nun ein solcher Mensch zur Eckhart'schen Gelassenheit? Schlicht mit der alten Weisheit: Erkenne dich selbst! Sich bewusst machen, dass man selbst die Ursache von Leiden ist, wie Leid in einem entsteht. Der Mensch muss lernen, sich und seine Inneres zu beobachten und darauf zu achten, welche Wege und Verläufe es gibt, wenn z. B. eine negative Gestimmtheit zu Bewusstsein kommt.

„Meister Eckharts Weg der Gelassenheit zeigt, dass (auch) in der christlichen Theologie des Mittelalters mit dem geistigen Hintergrund der biblischen Erkenntnisweisheiten es ein Denken gibt, welches dem Suchenden eine Struktur gibt, seinen Lebensweg (neu) zu formen. Gelassenheit setzt Achtsamkeit, Fähigkeit dessen, was ist, außen und innen, voraus“ (Manstetten in Anderssen-Reuster, 2011).

Ein zentrale Gemeinsamkeit von christlicher Mystik und Achtsamkeit ist Erfahrung, ja man kann es, wie Buchheld und Walach (in Heidenreich und Michalak, 2004) ausdrücken, beschreiben: „Die christliche Mystik ist der Ort, an dem im Westen eine Erfahrung tradiert und ausgedrückt wurde, die am ehesten dem ähnelt, was wir im Osten als Achtsamkeits- und Meditationstradition vorfinden“.

Ein zweites Beispiel für Achtsamkeit in der christlichen Mystik des Mittelalters ist Hugo de Balma (Lebensdaten unbekannt, schriftliche Belege im 13. Jahrhundert nachweisbar). De Balma war ein Kartäusermönch der mit seiner Schrift „*Viae Sion lugent*“ (um 1260) fast schon eine, für die damalige Zeit, revolutionäre These zur Erfahrungserkenntnis Gottes aufstellte: „Aber weil diese höchste Weisheit nicht von Menschen, so soll im Folgenden gezeigt werden, wie jedermann, auch ein Laie, wenn er in die Schule Gottes eintritt, diese Weisheit unmittelbar von Gott selbst empfangen kann, jenseits und über allen Verstand hinaus durch den Affekt der Liebe. Dies kann kein Philosoph begreifen und auch kein Theologe, keine menschliche Einsicht, wie sehr sie sich auch bemühen mag“ (Hugo de Balma, zitiert nach Walach, 1995 in Kohls, 2004).

So wie bei Meister Eckhart Erfahrungserkenntnis Gottes durch den Weg der Gelassenheit möglich ist, kann dies, nach Hugo de Balma, einzig durch den Affekt der Liebe von statten gehen, ohne dass man vorher klassisch oder theologisch geschult wurde, ohne dass man vorher irgendwelche theoretisch-mentalen Übungen oder

Aufstiegswege vollziehen muss, ja sogar ohne vorheriges Denken oder Imaginieren. Der Weg der Erfahrungserkenntnis führt direkt, in der Seele selbst, zu einer Vereinigung mit Gott (Buchheld und Walach in Heidenreich und Michalak, 2004).

Der Begriff „Affekt“ wird heutzutage definiert als Gefühls- und Gemütsbewegung von großer Brisanz, geringer Latenz und energisierender Dynamik (Motivation), einhergehend mit eingegengter Wahrnehmung (Aufmerksamkeitsverzerrungen und Tunnelblick), ggf. einer Überforderung der Willenskontrolle und starker Ausdruckskraft (Barrett et al., 2007). Ganz anders wurde der Affekt-Begriff zu Zeiten Hugo de Balma gesehen: „Der Affekt in der mittelalterlichen Terminologie (...) ist passiv-aufnehmend, (...) die Quelle der Leidenschaft, des Erleidens von Emotionen. Weil nun aber – vor allem von der platonischen und stoischen Philosophie beeinflusst – der Mensch die Aufgabe hat, seine Leidenschaften und Emotionen zu beherrschen, wird der Affekt paradoxerweise – wie es uns heute vorkommt – in der philosophischen Tradition, die von Augustinus gebündelt wurde, gleichzeitig zum Sitz des Willens“ (Buchheld und Walach in Heidenreich und Michalak, 2004). Wenn also der Affekt in der mittelalterlichen Sicht- und Denkweise Sitz des Willens ist, so besteht, laut Hugo de Balma, für den Menschen die Möglichkeit ohne intellektuelles Zutun, einzig nur durch die Empfänglichkeit der Sinne, die höchste und ganze Wirklichkeit, also Gott, immer und überall erfahren.

„Und damit wäre die Brücke geschlagen zu dem, was im buddhistischen Kontext als Achtsamkeit gemeint ist“ (Buchheld und Walach in Heidenreich und Michalak, 2004).

2.1.1.2.5. DIE ORDENSGRÜNDER, AM BEISPIEL VON IGNATIUS VON LOYOLA

Auf der Suche nach den christlichen Wurzeln der Achtsamkeit stößt man unweigerlich auch auf die Gründer kontemplativer Orden in der Neuzeit und besonders auf einen Namen, auf den baskischen Adligen, Mystiker und Ordensbegründer Ignatius von Loyola (1491-1556).

Achtsam werden dafür, dass ich geschaffen bin: So könnte man die ignatianische Spiritualität kurz zusammengefasst charakterisieren (Frick in Anderssen-Reuster, 2011).

Im Tun kontemplativ sein, das war das Motto von Ignatius. Für ihn war es wichtiger, Gottes Wirken in alltäglichen Verrichtungen aufzuspüren als lange Gebete zu sprechen. In Achtsamkeit im Hier und Jetzt und in Verbindung mit Gott wird der so profan erscheinende Alltag zum Ort der Gotteserfahrung. „Die Kontexte dieser Erfahrung können also sehr unterschiedlich sein, letztlich kommt es jedoch auf den alltäglichen Übungsweg der Achtsamkeit an: (...) dieser soll nun in fünf Schritten skizziert werden: Gebet der liebenden Aufmerksamkeit – spirituelle Begleitung – *imaginación* – Atmen – Kontemplation in der Aktion“ (Frick in Anderssen-Reuster, 2011).

Das Gebet der liebenden Aufmerksamkeit, der geistige Tagesrückblick des Ignatius von Loyola, die Auswertung des Tages oder, wie Ignatius es in seinem Exerzitienbuch selbst nannte „das Examen“, wird oft auch als die „wichtigste Viertelstunde“ des Tages bezeichnet. Das Ritual dieser wichtigen ignatianischen Übung beginnt mit dem „Ankommen“, dem Gegenwärtig sein vor Gott und dem Gewähr werden seines eigenen Lebens. Darauf folgt die „Bitte“ um Offenheit, in seinem Licht die Wirklichkeit dieses Tages zuzulassen -vorurteilslos - und zu erkennen, was ER mir heute zeigen will. Die dritte Station ist der eigentliche „Tagesrückblick“: Den Tag anschauen, an sich vorbeiziehen zu lassen, ohne Urteil und ohne Wertung, ein Verweilen bei dem, was sich gerade anbietet. Und schließlich nach dem Rückblick darf ein Ausblick nicht fehlen: Das Gebet schließt mit einem „Zugehen auf den nächsten Tag“.

Die spirituelle Begleitung. Das Kernstück ignatianischer Spiritualität ist der meditative Erfahrungsweg. Wie bei einer profanen Wanderung geht sich die vorgegebene Wegstrecke umso leichter, wenn man –wenigstens immer wieder, Stücks des Weges- einen Begleiter neben sich weiß. Ein Begleiter in spirituellen Dingen ist dafür da, sich im Begleitungsgespräch Dinge aus den Gebetserfahrungen berichten zu lassen, sowie auch allgemein das Tun und Handeln des Exerzitanten zu diskutieren, reflektieren und ggf. auch weiterzuentwickeln. Wichtig dabei ist, dass ein Exerzitienbegleiter Neutralität und Abstinenz in allen Dingen bewahrt, was Lebensentscheidungen angeht. Ignatius selbst wählt für diese Eigenschaft in der spirituellen Begleitung das Bild einer Nabe zwischen den Armen einer Waage: „Der die Übungen gibt, soll sich also weder zu der einen Seite wenden oder hinneigen noch zu der anderen, sondern in der Mitte stehend wie eine Waage unmittelbar den Schöpfer mit dem Geschöpf wirken lassen und das Geschöpf mit seinem Schöpfer und Herrn“ (von Loyola, zitiert von Frick in Anderssen-Reuster, 2011).

Vista de la imaginación. „Wenn man das Exerzitienbuch des Ignatius von Loyola zur Hand nimmt, fällt dem Leser sofort auf, dass Ignatius wohl ein „visueller Mensch“ war. Zwar gibt es keinerlei Hinweise darauf, dass er jemals

selbst ein Bild gemalt hätte, enthalten seine Anweisungen die ausdrückliche und immer wiederkehrende Aufforderung, „sich ein Bild zu machen“ (Klees, 2014). „Ignatius fördert die inneren Bilder und schlägt Vorstellungsübungen mit allen Sinnen vor, nicht nur mit dem inneren Sehen, sondern auch mit Hören, Tasten, Schmecken, Riechen. Tagtraumähnlich, in einer Art innerem Psychodrama, soll die übende Person auf der Bühne mitspielen, anstatt in der Zuschauerrolle verharren“ (Frick in Anderssen-Reuster, 2011). Mit dieser Öffnung der Sinne erlebt der Exerzitant eine Förderung und Fokussierung seiner Imagination und somit eine aktive Achtsamkeit auf die wahren Dinge in jedem Augenblick.

Atmen. Die Atemmeditation ist eine grundlegende, einfache und auch weit verbreitete Achtsamkeitsübung. Ignatius nennt das Beten mit dem Atem „*por compás*“ (nach Rhythmus): „Bei einem jedem Atemzug oder Luftholen soll man geistig beten, indem man ein Wort des Vaterunsers oder eines anderen Gesetzestextes betet“ (EB 258). Diese kurze Anweisung im Exerzitienbuch zeigt, wie wichtig für Ignatius die Einfachheit, der Weg in die Achtsamkeit, das Freimachen von den Hinzufügungen des Ich, ist (Frick in Anderssen-Reuster, 2011).

Kontemplation in der Aktion. Beschaulichkeit im aktiven Tun, mitten in der Welt und im Alltag zu agieren, ohne die innere Sammlung zu verlieren. „Durch aktive Verknüpfung dieser beiden „Extreme“ Aktion und Kontemplation zu einer Einheit wird der Übende über die Wahrnehmungen mit seinen äußeren Sinnen (Natur, eigener Körper) und die Wahrnehmungen mit seinen inneren Sinnen (Atem, Körperenergie, innerer Ton) zu geistigen Wahrnehmungen geführt (Stille, Friede, Gegenwart, Dasein) bis er auf die Gegenwart Gottes schauen kann“ (Jalics, 1998).

2.1.1.2.6. CHRISTLICHE FORMEN DER ACHTSAMKEIT HEUTE

Die christlich-mystischen Schätze der Achtsamkeit gerieten irgendwann weitgehend in Vergessenheit. Das geschah, als ab dem 17. Jahrhundert die christliche Ethik ganz in den Vordergrund gestellt wurde. „Nur in den Klöstern, vor allem in den kontemplativen Orden, wurde diese Tradition weiter gepflegt. Außerhalb der Klöster gab es einen Abriss in der Tradition“ (Laurenz, 2012).

Die strenge dogmatische Ausrichtung, gerade in der katholischen Kirche, lässt immer mehr Christen sich von ihrer Glaubensgemeinschaft distanzieren. Und dennoch stellen die Menschen Fragen wie „wozu leben wir?“ oder

„worin besteht das Glück?“. Antworten hierzu finden sie in den Amtskirchen mit ihrer, für viele, gerade jüngere Menschen, gelebten oder gefühlten arroganten und abgehobenen Art und Weise heutzutage meistens nicht.

Nicht erst durch die Globalisierung –aber durch diese sicherlich beschleunigt und vereinfacht- wurden auch im europäisch-abendländischen Kulturkreis Formen und Strömungen fernöstlicher Religionen und Geisteshaltungen bekannt und beliebt. Gerade der Buddhismus nimmt hierbei eine Schlüsselposition ein.

In der Gegenwart leben, auf sich und andere achten. Viele Christen fasziniert der angewandte Buddhismus (Hofmann, 2012). So ist es auch nicht verwunderlich, dass viele Christen sich das Recht herausnehmen „ihr Christentum“ einfach mit dem Buddhismus zu kombinieren. Um mit einem Begriff der Gegenwart zu sprechen: Religion der Gegenwart findet auf dem Freizeitmarkt statt und wird zumeist nach der Arbeit, während des Feierabends oder am Wochenende „konsumiert“. „Die „Privatisierung“ oder „Individualisierung“ des Religiösen hat auch dazu geführt, dass der kollektiv verbindliche Charakter verlorenght und jeder aus allen möglichen Versatzstücken seine eigene „Religion“ zusammenkomponieren und auch feilbieten kann“ (Herbert, 2012).

„Dieser „neuen Lage“ bewusst, entdecken immer mehr christliche Institutionen, insbesondere klösterliche Einrichtungen, die alten christlich-mystischen Schätze, gerade der Achtsamkeit, wieder. Vor allem die Form der Exerzitien, wie sie ein Ignatius von Loyola oder auch eine Theresa von Avila beschrieben haben, gilt nach wie vor als ein klassischer Weg“ (Laurenz, 2012). „Um den Bedürfnissen „moderner“ Christen der Gegenwart gerecht zu werden, zeigt man sich heutzutage durchaus offen, dass z. B. mehr als ein Dutzend christlicher Geistlicher vom Dharma Yamada Kôun als Zen-Lehrer autorisiert wurden“ (Herbert, 2012) und Elemente des buddhistischen *Vipassanâ* mit den spirituellen Übungen eines Ignatius von Loyola verbunden werden (Tambour, 2013).

Die Auseinandersetzung mit christlichen Formen der Achtsamkeit heute zeigt, dass der „Markt der Möglichkeiten“, den Religionen oder religiöse Gruppierungen dem modernen Menschen bieten, nicht nur das Ende einer verbindlich kollektiven Religion bedeutet, sondern auch als Chance zu sehen ist, altes, tradiertes Wissen vielleicht in neuen, moderneren Schläuchen dem Menschen wieder anzubieten, zumal die Nachfrage hierfür fast schon als enorm zu bezeichnen ist.

Eines sollte einem aber dabei immer bewusst sein und bleiben: Der vom Buddhismus inspirierte Weg nutzt Achtsamkeit als Erkenntnisweg, Täuschungen zu durchschauen und sich von falschen Anhaftungen zu lösen, um damit Leid zu überwinden. „In der christlichen Frömmigkeit dient die Achtsamkeit dazu, eine lebendige

Beziehung zu Gott aufzubauen oder zu vertiefen, um aus ihr heraus, die individuelle Form des Weltengagement zu klären. (...) Um es auf den Punkt zu bringen: Die buddhistische Tradition der Achtsamkeit leitet an, in die Gegenwart zu kommen, christliche Spiritualität indessen in die Gegenwart Gottes“ (Tambour, 2013).

2.1.1.3. ACHTSAMKEIT IN THERAPIE UND PRÄVENTION

Achtsamkeit als therapeutisches Prinzip. Der amerikanische Professor Jon Kabat-Zinn (geboren 1944) gilt als der „Vater“ dieser modernen Achtsamkeitspraxis. Durch persönliche Lebensumstände kam er schon als junger Mensch mit den Lehren und Praktiken des Buddhismus in Kontakt und war einige Jahre lang Zen-Schüler, folgte später der *Vipassanā*-Tradition und praktizierte parallel dazu Hatha-Yoga. 1971 promovierte Kabat-Zinn bei dem Nobelpreisträger für Physiologie und Medizin, Salvador Luria, im Fach Molekularbiologie (PhD) am Massachusetts Institute of Technology (MIT). Im Folgenden wurde er Professor für Medizin an der University of Massachusetts Medical School und gründete dort im Jahre 1979 seine mittlerweile sehr renommierte Stress Reduction Clinic und das Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, and Society.

Die Entwicklung und Schulung von Achtsamkeit ist das zentrale Behandlungselement in dem seit Mitte der 1970er Jahre von Jon Kabat-Zinn entwickelten Mindfulness-based Stress Reduction Program (MBSR), einem achtwöchigen erfahrungs- und übungsbasiertem Gruppenprogramm, welches sowohl therapeutische, wie auch präventivmedizinische Komponenten enthält.

„Die MBSR-Methode zählt zu den sogenannten achtsamkeitsbasierten Verfahren, bei denen Achtsamkeit als zentrales Therapieprinzip angesehen wird“ (Michalak et al., 2012). Davon zu unterscheiden, sind die achtsamkeitsinformaten Ansätze, bei denen neben der Achtsamkeit auch andere Therapieformen gleichwertig angewandt werden (z. B. Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) nach Linehan).

Alle diese Programme haben ein gemeinsames Ziel: psychische Leiden zu reduzieren. Die Trainingsformen unterscheiden sich dabei oft grundlegend, gerade in den Konzepten, was Achtsamkeit bedeutet und wie die beste Lern- und Trainingsform gestaltet sein soll (Carmody in Le et al., 2014).

2.1.1.3.1. ACHTSAMKEITSBASIERTE VERFAHREN

Achtsamkeitsbasierte Verfahren zeichnen sich dadurch aus, dass sie Achtsamkeit als das Therapieprinzip ins Zentrum ihrer Bemühungen stellen. Beispielhaft sind im Folgenden die MBSR-Methode (Mindfulness-based Stress Reduction) nach Kabat-Zinn, sowie die Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) nach Segal, Williams und Teasdale genannt.

2.1.1.3.1.1. MINDFULNESS-BASED STRESS REDUCTION (MBSR)

Das achtwöchige Behandlungsprogramm „Stressreduktion durch Achtsamkeit“ (Mindfulness-based Stress Reduction/ MBSR) wird seit über 45 Jahren in den USA und seit 1992 auch in Deutschland eingesetzt, heute an über 500 Kliniken und Gesundheitszentren weltweit.

„Es beruht auf zwei Hauptansätzen der buddhistischen *Vipassanā*-Praxis. Auf diese Weise erzielt es höchst beachtliche, durch viele wissenschaftliche Studien nachgewiesene Erfolge bei der Behandlung ansonsten eher therapieresistenter psychosomatischer Leiden. Kabat-Zinn beansprucht, die kostbare Essenz der ältesten buddhistischen Meditationsform des *Vipassanā* ohne den häufig abschreckenden „Ballast“ des traditionellen begrifflichen Überbaus zu vermitteln“ (Gruber, 2002).

„Die innere Einstellung eines Menschen ist von grundlegender Bedeutung für die Praxis der Achtsamkeit. (...) Die Einstellung, mit der man die Praxis der Achtsamkeit beginnt, bestimmt weitgehend, welchen Langzeitwert sie für einen hat. Deshalb wird man von der Meditation dann am meisten profitieren, wenn man ganz bestimmte innere Einstellungen entwickelt, die dazu angetan sind, uns den Sinn der Meditation ins Bewusstsein zu rufen und helfen, die Energien gezielt für inneres Wachstum und Heilung einzusetzen“ (Kabat-Zinn, 2011).

Ein zentrales Element der Achtsamkeitspraxis des MBSR-Programms sind sieben Grundfaktoren, die während der Meditation bewusst entwickelt und geschult werden: 1. Nicht-Beurteilen, 2. Geduld, 3. Den Geist des Anfängers bewahren, 4. Vertrauen, 5. Nicht-Greifen, 6. Akzeptanz und 7. Loslassen.

1. *Nicht-Beurteilen*. Wenn wir mit dem Stress in unserem Leben tatsächlich konstruktiv umgehen wollen, ist der erste Schritt dahin zweifelslos der, sich der Gewohnheit des Urteilens und ihrer Auswirkungen bewusst zu werden. „Erst dann kann man durch den Filter der eigenen Vorurteile und Ängste hindurchsehen und sich von der Tyrannei befreien. (...) Die Aufgabe besteht nicht im Abblocken des Beurteilens, sondern darin, zu erkennen, dass es geschieht“ (Kabat-Zinn, 2011).

2. *Geduld*. „Geduldig sein bedeutet zu wissen, dass jedes Ding seine eigene Zeit hat, dass es sich entfaltet, wenn der richtige Moment dafür gekommen ist“ (Kabat-Zinn, 2011).

3. *Den Geist des Anfängers bewahren*. Dinge, Begebenheiten und Momente mit der Neugier und den Augen eines Kindes zu betrachten, seinen Geist und seine innere Einstellung so zu öffnen, als mache man die augenblickliche Erfahrung das erste Mal.

4. *Vertrauen*. „Integraler Bestandteil der Meditation ist das Entwickeln von Vertrauen in die eigene innere Weisheit. (...) Nicht jemand anders, sondern man selbst zu sein. (...) Je mehr Vertrauen Sie in das eigene innere, grundlegende Ganz-Sein entwickeln, desto besser können Sie es auch in Ihren Mitmenschen sehen und anerkennen“ (Kabat-Zinn, 2011).

5. *Nicht-Greifen*. „Meditation ist aktives Nicht-Tun. Meditierend lernen Sie, Sie selbst zu sein, und zwar auf eine bisher ungewohnte Weise. Sie versuchen nicht länger, so oder anders zu sein, sondern sind einfach so, wie sie sind“ (Kabat-Zinn, 2011).

6. *Akzeptanz*. Akzeptanz bedeutet Annahme. Diese Annahme ist aber nicht gleichzeitig mit einer Wertung verbunden. Annahme, und damit Akzeptanz, im meditativen Kontext weist darauf hin, jeden Moment und jeden Augenblick bewusst, vorurteilsfrei und ganzheitlich zu sehen und an- bzw. aufzunehmen.

7. *Loslassen*. „Das Prinzip des Loslassens oder Nicht-Anhaftens beziehungsweise die Entwicklung dieser Einstellung gehört zu den Grundvoraussetzungen der Achtsamkeitsmeditation“ (Kabat-Zinn, 2011). Loslassen bedeutet, alle Dinge, egal ob für einen positiv oder negativ behaftet, einfach nur zu betrachten, zu akzeptieren, ohne Wertung.

Um nun diese „Grundpfeiler“ des MBSR unterrichten und trainieren zu können, bedarf es einer methodisch-didaktischen Strukturierung.

„Das Mindfulness-based Stress Reduction Program ist ein achtwöchiges erfahrungs- und übungsbasiertes Gruppenprogramm mit einer jeweiligen Gruppengröße von bis zu 30 Teilnehmern“ (Michalak et al., 2012).

Jede Woche beinhaltet eine zweieinhalbstündige Gruppensitzung, welche jeweils drei Teilsequenzen umfasst: Erstens die kontinuierliche Übung der Achtsamkeit durch verschiedene Formen der geleiteten Achtsamkeitsmeditation frei von Weltanschauung, zweitens die kognitive Auseinandersetzung mit stressbezogenen Themen in Kurzvorträgen und im Austausch in der Gruppe und drittens den Transfer der Inhalte in den privaten und beruflichen Alltag.

Folgende Übungsformen der geleiteten Achtsamkeitsmeditation werden dabei angeleitet:

- BodyScan, Wahrnehmung des Körpers
- Meditation mit Achtsamkeit auf den Atem
- Hata-Yoga, Achtsame Dehn- und Körperübungen
- Meditation in Ruhe (Sitzen) und in Bewegung

„Wichtiger Bestandteil des MBSR-Programms ist die tägliche praktische Übungseinheit, diese sollte mindestens 45 Minuten pro Tag betragen. In Tabelle 1 wird der originale Acht-Wochen-Plan dargestellt, wie er in der Stress Reduction Clinic an der University of Massachusetts Medical School durchgeführt wird“ (aus Kabat-Zinn, 2011).

MBSR – Acht-Wochen-Plan	
Woche 1 + 2	Body-Scan an sechs Tagen pro Woche, eine Dreiviertelstunde täglich; achtsames Sitzen, Atembeobachtung, zehn Minuten täglich.
Woche 3 + 4	Abwechselnd Body-Scan und Yoga-Übungen, eine Dreiviertelstunde täglich, sechs Tage pro Woche; achtsames Sitzen und Atembeobachtung fünfzehn bis zwanzig Minuten täglich.
Woche 5 + 6	Abwechselnd Sitzmeditation und Yoga-Übungen, sechs Tage die Woche, dreißig bis fünfundvierzig Minuten täglich. Beginn mit Gehmeditation.
Woche 7	Eine Meditationsmethode oder eine beliebige Kombination der erlernten Methoden, fünfundvierzig Minuten täglich, sechs Tage die Woche.
Woche 8	Eine Meditationsmethode oder eine beliebige Kombination der erlernten Methoden, wenigstens zweimal in dieser Woche auch den Body-Scan, fünfundvierzig Minuten täglich, sechs Tage die Woche
Woche 1 -8	Gruppensitzung, einmal pro Woche, zweieinhalb Stunden
Woche 8 (oder 9)	Tag der Achtsamkeit, Gruppensitzung, sechs Stunden

Tabelle 1: MBSR Acht-Wochen-Plan (nach Kabat-Zinn, 2011)

Abschließend findet ein sogenannter Tag der Achtsamkeit statt, an dem Patienten die Gelegenheit bekommen, sechs Stunden lang, das Gelernte gemeinsam zu reflektieren und in der persönlichen (Meditations-) Praxis zu vertiefen.

„Ursprünglich wurde MBSR vor allem für die Behandlung von Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen (z. B. chronische Schmerzen) entwickelt. Mittlerweile liegen eine Vielzahl von Untersuchungen zu MBSR auch bei anderen Störungsbildern wie Angststörungen, Essstörungen (Kristeller und Hallett, 1999) oder Hauterkrankungen (Baer, 2003; Grossmann et al., 2004; Hofmann et al., 2010) vor. Beispiele für neuere Entwicklungen sind ein auf Achtsamkeit basierendes Programm zur Rückfallprophylaxe bei Substanzabhängigkeit (Bowen et al., 2009), eine für die Verbesserung der Qualität von Partnerschaften entwickelte MBSR-Version (Carson et al., 2006) und ein auf Achtsamkeitsprinzipien basierendes Programm zur Geburts- und Elternschaftsvorbereitung belegt (Duncan und Bardacke, 2010)“ (Michalak et al., 2012).

Auf Grundlage dieses MBSR-Programms von Jon Kabat-Zinn hat die Kalapa Leadership Academy Bergisch Gladbach ein an die speziellen Anforderungen des Unternehmensalltages angepasstes, niederschwelliges und leicht zu implementierendes Präventionsprogramm zur Verbesserung der Belastbarkeit, Zufriedenheit und kooperativen Zusammenarbeit entwickelt, welches dieser Arbeit im Folgenden auch zugrunde liegt und an dessen Konzeption der Verfasser dieser Arbeit im Bereich „Biometrie“ federführend und eigenverantwortlich ebenfalls beteiligt war.

2.1.1.3.1.2. MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY (MBCT)

Auf Grundlage des seit Ende der 1970er Jahre eingeführten und in der Zwischenzeit etablierten MBSR-Programms, kombiniert mit Elementen aus der kognitiven Verhaltenstherapie, entwickelten Segal, Williams und Teasdale (2001) ein neues achtsamkeitsbasiertes Therapieverfahren zur Rückfallprophylaxe bei Depression: Die Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT).

„Analog zum MBSR-Training werden bei der MBCT acht zweistündige Gruppensitzungen durchgeführt. Die Kursgröße beträgt maximal zwölf Patienten“ (Michalak et al., 2012). Es werden verschiedene achtsamkeitsbezogene Übungen (angelehnt an MBSR) eingeführt (z. B. Body-Scan, Atemmeditation,

Achtsamkeitsmeditation, Gehmeditation, Yoga-Übungen). Parallel dazu werden klassisch kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen durchgeführt (z. B. Psychoedukation zur Depression, Beobachtung von und Umgang mit automatischen Gedanken, Aufbau angenehmer Aktivitäten) (Heidenreich und Michalak, 2003).

„Eine empirisch abgesicherte Indikation für die Anwendung von MBCT stellt die Rückfallprophylaxe bei ehemals depressiven Patienten mit drei oder mehr depressiven Episoden in der Vorgeschichte dar. (...) Es zeigte sich, dass MBCT zur Reduktion der Rückfallraten mindestens ebenso effektiv war, wie der derzeitige „gold standard“ medikamentöse Erhaltungstherapie und in einigen Outcomekriterien (depressive Restsymptomatik, Anzahl komorbider Störungen, Lebensqualität) diesem sogar überlegen war“ (Michalak et al., 2012).

2.1.1.3.2. ACHTSAMKEITSINFORMIERTE VERFAHREN

Während bei MBSR und MBCT Achtsamkeit als das zentrale Therapieprinzip angesehen wird, handelt es sich bei den achtsamkeitsinformierten Verfahren um Therapieformen, bei denen neben der Achtsamkeit andere Therapieverfahren gleichrangig Anwendung finden. Zu nennen sind hierbei beispielhaft die Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) nach Linehan (1987) oder die Acceptance and Commitment Therapy (ACT) nach Hayes, Strosahl und Wilson (1999).

2.1.1.3.2.1. DIALEKTISCH-BEHAVIORALE THERAPIE (DBT)

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) ist eine von der amerikanischen Psychologin Marsha M. Linehan in den 1980er Jahren entwickelte Psychotherapieform zur Behandlung von stark suizidalen Frauen und kommt heute zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung zum Einsatz (Linehan, 1987; Bohus und Bathruff, 2000).

„Die DBT umfasst zwei Schwerpunkte: Einzeltherapie, vor allem zur Bearbeitung akuter Krisen und Traumata, und Gruppentherapie zum Erlernen neuer Fertigkeiten (Skills Training). Achtsamkeit, vermittelt durch kürzere Übungen, steht am Beginn des Fertigkeitentrainings. Außerdem sollte Achtsamkeit als „Hintergrundprinzip“ des

Verhalten des Therapeuten auch während anderer Behandlungselemente, in denen es nicht explizit um die Entwicklung von Achtsamkeit geht, prägen“ (Michalak et al., 2012).

2.1.1.3.2.2. ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY (ACT)

Die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) ist eine Form der Psychotherapie, bei der klassische verhaltenstherapeutische Techniken mit achtsamkeits- und akzeptanzbasierten Strategien und mit Interventionen zur Werteklärung kombiniert werden (Hayes et al., 1999; Linden und Hautzinger, 2011). „Die ACT ist ein verhaltensanalytischer Therapieansatz, der versucht, Meidungsverhalten in Bezug auf unangenehme Erlebnisweisen abzubauen und wertebezogenes, engagiertes Verhalten aufzubauen“ (Sonntag, 2004, zitiert in Anderssen-Reuster, 2011).

„Achtsamkeitsübungen werden, in Kombination mit anderen Therapieelementen, im Rahmen von ACT eingesetzt, um Patienten zu unterstützen, gegenüber ihren inneren Erfahrungen eine grundlegende akzeptierende Haltung zu entwickeln“ (Michalak et al., 2012). „Mit ihrer Wertschätzungskomponente kann ACT ganz besonders für Patienten hilfreich sein, die versuchen, ihren Drogenmissbrauch zu überwinden“ (Germer in Germer et al., 2009).

2.1.2. ACHTSAMKEIT - SYSTEMATISCH

Stand im vorangegangenen Kapitel Achtsamkeit aus der historisch-kulturellen Entwicklung heraus im Fokus der Betrachtung, soll nun versucht werden, mit Hilfe verschiedener Definitionen eine systematische Bestimmung von Achtsamkeit zu erreichen, bei der die Abgrenzung der einzelnen Sicht- und Verständnisweisen von Achtsamkeit deutlich wird.

2.1.2.1. DEFINITIONEN VON ACHTSAMKEIT

„Achtsamkeit ist ein Wort, und wie andere Wörter, ist Achtsamkeit in verschiedener Art und Weise im Gebrauch. Das heißt, unterschiedliche Menschen, seien es altherwürdige Buddhisten oder heutige Neurowissenschaftler, benutzen oder definieren Achtsamkeit in unterschiedlichsten Formen“ (Gethin in Brown et al., 2015). Definitionen von Achtsamkeit, welche sich in den einzelnen historisch-kulturellen Bereichen und Gedankensystemen herauskristallisiert und entwickelt haben, sollen im Folgenden beispielhaft dargestellt werden.

2.1.2.1.1. BUDDHISTISCHE ACHTSAMKEIT

Gruber (2011) schreibt über die ursprüngliche, frühbuddhistische Achtsamkeit: „Sie umfasst eine Gruppe von vier Qualitäten: *„Weise Aufmerksamkeit“* ist das lenkende Hintergrundbewusstsein, die für das tiefe Verstehen des übergeordneten Zwecks der Achtsamkeit sorgt. *„Wissensklarheit“* oder *„Wachsamkeit“* überschaut die körperlichen, rednerischen und geistigen Aktivitäten, um diese positiv zu formen. *„Begeisterung“* bringt den notwendigen Willen hervor, um das heilsame zu entwickeln. *„Achtsamkeit“* bleibt der Phänomene konsequent gewahr. Damit „sieht“ sie zunehmend deren Wesen, was etwa im *Satipatthana-Sutta* am häufig wiederholten Refrain klar wird – dem Herz der Rede“.

In den buddhistischen Schriften stellt Achtsamkeit eine Übersetzung des Pali-Wortes *sati* dar. „*Sati* hat außerdem die Bedeutung „Besinnung“, „Gedächtnis“ und „Erinnerung“. Achtsamkeit ist demnach auch eine Handlung des sich Erinnerns, achtsam zu sein; des sich Gewährwerdens, was gerade in diesem Moment stattfindet“ (Conze, 1993; Gruber, 1999, zitiert in Buchheld und Walach in Heidenreich und Michalak, 2004).

Wie Gethin (in Brown et al., 2015) schreibt, bedeutet dies in buddhistischen Texten, „dass der Begriff ‚Achtsamkeit‘ als ‚Erinnerung‘ an Vergangenes zum einen und einem Meditationsobjekt ‚Aufmerksamkeit zollen‘ zum anderen, dabei nicht im Widerspruch steht“.

Schmidt (2011, zitiert in Stauß, 2012) fasst schließlich Achtsamkeit im Buddhismus, wie folgt, zusammen: „*it can be described as a state of awareness of the present moment with a certain breadth of the mind in which one tries to observe without interfering. Sati is also often described by images and similes through the pali canon and these images emphasize different functions of sati, such as the qualities of alertness, relaxation, detachment, non-reactiveness, or undirectedness*“. Achtsamkeit wird hier als eine Art von Aufmerksamkeit auf die Wahrnehmung des gegenwärtigen Moments verstanden. Mit dieser Wahrnehmung sind alle gegenwärtigen geistigen und körperlichen Erfahrungen gemeint. Man nimmt dabei eine wache, entspannte, klare, beobachtende, unabgelenkte und nicht eingreifende Haltung.

2.1.2.1.2. CHRISTLICHE (-ABENDLÄNDISCHE) ACHTSAMKEIT

Der Kirchenlehrer und Mystiker Franz von Sales (1567-1622) definierte Achtsamkeit in seinem Buch *Philothea* vor vierhundert Jahren folgendermaßen: „Meine Vergangenheit kümmert mich nicht mehr, sie gehört dem göttlichen Erbarmen. Meine Zukunft kümmert mich noch nicht, sie gehört der göttlichen Vorsehung. Was mich kümmert und fordert, ist das Heute. Das aber gehört der Gnade Gottes und der Hingabe meines guten Willens“.

„Achtsamkeit verbindet sich im Christentum mit der mystischen Tradition. Zentraler Begriff ist hierbei die ‚Kontemplation‘, das ‚Schauen‘. (...) Letztendlich führt dieses ‚Schauen‘ den Mystiker zur Erfahrung des Einsseins mit Gott“ (Laurenz, 2012). Bei Ignatius von Loyola verbindet sich diese Beschaulichkeit („Kontemplation“) in seinen Exerzitien mit den Aktivitäten des Alltages zu einer Einheit: „Über die Wahrnehmungen mit seinen äußeren Sinnen (Natur, eigener Körper) und die Wahrnehmungen mit seinen inneren Sinnen (Atem, Körperenergie, innerer Ton) zu geistigen Wahrnehmungen (Stille, Friede, Gegenwart, Dasein) und schließlich die Wahrnehmung der Gegenwart Gottes“ (Jalics, 1998).

Buchheld und Walach (in Heidenreich und Michalak, 2004) beschreiben den (achtsamen) Weg zum „eigentlichen Wesensgrund“ so: „eine Haltung der gerichteten Offenheit, der reinen willentlichen Rezeptivität. Wenn man diese Rezeptivität verwirklicht, dann stellt sich die Verbindung mit dieser Ganzen Wirklichkeit - die die christliche Mystik eben Gott, Jesus, Bräutigam etc. nannte – von selbst ein“.

Zusammenfassend kann man also postulieren, dass „Achtsamkeit im christlichen Sinn also immer bedeutet, eine lebendige Beziehung zu Gott aufzubauen oder zu vertiefen, um aus ihr heraus, die individuelle Form des Weltengagements zu klären“ (Tambour, 2013).

2.1.2.1.3. THERAPEUTISCHE ACHTSAMKEIT

Der beste Zugang zum Thema Achtsamkeit im therapeutisch-präventiven Setting ist die eigene Erfahrung mit der Praxis der Achtsamkeit (Carmody in Brown et al., 2015). Nähert man sich dem Thema auf sprachliche Weise, stößt man im Bereich der Psychologie vor allem auf zwei Arbeitsdefinitionen (in Michalak et al., 2012):

Kabat-Zinn (2011) definiert Achtsamkeit „als eine besondere Form der Aufmerksamkeitslenkung: das Bewusstsein, das entsteht, indem man der sich entfaltenden Erfahrung von einem Moment zum anderen bewusst seine Aufmerksamkeit widmet (*present moment*), und zwar im gegenwärtigen Augenblick (*on purpose*) und ohne dabei ein Urteil zu fällen (*non-judgemental*)“. Oftmals ist die alltägliche Aufmerksamkeit der Menschen aber nicht im gegenwärtigen Augenblick, sondern sie neigen vielmehr dazu, in der Vergangenheit zu schwelgen oder Zukunftspläne zu schmieden, sodass das Lebendige der Hier-und-Jetzt-Erfahrung verloren geht: "...wie ein Autopilot, *re-agieren*, anstatt bewusst zu *agieren*" (Kabat-Zinn, 2011). Achtsamkeit bedeutet sich dem zuzuwenden, was im Hier-und-Jetzt gegeben ist – den gegenwärtigen Moment in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu rücken und somit Körper und Geist in Übereinstimmung zu bringen. Dieser Prozess der Aufmerksamkeitslenkung erfolgt absichtsvoll im Sinne einer bewussten Entscheidung, sich beim Abschweifen immer wieder in die Gegenwart zurückzuholen.

Aus dem Bedarf einer einheitlichen und präzisen Definition von Achtsamkeit für wissenschaftliche Zwecke heraus schlagen Bishop et al. (2004) die im Folgenden umrissene, zwei Aspekte beinhaltende, operationale Definition von Achtsamkeit vor: „Die erste Komponente beinhaltet die *Selbstregulation der Aufmerksamkeit*. Diese wird auf die unmittelbare Erfahrung gerichtet und in jedem Moment aufs Neue aktualisiert, in dem mentale Inhalte zwar wahrgenommen, aber nicht weiterverfolgt werden. Die so eintretende erhöhte Wahrnehmung mentaler Ereignisse geht oft mit einer verstärkten Wachheit und dem subjektiven Gefühl einher, vollkommen präsent in der Gegenwart zu sein“. Riedel (2015) bezeichnet dies „als einen Zustand (*mode*), der von der Dauer der

Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit abhängig ist und sowohl in der Meditation als auch in alltäglichen Situationen trainiert werden kann“. Die zweite Komponente von Achtsamkeit ist nach dem Modell von Bishop et al. (2004) „durch eine *bestimmte Orientierung* gekennzeichnet. Diese Orientierung beginnt mit der Entscheidung, eine *Haltung der Neugierde* gegenüber den unterschiedlichen Objekten der Erfahrung in jedem Moment aufrechtzuerhalten und auch dem gegenüber, wohin der Geist wandert, wenn er vom primären Objekt der Aufmerksamkeit abschweift“. Achtsamkeit bedeutet also eine Haltung der Akzeptanz gegenüber den eigenen Erfahrungen. „Unter Akzeptanz wird dabei verstanden, erfahrungsmäßig offen gegenüber der Realität des gegenwärtigen Moments zu sein. Sie beinhaltet die bewusste Entscheidung, auf Bestrebungen zu verzichten, eine andere Erfahrung als die gegenwärtige haben zu wollen, und einen aktiven Prozess des Zulassens von Gedanken, Gefühlen und Empfindungen“ (Michalak et al., 2012).

Für die praktische (psycho-) therapeutische Arbeit entwickelte der amerikanische Psychotherapeut Christopher K. Gerner (2009) eine Kurzdefinition für Achtsamkeit: „1. *Gewahrsein* der 2. *Gegenwärtigen Erfahrung* mit 3. *Akzeptanz*“. Diese drei Elemente können in den meisten Diskussionen über Achtsamkeit sowohl in der psychotherapeutischen als auch in der buddhistischen Literatur gefunden werden. Obwohl unsere Begriffsbestimmung diese drei Komponenten unterscheidet, sind sie in der Erfahrung der Achtsamkeit untrennbar miteinander verflochten.

2.1.2.1.4. PÄDAGOGISCHE ACHTSAMKEIT

Neben den drei Bereichen, die bereits in der historischen Betrachtung von Achtsamkeit eine zentrale Rolle gespielt haben, hat sich auch die Pädagogik bereits Anfang des zwanzigsten Jahrhunderts mit Achtsamkeit in ihrem Wissensbereich beschäftigt und versucht Achtsamkeit im pädagogischen Kontext zu definieren:

Der amerikanische Psychologe und Philosoph William James (1910) charakterisiert Achtsamkeit (Aufmerksamkeit) in der Erziehung in seinem Buch „Psychologie und Erziehung: Ansprachen an Lehrer“ folgendermaßen: „Das Vermögen, eine wandernde Aufmerksamkeit willentlich zurückzubringen, wieder und immer wieder, ist die eigentliche Wurzel von Urteilskraft, Charakter und Wille. Eine Erziehung, die dieses Vermögen ausbildet, wäre die Erziehung par excellence“.

„Achtsamkeit in der Pädagogik“ lautete 2010 ein Vortrag des Erziehungswissenschaftlers Heinrich Dauber am Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften der Leuphana Universität Lüneburg. Hierin beschreibt er Achtsamkeit als eine „innere und äußere Haltung: mich mit allen Sinnen und voller Bewusstheit auf das einzulassen, was uns innerlich und äußerlich begegnet, ohne mich in den bewertenden Mustern zu verfangen, die aus meiner Biographie stammen und von dem sozialen und kulturellen Milieu geprägt sind, in dem ich aufgewachsen bin“. Der erste Schritt wäre hierzu, wie Dauber weiter berichtet, „wahrnehmen, was gegenwärtig ist und sich dessen bewusst werden, was und wie ich wahrnehme“.

Vera Kaltwasser (2008), die sich wissenschaftlich mit Achtsamkeit in der Schule beschäftigt, fasst „pädagogische“ Achtsamkeit in ihren Worten so zusammen: „mit allen Sinnen wahrnehmen, auf den Körper achten, auf die Gedanken achten, nicht bewerten, sich kennenlernen und sich seiner bewusst werden“.

Achtsamkeit ist also im Sinne der Pädagogik ein wichtiger Faktor, der Lernen und persönliche Entwicklung positiv beeinflussen und fördern kann. In diesem Zusammenhang ist auch die Definition von Achtsamkeit von Ellen J. Langer sehr interessant. Ihr Weg zur Achtsamkeit führte sie über ihr ursprüngliches Forschungsgebiet, der Gedankenlosigkeit. Wer oder was ist nun, gemäß Langer, eine achtsame Person? In ihrem Buch *Mindfulness: Choice and Control in Everyday Life* (1989) postuliert sie dafür folgende Eigenschaften: „Eine achtsame Person besitzt die *Fähigkeit neue Kategorien zu schaffen*, zeigt eine *Offenheit für neue Informationen*, ein *Gewahrwerden für mehr als eine Perspektive*, richtet die *Aufmerksamkeit mehr auf die Prozessabläufe* seines Tuns als auf das Ergebnis und hat *Vertrauen in seine eigene Intuition*. Achtsamkeit wird somit zum Spüren der eigenen Individualität“. Achtsamkeit und achtsamkeitsbasierte Interventionen in der Pädagogik sind also im Sinne von Ellen J. Langer, wie Reber (in Brown et al., 2015) es pointiert zusammenfasst, ein Antidot für Gedankenlosigkeit.

Achtsamkeit im pädagogischen Kontext basiert nach Kahlert et al. (2002) auf drei Grundhaltungen: „Bereitschaft, Zuversicht und Vertrauen. Sie kommt zum Ausdruck in der Bereitschaft nachzufragen, wenn man den anderen nicht verstanden hat, anderen zuzuhören und sich etwas vom anderen sagen zu lassen, den anderen an einer Lösung von Problemen zu beteiligen, Geduld zu üben, wenn einem nicht sofort gefällt, was andere sagen oder tun; in der Zuversicht, man werde mit näheren Informationen über das Verhalten, das einer zeigt, diesen besser verstehen; im Vertrauen, dass man selbst auch die Chance bekommt, sich zu erklären, wenn man sich falsch verstanden fühlt“.

2.1.2.2. SYNOPSE DER ACHTSAMKEITSDEFINITIONEN – GEMEINSAMKEITEN UND UNTERSCHIEDE

„Achtsamkeit als Kompetenz im Umgang mit sich selbst, den Mitmenschen und der Umwelt ist ein weites, schwer zu fassendes Feld“ (Müller, 2004). Im Vorangegangenen wurde versucht Achtsamkeit aus verschiedenen Perspektiven und mit verschiedenen Hintergründen zu definieren, beispielhaft wurden der Buddhismus, der christlich-abendländische Kulturkreis, der Bereich der Medizin und (Psycho-) Therapie, sowie die Pädagogik gewählt.

Tabelle 2 zeigt in einer Übersicht die dabei gefundenen Gemeinsamkeiten der verschiedenen Achtsamkeitsdefinitionen, aber auch die individuellen Ziele und die spezifischen Alleinstellungsmerkmale in den verschiedenen Beschreibungen.

Buddhismus	Christentum	Med./ Psych. Therapie	Pädagogik
Weise Aufmerksamkeit Wissensklarheit oder Wachsamkeit Begeisterung Gewahrsein des gegenwärtigen Augenblicks Wache, klare, beobachtende, unabgelenkte und nicht eingreifende Haltung	Wahrnehmung mit inneren und äußeren Sinnen/ Kontemplation Rechte Orientierung und Gelassenheit Haltung gerichteter Offenheit/ reiner willentlicher Rezeptivität	Aufmerksamkeitslenkung auf die im gegenwärtigen Moment vorhandenen Bewusstseinsinhalte/ Selbstregulation der Aufmerksamkeit Absichtsvoll zum Hier und Jetzt zurückkommen Nicht wertende Haltung/ Akzeptanz	Wandernde Aufmerksamkeit willentlich zurück-bringen Einlassung mit allen Sinnen und voller Bewusstheit Innere und äußere Haltung Nicht bewertend
Ziel: <i>Befreiung vom Leiden, Öffnung des Geistes</i>	Ziel: <i>Erfahrungserkenntnis Gottes</i>	Ziel: <i>Psychisches und physisches Wohlbefinden</i>	Ziel: <i>Kompetenzen zur eigenen Lebensgestaltung</i>
Alleinstellungsmerkmal: <i>Achtsamkeit als Erkenntnisweg</i>	Alleinstellungsmerkmal: <i>Achtsamkeit als lebendige Beziehung zu Gott</i>	Alleinstellungsmerkmal: <i>Achtsamkeit als therapeutisches Prinzip</i>	Alleinstellungsmerkmal: <i>Achtsamkeit als zentrales Bildungsziel</i>

Tabelle 2: Synopse der Charakteristika des Achtsamkeitsbegriffs in Buddhismus, Christentum, med./ psych. Therapie und Pädagogik, sowie deren jeweilige Ziele und Alleinstellungsmerkmale

Diese systematische Einordnung der Achtsamkeit in den verschiedenen Konzepten und Disziplinen zeigt, dass mit der Grundkompetenz Achtsamkeit jeweils sehr „individuelle“ Ziele erreicht werden können. Allerdings erfolgt mit der Einführung von Achtsamkeit in die sogenannte säkulare Welt „ein“, wie Carmody (in Brown et al., 2015) es beschreibt, „Sprung vom religiösen System hin zu Wissenschaft und klinischer Praxis“. Dabei werden Achtsamkeit und achtsamkeitsbasierte Maßnahmen selbst zu Objekten wissenschaftlicher Untersuchungen. Gerade im Bereich der Gesundheitspädagogik mit ihren Techniken und Methoden scheint sich dieser Wandel oder „Sprung“ von Achtsamkeit beispielhaft zeigen zu lassen.

2.1.3. ACHTSAMKEIT – EIN GESUNDHEITSPÄDAGOGISCHER PRÄVENTIONSANSATZ

Der Schwerpunkt der Gesundheitspädagogik liegt bekanntlich in der Salutogenese. Dies bedeutet, zu wissen, wie man gesund wird und seine Gesundheit erhalten kann und wie man dieses Wissen bewusst in den Alltag umsetzen kann. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf dem wechselseitigen Einfluss von Gedanken, Gefühlen, Körper, Spiritualität und dem Verhalten auf die Gesundheit.

„Methoden der Achtsamkeitsschulung sind als Wege der gezielten Schulung der Persönlichkeit im Rahmen spiritueller Traditionen entwickelt und über mehrere tausend Jahre überliefert worden. (...) Gerade sich diesen zentralen Themen der Gesundheitspädagogik anzunehmen, kommt den Qualitäten der Achtsamkeit auf allen Ebenen des Systems eine zentrale und zentrierende Rolle zu“ (Altner in Heidenreich und Michalak, 2004).

Die Erkenntnis, dass Achtsamkeit und die zum Training genutzte Achtsamkeitsmeditation positive Effekte nicht nur auf den Verlauf körperlicher und geistiger Erkrankungen und Beschwerden haben, sondern auch zu deren Vorbeugung dienen können, bildet die Basis für die Überlegungen Achtsamkeit und Achtsamkeitsschulung als gesundheitspädagogischen Präventionsansatz einzusetzen.

Kernthemen für Achtsamkeit in der Gesundheitspädagogik sind:

- Das Lernen einer wohlwollenden und achtsamen Haltung sich selbst und anderen gegenüber,
- den Zugang zu inneren Ruhequellen öffnen,
- Transformation und Lösen von innerem Stress,

- das Aufbauen eines Feldes zur Gestaltung einer gesunden und wünschenswerten Zukunft.

Das Lernen einer wohlwollenden und achtsamen Haltung sich selbst und anderen gegenüber. „Die Haltung der Achtsamkeit schließt Selbstwahrnehmung im Sinne von Bewusstheit ein, erschöpft sich jedoch nicht darin, da die Wahrnehmung nach außen ebenso Beachtung findet. (...) Anders als beim Zustand der vor allem nach außen gerichteten Wahrnehmung, wie ihn viele Menschen im Alltag gewohnt sind, können in der introspektiv achtsamen Haltung die Welt „da draußen“ und das Selbst „hier drinnen“ als sich wechselseitig bedingend, ja als integriert erscheinen. Die Beziehung zwischen Selbst und Welt rückt ins Zentrum des Interesses“ (Altner, 2006).

Den Zugang zu inneren Ruhequellen öffnen. „In einer Welt, die von Natur aus unbeständig und nicht frei von Leid ist, bringt sie uns (die meditative Achtsamkeit, Anm. d. V.) Grundsätzliches über das Leben bei, über inneres Wachstum und Gesundheit. Es ist eine Kunst, die uns lehrt, uns selbst und die Welt auf eine andere, neue Weise zu sehen und mit unserem Körper, mit unseren Gedanken, Gefühlen und Wahrnehmungen bewusst umzugehen. Sie bringt uns bei, das Leben und uns selbst nicht ganz so ernst zu nehmen und öfter mal zu lachen, während wir nach besten Vermögen versuchen, unser Gleichgewicht, den Ort der inneren Mitte, zu finden und in ihm zu bleiben“ (Kabat-Zinn, 1995). Diese Momente, den Ort der inneren Ruhe zu finden und in ihm zu bleiben, beschreibt John Kabat-Zinn (1995) an anderer Stelle als die „Augenblicke des wahren, vollkommenen Seins, die immer vorhanden sind und die jeder Mensch erleben kann. Sie sind der Urstoff des Seins“.

Transformation und Lösen von innerem Stress. Die vorherrschende Meinung ist: Weil wir keine Zeit haben, sind wir alle so gestresst. Aber eigentlich ist es genau andersherum – weil wir gestresst sind, haben wir keine Zeit! Unser tägliches Arbeitspensum ist, statistisch gesehen, nicht wesentlich mehr als es noch vor 10 Jahren der Fall war. In vielen Bereichen sogar weniger (Statistisches Bundesamt, 2015a und 2015b). Allerdings hat sich unser Tun heutzutage deutlich gewandelt. Wir sind täglich mit hunderten von Dingen beschäftigt, die scheinbar gleichzeitig und parallel ablaufen. In Wahrheit aber führt jede dieser Beschäftigung zu einer kurzzeitigen Unterbrechung unseres Tuns, um sich der anderen, einer gleichzeitigen Sache widmen zu können. „Unser Geist muss sich mit diesen Stressoren täglich auseinandersetzen – und wir können eben nicht einfach abschalten, wenn wir zuhause sind oder einmal Zeit haben. Was passiert dann? Unser Geist kreist noch, springt von einem Thema zum anderen, wir kommen innerlich nicht zur Ruhe. Es stellt sich kein Gefühl der inneren Ruhe ein. Wir können uns nicht achtsam und entspannt einer Sache widmen. Wie die Stressforschung zu recht sagt: Das

Problem ist nicht angemessener Stress, sondern das Fehlen von regelmäßiger Entspannung und Erholung. Achtsamkeitstraining lehrt unseren Geist, inne zu halten, das stetige Gedankenkreisen loszulassen und innerlich zur Ruhe zu kommen. Wissenschaftliche Studien haben weitreichend bewiesen, dass sich dadurch die Architektur des Gehirns verändert. Rufen wir normalerweise mitten im Geschehen, unser übliches Reiz- Reaktionsmuster ab - was für uns und andere Stress verursacht, können wir durch das Achtsamkeitstraining unsere Reaktionen differenziert wahrnehmen und verzögern. Wir sind mehr als bisher in der Lage uns selbst zu beobachten und unser eigenes Verhalten zu erkennen und entsprechend zu verändern. Diese Veränderungen zeichnen sich auch in unserer Gehirnstruktur ab. Aus diesem Grund wird Achtsamkeitstraining schon vermehrt auch in Kliniken angeboten, die Therapien für Burnout anbieten“ (Tamdjidi und Stephan, 2015a).

Das Aufbauen eines Feldes zur Gestaltung einer gesunden und wünschenswerten Zukunft. „Der verantwortliche Umgang mit den eigenen natürlichen Ressourcen für Gesundheit und Wohlbefinden, sowie Fragen nach einer nachhaltigen sozialen und ökologischen Entwicklung, sowie der Schutz der Erde sind Themen und Ziele, die zunehmende Wichtigkeit bei der Gestaltung einer gesunden und wünschenswerten Zukunft bilden. Um diese Ziele, diese Zukunft zu erreichen, sind (mindestens) zwei Dinge notwendig: Nachhaltigkeit und Achtsamkeit. Während Nachhaltigkeit die eher objektive, ökologische, ökonomische und soziale Seite des Umgangs mit den Gütern der Erde repräsentiert, steht Achtsamkeit mehr für die subjektive Seite: unsere Haltung, die ethischen und spirituellen Werte, die diesen Prozess begleiten, ohne die Nachhaltigkeit selbst nicht aufkommen bzw. nicht mittel- oder langfristig garantiert werden kann. Nachhaltigkeit und Achtsamkeit müssen gemeinsam umgesetzt werden, um diese Krise davor zu bewahren, sich in eine Tragödie zu verwandeln, und um den Praktiken Effizienz zu verleihen, die bestrebt sind, ein neues Paradigma der Koexistenz von menschlichem Wesen-Leben-Erde zu kreieren“ (Boff, 2011).

Der gesundheitspädagogische Präventionsansatz von Achtsamkeit findet sich sowohl im Bereich der Verhaltensprävention, z. B. mit dem Thema: emotionale Kompetenz durch Achtsamkeit (Beispiele in Michalak et al., 2012), wie auch im Bereich der Verhältnisprävention, in dem Achtsamkeitspraxis soziale Bindungen unterstützt und diese unterstützenden Bindungen wiederum korrelieren positiv mit dem Faktor Gesundheit (z. B. Altner 2004 und 2006; Kaltwasser, 2008). Auch werden bei der Schulung von Achtsamkeit grundlegende pädagogische Theorien und Modelle zum Einsatz gebracht, seien es verschiedene Kommunikationstechniken, klare didaktische Strukturen, Kombinationen von Ruhe- und Bewegungsübungen und anderes mehr.

Aufmerksamkeit, Präsenz, Achtung und Selbstreferenz sind dabei die Grundqualitäten achtsamkeitsfördernder Methoden (z. B. Kabat-Zinn, 1995 und 2011; Michalak et al., 2012).

Grundlegende Aufgabe der Gesundheitspädagogik ist es, wirksame Techniken und Methoden zu entwickeln, zu implementieren, zu evaluieren und im interdisziplinären Dialog zu vermitteln, um die Adressaten zu gesundheitsbezogenen Verhaltensänderungen zu motivieren und anzuleiten. Die Methode der Achtsamkeitsschulung im Unternehmen soll im Rahmen dieser Arbeit als gesundheitspädagogischer Präventionsansatz wissenschaftlich zeigen, welche (zentrale) „Bedeutung eine Haltung der Achtsamkeit für die somatische, emotionale, kognitive, soziale, ökologische und spirituelle Dimension von Gesundheit“ (Altner, 2004) bei Mitarbeitern in Unternehmen haben kann und wie sich durch die Kultur der Achtsamkeit, auch die Kultur in einem Unternehmen nachhaltig verändern kann.

2.2. UNTERNEHMEN – BAUSTEINE FÜR GESUNDE ARBEIT

„Globalisierung, Wertewandel, Profitkultur, Instabilität, Mobilität und neue Informations- und Kommunikationstechnologien haben die Arbeitswelt und die Gesellschaft tiefgreifend verändert. Von den Menschen wird in einem immer komplexeren, leistungs- und gewinnorientierten Wirtschaftsleben hohe fachliche Qualität, Schnelligkeit, Effizienz, Selbstverantwortung und soziale Kompetenz gefordert. Freiheit und Druck nehmen gleichermaßen zu. Beschäftigte müssen sich immer öfter und schneller auf Neuerungen einstellen. Flexibilität, Lernbereitschaft, Wissen und Leistungsfähigkeit bestimmen nicht nur den Berufserfolg, sondern das ganze Leben“ (Weber und Hörmann, 2007).

Die Arbeitsmedizin im „klassischen“ Sinn befasste sich mit den (negativen) Auswirkungen von Arbeit auf den Menschen. „Der Betriebsarzt kümmerte sich überwiegend um die Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten bei einem eingeschränkten Kollektiv Versicherter bzw. Betreuungspflichtiger“ (Weber in Hofmann und Kralj, 2003-2015). Hauptbelastungsfaktoren waren Lärm, Staub, Chemikalien und schwere körperliche Arbeit. Man konnte meistens eine, mehr oder weniger klare, Ursache-Wirkungs-Beziehung zwischen der schädigenden Noxe und der Auswirkung auf den betroffenen menschlichen Körper beschreiben. „Die Funktion des Betriebsarztes war die eines ‚passiven Bewahrers der Gesundheit‘“ (Scheuch und Letzel, 2013). Es

wurde nach Wegen und Maßnahmen gesucht, entweder die Exposition zu verhindern oder zumindest zu verringern, oder aber die Auswirkungen auf den arbeitenden Menschen zu minimieren.

„Demgegenüber ist die Arbeitsmedizin von heute einer Arbeitswelt konfrontiert, die in ihrer selbst einem ständigen Wandel unterzogen ist: Globalisierung, Dezentralisierung, Flexibilisierung und Mobilität sind einige dieser neuen „Eckpfeiler“ von Arbeit. Arbeit jetzt ein komplexes Gebilde verschiedenster Wechselwirkungen auf allen Ebenen, das nicht nur darin besteht, was zu tun ist, sondern auch die materiellen (physikalischen, chemischen, biologischen) und sozialen Rahmenbedingungen umfasst. Die Organisation der Arbeit beinhaltet nicht nur ihren zeitlichen Ablauf, sondern auch die inhaltliche Gestaltung von Arbeit, die Art und Weise von Arbeitsbeziehungen, die unterschiedlichen Arbeitsorte. Die Organisation von Arbeit kann heute gesundheitsrelevanter als konkrete Anforderungen und materielle Bedingungen von Arbeit sein“ (Scheuch und Letzel, 2013). In der modernen Arbeitsmedizin ist ein Paradigmenwechsel erfolgt, als nicht mehr nur die Prävention von Krankheit –sie setzt die Kenntnis der Krankheitsursachen oder wenigstens Risikofaktoren voraus– sondern unter dem Blickpunkt der Salutogenese die Förderung von ganzheitlicher Gesundheit, d. h. physisch, psychisch und sozial, als Zielsetzung der Arbeitsmedizin zunehmend Beachtung findet und Aktivitäten nach sich zieht. „Der Betriebsarzt von heute wird zum ‚aktiven Gestalter menschengerechter Arbeit‘“ (Scheuch und Letzel, 2013).

Die Profession des modernen Arzt im Unternehmen muss wieder zu seinen klassischen Wurzeln zurückgeführt werden, der Arzt als „Steuermann“: Hauptaufgabe des Arztes soll dabei, im hippokratischen Sinne, sein, „das Bemühen um eine kultivierte Lebensführung, die δίαίτα, als die rechte Lebensweise in allen Lebenslagen des Alltags und den Menschen im Sinne einer normativen Gesundheitspädagogik „auf Kurs“ zu halten“ (Cassens, 2014).

Diese duale Professionsinterpretation des betrieblichen Ärztstandes sieht als primäres ärztliches Handeln die Begleitung und Unterstützung des (arbeitenden) Menschen hinsichtlich eines Lebensstiles im Sinne der klassischen δίαίτα vor. Erst, wenn dieses nicht mehr oder nur mehr begrenzt möglich ist, folgt die ärztliche Intervention in Form kurativer Maßnahmen. „Um diesen Sachverhalt in die heutige Sprache zu transferieren: Gesundheitsförderung, -beratung oder gar „-coaching“ stehen vor medizinischer Intervention“ (Cassens, 2014).

In diesem Kapitel werden nun die „Bausteine“ für eine „gesunde Arbeit“ in einem Unternehmen im Überblick dargestellt: Beginnend mit der Gesundheitspädagogik, welche im Folgenden „als eine Art „Dachbegriff“

verstanden wird, unter dem sämtliche bisherigen, auf die Beeinflussung gesundheitsrelevanten Verhaltens, die Vermittlung gesundheitsrelevanter Inhalte, die Förderung gesundheitsrelevanter Kompetenzen und auch die Beeinflussung gesundheitsrelevanter Verhältnisse – sofern sie unmittelbar das zu fokussierende Verhalten bedingen – bezogenen Theorien, Modelle, Konzeptionen, Maßnahmen und Methoden zusammengefasst werden können, unter der zentralen Voraussetzung, dass sie wissenschaftlich begründet sind“ (Wulfhorst, 2002). Der zweite „Baustein“ im Gefüge von „gesunder Arbeit“ ist die Betriebliche Gesundheitsförderung. Während die Gesundheitspädagogik das „Wie“ auf dem Weg eines Unternehmens zu „gesunder Arbeit“ aufzeigt, umfasst die betriebliche Gesundheitsförderung, das „Was“, „alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz“ (Luxemburger Deklaration vom 28.11.1997). „Da viele Autoren im Begriff der Betrieblichen Gesundheitsförderung meist örtlich und vor allem zeitlich befristete Interventionen nur ausmachten, wurde die Einführung des Managementbegriffs in das Betriebliche Gesundheitshandeln zur Auseinandersetzung mit einschlägigen Qualitätsanforderungen angeregt“ (Faller, 2008a, zitiert in Faller, 2012). Betriebliches Gesundheitsmanagement, der dritte „Baustein“ im Gebilde „gesunder Arbeit“, versteht sich, „als die Entwicklung integrierter betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit, Organisation und dem Verhalten am Arbeitsplatz zum Ziel haben und den Beschäftigten wie dem Unternehmen gleichermaßen zugutekommen“ (Badura, 1999, zitiert in Faller, 2012).

2.2.1. GESUNDHEITSPÄDAGOGIK

Gesundheit ist unter anderem eine kulturelle Leistung. Es geht um weit mehr als körperliche Funktionstüchtigkeit oder die Behandlung von Krankheiten. Kultur beruht auf Wissen. Doch wie alle anderen kulturellen Leistungen auch wird sich Gesundheit niemals allein durch die Vermittlung von Informationen einstellen. „Geht Wissen nicht in Verhalten über, bleibt alle Gesundheitsaufklärung vergebens (...) Erwächst aber aus Wissen und Fertigkeiten ein sinnvolles Verhalten, das der Person in ihrer Ganzheit entspricht, ist gemeinhin von Bildung die Rede“ (Hörmann, 2002).

2.2.1.1. GESUNDHEITSPÄDAGOGIK – DER VERSUCH EINER DEFINITION

Der Gegenstandsbereich der Gesundheitspädagogik ist derzeit noch nicht eindeutig definiert. Er bewegt sich zwischen den Polen einer Gesundheitspädagogik als „theoretischem Sammelbegriff gesundheitsbezogener Maßnahmen“ (Wulfhorst, 2002) und einer „Gesundheitspädagogik als erziehungswissenschaftliche Teildisziplin“ (Zwick, 2004). Auch ist die Einordnung bzw. Abgrenzung des Gegenstandsbereichs der Gesundheitspädagogik gegenüber anderen Leitbegriffen wie zum Beispiel Gesundheitsförderung unklar (Hörmann in Nicolaus et al., 2009).

Der Begriff Gesundheitspädagogik setzt sich aus zwei grundlegenden Begrifflichkeiten zusammen: Gesundheit und Pädagogik. Um nun grundlegende Merkmale von Gesundheitspädagogik darstellen zu können, wird in einem ersten Schritt versucht, diese beiden Termini Gesundheit und Pädagogik jeweils zu definieren und zu erläutern.

2.2.1.1.1. GESUNDHEIT

Der Begriff Gesundheit ist im gesundheitspädagogischen Kontext von zentraler Bedeutung, da er „den materiellen Gegenstand einer Spezialpädagogik“ (Wulfhorst, 2002) darstellt.

Die wohl bekannteste und sicher auch am häufigsten zitierte Definition von Gesundheit findet man in der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vom 22. Juli 1946: „Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (WHO, 2014). Auch in weiteren Veröffentlichungen und Deklarationen der WHO, wie etwa der Deklaration der Internationalen Konferenz zur Primären Gesundheitsversorgung in Alma-Ata im Jahre 1978 oder der Charta der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung am 21. November 1986 in Ottawa wurde der Gesundheitsbegriff so definiert und bestätigt.

„Bei der Definition der WHO wird eine subjektive Dimension von Gesundheit unterstrichen, welche auch die Gesundheitsdefinition des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie

beinhaltet: „Gesundheit wird als mehrdimensionales Phänomen (seltsames, ungewöhnliches Ereignis) verstanden und reicht über den ‚Zustand der Abwesenheit von Krankheit‘ hinaus.“ Gesundheit beinhaltet demnach einen dynamischen oder Balancezustand, d.h. einen Zustand objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der dann gegeben ist, wenn die Person sich in Einklang mit körperlichen, seelischen, sozialen Bereichen ihrer Entwicklung, den eigenen Möglichkeiten, Zielen und den äußeren Lebensbedingungen befindet. Dieser Balancezustand muss zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt erneut wiederhergestellt werden und ist von persönlichen sowie von Umweltfaktoren abhängig. Es lässt sich also sagen, dass die sozialen, wirtschaftlichen, ökologischen und kulturellen Lebensbedingungen den Entwicklungsrahmen für die Gesundheit geben. Gesundheit hat somit Prozesscharakter und ist hiernach das Ergebnis der Auseinandersetzung mit Belastungen und Anforderungen auf psychosozialer und physischer Ebene. Auf eine Kurzformel bringt es S. Freud: *„Gesundheit ist die Fähigkeit lieben und arbeiten zu können“* (Franck, 2007).

Allerdings gibt es auch Kritik an der Gesundheitsdefinition der WHO: Ernst Rothenfluh (1992) schreibt dazu in seinem Buch *Gesundheitserziehung in den Schulen*, „dass wohl kaum jemand von sich behaupten können werde, diesen Idealzustand (des umfassenden physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens) jemals erreicht zu haben“.

Schipperges (1990, zitiert in Wulfhorst, 2002) resümiert dazu: „Gesundheit ist – allen Bemühungen der Weltgesundheitsorganisation zum Trotz – nicht zu definieren. (...) Gesundheit ist kein Begriff, sondern eine Einstellung, kein Zustand, sondern ein Habitus“.

Von Bedeutung ist diese Diskussion um die Kennzeichnung von Gesundheit als Zustand oder Prozess, Kontinuum oder Weg bzw. Entwicklungsaufgabe bezüglich der erziehungswissenschaftlichen Relevanz. Wenn nämlich ‚Gesundheit‘ als dynamischer Prozess verstanden wird und nicht als einmal gegebener, statischer Zustand, ist zu klären, inwiefern dieser Prozess zu beeinflussen ist, mit welchen Mitteln und in welche Richtung bzw. auf welche Ziele hin Gesundheit entwickelt werden soll und kann. „Damit kann Gesundheit als materialer Gegenstand einer erziehungswissenschaftlichen Teildisziplin legitimiert werden, die davon ausgehen muss, dass Gesundheit bzw. Gesundheitsverhalten mit pädagogischen Mitteln zu beeinflussen ist“ (Wulfhorst, 2002).

2.2.1.1.2. PÄDAGOGIK

Der Begriff Pädagogik stammt bekanntlich aus dem Griechischen und bedeutet wörtlich übersetzt ‚Knabenführen‘. Sehr schnell wurde aber aus dieser ursprünglichen Bedeutung von παιδεία im übertragenen Sinn „ein Schlüsselbegriff einerseits für die intellektuelle und ethische Erziehung und Bildung als Vorgang und andererseits für die Bildung als Besitz und Ergebnis des Erziehungsprozesses geschaffen“ (Christes, 1997 in Canzik et al., 2003).

Versucht man sich an eine Definition der Pädagogik, so beschäftigt sich diese bekanntermaßen mit Theorie und Praxis der Erziehung. Sie umfasst dabei das erzieherische Handeln bei und an Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen (einschließlich der geschichtlichen Grundlagen, Wertvorstellungen, Ziele, Techniken, des institutionell-organisatorischen Rahmens und der handelnden Personen) ebenso, wie auch die Theorie der Erziehung. Pädagogik zählt dadurch zu den sogenannten praktischen Wissenschaften, bei denen praktisches Handeln und wissenschaftliche Theorien eng miteinander verbunden sind (Jordan und Schlüter, 2015).

„Neben dem sehr alten Begriff der Pädagogik wurde der Begriff der Erziehungswissenschaft im deutschen Sprachgebrauch erstmals Ende des 18. Jahrhunderts genutzt. Während die Pädagogik eine lange Geschichte hat, ist die Erziehungswissenschaft, also die sozialwissenschaftliche Betrachtung pädagogischer Prozesse, eine vergleichsweise junge Disziplin. Der Begriff der Erziehungswissenschaft hat sich (insbesondere seit den 1960er Jahren) verstärkt eingebürgert, um den Wissenschaftscharakter der Pädagogik zu betonen. Pädagogik beziehungsweise Erziehungswissenschaft ist gleichzeitig theoretisch fundierte Reflexions- oder Erfahrungswissenschaft als auch Handlungswissenschaft, die an der Verbesserung pädagogischer Vorgänge von Erziehung, Bildung, Lernen und Sozialisation mitarbeitet und Handlungswissen für die Praxis zur Verfügung stellt. Heute ist es zumeist üblich, die Begriffe der Pädagogik und der Erziehungswissenschaft synonym zu gebrauchen“ (Krüger, 2005, zitiert in Stein, 2013).

Nach Schmiel und Sommer (1992, zitiert in Wulfhorst, 2002) bewirkt Erziehung außerdem „ein Hinzulernen und gilt einem vermehrten Selbst- und Weltverstehen sowie einer - möglichst nachhaltigen – Erweiterung der Verhaltensdispositionen. Sie schafft damit die Voraussetzungen für das richtige Handeln-Können im Wirkungsfeld des einzelnen“.

Folglich „sind intentionale und funktionale Erziehungsprozesse die Basis für Verhaltens- und Handlungsveränderungen bzw. –modifikationen bei denjenigen, die in einen Erziehungsprozess eingebunden sind“ (Wulfhorst, 2002).

Wie Wulfhorst (2002) weiter ausführt, „bildet die Pädagogik dadurch also den ‚formalen Rahmen‘, d. h. eine bestimmte Perspektive bzw. ein bestimmtes Erkenntnisinteresse, verbunden mit einer wissenschaftlichen Tradition und sich daraus herleitenden Theorien sowie Methoden für die Beschäftigung mit dem ‚Phänomen Gesundheit‘ als materialem Gegenstand der ‚Gesundheitspädagogik‘“.

2.2.1.1.3. GESUNDHEITSPÄDAGOGIK

Der Begriff Gesundheitspädagogik subsummiert nun alle die Bereiche, „unter dem sämtliche bisherigen, auf die Beeinflussung gesundheitsrelevanten Verhaltens, die Vermittlung gesundheitsrelevanter Inhalte, die Förderung gesundheitsrelevanter Verhältnisse - sofern sie unmittelbar das in erster Linie zu fokussierende [sic!] Verhalten bedingen - bezogenen Theorien, Modelle, Konzeptionen, Maßnahmen und Methoden zusammengefasst werden können, unter der zentralen Voraussetzung, dass sie wissenschaftlich begründet sind (...) Der Terminus ‚Gesundheitspädagogik‘ bezieht sich explizit nicht nur auf die in der Praxis stattfindenden Maßnahmen, die als ‚angewandte Gesundheitspädagogik‘ oder im Sinne der oben geklärten Begriffe auch weiter als Gesundheitserziehung oder -bildung etc. bezeichnet werden können, wobei diese dann das Handlungs- oder Praxisfeld einer erziehungswissenschaftlichen (Teil-)Disziplin Gesundheitspädagogik darstellen, sondern auch auf die erziehungswissenschaftliche Reflexion dieses Gegenstandsbereiches“ (Wulfhorst, 2002).

Die Gesundheitspädagogik möchte „den mündigen, selbstverantwortlichen gesunden Menschen wie kranken Patienten in die Lage versetzen, effektiv zu handeln und sich als gleichwertiger Teil und so weit wie möglich autonomes Mitglied des Gesundheitsteams zu erleben. Dies betrifft nicht nur das Wissen um die medizinischen Grundlagen, sondern auch die Fragen nach Zielen und Werten hinsichtlich seiner Lebensführung. Nur wenn Wissen und Können sich in Verhalten niederschlägt, zeigt sich auch eine Wirkung der Gesundheitsbildung“ (Hörmann in Nicolaus et al., 2009).

Aufgabe der Gesundheitspädagogik ist – auf Grundlage von medizin- und gesundheitsrelevanten Theorien - die Entwicklung, Implementierung und Evaluation wirksamer Techniken und Methoden. Die Vermittlung dieser Inhalte und Ergebnisse sollen in einem interdisziplinären Dialog erfolgen und so den Adressaten zu gesundheitsbezogenen Verhaltensänderungen motivieren und anleiten. „Wichtig ist dabei jedoch, dass die Ansätze, die für sich beanspruchen, gesundheitspädagogisch ambitioniert zu sein, wissenschaftliche Charakteristika aufweisen, d. h. insbesondere teoriengeleitet und überprüfbar sein müssen“ (Wulfhorst, 2002).

2.2.1.2. THEORETISCHE WURZELN DER GESUNDHEITSPÄDAGOGIK

Die theoretische Verortung der Gesundheitspädagogik benötigt grundlegende Bezugssysteme sowohl auf Seiten der Gesundheit wie auch auf Seiten der Pädagogik.

2.2.1.2.1. DAS KONZEPT VON GESUNDHEIT UND KRANKHEIT

Das Konzept von Gesundheit und Krankheit, wie es im gesundheitspädagogischen Kontext begründet ist, basiert auf mehreren Säulen: den Gesundheitsbegriff der WHO, dem bio-psycho-sozialen Modell nach Engels (1977), dem Health-Belief-Modell, dem Resilienz-Modell und dem Konzept der Salutogenese von Aaron Antonovsky (1997).

Der *Gesundheitsbegriff der WHO* wurde in der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation vom 22. Juli 1946 definiert: „Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (WHO, 2014).

„Erstmals wurde Gesundheit als ein ganzheitlicher Ansatz begriffen, Kritik regte sich bei dieser Definition jedoch bei der Festlegung von Gesundheit als einen statischen Zustand und auf die utopische Ausrichtung“ (Wulfhorst, 2002). Dieser Problematik hat die WHO im Laufe der Zeit jedoch auch selbst Rechnung getragen und ihren Gesundheitsbegriff als statischen Zustand, wie er in der Verfassung von 1946 oder auch in der Deklaration von Alma-Ata 1978 noch definiert wurde, zu einem Ressourcenbegriff, wie er in der Ottawa-Charta von 1986 zu

finden ist, modifiziert: „Gesundheit [ist] als wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten“ (WHO, 2015a).

Strategisch wurde der Ressource-Gedanke im aktuellen WHO-Rahmenkonzept der europäischen Region für Gesundheit und Wohlbefinden mit dem Titel ‚Gesundheit 2020‘ auch noch weiterentwickelt: „Gesundheit ist eine Ressource, die es jedem Bürger ermöglicht, sein Potenzial auszuschöpfen und zur Entwicklung der Gesellschaft insgesamt beizutragen. Das neue Rahmenkonzept erhebt nicht Anspruch darauf, Gesundheit als einzigen wahrhaft wichtigen Aspekt im Leben darzustellen – Gesellschaften und Personen verfolgen vielfältige Ziele. Dennoch ist Gesundheit eine entscheidende Voraussetzung dafür, dass andere Ziele im Leben erreicht werden. Gesundheitliche Defizite führen dazu, dass Potenziale ungenutzt bleiben, die Betroffenen verzweifeln und Ressourcen in allen Bereichen der Gesellschaft verloren gehen“ (WHO, 2015b).

Zusammengefasst umfasst der Gesundheitsbegriff der WHO heutzutage folgende Dimension: Gesundheit ist das vollständige körperliche, geistige und soziale Wohlergehen eines Individuums, ist wesentlicher Bestandteil des täglichen Lebens und ist die entscheidende Voraussetzung dafür, dass andere Ziele im Leben erreicht werden.

Die zweite Konzept-Säule für den Gesundheitsbegriff im Rahmen der gesundheitspädagogischen Theoriebildung bildet das von George L. Engel im Jahr 1977 in der Zeitschrift *Science* beschriebene ‚*Bio-psycho-soziale-Modell*‘.

Das klassische Bio-psycho-soziale Modell umfasst drei Dimensionen: die biomedizinische, in welcher Krankheiten in ihrer *körperlichen Dimension* beschrieben werden, indem von außen beobachtbare, objektive pathologische Befunde und Funktionsstörungen erhoben werden. Der Körper wird als Maschine gesehen, der Arzt als Techniker. Die *psychologische Dimension* beschreibt Krankheit aus der subjektiven und individuellen Innensicht des leidenden Menschen mit seinen Gefühlen, Gedanken und seinem Verhalten, speziell auch mit seinem *subjektiven Krankheitsmodell*, d.h. der Vorstellung, die er sich selbst von der Entstehung seiner Krankheit und deren Heilung macht. Die *öko-soziale Dimension* sieht den Menschen in seinen Beziehungen zur Umwelt, sieht Krankheit als das Ergebnis einer mangelnden und krank machenden Passung zwischen Person und Umwelt (Harrer, 2013).

Es wird auch noch eine vierte, *transpersonal-spirituell-religiöse Dimension* aktuell diskutiert, „diese betrachtet den Menschen in seinem subjektiven Gefühl des Eingebettet Seins in das große Ganze, in seiner Bezogenheit auf

etwas, was größer ist als er, was über ihn und seine Person hinaus weist. Das Bio-psycho-soziale Modell sieht das Individuum auch in seinem biographischen Geworden-sein, auf dem Hintergrund seiner Lern- und Beziehungsgeschichte. Durch einen beidäugigen Blick auf den Menschen werden gleichsam mit dem einen Auge seine Probleme und Konflikte, mit dem anderen seine Fähigkeiten und Ressourcen gesehen“ (Fürstenau, 2001, zitiert in Harrer, 2013).

Diese Modellvorstellung betrachtet also den Menschen als leib-seelische Ganzheit, bei der körperliche und psychische Vorgänge untrennbar miteinander und mit den Beziehungen verbunden sind, in die jedes menschliche Wesen von Geburt an eingebettet ist.

Das bedeutet in der logischen Konsequenz, dass biologische, psychologische und soziale Faktoren für sich genommen und in ihren komplexen Wechselwirkungen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten, aber auch bei der Erhaltung und Förderung von Gesundheit zu berücksichtigen sind. Hepe (2015) fasst diese Erkenntnisse, wie folgt, nochmals zusammen: „Das biopsychosoziale Modell ist das gegenwärtig kohärenteste, kompakteste und auch bedeutendste Konzept, innerhalb dessen der Mensch in Gesundheit und Krankheit erklärbar und verstehbar wird. Mit Hilfe der Systemtheorie ist es möglich, Systeme unterschiedlicher Komplexität nach einheitlichen Prinzipien zu beschreiben. Im biopsychosozialen Modell bedeutet schließlich Gesundheit: die ausreichende Kompetenz des Systems „Mensch“, beliebige Störungen auf beliebigen Systemebenen selbstregulativ zu bewältigen. Nicht das Fehlen von pathogenen Keimen, wie Viren, Bakterien, etc., oder das Nichtvorhandensein von Störungen und Auffälligkeiten auf der psycho-sozialen Ebene bedeuten demnach Gesundheit, sondern die Fähigkeit, diese pathogenen Faktoren ausreichend wirksam zu kontrollieren“.

Wie Abbildung 3 zeigt, haben sich aus dem biopsychosozialen Modell in Folge noch weitere Gesundheits-Konzepte und –Modelle entwickelt.

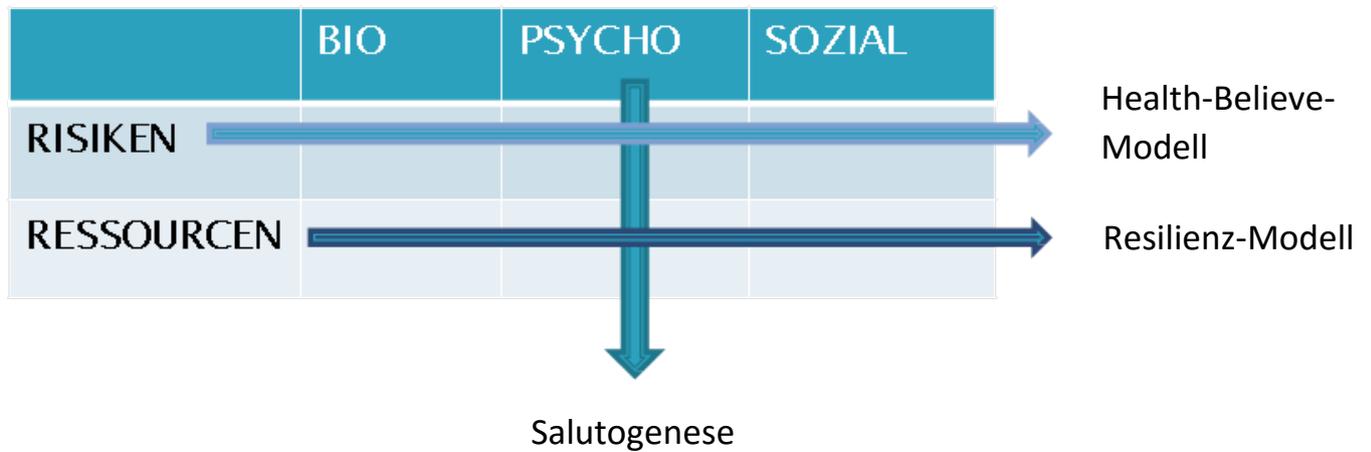


Abbildung 3: Das Biopsychosoziale Modell und dessen Folge-Konzepte (aus Präsentation Ringvorlesung „ Gesundheit-Modelle und Konzepte“, WS 2012/13 des Lehrstuhls für Sonderpädagogik der Universität Würzburg)

Das *Health-Believe-Modell* oder auch Modell gesundheitlicher Überzeugungen ist ein Modell des Gesundheitsverhaltens. Es dient der Analyse und Vorhersage von gesundheitsbezogenem Verhalten und findet in der Gesundheitspsychologie Anwendung. Entwickelt wurde es entlang der Fragestellung, ob regelhafte Bedingungen und wiederholbare „Muster“ gefunden werden können, die dazu beitragen, dass Menschen motiviert werden, an Vorsorgeuntersuchungen oder Screeningkampagnen teilzunehmen (z.B. Tuberkulose, Krebs, Schutzimpfungen). Anlass war die geringe Beteiligung der Bevölkerung an entsprechenden Angeboten des öffentlichen Gesundheitsdienstes in den Vereinigten Staaten (Seibt, 2010).

Das ursprüngliche Modell setzte sich aus vier Konstrukten zusammen. Diese sind subjektive Wahrnehmungskonzepte, die jeweils eigenständig sind. Aus ihrem Zusammenwirken ergibt sich die Bereitschaft zum individuellen Handeln (Abbildung 4):

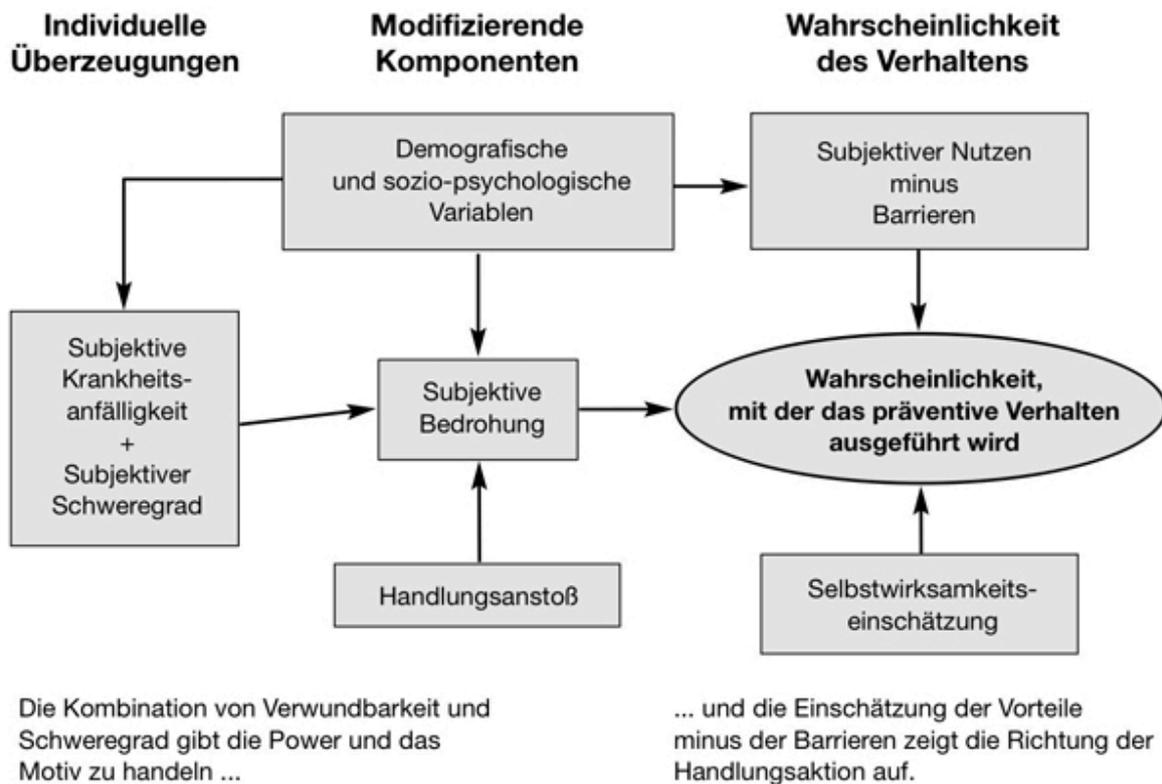


Abbildung 4: Das Health-Belief-Modell (aus Seibt, 2010)

Erweiternd wurden noch drei modifizierende Variablen (Demografische und sozio-psychologische Variablen, Handlungsanstoß und Selbstwirksamkeitseinschätzung) hinzugefügt.

„Das Modell hat aus historischer Sicht große Bedeutung, da es der erste wissenschaftliche Versuch war, ein allgemein gültiges Verständnis dafür zu erlangen, wie eine Bevölkerung mit Hilfe von theoriegeleiteten Strategien zu einem Gesundheitsverhalten motiviert werden kann. Es war auch der erste erfolgreiche Versuch, Gesundheitsbehörden ein Instrument an die Hand zu geben, ihre besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen anzusprechen und darin zu unterstützen, durch theorieinduzierte Aufforderungen zum Vorsorgeverhalten Krankheiten zu verhindern. Bis heute liegt der Nutzen des Modells darin, dass es auf relativ einfache und einleuchtende Art und Weise die Bedeutung individueller Wahrnehmungen über Gesundheit und die Beziehung von Nutzen und Barrieren veranschaulicht. Das Modell ist für *den* gesundheitlichen Bereich am nützlichsten, für den es ursprünglich entwickelt worden war: nämlich traditionelle, relativ leicht auszuführende Vorsorgeverhaltensweisen wie Impfungen oder Screenings (sekundäre Prävention). Weniger effektiv erwies es

sich bei langfristigeren, komplexeren und sozial (mit-)beeinflussten Verhaltensweisen, wie z.B. beim Umgang mit Tabak oder Alkohol“ (Seibt, 2010).

Das *Resilienzmodell* nach Gruhl und Körbächer geht zurück auf die Kauai-Studie der amerikanischen Wissenschaftlerinnen Emmy Werner und Ruth Smith (1977). Werner und Smith fanden heraus, dass resiliente Menschen über bestimmte Schutzfaktoren verfügen und bestimmte Fähigkeiten entwickeln konnten. Sie wiesen darauf hin, dass Resilienz erlernbar sei (Gruhl et al., 2013).

Resilienz (von lateinisch *resilire* ‚zurückspringen‘ ‚abprallen‘) oder psychische Widerstandsfähigkeit ist die Fähigkeit, Krisen zu bewältigen und durch Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen als Anlass für Entwicklungen zu nutzen (Berndt, 2015). Das von Gruhl und Körbächer entwickelte Resilienzmodell basiert auf sieben Schutzfaktoren, die sich wechselseitig beeinflussen und die gelernt und trainiert werden können (Abbildung 5).

Resiliente Menschen zeichnen sich durch eine wirksame Kombination von Eigenschaften aus, die auf drei Grundhaltungen beruht: Optimismus, Akzeptanz und Lösungsorientierung). Auf der Basis dieser drei Grundhaltungen entwickeln resiliente Menschen ganz bestimmte Strategien für ihr Denken, Fühlen und Handeln. Aus der Studie von Emmy Werner und Ruth Smith konnten folgende charakteristische, stärkende vier Fähigkeiten beobachtet und herausgefiltert werden: Sich selbst regulieren, Beziehungen gestalten, Verantwortung übernehmen und Zukunft gestalten.

Die persönliche Grundausstattung an Resilienz entsteht also in der Wechselwirkung zwischen genetischer Anlage und Einflüssen der Umgebung. Jeder Mensch kann seine innere Stärke unterschiedlich steigern. Bestimmte Eigenschaften zu entwickeln fällt dem einen schwerer, dem anderen leichter. Die innere Widerstandsfähigkeit ist aber keine feststehende Eigenschaft, die man hat oder nicht. Sie ist ein lebendiger, aktiver Prozess, der sich zwischen dem Mensch und seiner Umwelt abspielt.



Abbildung 5: Das Resilienzmodell nach Gruhl und Körbächer (aus www.resilienzzentrum.de)

Menschen, die sich diesen Grundhaltungen und Fähigkeiten positiv annehmen und dadurch ihre Widerstandsfähigkeit (aktiv) steigern können, erleben auch den persönlichen Umgang mit dem Thema Gesundheit in einer positiven Dimension.

Das *Konzept der Salutogenese* wurde von dem jüdisch-amerikanischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky entwickelt. Ausgangspunkt der Überlegungen waren Studien, die Antonovsky mit Kollegen in den 1960er und 1970er Jahren zur Anpassungsfähigkeit von Frauen an die Menopause durchführten. „Die untersuchten Frauen, im Alter von 45 bis 54 Jahren, stammten aus fünf ethnischen Gruppierungen in Israel, darunter in einer Gruppe Frauen, die aus Mitteleuropa nach Israel emigriert waren. Unter ihnen waren sowohl Überlebende des Holocausts als auch Frauen, die bereits vor 1939 nach Palästina gekommen waren. Die Ausgangshypothese, dass sich Frauen, die den Holocaust überlebt hatten, schlechter an die Menopause anpassen würden, bestätigte sich zwar; es gab jedoch auch eine Minderheit von 29% unter ihnen, die sich der Menopause sehr gut angepasst hatte. Antonovsky entwickelte nun einen Fragebogen, der die Merkmale der Bewältigungsstrategien dieser Frauen herausfinden sollte“ (Franck, 2007).

Das Rahmenkonzept Antonovskys bezieht sich auf Faktoren und dynamische Wechselwirkungen, die zur Entstehung (Genese) und Erhaltung von Gesundheit (Salus) führen, den zu Pathogenese komplementären Begriff der Salutogenese. „Die grundlegende, „salutogenetische“ Frage dabei lautet: Was kann man tun, um gesund zu bleiben bzw. wie kann man trotz beeinträchtigender Einflüsse (wieder) genesen“ (Schulz und Wiesmann, 2007).

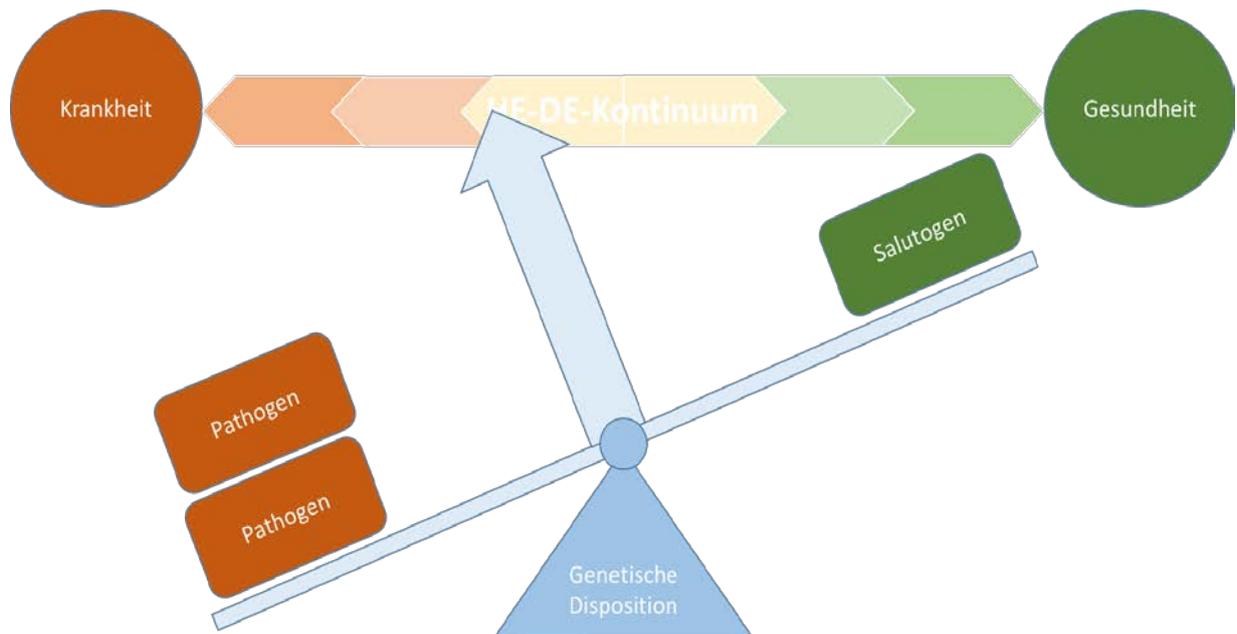


Abbildung 6: Salutogenese-Modell nach Antonovsky

Aaron Antonovskys Gesundheitsmodell der Salutogenese (Abbildung 6) basiert auf zwei Grundannahmen: 1. Krankheiten sind eine normale Erscheinung menschlichen Lebens und 2. Gesundheit und Krankheit sind die Endpunkte oder Pole eines gemeinsamen Kontinuums, dem sogenannten „HE-DE-Kontinuum“ (HE für Health-Ease gleich Gesundheit und DE für Dis-Ease gleich Krankheit). Auf diesem Strahl zwischen Gesundheit und Krankheit lässt sich das individuelle Gesundheitsniveau einer Person darstellen. Bezüglich der bestimmenden Bedingungen des Gesundheitsniveaus einer Person weist Antonovsky auf die bedeutsame Rolle von Stressoren hin, die auf den Organismus einwirken. Stressoren werden als Merkmale verstanden, die Entropie (Störung) in den Organismus einführen. „Ein Stressor stellt eine Lebenserfahrung dar, die durch Inkonsistenz, Unter- und Überbelastung, sowie Kontrollverlust gekennzeichnet ist“ (Antonovsky, 1987, zitiert in Schulz und Wiesmann,

2007). Der Organismus reagiert auf einen solchen Stressor, laut Antonovsky, mit einem Spannungszustand (tension), der pathologische, neutrale oder heilsame Auswirkungen haben kann. „Der Spannungszustand ist von positiven oder negativen Affekten und physiologischer Erregung begleitet und muss bewältigt oder überwunden werden. (...) Die Individuen unterscheiden sich darin, wie effizient sie derartige Spannungszustände bewältigen“ (Schulz und Wiesmann, 2007). Antonovsky postulierte „generalisierte Widerstandsressourcen“ als die Faktoren, die entscheidend zu einem konstruktiven Umgang mit Stressoren beitragen, und er verstand darunter alle Faktoren sowohl der Person (z. B. eine gute Konstitution, Selbstvertrauen, Optimismus, finanzielle Ressourcen, sicherer Arbeitsplatz) als auch der Umgebung (z. B. stabiles Sozialsystem, gutes Gesundheitssystem, wirtschaftliche Stabilität), die einen solchen konstruktiven Umgang erleichtern. Als übergeordnete personale Ressource postulierte er das „Kohärenzgefühl“ (Sense of Coherence, SOC) (Franke und Witte, 2009) (Abbildung 7).

„Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass (1) die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind; (2) einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen; (3) die Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen“ (Antonovsky, 1997).

Aaron Antonovskys Salutogenese-Konzept relativiert also die pathologische Orientierung der Medizin und reduziert ärztliches Handeln nicht auf seine kurative Aufgabe. „Mit seinem integrativen Ansatz schuf er die Voraussetzungen für eine Umorientierung in der praktischen Arbeit des Gesundheitsbetreuers“ (Schulz und Wiesmann, 2007).

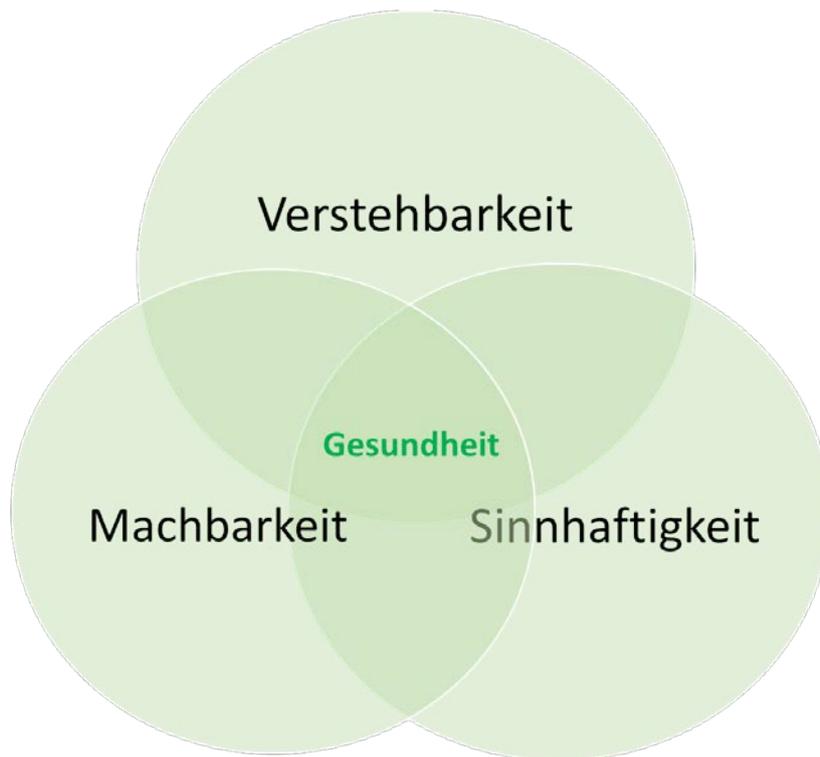


Abbildung 7: *Sense of Coherence* (nach Antonovsky, 1997)

Um nun auf die „salutogenetische“ Ausgangsfrage zurückzukommen: Was kann man tun, um gesund zu bleiben bzw. wie kann man trotz beeinträchtigender Einflüsse (wieder) genesen (Schulz und Wiesmann, 2007)? Formuliert sich die Antwort im Sinne des Antonovskyschen Kohärenzgefühls als Dreiklang: (1) Verstehbarkeit. Sowohl der eigenen Person als auch der äußeren Ereignisse, d. h. Botschaften des eigenen Körpers, eigene Gedanken und Gefühle sowie Informationen aus der Umwelt und von anderen Menschen sind einem nicht unverständlich und fremd, sondern man kann sie einordnen, erklären und in gewisser Weise auch voraussehen. (2) Machbarkeit. Mittel und Wege zu haben, um die Aufgaben und Anforderungen zu lösen. (3) Sinnhaftigkeit. (Sein) Leben wieder als sinnvoll zu empfinden. Erkennen, dass es Menschen, Dinge und Lebensbereiche gibt, die einem wichtig sind und für die es sich lohnt, sich anzustrengen (Franke und Witte, 2009).

2.2.1.2.2. PÄDAGOGISCHE THEORIEANSÄTZE – EINE AUSWAHL

Um Gesundheitspädagogik innerhalb der Pädagogik einordnen zu können, scheint es auch notwendig sich mit den grundlegenden Theorieansätzen aus dem Bereich der Pädagogik, speziell auch bereits etablierter Teilpädagogiken zu beschäftigen. „Dabei kennzeichnen Theorien auch akademisch reflektiertes Handeln und Selbstverständnis. Theorien und Modelle haben einen grundlegenden und somit konstituierenden Einfluss auf eine Wissenschaft, legen sozusagen einen wissenschaftstheoretischen Bezugsrahmen für eine Disziplin fest“ (Cassens, 2014).

Im Folgenden sollen nun exemplarisch drei pädagogische Theorieansätze dargestellt werden, welche relevante Anknüpfungspunkte zur Gesundheitspädagogik besitzen:

- Der Konstruktivismus,
- die pädagogische Empirie und
- die kritische Erziehungswissenschaft.

Die konstruktivistische Pädagogik geht zurück auf Arbeiten des schweizer Erkenntnistheoretiker und Entwicklungspsychologen Jean Piaget (1896-1980) zurück. Dabei wird Lernen als ein aktiver Konstruktionsprozess gesehen, in dem jeder Lernende seine eigene, repräsentative Sicht der Welt erschafft. „Hier wird davon ausgegangen, dass Kenntnisse, Werte, Intelligenz, Denken, Autonomie und andere Persönlichkeitscharakteristika nicht von außen vermittelt werden können, sondern vom Kind in seinem Inneren aktiv *konstruiert* werden müssen. Dies geschieht in Interaktion mit der materiellen und soziokulturellen Umwelt, wobei zwei Prozesse unterschieden werden: *Assimilation*: Das Kind nimmt Informationen aus seiner Umwelt auf und interpretiert sie entsprechend seiner Vorkenntnisse. *Akkommodation*: Das Kind modifiziert sein Wissen aufgrund von Unzulänglichkeiten und Widersprüchen zu neuen Erfahrungen“ (Textor, 2015). Es existiert damit also keine objektive Umwelt, sondern jeweils nur die individuell-subjektiven Betrachtungen und Interpretationen von Ereignissen, Gegenständen oder Lebewesen. Es entsteht eine, anhand von Sinneseindrücken subjektive Realität, die in starkem Maße von der individuellen Prägung des Individuums abhängig ist.

Im Zusammenhang mit Lerntheorien bedeutet das, dass Wissen nicht von einer Person auf eine andere Person weitergegeben werden kann, sondern von jedem Menschen (in seinem Gehirn) neu konstruiert wird. Wenn z.B.

ein Lehrer einem Schüler etwas erklärt, speichert der Schüler die Informationen nicht einfach eins zu eins ab, sondern konstruiert sich anhand der aufgenommenen Informationen sein persönliches, individuelles Abbild der Realität – abhängig von seinem Vorwissen, seinen bisherigen Erfahrungen und Einstellungen, sowie der aktuellen Lernsituation, in der er sich befindet. Demzufolge ist Lernen also kein *passives Speichern*, sondern ein *aktives Konstruieren* von Wissen (Abbildung 8).



Abbildung 8: Wahrnehmung im Konstruktivismus

Thissen (1997) fasst konstruktivistische Lehr- und Lerngrundsätze wie folgt zusammen: 1. Lernen ist aktive Wissenskonstruktion durch den Lernenden. Die Aufgabe einer Lehrperson besteht nicht darin, Wissen zu vermitteln, sondern den Lernenden durch ein ausgewogenes Maß an Instruktion in seinem individuellen Lernprozess zu unterstützen. 2. Lernen ist ein individueller Vorgang, abhängig vom Vorwissen des Lernenden und der Lernsituation. Die Lernenden sollen sich mit den Lerninhalten selbständig auseinandersetzen, deren Inhalte erschließen und Zusammenhänge entdecken. Und schließlich 3. Wissen an sich ist nicht vermittelbar, sondern kann nur individuell selbst konstruiert werden. Das Wissen der Lehrperson sollte dafür strukturiert und leicht

explorierbar dargestellt werden, damit der Lernende daraus selbstständig sein individuelles Wissen konstruieren kann.

Welche Verbindungen gibt es nun zwischen Gesundheitspädagogik und pädagogischen Konstruktivismus? Neurobiologische Erkenntnisse Arnold (2005) und v. Foerster (1973), beide zitiert in Cassens (2014) zeigen auf, dass die synaptische Verschaltungsarchitektur des Gehirns mit der Pubertät starr zu werden scheint und sich einmal „geknüpfte“ Verbindungen sich *peu à peu* zu den Mustern verdichten, welche in strukturähnlichen Situationen aktiviert werden. „Diese Erkenntnisse der „zerebralen Umschalteffekte“ während der Pubertät zeigen, dass möglicherweise unterschiedliche gesundheitspädagogische theoretische Zugangsweisen zu entwickeln sind: Konkret impliziert dies in einem Vorgriff auch die begründete Differenzierung von Gesundheitsbildung und –erziehung“ (Cassens, 2014). Dies wird im Kapitel „(Mögliche) Theoriebündel Gesundheitspädagogik“ nochmals aufgegriffen und dort näher erläutert.

Ein weiteres pädagogisches Theoriebündel, welches einen engen Bezug zur Gesundheitspädagogik besitzt, betrifft die *pädagogische Empirie* oder auch als *empirische Erziehungswissenschaft* bezeichnet.

Den Unterschied zwischen dem pädagogischen Konstruktivismus und der empirischen Theoriebündel stellt der österreichisch-englische Philosoph Karl Popper (1902-1994) mit der metaphorischen Gegenüberstellung von „Kübel- und Scheinwerfertheorie“ (Popper, 1969 und 1980, zitiert in Cassens, 2014) dar: „Die entscheidende These der Kübeltheorie (Konstruktivismus, Anm. d. V.) ist, dass wir so gut wie alles, was wir lernen, durch den Eintritt der Erfahrung in unsere Sinnesöffnungen lernen, so dass alles Wissen aus Informationen besteht, die wir durch unsere Sinne erhalten haben, das heißt durch Erfahrung. (...) Was der Scheinwerfer (Empirie, Anm. d. V.) sichtbar macht, das hängt ab von seiner Lage, von der Weise, in der wir ihn einstellen, von seiner Intensität, Farbe und so fort; es hängt natürlich auch weitgehend von den Dingen ab, die von ihm beleuchtet werden“.

Die empirischen Erziehungswissenschaften befassen sich also mit der Erziehungswirklichkeit. „Diese wird jedoch nicht als Sinnzusammenhang, sondern als ‚Universum kausaler und funktionaler Abhängigkeiten‘ angesehen. Sie soll umfassend und intersubjektiv nachvollziehbar erklärt werden. Wenigstens dem Anspruch nach will die empirisch-analytische Forschung, alle jene Erziehungsphänomene oder pädagogische Probleme beschreiben, erklären und lösen helfen, die einer Beschreibung, Erklärung und Lösung bedürftig erscheinen. Auch subtilste Zusammenhänge sollen mit Hilfe empirischer Untersuchungen erforscht werden können. Die mit den Tatsachen der Erziehung verknüpften Phänomene soziologischer, psychologischer o. a. Natur werden stets

mitberücksichtigt. Sie erfahren denselben Zugriff – durch empirische Methoden nämlich – und sind als Untersuchungsgegenstände nicht von anderen Phänomen unterscheidbar. Von einer „relativen Eigenständigkeit“ der Pädagogik lässt sich insofern nicht mehr reden“ (Dilger, 1998).

Die Methoden, mit denen diese Wirklichkeit im Sinne der Empirie beleuchtet werden können, sind relativ vielfältig und reichen von der reinen Beschreibung über quantitative Maßnahmen bis hin zu qualitativen Analyseverfahren. Die Beispielliste hierfür umfasst unter anderem Fragebögen, (standardisierte) Interviews, strukturierte Befragungen, Tests, Beobachtungsstudien, pädagogische Versuche oder Experimente, statistische Erhebungen, prognostische Berechnungen u. s. w. „Einher mit den technischen Entwicklungen und Möglichkeiten gesellten sich zu etablierten qualitativen und quantitativen Methoden neuere Alternativen wie Videomitschnitte, Film- und Fotodokumente. Mit elektronischen Fragebögen können mittlerweile hohe Teilnehmendenzahlen an empirischen Untersuchungen über das Internet generiert werden“ (Cassens, 2014).

Die folgende Abbildung 9 zeigt in einer Übersicht nochmals die grundlegenden Elemente empirischer Pädagogik.

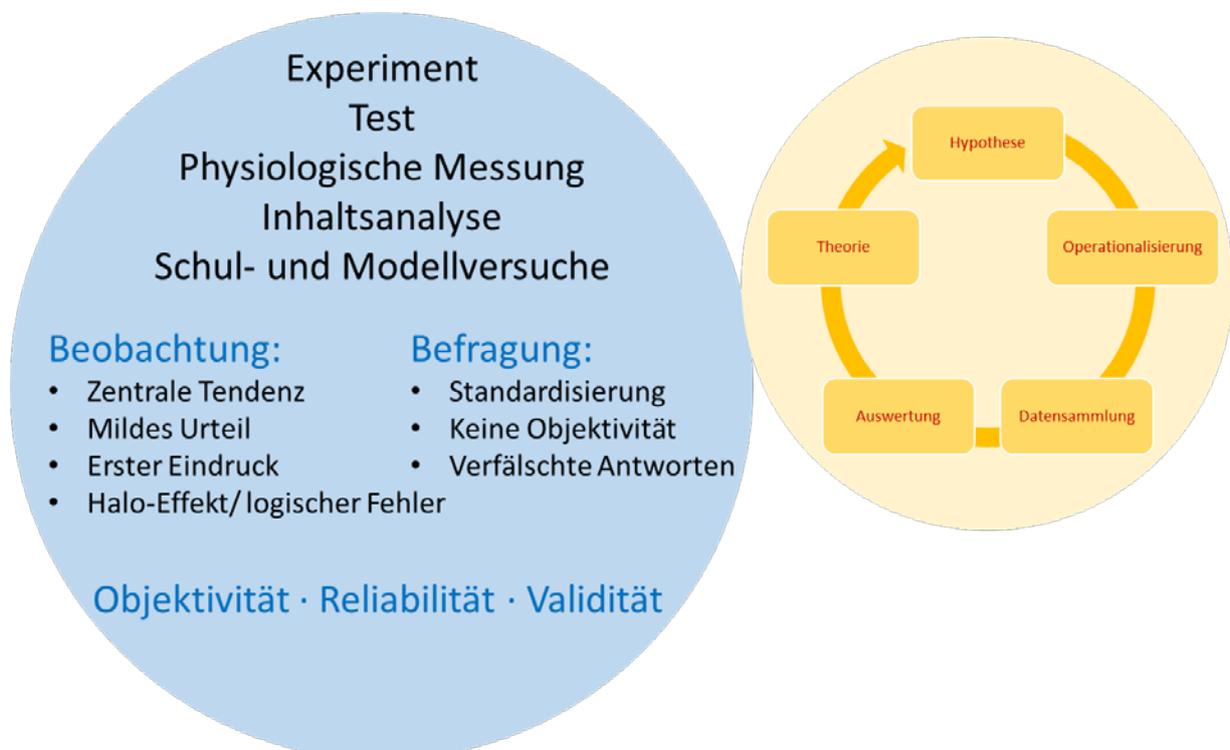


Abbildung 9: Modell der empirischen Theoriebündel (nach Tritschler, 2012)

Die Gesundheitspädagogik hat durch ihr zentrales Thema ‚Gesundheit‘ natürlicherweise eine hohe Affinität zu den empirischen Theoriebündel. Gerade die (natur-)wissenschaftlichen Methoden in der Medizin, Biologie, Pharmazie, etc. sind deckungsgleich mit den Methodensettings in der empirischen Pädagogik. Wesentliche Erkenntnisse für die Aktivitäten in der täglichen gesundheitspädagogischen Praxis basieren auf empirischen Untersuchungen.

Eine Besonderheit pädagogischer Empiriebündel besteht allerdings gegenüber naturwissenschaftlichen Empirien: Der geisteswissenschaftlich-holistische Ansatz reduziert die Forschung nicht auf objektive oder natürliche Kategorien, sondern bindet kategorisch anthropologische, historische, kulturelle und soziale Aspekte in die Betrachtung wie selbstverständlich mit ein. Gerade in der Gesundheitspädagogik mit der Thematik des „individuellen“ menschlichen Gesundheitshandelns ist diese Ausweitung des empirischen Ansatzes von immenser Bedeutung.

Ein dritter Theorieansatz, der im Hinblick auf die Betrachtung von Gesundheitspädagogik eine wesentliche Rolle spielt, ist die Gruppe der Kritischen Erziehungswissenschaften.

„Als *Kritische Erziehungswissenschaft* wird eine in den 1960er Jahren entstandene Richtung erziehungswissenschaftlicher Theoriebildung bezeichnet. Das Wissenschaftsverständnis dieser Strömung geht zurück auf die Denkrichtung der Kritischen Theorie. Sie ist gegen die ältere geisteswissenschaftliche Pädagogik entstanden und grenzt sich auch von der empirischen Erziehungswissenschaft ab“ (Koller, 2006). Die kritische Erziehungswissenschaft zielt darauf ab, durch Bildung eine freiere und gerechtere Gesellschaft zu verwirklichen. Die individuelle Mündigkeit wird als Ziel der Erziehung postuliert. Fehlentwicklungen und deren Folgen auf allen gesellschaftlichen Ebenen in sogenannten bürgerlich-kapitalistischen Systemen sollen identifiziert und dem Individuum mit Hilfe dieses Theoriebündels erklärt werden.

„Die Kritische Pädagogik repräsentiert kein in sich geschlossenes Modell erziehungswissenschaftlichen Denkens, denn die Ausgangsprämissen, entwickelte Leitbegriffe und die Zielperspektiven der verschiedenen Denkmodelle waren zu heterogen. Die Denkmodelle haben jedoch gemeinsame Orientierungspunkte, welche es erlauben von einem Paradigma erziehungswissenschaftlichen Denkens zu sprechen“ (Theil und Schröder, 2009).

Zu diesen gemeinsamen Denkmodellen zählen (nach Theil und Schröder, 2009):

- Einsicht in die historisch-gesellschaftliche Beschaffenheit von Bildung und Erziehung
- Forderung an die pädagogische Praxis, sich an einer kritischen Theorie zu orientieren
- Postulat, die gesellschaftlichen Verwertungsbedingungen zu reflektieren
- Normative Orientierung der Erziehungswissenschaft
- Betrachtung von Erziehungswissenschaft nicht isoliert von der Gesellschaft
- Sie steht mitten in den politischen Kräftekonstellationen und hegemonialen Auseinandersetzungen
- Sie ist eine von gesellschaftlichen Interessen durchdrungene und motivierte Wissenschaft
- Erziehung und Gesellschaft sind dialektisch aufeinander bezogen → Erziehung ist eine Funktion der Gesellschaft und umgekehrt.

Die menschliche Realität ist aus der Perspektive der Akteure der kritischen Erziehungswissenschaft gekennzeichnet durch Unterdrückung und Hegemonie in Bereichen des Geschlechts, der Religion, der Rasse, der physischen Fähigkeiten, des materiellen Wohlstandes usw. Bildung sollte deshalb grundsätzlich Gerechtigkeit und Gleichheit als ultimatives Ideal verfolgen, indem es die Lernenden emanzipiert. Emanzipation bedeutet hier, nach Jahn (2015), „die Befreiung der Menschen aus Bedingungen, die ihre Rationalität und das damit verbundene gesellschaftliche Handeln einschränken und den Menschen entfremden. Bildung, so eine weitere Annahme, ist grundsätzlich politisch eingefärbt. Lehrkräfte müssen sich dies stets vor Augen führen und die Lernenden dafür sensibilisieren, da Bildung oftmals als Werkzeug dient, um bestehende Systeme der Ungerechtigkeit zu legitimieren und zu stabilisieren, bzw. gesellschaftliche Strukturen zu reproduzieren“. Die dominante Ideologie spiegelt sich dabei in dem zu vermittelnden Wissen wieder.

Eine an der Kritischen Pädagogik orientierte Gesundheitspädagogik wird daher versuchen, „systemische Ungleichheit der Gesundheitsversorgung oder auch die mangelnde Gesundheitskompetenz bildungsferner Gesellschaftsschichten unter den Aspekten von Emanzipation und Liberalisierung zu reflektieren“ (Cassens, 2014).

2.2.1.2.3. (MÖGLICHE) THEORIEBÜNDEL GESUNDHEITSPÄDAGOGIK

Aufgrund der vorhergehenden Ausführungen liegt die Vermutung nahe, „dass es sich auch im Fall der Gesundheitspädagogik nicht um *eine* Theorie der Gesundheitspädagogik handeln wird“ (Cassens, 2014). Wulfhorst (2002) formuliert daher richtig, dass „der Terminus Gesundheitspädagogik als eine Art ‚Dachbegriff‘ verstanden wird, unter dem sämtliche bisherigen, auf die Beeinflussung gesundheitsrelevanten Verhaltens, die Vermittlung gesundheitsrelevanter Inhalte, die Förderung gesundheitsrelevanter Kompetenzen und auch die Beeinflussung gesundheitsrelevanter Verhältnisse –sofern sie unmittelbar das in erster Linie zu fokussierende Verhalten bedingen- bezogenen Theorien, Modelle, Konzeptionen, Maßnahmen und Methoden zusammengefasst werden können, unter der zentralen Voraussetzung, dass sie wissenschaftlich begründet sind“.

„Die Theoriebildung in der Gesundheitspädagogik verteilt sich auf fünf Handlungsfelder, welches jedes für sich akzentuiert werden kann, aber auch im Sinne eines sogenannten ‚Propriums‘ in mindestens fünf Theoriebereiche (weiter-) entwickelt werden kann“ (Cassens, 2014).

Die fünf Handlungs- bzw. Theoriefelder der Gesundheitspädagogik sind (Abbildung 10):

- Gesundheitserziehung,
- Gesundheitsbildung,
- Gesundheitsberatung,
- Gesundheitsinformation und Gesundheitsaufklärung,
- Gesundheitsförderung.

Allgemeine Gesundheitserziehung „umfasst alle pädagogischen Maßnahmen die helfen, die Gesundheit des Individuums zu schützen und zu erhalten. Dieses soll gewährleistet werden durch eine vorbeugende, früh einsetzende, langfristig angelegte Erziehung zu selbstverantwortlicher und gesundheitsorientierter Lebensführung. Insofern waren schon Turnvater Jahn und Herr Kneipp Gesundheitserzieher, die erkannt hatten, dass eine frühzeitige Förderung von körperlichen Aktivitäten krankheitsvorbeugend wirken kann. Gesundheitserziehung wurde als Unterrichtsprinzip verstanden: neben Aufklärungskampagnen (wie "Karius und Baktus" der Gesundheitsämter, mit denen schon Kindergarten- und Grundschulkinder geschult werden sollten in einer vernünftigen Zahnpflege zur Vermeidung von Karies) war es der Unterricht in Schulen oder

die Kurse von Krankenkassen oder Kliniken (Geburtsvorbereitung...) in denen größeren Bevölkerungsgruppen krankheitsvermeidende Verhaltensweisen näher gebracht werden sollten. Dabei war die Gesundheitserziehung interdisziplinär (Erkenntnisse der Psychologie, Biologie, Medizin...), fächerübergreifend, ganzheitlich (z.B. Spiel: Besuch beim Zahnarzt), präventiv, positiv motivierend, selbstverantwortlich und verhaltensorientiert“ (Hasselmann, o. A.).



Abbildung 10: Zusammenhang zwischen den Handlungsfeldern der Gesundheitspädagogik in der Prävention und Gesundheitsförderung (aus Siebert und Hartmann, 2008)

Der Begriff Gesundheitserziehung wurde und wird kritisch bewertet. „In Deutschland wird vom Sprach- und Berufsverständnis her zwischen ‚Erziehung‘ (eher Belehrung und Anleitung von Kindern und Jugendlichen als

‚Zöglingen‘) und ‚Bildung‘ (eher Unterstützung der Persönlichkeitsentwicklung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen) deutlich unterschieden“ (Sabo, 2003b, zitiert in Siebert und Hartmann, 2008).

Gesundheitsbildung bezeichnet organisierte Lern- und Entwicklungsprozesse, die Menschen ermöglichen, gezielt Einfluss auf die Faktoren zu nehmen, die ihre Gesundheit bestimmen, d.h. auf Lebensbedingungen und auf Gesundheitshandeln (Determinanten der Gesundheit). Gesundheitsbildung will Einfluss auf Gesundheitsvorstellungen nehmen und auf die Art der Kommunikation über Gesundheit im sozialen Kontext, auf Gesundheitshandeln und Bewältigungsstrategien sowie auf Strategien der Einflussnahme auf Lebensbedingungen (Abbildung 11). „Sie will Handlungschancen von Individuen und Gruppen in gesundheitlichen Belangen erweitern, indem sie geeignete Kompetenzen vermittelt“ (Blättner, 2014).

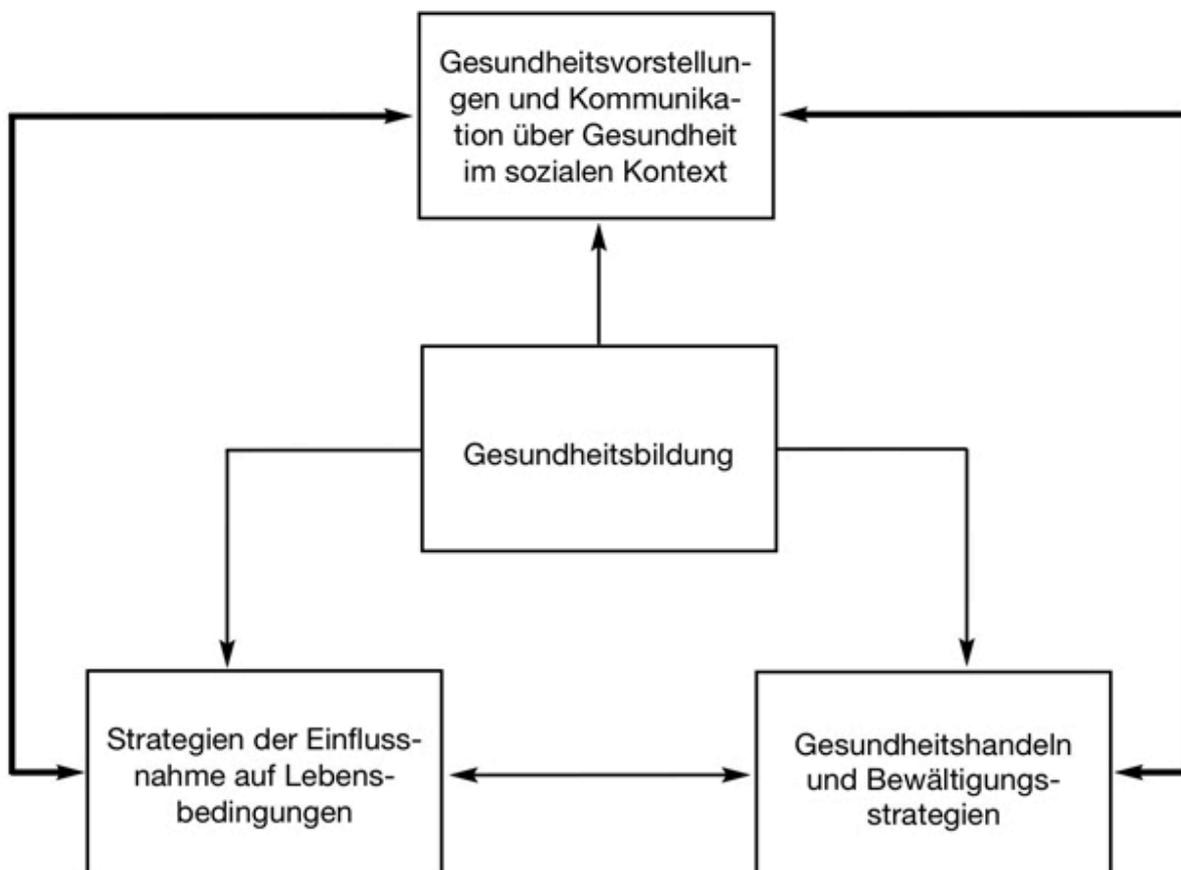


Abbildung 11: Einflussmöglichkeiten der Gesundheitsbildung (aus Blättner, 2014)

Gesundheitsbildung ist vor allem gekennzeichnet durch

- freiwillige Teilnahme,
- teilnehmerorientiertes, soziales und selbstbestimmtes Lernen (Partizipation, Empowerment, Erfahrungsaustausch), das sich auf die sozialen und natürlichen Lebensbedingungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer richtet,
- ein ganzheitliches Bildungskonzept bzw. einen ganzheitlichen Bildungsanspruch (...),
- ein ganzheitliches Menschenbild,
- ein umfassendes Gesundheitsverständnis, entsprechend der Prinzipien der Ottawa Charta.

„Gesundheitsbildung unterscheidet sich daher in ihren Orientierungen, mit ihren Voraussetzungen und Zielen von Gesundheitserziehung, Gesundheitsaufklärung und Gesundheitstraining“ (Sabo, 2003c, zitiert in Siebert und Hartmann, 2008).

Den Unterschied zur Erziehung kann der Blick zum Setting ermöglichen: „Während Erziehung v. a. in formellen Settings wie Familie, Kindertagesstätte, Kindergarten und Schule verortet ist, zeichnet sich ein Trend ab, bei dem Bildung weniger an das Lebensalter, als vielmehr an informelle Settings der Freizeitgestaltung gekoppelt zu sein scheinen“ (Freericks et al., 2010 und Sabo, 2006, zitiert in Cassens, 2014).

Gesundheitsberatung ist nicht ganz eindeutig zu definieren, Engel (2006, zitiert in Cassens, 2014) stellt zudem fest, dass „aktuell noch keine Beratungstheorie existiert, die einen vollständigen theoretischen Rahmen vorlegen oder die Beratungspraxis in ausreichendem Maße bestimmen könnte“.

Im Allgemeinen werden als Grundlagen dieser speziellen Form der Kommunikation die Freiwilligkeit, die zeitliche Begrenzung und die Problemorientierung genannt. Vorausgesetzt wird, dass der zu Beratende, anders als in einer therapeutischen Beziehung, ein gewisses Maß an Selbstständigkeit besitzt. Weitere Rahmenbedingungen sind, laut Nestmann (1997, zitiert in Cassens, 2014) „allgemeine Merkmale von Beratung i. S. von ‚Counseling Psychology‘, wie

- Fokussierung von Stärken Potentialen und Ressourcen,
- Betonung der Interaktion von Person und Umwelt,
- Beschäftigung mit vielfältigen Lebensproblemen,

- Beschränkung auf kurze Interventionszeiträume,
- Verankerung im Lebenskontext“.

Nach Peter Sabo (2006, zitiert in Hörning, 2010) erfolgt „die Gesundheitsberatung zurzeit in fünf unterschiedlichen Feldern:

- Ärztliche Gesundheitsberatung im einzelnen Arzt-Patienten-Kontakt oder in Gruppen in der Arztpraxis
- Gesundheitsberatung in Krankenhäusern, Gesundheitsämtern, Einrichtungen der Rehabilitation, in Betrieben und Settings für Einzelne und in Gruppen z.B. durch die verschiedenen Fachleute aus dem Gesundheitswesen bzw. anderer Träger und Initiativen der Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung (Selbsthilfe)
- Gesundheitsbezogene Institutions- und Politikberatung
- Verbraucherinformation und Patientenberatung (Patientenschulung)
- Beratung im Internet oder Online“.

Die Aufgabe der pädagogischen Gesundheitsberatung besteht darin möglichst neutral und unabhängig zu informieren, zu beraten und zu begleiten, dies gilt auch bei pathologischen Konstellationen – „nicht mehr, aber auch nicht weniger“ (Cassens, 2014).

Gesundheitsinformation und Gesundheitsaufklärung bezeichnen „die Bereitstellung von Informationen zum Erwerb handlungsrelevanten Wissens (spezifisch oder unspezifisch)“ (Raithel et al., 2009, zitiert in Cassens, 2014). Dies ist die Voraussetzung dafür, dass Menschen die Verantwortung für ihre eigene Gesundheit und die ihrer Mitmenschen übernehmen können. „Ein Ziel ist daher auch, Menschen zu motivieren, aktiv für die Förderung von Gesundheit zu sorgen“ (Hörning, 2010).

Gesundheitsinformationen sind ausschließlich Publikationen mit Informationen für medizinische Laien zu Fragen von Gesundheit und Gesundheitsförderung, zu Krankheit und Untersuchungs- bzw. Behandlungsmöglichkeiten sowie zu Einrichtungen des Gesundheitswesens. Im Gegensatz zu den bisher erwähnten Handlungsfeldern findet bei der Gesundheitsinformation keinerlei direkte personale Kommunikation statt.

Gesundheitliche Aufklärung wird in Deutschland durch eine Vielzahl unterschiedlicher Träger angeboten. Es handelt sich u.a. um staatliche, halbstaatliche, nichtstaatliche, gemeinnützige, private, kommerzielle, religiöse, politische Träger auf bundesweiter, regionaler und kommunaler Ebene. Über diese Vielfalt informiert übersichtsartig der „Wegweiser Gesundheitsförderung“ auf der Homepage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (www.bzga.de).

Wichtige Träger der institutionalisierten gesundheitlichen Aufklärung in Deutschland sind

- die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung, Landeszentralen, Landesvereinigungen und -arbeitsgemeinschaften für Gesundheit, Gesundheitsförderung bzw. -erziehung,
- die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,
- die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände,
- staatliche und kommunale Gesundheitsämter,
- niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und ihre Verbände,
- Verbraucherverbände und Fachgesellschaften,
- Volkshochschulen und andere Bildungseinrichtungen.

Darüber hinaus leisten die Medien - Presse, Hörfunk, Fernsehen und Internet - einen eigenständigen Beitrag zur gesundheitlichen Aufklärung. Mit Berichten, Serien oder Spezialsendungen und Portalen informieren sie über gesundheitliche Risiken und ihre Prävention wie auch über Krankheiten, ihre Therapie und Bewältigung.

Bedingt durch eine weiter zunehmende Medialisierung der Gesellschaft (Internet, mobile Dienste) und durch einen vom expandierenden Gesundheitsmarkt ausgehenden Boom an neuen Informationsquellen und Gesundheitsthemen steht die Gesundheitliche Aufklärung nach Nöcker (2010) vor neuen Herausforderungen:

- So ist in Folge der Informationsvielfalt nicht der Informationsmangel, sondern die *Informationsselektion* zum Problem geworden. Dies schließt die Frage der Qualitätssicherung und der Wahrung von wirtschaftlicher Interessenneutralität mit ein. Die im wachsenden Gesundheitsmarkt auftretenden

finanzstarken privaten Anbieter von Gesundheitsinformationen (Pharmaindustrie, Apotheken, Kliniken u.a.) erzeugen dabei mit ihrer Kundenorientierung und ihren Vermarktungsinteressen eine Dynamik, bei der die aus öffentlichen Mitteln geförderte Gesundheitsaufklärung zunehmend an den Rand gedrängt wird.

- Damit einher geht ein erkennbarer Autoritätsverlust der traditionellen Akteure der institutionalisierten Gesundheitsaufklärung (staatliche Gesundheitsagenturen, Ärzteschaft). Dies zeigt nicht nur die Zahl neuer Selbsthilfeinitiativen, Ratgeberangebote und Diskussionsforen unterschiedlicher Güte, sondern auch die geringe Akzeptanz staatlich empfohlener Vorsorgemaßnahmen (z.B. Impfbereitschaft - „Neue Grippe“ 2009).
- Schließlich bieten die neuen Medien auch neue Chancen, so z.B. in erweiterten Zugangswegen und der Möglichkeit aktiver Beteiligung. Dabei wird jedoch unter dem Aspekt der gesundheitlichen Chancengleichheit auf negative Selektionseffekte zu achten sein.

„Im Hinblick auf einer sich am Praxisfeld orientierenden Theoriebildung würde sich eine Abstufung des Informationsterminus in seinem Verhältnis zum Terminus der Aufklärung ergeben: Aufklärung bezieht sich dabei auf die Gesamtstrategie. Demgegenüber betrifft Information vermittelnde SpezialistInnen und konkrete Informationsmedien“ (Cassens, 2014).

Auf Grund des, wie bereits oben erwähnten, zunehmend medialisierten und expandierenden Gesundheitsmarktes ist derzeit auch in der wissenschaftlichen Diskussion (Nöcker, 2010, Cassens, 2014) diese zunehmend wichtige gesundheitspädagogische Dimension der Gesundheitsinformation/ Gesundheitsaufklärung durch Rezeption des Terminus Gesundheitsmarketing zu ersetzen.

Gesundheitsförderung ist „ein Sammelbegriff für alle nicht-therapeutischen, gesundheitsbezogenen Interventionen. Sie bezeichnet zusammenfassend die vorbeugenden, präventiven Zugänge zu allen Aktivitäten und Maßnahmen, die die Lebensqualität von Menschen beeinflussen, wobei hygienische, medizinische, psychische, psychiatrische, kulturelle, soziale und ökologische Aspekte vertreten sein können. Im engen Sinne meint sie Verhältnisprävention im Setting-Ansatz und eine Orientierung an den Ideen der Ottawa-Charta für Gesundheit“ (Wulfhorst, 2002).

In der Ottawa-Charta von 1986 wird definiert, dass Gesundheitsförderung auf einen Prozess ziele, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie dadurch zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Diese Definition ist in der Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert (1997) weiterentwickelt worden: Gesundheitsförderung wird seitdem verstanden als ein Prozess, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie zu verbessern durch Beeinflussung der Determinanten für Gesundheit.

Gesundheitsförderung ist nach dem Verständnis der WHO also ein Konzept, das bei der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen sowie auf allen gesellschaftlichen Ebenen ansetzt. Kennzeichnend für das Konzept Gesundheitsförderung ist deshalb auch die salutogenetische Perspektive mit der Fragestellung, wie und wo Gesundheit hergestellt wird. Diese Perspektive führt zur Identifikation von Ressourcen und Potenzialen und ermöglicht deren gezielte Stärkung. „Insofern bedeutete Gesundheitsförderung ursprünglich eine Abkehr von einer nur an der Pathogenese und an Risiken und Risikofaktoren orientierten Perspektive der Gesundheitserziehung und Prävention. Inzwischen wird die an salutogenen Ressourcen und Potenzialen orientierte Gesundheitsförderung überwiegend als gleichrangige Ergänzung der an pathogenen Risiken orientierten Prävention angesehen. Waller versteht Gesundheitsförderung und Prävention als die beiden grundlegenden Strategien zur Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit“ (Kaba-Schönstein, 2011). Diese Zusammenhänge sind in Abbildung 12 zusammenfassend dargestellt.

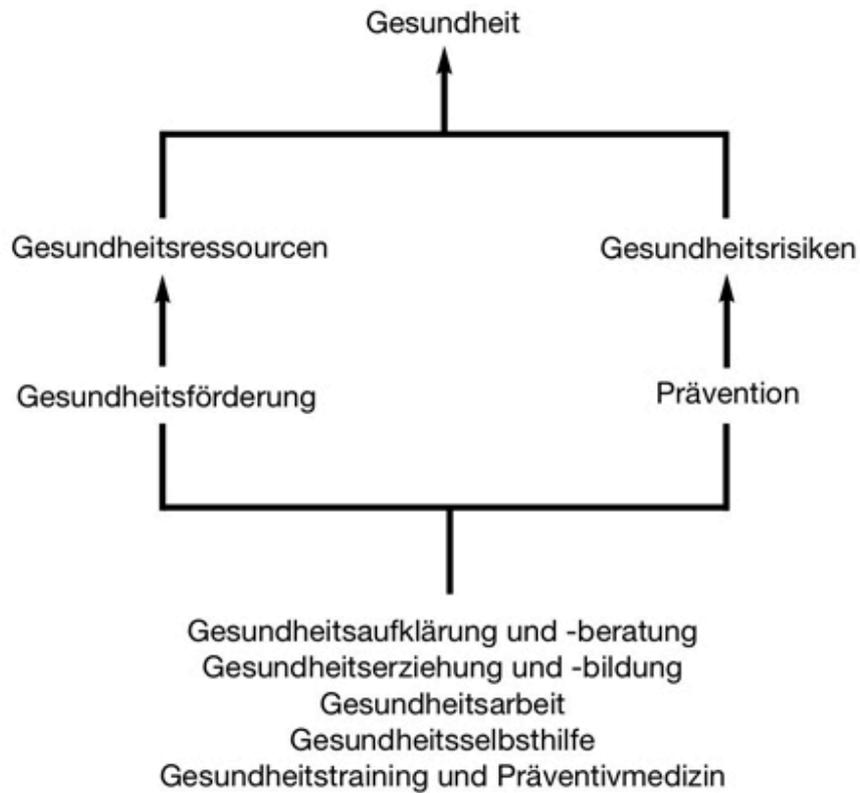


Abbildung 12: Gesundheitsförderung und Prävention (aus Waller, 2006, zitiert in Kaba-Schönstein, 2011)

Die Ottawa-Charta der WHO (1986) charakterisiert Gesundheitsförderung als einen Prozess, zu deren Verwirklichung drei Handlungsstrategien und fünf vorrangige Handlungsfelder erforderlich sind. Die drei Handlungsstrategien lauten:

- Interessenvertretung oder auch Anwaltschaft für Gesundheit,
- Befähigen und Ermöglichen,
- Vermitteln und Vernetzen.

Die fünf wesentlichen Handlungsbereiche für Gesundheitsförderung sind:

- Die Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik,
- die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten,
- die Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen,

- die Entwicklung persönlicher Kompetenzen und
- die Neuorientierung der Gesundheitsdienste und anderer gesundheitsrelevanter Dienste.

„Insbesondere der vierte Handlungsbereich „Entwicklung persönlicher Kompetenzen“ ist für die Herleitung eines gesundheitspädagogischen Auftrags von Bedeutung“ (Wulfhorst, 2002).

Zusammenfassend lässt sich Gesundheitsverhalten im Sinne von Prävention und Gesundheitsförderung auf den sehr allgemein gehaltenen Nenner „Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung“ bringen. „Damit sind pädagogische Ziele angesprochen: Förderung der Wahrnehmung (Kognition), Förderung von sinnvollen Gesundheitshandeln und Verbesserung der äußeren Umstände (Verhalten)“ (Schneider, 2013).

2.2.1.2.4. GRUNDLAGEN VON KONZEPTION, IMPLEMENTIERUNG UND EVALUATION GESUNDHEITSPÄDAGOGISCHER MASSNAHMEN

Wie bereits an anderer Stelle zitiert, wird ‚Gesundheitspädagogik‘ als ein ‚Dachbegriff‘ verstanden, unter dem sämtliche, auf die Beeinflussung gesundheitsrelevanten Verhaltens, die Vermittlung gesundheitsrelevanter Inhalte, die Förderung gesundheitsrelevanter Kompetenzen und auch die Beeinflussung gesundheitsrelevanter Verhältnisse zusammengefasst werden können (Wulfhorst, 2002).

Eine Grundvoraussetzung all dieser gesundheitspädagogischer Ansätze muss es aber sein, dass die gewählten Theorien, Modelle, Konzeptionen, Maßnahmen und Methoden, auch im Sinne einer aktiven Qualitätssicherung und –kontrolle, grundlegende wissenschaftliche Charakteristika aufweisen und somit insbesondere theoriengeleitet und überprüfbar sind.

Bevor nun im Folgenden die Grundlagen von Konzeption, Implementierung und Evaluation gesundheitspädagogischer Maßnahmen aufgezeigt werden, wird – als Grundlage – eine Checkliste von Qualitätsstandards aufgezeigt, welche wesentliche Kriterien zur Qualitätssicherung auf den Ebenen der Konzeption, Implementierung und Evaluation von explizit gesundheitspädagogischen Maßnahmen enthält (Feser, 1993, zitiert in Wulfhorst, 2002):

1. *Referenzbereich:* Organisation, Einrichtung, Fachgebiet, Leistungsbereich, extern/ intern
2. *Operationalisierbare Qualitätszielvorgabe:* Artspezifischer, relevanter Sollwert, Norm, Konsensforderung
3. *Akzeptanz:* Annahme bei den Trägern/ Leistungserbringern und Zielpersonen/ Klienten (Grad der Hilfe, persönliche Zufriedenheit)
4. *Praktikabilität:* Im durchschnittlichen Leistungsbereich umsetzbar
5. *Durchführungsbestimmungen:* Verantwortlichkeiten, Befugnisse, Arbeitsanweisungen, Wirksamkeitszusammenhang, Einsatz zielführender Verfahren/ Methoden, erforderliche Grundausstattung, räumlich-zeitlicher Ablaufplan, Sicherstellung einer effektiven Zielerreichung.
6. *Wissenschaftlichkeit:* Programmbegründung, Qualitätsaufzeichnungen/ Messung, Einsatzplan für die vereinbarten strukturierten Dokumentationsinstrumente/ qualitativen Methoden, Intersubjektivität, Wiederholbarkeit, Vergleichbarkeit.
7. *Bewertung/ Optimierung:* Beurteilung und Überprüfung des Grades der Zielerreichung nach vorher festgelegten Wirksamkeitskriterien/ Methoden, Veränderungen am Programm zur Erhöhung der Qualität.

Am Anfang einer jeden Maßnahme, auch der Gesundheitspädagogik, steht, wie auch Wulfhorst (2002) bestätigt, die Formulierung einer ‚Idee‘.

Ausgehend von dieser Projektidee gilt als nächste Aufgabe eine Konzeption, ein Konzept zu entwerfen.

„Die Grundlage jeder Konzeption gesundheitspädagogischer Maßnahmen bildet eine Problem- und Bedarfsanalyse auf Basis gesicherter epidemiologischer Daten. Ausgehend von den Ergebnissen dieser Bedarfsanalyse sollten dann auch die (erwarteten oder erwünschten) Ziele der jeweiligen Maßnahme abgeleitet werden, wobei es vor allem auch im Hinblick auf die bereits auf dieser Ebene zu berücksichtigende spätere Evaluation der Maßnahme um die Frage der Operationalisierbarkeit der Ziele und um die Orientierung an einer übergeordneten Leitidee wie z. B. die der Gesundheitsförderung, geht“ (Wulfhorst, 2002).

Christen et al. (2015) haben dafür eine Konzepttypologie entwickelt. Je nach Funktion des Konzeptes bestehen auf beiden Seiten fachliche oder prozessuale Herausforderungen. Das heißt, je nach Konzept ist eine expertenorientierte oder prozessorientierte Vorgehensweise angezeigt (Abbildung 13).

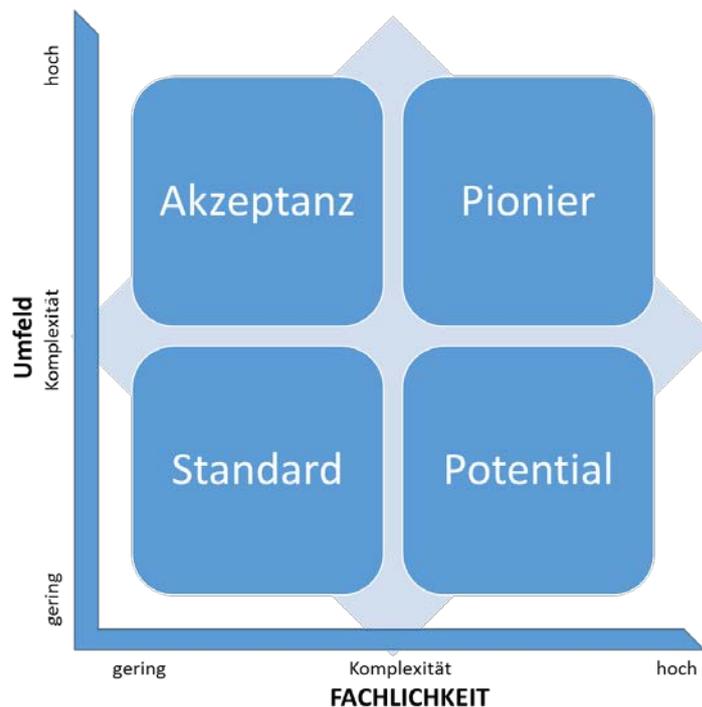


Abbildung 13: Konzepttypologie (aus Christen et al., 2015)

Ist eine umfassende Zusammenstellung der Ziele und daraus abgeleiteten Strategien und Maßnahmen zur Umsetzung des zu planenden Vorhabens in Form einer wissenschaftlich klar umrissenen Konzeption erstellt, gilt es diese in der Konzeption klar umrissenen Strukturen und Prozessabläufe in ein Programm unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen, Regeln und Zielvorgaben umzusetzen. Diese „Programmvollzug“ (Wulfhorst, 2002) wird als Implementierung bezeichnet.

„Implementierung ist die Verwirklichung des Curriculums, unter besonderer Berücksichtigung der technischen Realisierungsmittel“ (Frey, 1972, zitiert in Wulfhorst, 2002). Die Verwirklichung oder Implementierung ist also als ein dynamischer Prozess zu verstehen, welcher in vier Schritten oder Implementierungsphasen, das entworfene Curriculum in ein evidenzbasiertes, selbsttragendes System überführt.

Diese vier Implementierungsphasen verlaufen nach einer spezifischen Reihenfolge und werden in der folgenden Abbildung 14 grafisch dargestellt, sowie schriftlich erläutert:

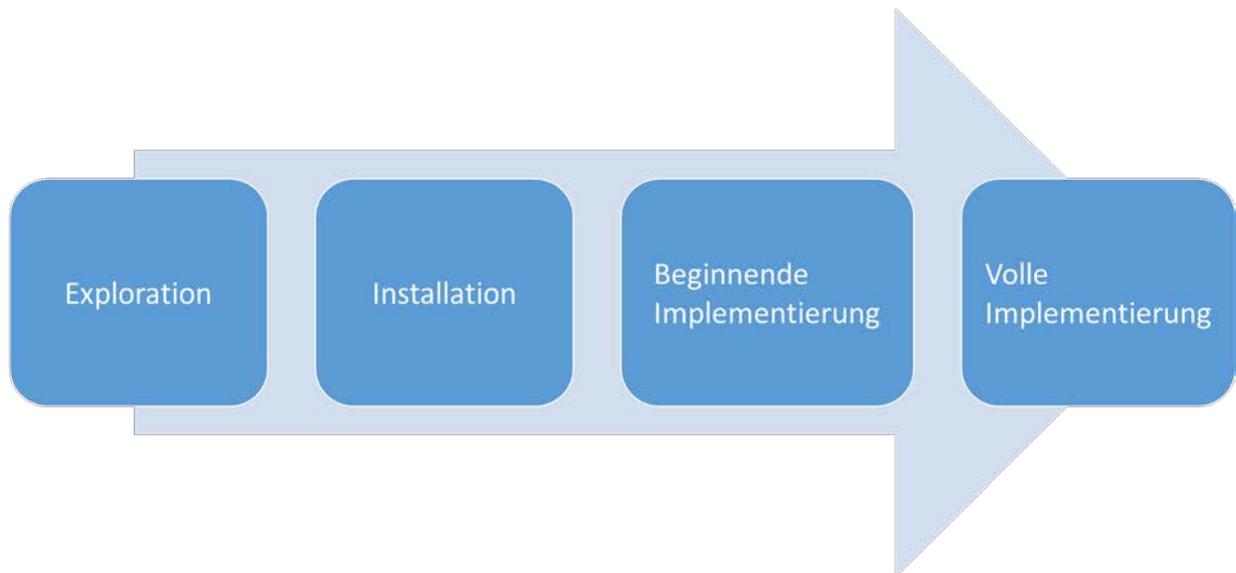


Abbildung 14: Implementierungsphasen (aus Albers, 2014)

Jede Implementierung sollte zunächst von einer *Exploration* eingeleitet werden. Diese Explorationsphase ist – wie der Name schon andeutet – von Neugier und Suche geprägt. Organisationen definieren in dieser Phase den Mangel, der behoben werden soll, entwickeln ein Problembewusstsein für ihre spezifischen Bedarfe, sammeln Wissen über mögliche Lösungen unter internen und externen Interessenten und prüfen zudem, wie Lösungen konkret umgesetzt werden können und welche Implementierungsmodelle sich anbieten. Am Ende dieser Explorationsphase steht die Entscheidung für eine spezifische Lösung (z.B. ein bestimmtes Präventionsprogramm) und deren Implementierung.

Auf die Exploration folgt die *Installation*, in der die Umsetzung des gewählten Programms eingeleitet werden kann. Die Organisation bereitet sich auf die Implementierung der neuen Intervention vor, indem notwendige Ressourcen beschafft, Interessenten engagiert und aktiviert, die organisatorischen Rahmenbedingungen angepasst werden usw.

Das Ende der Installationsphase leitet die *beginnende Implementierung* ein, in der die Organisation das Programm kennenlernt, es erstmals anwendet, Erfahrungen mit dem neuen Programm sammelt und dabei Fehler macht, aus eben diesen Fehlern lernt, alte Praxisformen ablegt und neue aufnimmt und immer wieder ihre Erfahrungen überprüft und analysiert.

Wenn mehr als die Hälfte der Praktiker, die sich eine Innovation angeeignet haben, diese mit einer Grundroutine ausüben, ist die Organisation, laut Fixsen et al. (2005), bereit für den Übergang in die *volle Implementierung* in das Gesamtgefüge einer Organisation.

„Ob eine Phase durchlaufen und die notwendige Stabilität erreicht ist, die es erlaubt, in die nächste Phase überzugehen, hängt von verschiedenen Faktoren ab – der Intervention selbst, der Organisation und dem Kontext. Es obliegt deshalb der implementierenden Organisation zu bewerten, ob der Übergang in eine neue Phase stattfinden kann und inhaltlich berechtigt ist. Gleichzeitig werden die einzelnen Phasen nicht unbedingt geradlinig durchlaufen. Erkenntnisse, die während der Installation gewonnen werden, können eine Organisation dazu veranlassen, wieder in die Exploration zurückzukehren, um versäumte Analysen und Untersuchungen nachzuholen. Barrieren, die während der beginnenden Implementierung deutlich werden, können dazu führen, dass parallel weiterhin an der Installation gearbeitet werden muss. Implementierung kann deshalb auch von Rückschritten oder zeitweisem Stillstand begleitet werden. Ein Implementierungsprozess als Ganzes – von der Exploration bis zur vollen Implementierung – kann mehrere Jahre dauern. Abhängig von der Komplexität des neuen Programmes und dem Umfang des Implementierungsprojektes kann eine Implementierung zwischen zwei und vier Jahre in Anspruch nehmen. Erst wenn die volle Implementierung über mehrere Jahre aufrechterhalten werden kann, ist eine wirkliche Routine in der Anwendung der neuen Intervention erreicht“ (Albers, 2014).

Evaluationen stellen ein wichtiges Instrument zur Generierung von Erfahrungswissen dar. Sie werden durchgeführt in dem Informationen gesammelt und anschließend bewertet werden, um letztendlich Entscheidungen zu treffen. Evaluationen ist also die Bewertung von Programmen und Maßnahmen. Bewertet werden:

- Die Wirkung der Maßnahmen (Effektivitätsprüfung, Gegenüberstellung von Zielen und Erfolgen) und
- Das Kosten-Nutzen-Verhältnis von Maßnahmen (Effizienzprüfung, Gegenüberstellung von Erfolg und Aufwand) (Riemann, 1996, zitiert in Wulfhorst, 2002).

„Auch die Unterscheidung zwischen formativer Prozessevaluation und summativer Produktevaluation gilt als wesentlich. Die formative Prozessevaluation betrifft dabei die Planung, Durchführung und Wirkung der einzelnen Elemente einer Maßnahme oder eines Programms in ihrem Verlauf, wobei durch die Rückkopplung von Zwischenergebnissen eine Optimierung erreicht werden soll. Die summative Produktevaluation untersucht das

Endergebnis einer Maßnahme oder eines Programms und bewertet dabei den Gesamteffekt aller Teilmaßnahmen“ (Wulfhorst, 2002).

Abbildung 15 zeigt zusammenfassend, dass es sich bei der praktischen Umsetzung gesundheitspädagogischer Maßnahmen um einen zyklischen Prozess handelt, der einer permanenten Überprüfung, Anpassung und Aktualisierung unterworfen ist.

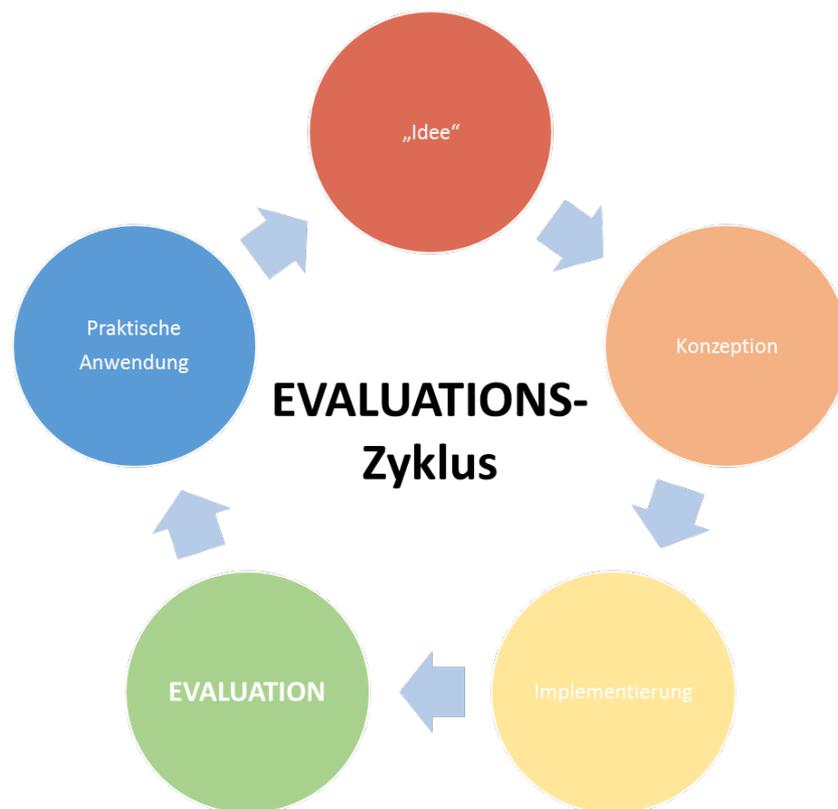


Abbildung 15: Evaluations-Zyklus

2.2.2. BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Nachdem im vorangegangenen Kapitel mit dem „Baustein“ Gesundheitspädagogik das „WIE“ auf dem Weg eines Unternehmens zu „gesunder Arbeit“ aufgezeigt wurde, wird hier mit dem zweiten „Baustein“ Betriebliche Gesundheitsförderung das „WAS“, also „alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und

Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz“ (Luxemburger Deklaration vom 28.11.1997), beschrieben.

„Vision ist die ‚Gesunde Organisation‘, d. h. die Förderung organisatorischer, sozialer, persönlicher Gesundheitspotentiale und ein enges Zusammenwirken der Führungskräfte und der Beschäftigten, der internen und der externen Gesundheitsexperten bei der Realisierung dieser Vision“ (Badura et al., 1999).

Grundlage jeder Betrieblichen Gesundheitsförderung muss ein belastbares wissenschaftliches Fundament sein. Erreichen kann man ein solches solides Konstrukt aber nur, wenn das wissenschaftlich begründete Expertenwissen an die entsprechenden unternehmensspezifischen Gegebenheiten im Betrieb angepasst werden und von den dort Beteiligten im Unternehmen auch angenommen und umgesetzt werden können.

2.2.2.1. HINTERGRUND UND DEFINITION VON BETRIEBLICHER GESUNDHEITSFÖRDERUNG

„Die Betriebliche Gesundheitsförderung hat zahlreiche Wurzeln. Die wohl wichtigste geht auf Bemühungen der Weltgesundheitsorganisation zur Weiterentwicklung der medizinischen Prävention und Gesundheitserziehung zurück“ (Badura et al., 1999).

Im Rahmen der ersten internationalen Konferenz der WHO zur Förderung der Gesundheit und Schaffung bzw. Erhaltung gesunder Umwelten wurde 1986 in Ottawa eine Charta verabschiedet, die zu einem weltweiten aktiven Handeln für das Ziel „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ und darüber hinaus aufruft und die den Begriff der „Gesundheitsförderung“ erstmals definiert: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt bewältigen bzw. verändern können“ (Sawczak, 2009). Die Grundidee der Ottawa-Charta, wie Badura et al. (1999) es formuliert, „liegt in der Befähigung der Bevölkerung zu einem selbstbestimmten Umgang mit Gesundheit sowie in der gesundheitsförderlichen Gestaltung der Lebenswelt und der Gesundheitsdienste“.

Die Verfasser der Ottawa Charta vertreten ein Ethos, in dem folgende Grundüberzeugungen zum Ausdruck kommen:

1. Eine Befähigung zur Gesundheit, die sich an subjektiven Bedürfnissen – nicht an expertokratischen Vorgaben orientiert,
2. der Gedanke der aktiven Beteiligung von Betroffenen an Zielsetzungs- und Entscheidungsprozessen bei der Gestaltung ihrer Lebensbedingungen,
3. die Befähigung benachteiligter und von den Entscheidungen anderer abhängiger Personengruppen zur Artikulation von Bedürfnissen und Wünschen sowie zu aktiver Einflussnahme,
4. ein an den vorhandenen Kompetenzen, Ressourcen und Stärken ansetzendes Vorgehen und
5. die Orientierung an einem interaktiven und kommunikativen Aushandlungsmodell, das unterschiedliche Interessenslagen und Zugänge nicht ausblendet, sondern als Grundlage für settingbezogene Entwicklungsprozesse nutzt.

„Werden diese Prämissen konsequent auf das betriebliche Setting übertragen, bedeutet dies, dass sich Gesundheitsförderung vor allem darauf richten muss, die Sichtweisen und Bedarfslagen von abhängig Beschäftigten zu identifizieren und sie in die Lösungsentwicklung einzubeziehen“ (Faller, 2012).

Die Formulierung von "Grundsätzen Betrieblicher Gesundheitsförderung" erfolgte erstmals in der Luxemburger Deklaration von 1997. Auf der Basis eines gemeinsamen Verständnisses wurden von den Mitgliedern des "Europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung" (ENWHP) mit Unterstützung der Europäischen Kommission dort die Ziele und Leitlinien zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz definiert (Tabelle 3).

Die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz.

Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden:

- Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen
- Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung
- Stärkung persönlicher Kompetenzen.

Einleitung

Grundlage für die aktuellen Aktivitäten zur BGF bilden zwei Faktoren. Zum einen hat die EG-Rahmenrichtlinie Arbeitsschutz (Richtlinie des Rates 89/391/ EWG) eine Neuorientierung des traditionellen Arbeitsschutzes in Gesetzgebung und Praxis eingeleitet. Zum anderen wächst die Bedeutung des Arbeitsplatzes als Handlungsfeld der öffentlichen Gesundheit (Public Health). Gesunde, motivierte und gut ausgebildete Mitarbeiter sind sowohl in sozialer wie ökonomischer Hinsicht Voraussetzung für den zukünftigen Erfolg der Europäischen Union. Der zuständige Dienst der Europäischen Kommission hat daher eine Initiative zum Aufbau eines Europäischen Netzwerkes für BGF unterstützt. Diese Initiative befindet sich im Einklang mit Artikel 129 des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und dem Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008). Mitglieder des Europäischen Netzwerkes sind Organisationen aus allen 27 Mitgliedsstaaten, Ländern des Europäischen Wirtschaftsraumes sowie der Schweiz. Sie sind gleichzeitig nationale Kontaktstellen. Ziel des Netzwerkes ist es, auf der Basis eines kontinuierlichen Erfahrungsaustausches, nachahmenswerte Praxisbeispiele zur BGF zu identifizieren und zu verbreiten.

Herausforderungen für die Arbeitswelt im 21. Jahrhundert

Die Arbeitswelt befindet sich in einer Phase tiefgreifenden Wandels. Wichtige Rahmenbedingungen sind u.a.:

- Globalisierung
- Arbeitslosigkeit

- wachsende Verbreitung neuer Informationstechnologien
- Veränderungen der Beschäftigungsverhältnisse (z.B. befristete und Teilzeitarbeit, Telearbeit)
- älter werdende Belegschaften
- wachsende Bedeutung des Dienstleistungssektors
- Personalabbau (Downsizing)
- wachsender Anteil von Arbeitnehmern in Klein- und Mittelunternehmen (KMU)
- Kundenorientierung und Qualitätsmanagement.

Zukünftiger Unternehmenserfolg hängt von gut qualifizierten, motivierten und gesunden Mitarbeitern ab. BGF spielt eine entscheidende Rolle dabei, Mitarbeiter und Unternehmen auf diese Herausforderungen vorzubereiten.

Betriebliche Gesundheitsförderung: eine Investition für die Zukunft

Der traditionelle Arbeitsschutz hat durch die Verringerung von Arbeitsunfällen und die Prävention von Berufskrankheiten entscheidend zur Verbesserung der Gesundheit am Arbeitsplatz beigetragen. Dennoch reichen seine Mittel offensichtlich nicht, um dem weiten Spektrum der o. g. Probleme zu begegnen. Unternehmen, die Gesundheit an ihren Arbeitsplätzen fördern, senken damit krankheitsbedingte Kosten und steigern ihre Produktivität. Dies ist das Ergebnis einer gesünderen Belegschaft mit höherer Motivation, besserer Arbeitsmoral und besserem Arbeitsklima. BGF ist eine moderne Unternehmensstrategie und zielt darauf ab, Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen (einschließlich arbeitsbedingter Erkrankungen, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und Stress), Gesundheitspotentiale zu stärken und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern.

Betriebliche Gesundheitsförderung: Gesunde Mitarbeiter in gesunden Unternehmen

Der Arbeitsplatz beeinflusst Gesundheit und Krankheit auf verschiedene Art und Weise. Wenn Beschäftigte unter gesundheitsgefährdenden Bedingungen arbeiten müssen, nicht angemessen qualifiziert sind oder nicht ausreichend von Kollegen unterstützt werden, kann Arbeit krank machen. Arbeit kann aber auch die berufliche und persönliche Entwicklung fördern. BGF will diejenigen Faktoren beeinflussen, die die Gesundheit der Beschäftigten verbessern. Dazu gehören:

- Unternehmensgrundsätze und -leitlinien, die in den Beschäftigten einen wichtigen Erfolgsfaktor sehen und nicht nur einen Kostenfaktor

- eine Unternehmenskultur und entsprechende Führungsgrundsätze, in denen Mitarbeiterbeteiligung
- verankert ist, um so die Beschäftigten zur Übernahme von Verantwortung zu ermutigen
- eine Arbeitsorganisation, die den Beschäftigten ein ausgewogenes Verhältnis bietet zwischen Arbeitsanforderungen einerseits und andererseits eigenen Fähigkeiten, Einflussmöglichkeiten auf die eigene Arbeit und sozialer Unterstützung
- eine Personalpolitik, die aktiv Gesundheitsförderungsziele verfolgt
- ein integrierter Arbeits- und Gesundheitsschutz.

Betriebliche Gesundheitsförderung: nachweislich erfolgreich

BGF beruht auf einer fach- und berufsübergreifenden Zusammenarbeit und kann nur dann erfolgreich sein, wenn alle Schlüsselpersonen dazu beitragen. BGF kann ihr Ziel "gesunde Mitarbeiter in gesunden Unternehmen" erreichen, wenn sie sich an den folgenden Leitlinien orientiert:

1. Die gesamte Belegschaft muss einbezogen werden (Partizipation).
2. BGF muss bei allen wichtigen Entscheidungen und in allen Unternehmensbereichen berücksichtigt werden (Integration).
3. Alle Maßnahmen und Programme müssen systematisch durchgeführt werden: Bedarfsanalyse, Prioritätensetzung, Planung, Ausführung, kontinuierliche Kontrolle und Bewertung der Ergebnisse (Projektmanagement).
4. BGF beinhaltet sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Maßnahmen. Sie verbindet den Ansatz der Risikoreduktion mit dem des Ausbaus von Schutzfaktoren und Gesundheitspotentialen (Ganzheitlichkeit).

Tabelle 3: Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union vom 28.11.1997 (in der Fassung von 2007)

Sind die Grundgedanken der Ottawa-Charta vor allem auf Gesundheit als individuellen, eigenständigen Wert ausgerichtet, findet sich in der Luxemburger Deklaration klar der Hintergrund wirtschaftspolitischen Interesses, d. h. Betriebliche Gesundheitsförderung soll hier in erster Linie die Leistungsfähigkeit eines Unternehmens

sicherstellen (natürlich durch die Förderung der Gesundheit der Beschäftigten, Stichwort: „Gesunde Mitarbeiter in gesunden Unternehmen“).

Deshalb ist, laut Wulfhorst (2002), Gesundheitsförderung im Allgemeinen auch als Verhältnisprävention im Setting-Ansatz mit einer Orientierung an den Ideen der Ottawa-Charta für Gesundheit zu definieren. „Nach dem Verständnis der WHO ist Gesundheitsförderung also ein Konzept, das bei der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen sowie auf allen gesellschaftlichen Ebenen ansetzt. Kennzeichnend für das Konzept Gesundheitsförderung ist deshalb auch die salutogenetische Perspektive mit der Fragestellung, wie und wo Gesundheit hergestellt wird“ (Kaba-Schönstein, 2011).

Im Zentrum der Betrieblichen Gesundheitsförderung hingegen steht „eine gesunde und gesundheitsfördernde Gestaltung der Arbeit und weniger die Korrektur des individuellen Verhaltens“ (Faller, 2012). Sawcak (2009) definiert zusammenfassend Betriebliche Gesundheitsförderung deshalb als kontinuierlichen, sozialen Prozess, „der systematisches, nachhaltiges Engagement und Investitionen in gesundheitsfördernde Befähigung der MitarbeiterInnen, Gestaltung gesundheitsfördernder Strukturen und Prozesse, Entwicklung vertrauensvoller Zusammenarbeit und sozialer Vernetzung der MitarbeiterInnen erfordert und durch gemeinsames interaktives Handeln aller Anspruchsgruppen (Stakeholder) innerhalb und außerhalb des Betriebes wirkt“.

2.2.2.2. ZIELE BETRIEBLICHER GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Das Kernziel einer jeden Betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahme wird exemplarisch in der Lissabonner Erklärung zur Gesundheit am Arbeitsplatz in kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) vom Juni 2001 genannt: „BGF trägt wesentlich zur Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens von Mitarbeitern und deren Familien bei. Durch die Erhöhung von Produktivität und Wirtschaftswachstum leistet sie auch einen Beitrag zum wirtschaftlichen Erfolg“.

Einzelziele können dabei sein:

- Abbau gesundheitlicher Belastungen am Arbeitsplatz
- Erhalt und Förderung von Wohlbefinden der Beschäftigten

- Verhütung von Unfällen und Krankheiten am Arbeitsplatz
- Abbau von Krankenständen
- Steigerung der Arbeitsmotivation
- Fehlzeitenmanagement
- menschengerechte Gestaltung von Arbeit und Organisation
- Förderung gesunder und nachhaltiger Planung bei allen politischen Entscheidungen (Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe)
- Bereitstellung gesunder Arbeits- und Lebenswelten
- Angebot gesunder und unterstützender sozialer Umwelten
- Förderung der Selbsthilfe
- Ermutigung zu wissenschaftlichem Interesse, Entwicklungen und Austausch in der Gesundheitsförderung (Netzwerkbildung)
- ...

Bamberg et al. (2011) verweist auf konzeptuelle Bedingungen, die für die Erreichung dieser Ziele gegeben sein müssen: „Um diese Ziele erreichen zu können, müssen sich die Überlegungen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung auf Konzepte gründen, die gesundheitsschützende, -stabilisierende und -fördernde, also salutogene, Bedingungen im Arbeitsleben in den Mittelpunkt stellen“. Grundansatz ist hierbei immer die Einbeziehung der Mitarbeiter und die Erhöhung ihrer gesundheitsbezogenen Handlungsfähigkeit, auch Empowerment genannt.

2.2.2.3. BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG – PRINZIPIEN UND MERKMALE

Die Kernstrategie der Gesundheitsförderung ist der Setting-Ansatz. „Settings sind Orte an denen Menschen leben, lernen und arbeiten, also einen Großteil ihrer Zeit verbringen (wie z.B. Kindertagesstätten, Schulen, Hochschulen, Betriebe, Städte oder Gemeinden und auch Familien oder der Freizeitbereich, etc.) und die mit ihrer Organisationsstruktur und ihrem sozialen Gefüge die Gesundheit von Einzelnen und Gruppen entscheidend beeinflussen“ (Kaba-Schönstein, 2011).

Folgende, grundlegende Prinzipien und Merkmale zeichnen Betriebliche Gesundheitsförderung, nach Siebert und Hartmann (2007) aus:

- *Betriebliche Gesundheitsförderung orientiert sich an der salutogenetischen Perspektive:* Das Modell der Salutogenese kritisiert eine rein pathogenetisch-kurative Betrachtungsweise der menschlichen Konstitution und stellt ihr eine salutogenetische Perspektive gegenüber, die statt nach Krankheitsursachen und Risikofaktoren vorrangig danach fragt, warum Menschen gesund bleiben.
- *Betriebliche Gesundheitsförderung richtet sich an alle Menschen in allen Lebenslagen (ist lebenswelt-, alltags- und umweltorientiert):* Gesundheit kann nicht von anderen Zielsetzungen getrennt werden. Die enge Bindung zwischen Mensch und Umwelt bildet die Grundlage für einen sozialökologischen Weg zur Gesundheit. Oberstes Leitprinzip ist das Bedürfnis, die gegenseitige Unterstützung zu fördern – sich um den anderen, um die Gemeinschaften und die natürliche Umwelt zu sorgen.
- *Betriebliche Gesundheitsförderung unterstützt soziale Gerechtigkeit:* Kennzeichnend für den Ansatz der Gesundheitsförderung ist seit der Internationalen Konferenz von Alma-Ata im Jahre 1978 eine starke Fokussierung auf gesundheitliche und soziale Ungleichheit: Gesundheitsförderung soll sozialkompensatorisch ausgerichtet sein und einen Beitrag zur Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit leisten.
- *Betriebliche Gesundheitsförderung soll befähigen und orientiert sich dabei an Ressourcen und Potenzialen:* Gesundheitsförderung ist ein auf allen gesellschaftlichen Ebenen ansetzendes Konzept zur Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale von Personen, Gruppen und Organisationen. Eine zentrale Strategie der Gesundheitsförderung ist demnach die Befähigung und Kompetenzförderung von Einzelnen und Gruppen, Empowerment genannt.
- *Betriebliche Gesundheitsförderung beinhaltet die zielgruppenspezifische Ausrichtung von Maßnahmen (wie geschlechts-, alters-, kulturspezifische Ausrichtung):* Gesundheitsförderung richtet sich an alle Menschen in allen Lebenslagen, insbesondere können aber u.a. folgende Zielgruppen (die teilweise

gleiche Schnittmengen bilden) benannt werden, wie sozial benachteiligte Menschen, Kinder und Jugendliche, Senioren/-innen, Lernende und Lehrende (Schüler/-innen, Studierende und Lehrende), Arbeitnehmer/-innen und Arbeitgeber/-innen, chronisch kranke Menschen und Menschen mit Behinderungen, Männer und Frauen, Individuen und Gruppen, etc.

- *Betriebliche Gesundheitsförderung umfasst sowohl verhaltensbezogene als auch verhältnisbezogene Maßnahmen:* Verhaltensprävention zielt darauf ab, Einflussnahme auf den individuellen Gesundheitszustand oder auf individuelles Gesundheitsverhalten zu nehmen, Verhältnisprävention zielt ab auf die Kontrolle, Reduzierung oder Beseitigung von Gesundheitsrisiken in den Umwelt- und Lebensbedingungen durch die Beeinflussung von sozialen, kulturellen, ökonomischen und ökologischen Rahmenbedingungen.
- *Betriebliche Gesundheitsförderung lässt alle Betroffenen und Beteiligten teilhaben und unterstützt die Selbsthilfe:* Die Umsetzung des Betrieblichen Gesundheitsförderungskonzeptes ist nicht vorrangig eine Aufgabe des (Betriebs-)Medizinsystems, sondern erfordert die aktive Beteiligung der Beschäftigten (Partizipation).
- *Betriebliche Gesundheitsförderung ist als Querschnittsaufgabe multisektoral ausgerichtet:* Die Zusammenarbeit und Koordination einer Vielzahl von Akteuren, Sektoren und Berufsgruppen, auf allen betrieblichen und politischen Ebenen (multisektorale Ausrichtung/ intersektorale Kooperation) ist für eine erfolgreiche Umsetzung des Gesundheitsförderungskonzeptes notwendig. Betriebliche Gesundheitsförderung ist als Querschnittsaufgabe zu verstehen und das Gesundheitsförderungskonzept in alle unternehmerischen Diskussionen und Entscheidungen einzubinden.

2.2.2.4. METHODEN BETRIEBLICHER GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Die betriebliche Gesundheitsförderung umfasst Maßnahmen, die auf das Verhalten von Menschen ausgerichtet sind (Verhaltensprävention) und Maßnahmen, die Arbeitsbedingungen analysieren (Verhältnisprävention). Oftmals ist eine klare Trennung in der Praxis nicht möglich und auch nicht sinnvoll, da die Bereiche sich gegenseitig beeinflussen. Für die Umsetzung der Theorien zur Gesundheitsförderung in der Praxis eines Unternehmens gibt es zahlreiche Programme, Aktionen und andere Methoden. Nicht alle dieser Methoden sind gleich effektiv und erfolgreich.

Die folgende Aufstellung gibt eine Übersicht der häufigsten Methoden zur Betrieblichen Gesundheitsförderung (nach Wegener, 2013):

Aufklärung - Broschüren, Vorträge, Beratungsgespräch fallen in den Bereich der gesundheitlichen Aufklärung. In der Tat ist ein Problem der betrieblichen Gesundheitsförderung, dass viele Mitarbeiter oft gar kein Bewusstsein für ihre Gesundheit bzw. ihren eigenen Gesundheitszustand haben. Einmalige Aufklärungsmaßnahmen können allerdings nicht genug sein. Wer einmal bei einem Gesundheitsvortrag war, wird aufgrund dessen kaum zu einem gesundheitsorientierten Menschen werden. Vielmehr gilt es, Aufklärungsmaßnahmen sind gute Einstiegsveranstaltungen und sollten mit anderen Methoden kombiniert werden, um es den Mitarbeitern zu erleichtern, sich einem gesundheitsorientierten Lebensstil zu öffnen.

Kurse - Eine sehr häufig gewählte Maßnahme sind Kurse. Beispiele hierfür sind Rückenurse, Yogakurse, Aerobic Kurse oder auch Kurse zur Entspannung. Diese finden dann entweder einmal oder mehrmals wöchentlich statt – oft auch während der Arbeitszeit. Hier sollen die Mitarbeiter nicht nur die Gelegenheit haben, sich zu bewegen und sich zu entspannen, sondern auch eine Methode lernen, die sie dann selbst anwenden können. Die Nachteile von Kursen sind u. a. dass sie nur effektiv sind, solange sie regelmäßig durchgeführt werden, dass sie nur einen Gesundheitsbereich ansprechen (Bewegung/Entspannung/etc., aber nicht Ernährung oder andere Lebensaspekte) oder dass dort meistens nur Mitarbeiter auftauchen, die sowieso schon gesundheitsbewusst sind.

Aktionen - Spezielle Aktionen wie Gesundheitstage sollen die Aufmerksamkeit auf das Thema Gesundheit lenken. Meistens bestehen diese Aktionen aus Aufklärungsmaßnahmen, die das Gesundheitsbewusstsein steigern sollen.

Aktionen können ein guter Ansporn sein, langfristig sollten sie aber von nachhaltigeren Maßnahmen, wie speziellen Programmen, abgelöst werden.

Programme - Programme zur betrieblichen Gesundheitsförderung rufen die Mitarbeiter tatsächlich zur Aktivität auf. Hierbei soll zum Beispiel eine bestimmte Anzahl von Schritten gelaufen werden oder eine bestimmte Anzahl von Kilo abgenommen werden. Programme dieser Art können gut mit Aufklärungsmaßnahmen wie z.B. Kochkursen oder Vorträgen kombiniert werden. Ein Problem von Programmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung ist, dass diese sich nur über einen begrenzten zeitlichen Rahmen (= die Dauer des Programms) positiv auf die Gesundheit der Mitarbeiter auswirken, wenn es nicht geschafft wurde, eine tatsächliche Bewusstseins- und langfristige Gewohnheiten-Änderung zu schaffen.

Arbeitsplatzergonomie - Auch die ergonomische Gestaltung des Arbeitsplatzes, insbesondere der Arbeitsräumlichkeiten, kann als Methode zur betrieblichen Gesundheitsförderung gewertet werden. Maßnahmen, die in diesen Bereich fallen sind z.B. die Anschaffung von lautstärkearmen Maschinen, die Einrichtung mit ergonomischen Bildschirmarbeitsplätzen oder die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitswegen.

Für viele Firmen ist Betriebliche Gesundheitsförderung bereits Bestandteil ihrer Unternehmensstrategie und ihrer Unternehmenskultur geworden. Gesunde Beschäftigte in gesunden Unternehmen sind ein Ziel, an dem sich alle im Betrieb beteiligen können. Die Kampagne „Unternehmen unternehmen Gesundheit“ des Bundesministeriums für Gesundheit belegt: Schon heute wird Betriebliche Gesundheitsförderung in vielen Betrieben vorbildlich umgesetzt. Projektbeispiele aus den einzelnen Bundesländern zeigen, dass auch in kleineren Betrieben viel für die Gesundheit der Beschäftigten getan werden kann (siehe Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit: www.bmg.bund.de).

2.2.3. BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT

Betriebliches Gesundheitsmanagement bildet schließlich neben der Gesundheitspädagogik und der Betrieblichen Gesundheitsförderung den dritten „Baustein“ im Gebilde von „gesunder Arbeit“. Nach dem „WIE“

(Gesundheitspädagogik) und dem „WAS“ (Betriebliche Gesundheitsförderung) wird mit dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement das „WER“ und „WODURCH“ identifiziert.

Im langläufigen Sprachgebrauch findet man häufig die synonyme Verwendung der beiden Begriffe „Betriebliche Gesundheitsförderung“ und „Betriebliches Gesundheitsmanagement“. Dies ist nicht korrekt. Beide Begrifflichkeiten haben definitionsgemäß eine eigenständige Bedeutung: Während Betriebliche Gesundheitsförderung sich eher auf Einzelmaßnahmen zur Verhaltensmodifikation u. a. in den Bereichen Körper, Seele, Ernährung oder Bewegung bezieht, stellt Betriebliches Gesundheitsmanagement eine systematische Verknüpfung sämtlicher Teilbereiche, die mit innerbetrieblicher Gesundheit zusammenhängen, dar (Badura, 1999; Uhle und Treier, 2011; Bamberg et al., 2011).

Das Betriebliche Gesundheitsmanagement in Unternehmen strebt als Gesamtziel die Vernetzung aller gesundheitsfördernden Einzelmaßnahmen zu einer einheitlichen Struktur an. So wird die Gesundheit im Betrieb zur universellen Aufgabe. Dies kann nur durch einen ressort- und systemübergreifenden Managementprozess, unter Einbindung der aller Beschäftigten, geschehen.

Badura (1999) beschreibt Betriebliches Gesundheitsmanagement als „die Entwicklung integrierter betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit, Organisation und dem Verhalten am Arbeitsplatz zum Ziel haben und den Beschäftigten wie dem Unternehmen gleichermaßen zugutekommen“. Dabei spielen Professionalität und kontinuierliche Verbesserung eine zentrale Rolle.

2.2.3.1. BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT - GRUNDFORDERUNGEN

Betriebliches Gesundheitsmanagement sollte, nach Badura (1999), vier Herausforderungen gerecht werden:

1. Es sollte *wissenschaftlich, aber auch alltagspraktisch fundiert* sein und daher neue Forschungsergebnisse sowie Alltagserfahrungen gleichermaßen berücksichtigen.
2. Es sollte *bei den Betroffenen Akzeptanz finden*. Die Mitarbeiter wirken im Prozess des Gesundheitsmanagements als Koproduzenten, d. h. nur durch die Partizipation der Beschäftigten können Gesundheitspotentiale mobilisiert werden.

3. Es sollte seine *Erfolge fortlaufend nachweisen*, um seine Zweckmäßigkeit belegen zu können.
4. Eine „gesunde Organisation“ kann nur entstehen, wenn die *Förderung der Gesundheit der Mitarbeiter als wichtiger Faktor* in die täglichen betrieblichen Entscheidungen eingeht. Maßnahmen, die nur Insellösungen bleiben und nicht zu organisationsweitem Handeln ausgebaut werden, können keine nachhaltigen Wirkungen haben.

Betriebliches Gesundheitsmanagement ruht auf drei Säulen (Abbildung 16).

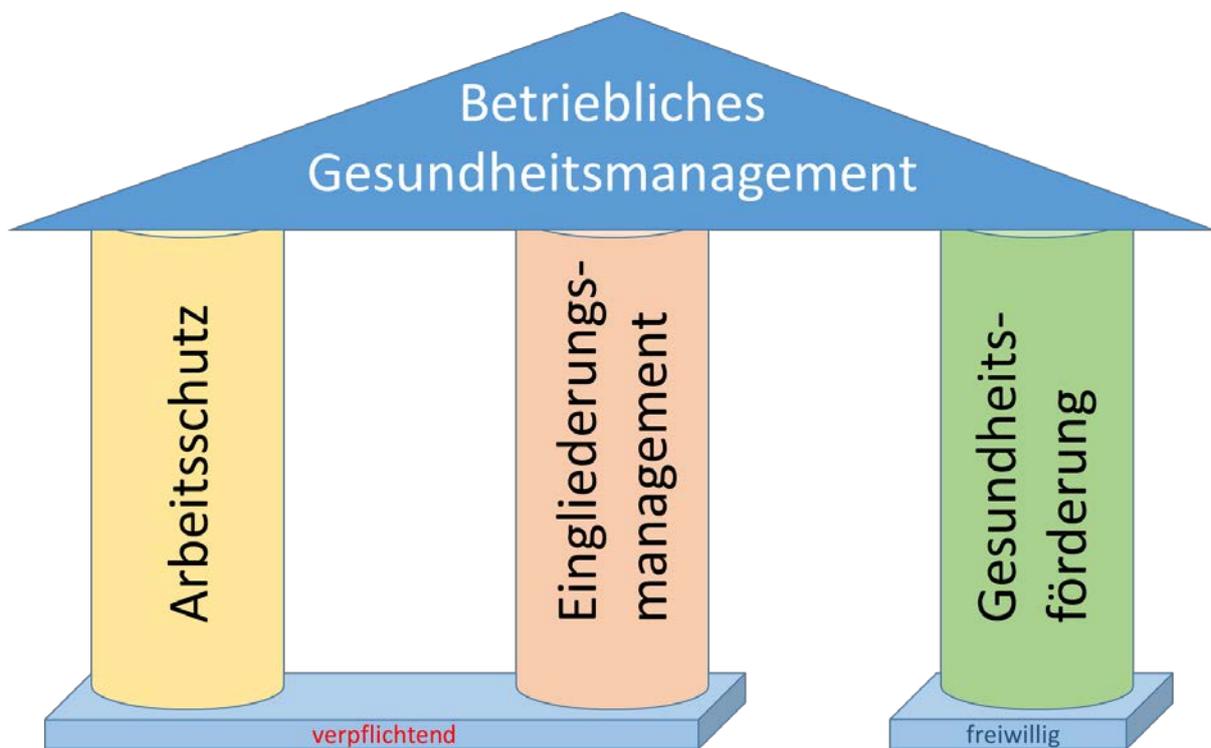


Abbildung 16: Die drei Säulen des Betrieblichen Gesundheitsmanagement

Arbeitsschutz. Auch als Sicherheits- und Gesundheitsschutz bei der Arbeit bezeichnet (DGUV, 2008), umfasst alle Maßnahmen zum Schutz der Beschäftigten bei der Arbeit. Er dient der Erhaltung der Gesundheit, der Arbeitskraft und der Leistungsfähigkeit des arbeitenden Menschen. „Der Arbeits- und Gesundheitsschutz ist in Deutschland dual gegliedert in das staatliche Arbeitsschutzrecht der Bundesrepublik und der Bundesländer und das autonome Arbeitsschutzrecht der Unfallversicherungsträger. Seit 2009 ist die Zusammenarbeit zwischen den staatlichen

Institutionen und den Unfallversicherungsträgern in der Gemeinsamen Arbeitsschutzstrategie verbindlich geregelt (§ 20 Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG))“ (Bamberg et al., 2011). Verschiedene Gesetze, Verordnungen und andere Vorschriften bilden die Grundlage und den Rahmen dieses dualen Systems. Die Staatlichen Arbeitsschutzbehörden haben dabei gemäß § 21 des ArbSchG den Auftrag „die Einhaltung dieses Gesetzes und der auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Rechtsverordnungen zu überwachen und die Arbeitgeber bei der Erfüllung ihrer Pflichten zu beraten“. Die Unfallversicherungsträger hingegen „haben mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten (§ 1 Sozialgesetzbuch (SGB) VII). Inhaltlich umfasst der Arbeitsschutz den allgemeinen, den technischen, den stofflichen und den sozialen Arbeitsschutz sowie die Arbeits- und Betriebsmedizin. Der Arbeitsschutz ist Arbeitgeberpflicht und kann z. B. durch ein eigenes Arbeitsschutzmanagementsystem (AMS) in einem Unternehmen aktiv umgesetzt werden.

Betriebliches Eingliederungsmanagement. Seit 2004 sind Arbeitgeber gesetzlich verpflichtet, länger erkrankten Beschäftigten ein Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) anzubieten: „Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, klärt der Arbeitgeber mit der zuständigen Interessenvertretung im Sinne des § 93, bei schwerbehinderten Menschen außerdem mit der Schwerbehindertenvertretung, mit Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person die Möglichkeiten, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann (Betriebliches Eingliederungsmanagement)“ (§ 84 Abs. 2 SGB IX). Das BEM ist ein Instrument mit dessen Hilfe der Arbeitgeber mit Zustimmung und Beteiligung von längerfristig oder wiederholt arbeitsunfähigen Arbeitnehmern klärt, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und somit der Arbeitsplatz erhalten werden kann. Beteiligt werden am BEM neben der Beschäftigtenvertretung (Personal- oder Betriebsrat) und gegebenenfalls der Schwerbehindertenvertretung - soweit erforderlich - auch der Personal-/Werks- oder Betriebsarzt. „Rehabilitationsträger können ihre Erfahrungen einbringen und ihre Leistungen zur Teilhabe für die erfolgreiche Durchführung eines BEM anbieten“ (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2010).

Betriebliche Gesundheitsförderung. Diese dritte Säule des Betrieblichen Gesundheitsmanagements wurde bereits im vorangegangenen Kapitel als wichtiger Baustein für „gesunde Arbeit“ dargestellt. Im Unterschied zum

Arbeits- und Gesundheitsschutz, sowie zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement handelt es sich bei der Betrieblichen Gesundheitsförderung nicht um eine auf Grund rechtlicher Vorgaben verpflichtende Arbeitgebermaßnahme, sondern um eine freiwillige Leistung des Arbeitgebers, um durch Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung und Unterstützung gesundheitsgerechten Verhaltens der Beschäftigten der Vision einer „Gesunden Organisation“ (Badura, 1999) ein deutliches Stück näher zu kommen.

Die Qualität des Gesundheitsmanagements in der Arbeitswelt ist wie jedes professionelle Handeln abhängig nicht nur von der Qualifizierung und Berufserfahrung der Experten, sondern auch ganz wesentlich von dem wissenschaftlichen Fundament dieses Handelns. „Professionelles Handeln im Betrieblichen Gesundheitsmanagement ist wissenschaftliches Handeln. Worauf es hier ankommt, ist eine angemessene Verknüpfung extern wissenschaftlich erzeugten und intern betrieblich erzeugten Wissens“ (Badura, 1999).

2.2.3.2. BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT – EIN LERNENDES SYSTEM

„Betriebliches Gesundheitsmanagement impliziert nicht mehr eine unsystematische und unkoordinierte Abbildung von personenbezogenen Einzelaktionen im Bereich der Ernährung, Gesundheitsbildung oder Bewegung. Vielmehr beansprucht die Wertkette, dass die verschiedenen Maßnahmen auf Gesamtziele auszurichten sind und einen messbaren Wertbeitrag zum gesunden Unternehmen leisten sollen“ (Uhle und Treier, 2011). Im betrieblichen Alltag kommen diese Maßnahmen und Aktivitäten aus den unterschiedlichen Unternehmensbereichen und hierarchischen Ebenen und sind in verschiedenen Prozessen und Handlungsschritten oftmals ineinander verschränkt.

„Im Betrieblichen Gesundheitsmanagement spielt die Organisation von Lernprozessen eine zentrale Rolle. Die dabei angestrebten Lernvorgänge beziehen sich auf Personen, einzelne Maßnahmen oder Projekte und auf die gesamte Organisation sowie ihren Umgang mit der Gesundheit ihrer Mitarbeiter“ (Badura, 1999).

Nach Stadler und Spieß (2003, zitiert in Uhle und Treier, 2011) nimmt Führung hier eine wesentliche Rolle in der Organisation ein. „Diese Lernprozesse benötigen zunächst korrespondierende Organisationsstrukturen, in denen sie gezielt und systematisch ablaufen, quasi der tragende Unterbau der Betrieblichen Gesundheitsförderung“ (Uhle und Treier, 2011).

Abbildung 17 zeigt die Qualitätsdimensionen und Indikatoren im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Teilweise sind diese Dimensionen und Indikatoren direkt messbar, Großteils aber nur indirekt durch Feedbacksysteme oder Gesundheitsbefragungen, etc.

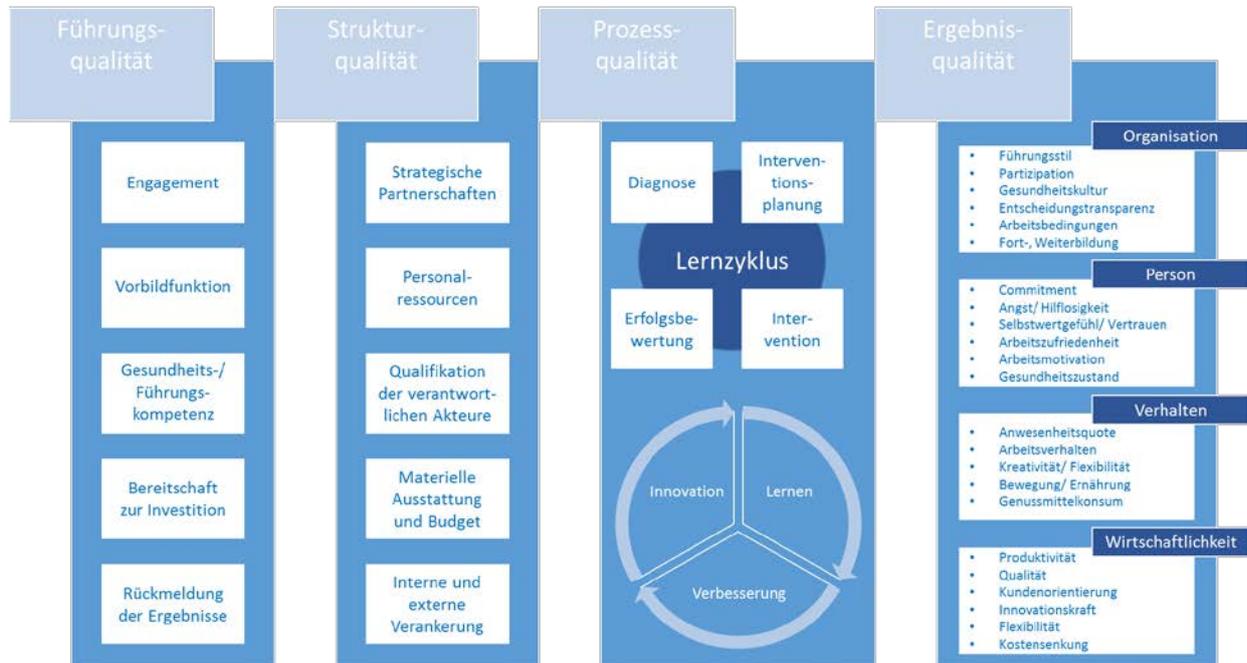


Abbildung 17: Qualitätsdimensionen und Indikatoren im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (nach Uhle und Treier, 2011)

Um aus einer Betrieblichen Gesundheitsförderung mit ihren, zeitlich oftmals begrenzten, positiven Projekten und Maßnahmen ein Betriebliches Gesundheitsmanagement-System zu machen, bedarf es einer dauerhaften Institutionalisierung im Unternehmen. Um eine solche Institutionalisierung erfolgversprechend in einem Betrieb zu verankern, müssen, nach Badura (1999), „zum einen möglichst umfassende Lernmöglichkeiten für die Organisation eingeplant sein und zum anderen die finanziellen, personellen und organisatorischen Rahmenbedingungen des BGM berücksichtigt werden“.

Das Kernelement einer lernenden Organisation ist der sog. Lernzyklus. Dieser „Lernzyklus des Betrieblichen Gesundheitsmanagement“ (Badura, 1999; Uhle und Treier, 2011; Bamberg et al., 2011) setzt sich aus fünf

Elementen zusammen, welche in immer wiederkehrenden Handlungsschritten in Form einer Prozesskette immer wieder durchlaufen werden.

Die folgende Abbildung 18 zeigt diesen Lernzyklus im Betrieblichen Gesundheitsmanagement im Detail, im Anschluss daran werden die einzelnen Elemente kurz dargestellt (nach Badura, 1999):

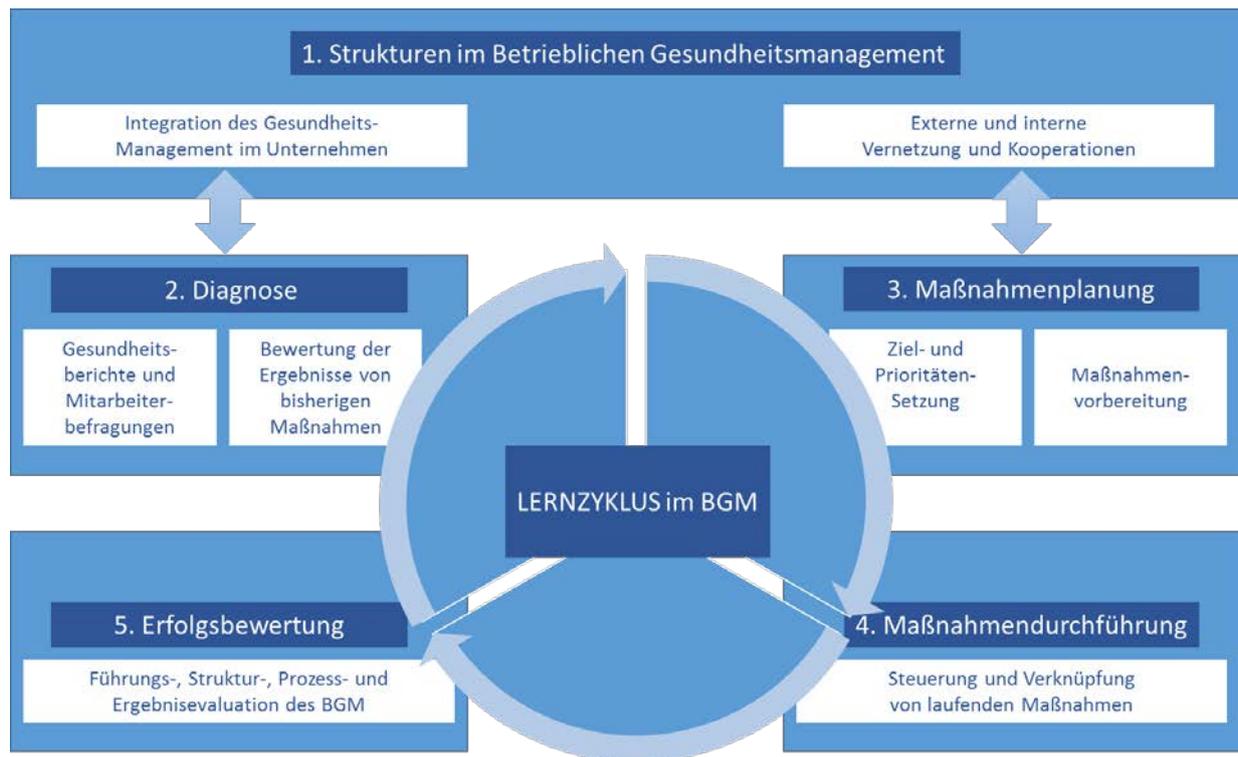


Abbildung 18: Lernzyklus im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (nach Badura, 1999)

- 1. Strukturen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement:** Unter Strukturen werden alle zeitlich relativ stabilen Elemente und Instrumente Betrieblichen Gesundheitsmanagements und deren Verzahnung mit der Aufbauorganisation eines Unternehmens erfasst. Dies können Konzepte oder Leitbilder, Ausstattung für das Gesundheitsmanagement oder auch die Fort- und Weiterbildung sein. Die interne und externe Vernetzung von betrieblichen Experten ist dabei ein weiteres wesentliches Strukturelement, das der längerfristigen Integration des Gesundheitsmanagements in den Unternehmen dient.
- 2. Diagnose:** Die Diagnose bezieht sich im Betrieblichen Gesundheitsmanagement auf die wissenschaftliche Erfassung des Ist-Zustandes. Diagnostiziert werden dabei Gesundheitstrends und die diesen zugrunde

liegenden Ursachen bzw. Triebkräfte. Hierunter wird eine entscheidungsorientierende Beobachtung und Bewertung gesundheitlicher Bedürfnisse und der darauf zielenden Leistungen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement verstanden.

3. *Maßnahmenplanung:* In der Phase der Maßnahmenplanung werden die zukünftigen Maßnahmen und Aktivitäten des Gesundheitsmanagements inhaltlich und organisatorisch vorbereitet. Dabei beinhaltet die Planung das Entwerfen einer Handlungsabfolge, in der über inhaltlich und zeitlich zweckmäßig zu wählende Teilziele ein Gesamtziel angesteuert wird. Neben der strategischen Planung (Strategien und Ziele) und der operativen Planung (Öffentlichkeitsarbeit, Verantwortlichkeiten für Maßnahmen) spielt im Betrieblichen Gesundheitsmanagement auch die dispositive Planung (Aktivität- und Zeitpläne, Budgetplanung) eine wichtige Rolle.
4. *Maßnahmendurchführung:* Die Steuerung der Intervention soll die Aktivitäten in Richtung der festgelegten Teil- und Gesamtziele voranbringen. Dabei sollten einzelne Maßnahmen miteinander vernetzt werden, um so gemeinsame Anstrengungen besser bündeln zu können. Ebenso ist die laufende Reflexion über den Verlauf und erzielte (Miss-) Erfolge für die Akzeptanz im Management und bei den Beschäftigten wichtig.
5. *Erfolgsbewertung:* Die Erfolgsbewertung, auch als Evaluation bezeichnet, ist das zentrale Element, das Betriebliches Gesundheitsmanagement von bloßem „Gesundheitsaktivismus“ unterscheidet. Erst durch eine fundierte Evaluation werden aus Einrichtungen und Leistungen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements „lernende Systeme“. Diese Systeme informieren sich regelmäßig durch Rückmeldung über Angemessenheit, Effektivität und Effizienz ihrer Aktivitäten und Programme und können sich somit ihrer Umwelt durch kontinuierliche Optimierung oder auch grundsätzliche Überarbeitung ihrer Strukturen und Prozesse anpassen.

Die geschilderten Vorgehensweisen strukturieren den Prozess des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in Groß- und Mittelbetrieben. „Für Kleinbetriebe gilt zwar die gleiche Grundstruktur, jedoch müssen hier Anpassungen an die betrieblichen Kleinstrukturen vorgenommen werden“ (Bamberg et al., 2011).

2.2.3.3. BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT – DIE ERFOLGSFAKTOREN

Entscheidend für den Erfolg eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements ist ein zielgerichtetes, kontinuierliches und verbindliches Vorgehen sowohl im Prozessaufbau als auch im weiteren Verlauf der Analyse von Ressourcen und Belastungen und daraus abgeleitet, die Umsetzung bedarfsgerechter verhaltens- und verhältnispräventiver Maßnahmen. Analog zum Paradigmenwechsel in der Personalentwicklung muss man sich auch im Bereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagement von einer administrativen Sicht und Herangehensweise verabschieden und nach der Wertschöpfung fragen (Becker, 2009, zitiert in Uhle und Treier, 2011).

Wertschöpfung im Bereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagement kann nur erzielt werden, wenn „die Maßnahmen auf einander abgestimmt sind und dabei auf eine kongruente und konsistente Gesundheitskultur und gesunde Arbeitswelt stoßen. Zudem müssen die Maßnahmen aus betriebspolitischer Sicht flankiert werden“ (Uhle und Treier, 2011).

Führungskräfte nehmen dabei eine Schlüsselrolle im Betrieblichen Gesundheitsmanagement ein: Durch ihr Verhalten und die eigene Arbeit als Vorgesetzter üben Führungskräfte einen hohen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten aus. Aber ebenso nehmen Führungskräfte eigene arbeitsbedingte Belastungen wahr, die auf Dauer zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen können. Und zuletzt müssen Führungskräfte als Multiplikatoren und Promotoren für das BGM gewonnen werden, damit sie das partizipative Handeln und die Umsetzung der Lösungsideen aktiv und konstruktiv mit unterstützen. Diese unterschiedlichen Rollen und Handlungsfelder der Führungskräfte müssen im BGM-Prozess beachtet werden. „Ein Gesundheitsmanagement im Unternehmen ist Führungsaufgabe, deshalb ist eine frühzeitige Einbindung der Führungskräfte durch Information und die Möglichkeit der Mitgestaltung im BGM-Prozess ebenso notwendig wie die Reflexion und Sensibilisierung der eigenen Führungsrolle“ (Oerder, o. A.).

Ein erfolgreiches Betriebliches Gesundheitsmanagement (Abbildung 19) benötigt also, nach Uhle und Treier (2011), „ein strategisches Management, um den Anforderungen einer zielorientierten Betrieblichen Gesundheitsförderung zu entsprechen, sowie einen datengeschützten Lernzyklus, um einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu gewährleisten“.

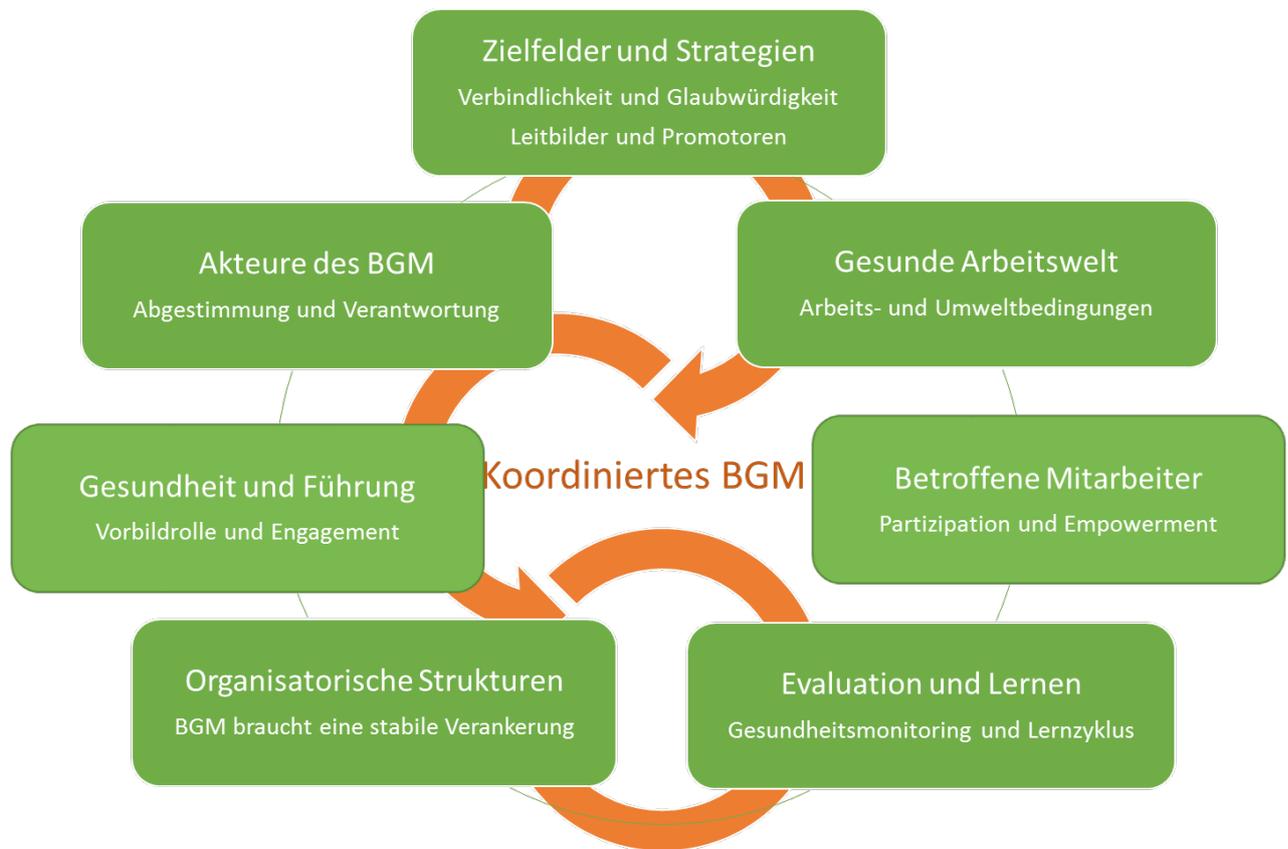


Abbildung 19: Die Erfolgsfaktoren des Betrieblichen Gesundheitsmanagement (nach Uhle und Treier, 2011)

Zusammenfassend bleibt festzuhalten: „Gesundheitsförderung ist ein Handlungskonzept, das durch die Grundprinzipien Ressourcenfokussierung, Empowerment und Langfristigkeit den Zielen, Strategien und Vorgehensweisen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements eine Richtung gibt. Gesundheitsmanagement umfasst gesundheitsbezogene Maßnahmen, Maßnahmen des Arbeitsschutzes und der Arbeitssicherheit, das Betriebliche Eingliederungsmanagement und Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Das Gesundheitsmanagement plant, koordiniert, integriert und priorisiert gesundheitsbezogene Maßnahmen und stimmt sie mit anderen Managementsystemen in Organisationen ab. Welche Maßnahmen bevorzugt werden, wird maßgeblich durch die Unternehmenskultur beeinflusst. Eine salutogene Unternehmenskultur gibt dem Gesundheitsmanagement Ziele vor, die über Prävention und Belastungsreduktion hinaus die Weiterentwicklung der situativen und personalen Ressourcen einschließt. Durch größtmögliche Mitbestimmung und Partizipation,

die in allen Handlungsschritten und Phasen des Gesundheitsmanagements Berücksichtigung finden sollte, werden Beschäftigte befähigt, die Bedingungen für Ihre Gesundheit eigenverantwortlich und aktiv zu beeinflussen und zu gestalten. Gesundheitsförderung bestimmt damit die Inhalte und das Vorgehen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements“ (Bamberg et al., 2011).

3.ACHTSAMKEIT FÜR UNTERNEHMEN – DIE KONZEPTION

3.1. EINFÜHRUNG

Die Herausforderung, ein effektives und bedarfsgerechtes Gesundheitsmanagement im Sinne von Primärprävention und Gesundheitsförderung zu implementieren, wird in den Unternehmen und Organisationen zunehmend erkannt, insbesondere unter dem Gesichtspunkt des demographischen Wandels und der damit zusammenhängenden Notwendigkeit Arbeitskraft und Arbeitsleistung – auch älterer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter - möglichst lange zu erhalten und zu optimieren. Neben Angeboten zur Prävention von Herz-Kreislauf und orthopädischen Erkrankungen finden immer häufiger gezielte Maßnahmen zur Bekämpfung von psychischen Erkrankungen, Stress, Erschöpfung und Überlastung statt. „Stress ist eine der Hauptursachen für krankheitsbedingten Arbeitsausfall, eingeschränktes Leistungsvermögen und Präsentismus“ (Sokoll et al., 2007).

Erkenntnisse aus der neurophysiologischen Forschung (Sobolewski et al., 2011; Van Leeuwen et al., 2012) sowie die Erfahrung einer steigenden Anzahl von Firmen zeigen, dass achtsamkeitsbasierte Programme, nicht nur unter Studiensituationen, sondern auch im Arbeitsalltag erwiesenermaßen dazu beitragen können, nicht nur Belastbarkeit zu stärken, sondern auch Zufriedenheit, Konzentration und die Zusammenarbeit der Mitarbeiter im Arbeitskontext zu verbessern (Kohls et al., 2013; Sauer et al., 2011).

Vor über 30 Jahren entwickelte Jon Kabat Zinn ein strukturiertes Meditationsprogramm, das sog. Mindfulness Based Stress Reduction Program (MBSR), dessen Wirksamkeit in vielen klinischen Studien für eine Bandbreite von Krankheitsbildern wie beispielsweise Ängste, Depressionen, Hauterkrankungen oder Schlafstörungen nachgewiesen wurde (Grossmann et al., 2004; Sedlmeier et al., 2012; Bohlmeijer et al., 2010). Das MBSR Programm ist mittlerweile im angloamerikanischen Sprachraum fester therapeutischer Bestandteil in vielen klinischen und nicht-klinischen Einrichtungen.

Basierend auf dem MBSR-Programm von Jon Kabat-Zinn hat die Kalapa Leadership Academy Bergisch Gladbach ein an die speziellen Anforderungen des Unternehmensalltags angepasstes, niederschwelliges und leicht zu implementierendes achtsamkeitsbasiertes Programm zur Verbesserung der Belastbarkeit, Zufriedenheit und kooperative Zusammenarbeit entwickelt, welches dieser Arbeit auch zugrunde liegt. Erweitert und ergänzt wird dieses Konzept im Rahmen dieser Promotion um den Bereich „Biometrie“: dabei werden erstmals biometrische Daten der beteiligten Probanden zur Evaluation achtsamkeitsbasierter Maßnahmen als gesundheitspädagogische Intervention im Unternehmen erhoben.

Daran anschließend erfolgt eine Übersicht über die eingesetzten psychometrischen und biometrischen Testverfahren gegeben, welche die Grundlagen zur wissenschaftlichen Evaluation des verwendeten Achtsamkeitsprogramms bilden.

3.2. „ERFOLG KOMMT VON INNEN“ – ENTWICKLUNG EINES ACHTSAMKEITSBASIERTEN PROGRAMMS FÜR UNTERNEHMEN UND ORGANISATIONEN ALS GESUNDHEITS-PÄDAGOGISCHE MASSNAHME

3.2.1. „ERFOLG KOMMT VON INNEN“ – VON DER IDEE ZUM PROGRAMM

Welche Vorbilder, Konzepte und Programme standen diesem Projekt Pate? Was waren die Anfänge, ersten Gedanken, die ersten Schritte auf dem Weg zur Konzeption dieses achtsamkeitsbasierten Programms? All diese Fragen werden versucht anhand eines semistrukturierten Interviews, das mit dem Gründer und Geschäftsführer der Kalapa Leadership Academy, Herrn Chris Tamdjidi, am Rande des Achtsamkeitsforums 2014 in Bensberg bei Köln am 03.10.2014 durch den Verfasser dieser Arbeit geführt wurde, darzustellen. Die wörtliche Abschrift dieses Interviews ist im Anhang 6 ab Seite 348 wiedergegeben.

3.2.1.1. VORBILDER, KONZEPTE, PROGRAMME

Begründet sind die beiden Grundideen „Achtsamkeit“ und „ Unternehmenskontext“ durch die persönliche Biographie von Herrn Chris Tamdjidi, der zunächst als Unternehmensberater bei Boston Consulting tätig war, - nach einem beruflichen „Ausstieg“ - sieben Jahre lang buddhistische Meditationszentren geleitet hat und seit dieser Zeit in der tibetisch-buddhistischen Tradition selbst Achtsamkeit praktiziert.

Das Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) Programm des US-Amerikaners John Kabat-Zinn (1985) hat den generellen Ansatz gebracht, denn es zeigt, dass Achtsamkeit über ein Training laufen kann. Dies war wie ein Durchbruch, da Achtsamkeit vor MBSR eigentlich nur als Meditation im geistig-spirituellen Kontext gelernt werden konnte, nun besteht die Möglichkeit Achtsamkeit im transformativen, heilenden Kontext, als

Selbsthilfemaßnahme einzusetzen. Gerade dieser Ansatz von Achtsamkeit benötigt aber auch das repetitive, die Wiederholung, ähnlich wie beim Sport das regelmäßige Training nur Leistung und schließlich einen Erfolg bringen kann.

Ein nächster Schritt waren Firmen wie Google, die intern ab etwa 2007/ 2008 mit „Search Inside Yourself“ ein Training entwickelten, das eben auch auf mehrere Trainingseinheiten und –termine basiert und das erste Mal auch den neurophysiologischen Kontext integriert haben (Tan, 2012). Auch ist es den Initiatoren wichtig, dieses Programm als Unternehmenstraining und nicht als individuelles Angebot zu positionieren: Achtsamkeit im Unternehmenskontext.

MBSR und Search Inside Yourself können somit als die beiden Hauptinspirationen für die Entwicklung des achtsamkeitsbasierten Programms „Erfolg kommt von Innen“ betrachtet werden. Wesentliche Änderungen hierzu finden sich in drei Punkten:

- Das Programm „Erfolg kommt von Innen“ steigt intensiver in die einzelnen Thematiken ein, bietet vom Rahmen her z. B. mehr Termine an und vertieft die einzelnen Erkenntnisse und praktischen Erfahrungen mehr als die beiden anderen Programme.
- Das Programm „Erfolg kommt von Innen“ wird immer und ausschließlich mit wissenschaftlicher Forschung kombiniert. Dabei geht es nicht darum, zu beweisen, dass Achtsamkeit „funktioniert“, sondern jedem Teilnehmer und jedem teilnehmenden Unternehmen diese „Wirkung“ plausibel ersichtlich zu machen.
- Das Programm „Erfolg kommt von Innen“ betont besonders die sozialen Neurowissenschaften (engl. *social neuroscience*). Gerade die Anpassung des Gehirns auf soziale Kognition steht im Zentrum des Interesses. Aktuelle Forschungsfelder beschäftigen sich unter anderem mit der psychischen Gesundheit, bei deren Erhaltung soziale Beziehungen eine grundlegende Rolle spielen (Cacciopo und Decety, 2011; Adolphs, 2009; Singer und Lamm, 2009).

3.2.1.2. ANFÄNGE UND ERSTE SCHRITTE

Neben der Kalapa Leadership Academy betreibt Kalapa auch ein Hotel, Schloss Heinsheim bei Heilbronn am Neckar. Dort wurden bereits im Jahre 2008 Achtsamkeits-Wochenendseminare für Einzelkunden angeboten.

Nachdem im Hotel auch immer wieder Tagungen von verschiedenen Unternehmen stattfinden, wurde auch für Firmengruppen ein tagungsbegleitendes „Paket“ geschaffen, das sich mit den Themenblöcken Stressbewältigung, Burnout-Prävention und/ oder sich einfach nur mit Achtsamkeitspraxis beschäftigt.

Aus diesen beiden Angeboten und der steigenden Nachfrage von Firmenkunden nach solchen Maßnahmen gestaltete sich die Idee, ein Forschungsprojekt zu initiieren.

Zusammen mit der German Graduate School of Management and Law (GGS) in Heilbronn wurde ein erstes Testprogramm ins Leben gerufen. Die Pilotveranstaltung fand von Oktober 2012 bis Januar 2013 an der GGS statt. Es wurden 13 Teilnehmer rekrutiert aus der Geschäfts- und Unternehmenswelt rund um Heilbronn. Organisatorisch und inhaltlich war das Training ähnlich dem wie heute: zwei volle Tage, acht Mal zweieinhalb Stunden einmal die Woche und Themeninhalte, bereits ähnlich den heutigen Themen, aus den Bereichen Achtsamkeit, soziale Neurowissenschaften und aus dem beruflichen, unternehmerischen Kontext.

Ziel war es bereits zu diesem Zeitpunkt, dass aus dieser Testprogramm ein Pilotprojekt „Erfolg kommt von Innen - Achtsamkeit im Unternehmen“ mit zehn Firmen und Unternehmen entstehen soll. Parallel zur oben genannten Pilotveranstaltung wurden die geplanten zehn Firmen rekrutiert.

3.2.1.3. FACHLICHER, DIDAKTISCHER, PÄDAGOGISCHER HINTERGRUND

Der inhaltliche, wie auch der didaktische und pädagogische Aufbau der einzelnen Trainingseinheiten und Module war extrem wichtig. Gerade der strukturelle Aspekt des Trainingsprogramms musste stimmen, da das Pilotprojekt von Anfang an wissenschaftlich begleitet werden sollte und aus diesem Grund eine gute Testlandschaft zwingende Voraussetzung bildet.

Mit Ron Kunga Lacoste konnte für die konzeptionelle Arbeit jemand gewonnen werden, der bereits über 30 Jahre Erfahrung im didaktisch-pädagogischen Aufbau von Trainingskonzepten vor allem auch im Unternehmenskontext besitzt.

Grundlegend war die Entwicklung einer Gesamtlogik, die sich wie ein roter Faden durch das Training zieht: Diese übergreifende Logik wird durch *social neuroscience* dargestellt. *Social neuroscience* bedeutet in diesem Kontext

Gesundheit im persönlichen, sowie im sozialen Kontext eines Menschen und die neuronale Integration dieser Kontexte im Gehirn, d. h. die Integration und Verlinkung von separaten neuronalen Einheiten zu einem funktionierenden Ganzen. Gesundheit als Integration des sozialen Umfeldes im neuronalen Netzwerk.

Pro Modul finden sich bestimmte didaktische Elemente, die, wie *keywords*, immer wiederkehrend sind: Ankommen der Teilnehmer und meditativer Check in, Benennung von Thesen und Zielen des jeweiligen Moduls am Anfang, Wechsel zwischen kognitiven Input, Übungen und persönlichem Austausch, Einheiten nicht zu lange, eher kurze Sequenzen mit Wiederholungen. Und immer wieder persönliches Feedback der Teilnehmer: „wir bitten immer jeden Teilnehmer jedes Mal zu sagen, wie es ihm geht mit der Praxis, mit den Übungen (...) es kann sich nicht jemand hinsetzen nach hinten und wochenlang nichts sagen“ (Tamdjidi in Hiendl, 2014a).

Die Struktur des Programms ist klar gegliedert: Am Anfang und am Ende erfolgt jeweils ein ganzer Tag außer Haus (*offsite*), d. h. nicht im Unternehmen oder in der Organisation, dazwischen acht Module mit jeweils zweieinhalb Stunden einmal die Woche, die im Arbeitsalltag, in der (gewohnten) Unternehmensumgebung stattfinden sollen. Neben der übergreifenden Logik, *social neuroscience*, gibt es auch eine Art (spirituelle) innere Logik, ein Gemisch aus Erkenntnissen aus zweieinhalbtausend Jahren Achtsamkeit. Da die Teilnehmer gerade zu Beginn meist mit Achtsamkeit *per se* nichts anfangen können und meist auch nicht gewohnt sind, zu sich „nach Innen“ zu blicken, sind die ersten Module ich-zentriert, nach Innen gerichtet. Der Teilnehmer nimmt wahr, wie Achtsamkeit bei ihm wirkt, betrachtet seine individuellen Achtsamkeitserfahrungen. Die weiteren Module führen ihn dann vom „ich“ zum „wir“, d. h. Achtsamkeit als das zentrale Steuerungselement ausgedehnt auf die verschiedenen Aspekte (der Arbeitswelt, des Alltages, des sozialen Miteinanders, usw.). Der Projektteilnehmer soll lernen, die gemachten Achtsamkeitserfahrungen an sich selbst in den (Arbeits-) Alltag und im Umgang mit anderen Menschen umzusetzen.

Als Projektziele werden Resilienz, Zufriedenheit und Zusammenarbeit definiert, als die „gemessenen Ziele“. Es wird hervorgehoben dass es Absicht dieses Projektes ist, zu messen, „was passiert bei der persönlichen Widerstandsfähigkeit, bei der Stressbewältigungsfähigkeit der Teilnehmer, was passiert mit der Zusammenarbeit der Teilnehmer und was passiert einfach auch mit der Freude an der Arbeit bei den Teilnehmern“ (Tamdjidi in Hiendl, 2014a). Zum einen sollen natürlich die Projektteilnehmer die Erfahrung und die Wirkung an sich selbst merken, dass sie im Unternehmenskontext eine „innere Wandlung“ angehen können, die dann auch sehr hilfreich für die „äußere Wandlung“ ist, zum anderen merken auch die betroffenen Unternehmen und

Organisationen, dass der Transfer der gemachten Erfahrungen und Erkenntnisse einen starken Benefit auf die Teambildung und allgemeine Zusammenarbeit haben wird.

3.2.2. PROGRAMM „ERFOLG KOMMT VON INNEN“ – DER RAHMEN

Die nachfolgenden Rahmenbedingungen sind zusammengestellt aus Projektvorschlagsunterlagen der Kalapa Leadership Academy und mednetwork.de® für potentielle, teilnehmende Unternehmen aus den Jahren 2012 bis 2015:

3.2.2.1. PROJEKTUMFANG

Die teilnehmenden Unternehmen identifizieren 8 bis 25 Mitarbeiter, die an diesem Achtsamkeitstrainingsprogramm mitmachen wollen. In einem Zeitraum von etwa 10 Wochen werden diese Projektteilnehmer folgende Trainingseinheiten durchlaufen (Abbildung 20):

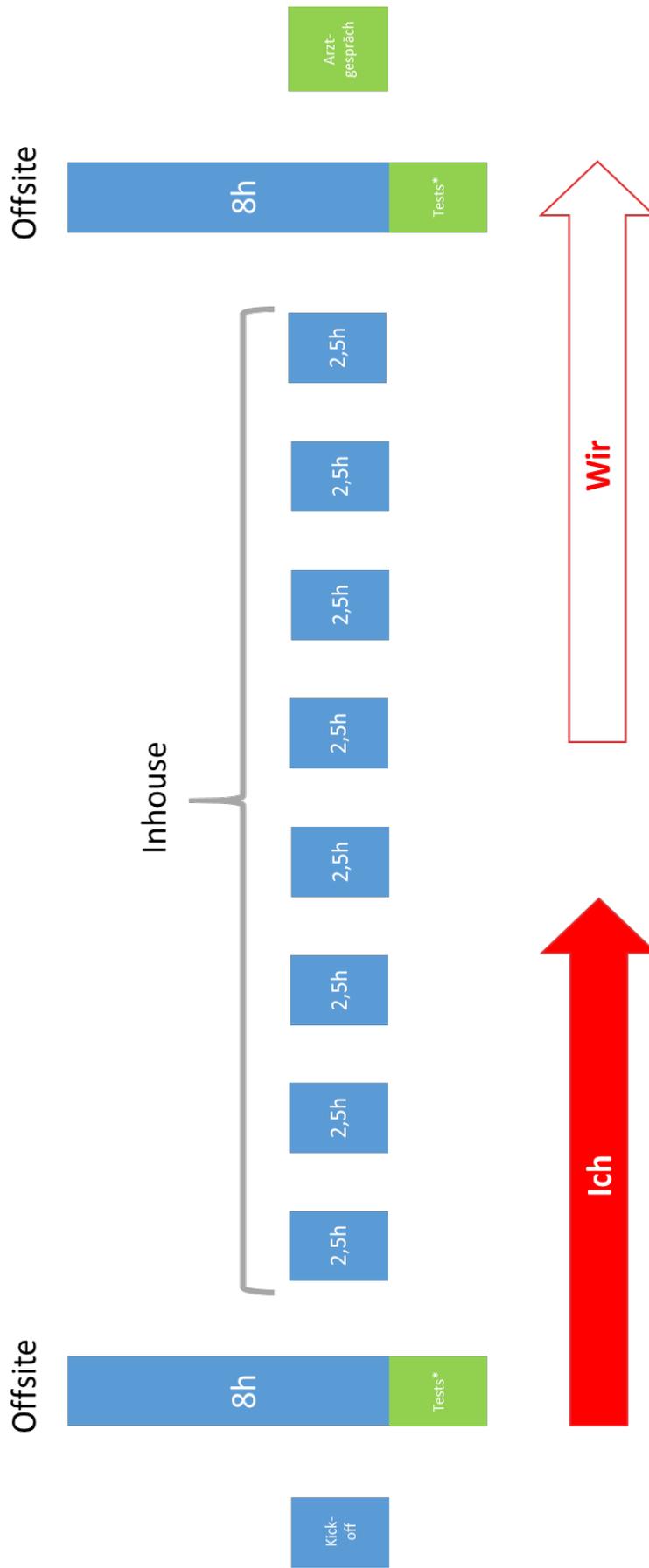
- Kick-off-Veranstaltung im teilnehmenden Unternehmen, Dauer ca. 2 bis 3 Stunden.
- Entschleunigungstag mit psychometrischen und biometrischen Testverfahren (Ausgangssituation der Probanden), *Offsite*, Dauer ca. 8 Stunden.
- Acht Trainingsmodule im teilnehmenden Unternehmen, in der Regel einmal wöchentlich stattfindend zu jeweils 2,5 Stunden.
- Vertiefungstag mit psychometrischen und biometrischen Testverfahren (Abschlussbewertung der Probanden), *Offsite*, Dauer ca. 8 Stunden.
- Im Laufe des Projektes sollen die teilnehmenden Mitarbeiter idealerweise mindestens zehn Minuten pro Tag eine Form von Achtsamkeitstraining persönlich anwenden und den zeitlichen Umfang und ihre individuelle Erfahrungen protokollieren (anonymisiert).
- Für den (individuellen) Projekterfolg wird empfohlen, dass die Teilnehmer an mindestens sieben der zehn Projekteinheiten teilnehmen

- Arzt-Einzelgespräch mit Beratung der Probanden nach Vorliegen der individuellen psychometrischen und biometrischen Testergebnisse (Vorher-Nachher-Vergleich).

3.2.2.2. PROJEKTINHALTE

Im Laufe des Projekts werden den Teilnehmern folgende Inhalte und Methoden vermittelt:

- Achtsame Kommunikation im Arbeitskontext und die Bedeutung von Kommunikation im Unternehmensalltag.
- Achtsames Entscheidungsmanagement.
- Neurophysiologie und Selbstführung, emotionale Intelligenz und Zufriedenheit – wie wir unsere Selbstreflexivität verfeinern können, besser unsere Emotionen steuern können und angemessen unsere Arbeitsbeziehungen gestalten lernen.
- Achtsamkeitsmeditation und Work-Life-Balance.
- Die Neurophysiologie des Gehirns, die Wirkung von Stress auf das Gehirn und den Körper. Methoden der Stressbewältigung aus neurophysiologischer Sicht.
- Neurophysiologie und Achtsamkeit – wie Achtsamkeitsmeditation und andere Achtsamkeitsmethoden auf das Gehirn wirken.
- Zur Stärkung der Umsetzung des Gelernten erhalten die Teilnehmer nach jedem Modul Übungsanweisungen, die sie konkret in den (Arbeits-) Alltag einbringen können. Beim folgenden Modul findet jeweils darüber ein Erfahrungsaustausch statt.



Tests*: Psychometrie: Kognitionspsychologische Testverfahren, psychosoziale Fragebogen
 Med. Biometrie: Stressbiomarker, Herzratenvariabilität, Präventivdiagnostisches Labor, Telomerlängen

Abbildung 20: Übersicht über den Projektumfang „Erfolg kommt von Innen“

3.2.2.3. INHALTE UND ABLAUF EINES TYPISCHEN MODULS

Jedes Modul hat bestimmte Elemente, die laufend wiederholt und geübt werden sollten. Damit erhöht sich – aus der Erfahrung – im Vergleich zu sonst üblichen Trainingsmethoden die Wahrscheinlichkeit deutlich, dass das Erlernete in den Alltag eingebracht und umgesetzt wird:

Reflektion und Austausch. Was hat seit dem letzten Mal funktioniert und was nicht?

Neuer Impuls. Was passiert bei z. B. Multi-tasking, e-Mailing, Konflikten, usw. in unserem Gehirn? Verständnis entwickeln, wie wir unser Gehirn besser einsetzen können.

Übung bestimmter Achtsamkeitsmethoden. Z. B. Achtsamkeitsmeditation, Body Scan, usw.

Erklärung eines neuen Tools. Z. B. Achtsamkeit beim e-Mailing, achtsames Zeitmanagement, achtsames Autofahren, usw.

Verpflichtung. „Hausaufgaben“ für die darauffolgende Woche.

Verteilung einer Postkarte mit einer Übung. Als Erinnerung für den (Arbeits-) Alltag (beispielhaft Abbildung 21).

3.2.2.4. ACHTSAMKEITSTRAINING - INHALTSÜBERSICHT

Die Tabelle 4 gibt hierzu eine generelle Übersicht über die Ziele, Inhalte und Methoden der einzelnen Komponenten des Achtsamkeitsprojekts „Erfolg kommt von Innen“.

Die einzelnen Projekt-Einheiten und -Module werden im Detail im weiteren Verlauf dargestellt.



ACHTSAMES MAILEN

1. Von Push zu Pull: Bestimmen Sie bewusst den Zeitpunkt, an dem Sie Ihre E-Mails abrufen/anschauen (z.B. zwischen abgeschlossenen Aufgaben).
2. Aktiv Zeiten ohne E-Mails planen.
4. Einige E-Mails haben Zeit, sie können später oder Morgen beantwortet werden. Andere brauchen die Zeit jetzt.
5. Der Morgen ist eine gute Zeit zum kreativen Denken. E-Mails Lesen nimmt der Kreativität die Energie.
6. Versetzen Sie sich in den Adressaten und prüfen Sie, welche Informationen wirklich nötig und hilfreich sind.
7. Gute Körperhaltung am Rechner.
8. Vermeiden Sie komplett negative Energien/Emotionen in Ihre E-Mails zu packen.
9. Reduzieren - Weniger E-Mails senden, viele E-Mails einfach löschen.
10. „Danke-Schön-Mails“ sind schöne Mails.
11. Persönliches Grußwort senden - z.B. „Schöne Grüße nach Stuttgart“.



KALAPA LEADERSHIP ACADEMY

Abbildung 21: Erinnerungs-Postkarte „Achtsames Mailen“ (Vorder- und Rückseite)

Termin	Zeit	Ziel	Inhalt	Methoden
Kick-off	2 Std.	Einführung	Was ist Achtsamkeit?	
Auftakt	8 Std.	Entschleunigung	Psychometrische und biometrische Tests. Neurophysiologie von „Mensch-sein“ Stress und Achtsamkeit	Achtsamkeits-Meditation Achtsames Gehen
Modul 1	2,5 Std.	Stressabbau/ Produktivität	Aufmerksamkeit und Fokus Warum Multi-tasking nicht funktioniert	Achtsames E-Mails Achtsamkeits-Routinen
Modul 2	2,5 Std.	Stressabbau/ Produktivität	Neurophysiologie der Emotionen. Intelligenz der Emotionen und lernen mit Emotionen umzugehen	Achtsamer Umgang mit Emotionen Body Scan
Modul 3	2,5 Std.	Stressabbau/ Produktivität	Neurophysiologie von Freude. Freude als Fähigkeit und Orientierung für ein lernendes Leben	Wertschätzende Reflektion Aimless Wandering
Modul 4	2,5 Std.	Stressabbau/ Produktivität	Neurophysiologie von Zeit. Wahrnehmung. Achtsamkeit managen anstatt Zeit. Zeitwahrnehmung und Flow.	1 Minute Pause Flow
Modul 5	2,5 Std.		Vertiefung Achtsamkeit und Gewahrsein.	Raum-Gewahrsein
Modul 6	2,5 Std.	Zusammenarbeit	Spiegelneuronen und das soziale Gehirn. Austausch und Stimmung. Achtsame Dialoge und Feedback.	Achtsame Dialoge
Modul 7	2,5 Std.	Zusammenarbeit	Neurophysiologie von Vertrauen. Dialoge in Teams. Teamarbeit.	Achtsamkeit in Team- Meetings
Modul 8	2,5 Std.	Selbst-Führung und Führung	Neurophysiologie von Entscheidung. Bewusste Entscheidungen treffen. Führung und Präsenz.	Achtsame Wahrnehmung von Entscheidungen Raum-Gewahrsein und Präsenz
Abschluss	8 Std.	Vertiefung	Psychometrische und biometrische Tests. Achtsamkeit im Organisationsalltag	„World Cafe“
Arztgespräch	0,5 Std.	Gesundes Leben	Individuelles Präventions- und Beratungsgespräch auf Grundlage der persönlichen Testergebnisse	

Tabelle 4: „Erfolg kommt von Innen“ – Inhaltsübersicht

3.2.3. PROGRAMM „ERFOLG KOMMT VON INNEN“ – DIE INHALTE

Die inhaltliche Übersicht über die einzelnen Programmeinheiten stammt aus umfangreichen Unterlagen und Schulungsmaterialien der Kalapa Leadership Academy aus den Jahren 2012 bis 2015 (Stephan und Tamdjidi, 2012; Tamdjidi und Kohls, 2012a und b; Tamdjidi und Stephan, 2015a bis x):

3.2.3.1. KICK-OFF

Die Aufgabe der „Kick-off“- Veranstaltung ist es, dem Projekt einen guten Start zu verschaffen.

Nach der Begrüßung und Vorstellung des Teams wird zunächst mit einer Darstellung der derzeit allgemein vorherrschenden Situationen im Arbeitsalltag begonnen.

Folgende Bereiche werden dabei u. a. angesprochen:

- Fragmentierung des Arbeitsalltages
- Beschleunigung und Zunahme der Arbeit gesamt und für den einzelnen
- Belastung der persönlichen Präsenzfähigkeit
- Folgeerscheinungen: Stress und Burnout

In einem zweiten Schritt folgt eine einführende, übersichtliche Darstellung von Achtsamkeit im Allgemeinen und verschiedenen Achtsamkeitsformen im speziellen. Insbesondere wird darauf eingegangen, was man unter Achtsamkeit überhaupt versteht, wie Achtsamkeit praktisch eingesetzt wird (Abbildung 22) und wie Achtsamkeit prinzipiell funktioniert (Abbildung 23).

Um die Themen Achtsamkeit, Stress und Entschleunigung insgesamt besser verstehen und auch (vielleicht erstmals) erleben zu können, erfahren die Teilnehmer im Folgenden einen kurzen, praktischen Einblick in die Achtsamkeitsmeditation, dabei werden Haltung, Ausrichtung, Balance, aber auch Schmerz, sowie Anfang und Ende einer Meditationseinheit praktisch vorgestellt und geübt. Auch gibt es einen Überblick, welche

Auswirkungen Achtsamkeitsmeditation auf Körper, kognitive Fähigkeiten, Verhalten und psychische Gesundheit haben kann.

Neben diesem grundlegenden Kennenlernen von Achtsamkeit will die Kick-off Veranstaltung die Teilnehmer vor allem auch mit den Rahmenbedingungen des Forschungsprojektes vertraut machen (siehe Kapitel „Programm „Erfolg kommt von Innen“ - Der Rahmen“), Übersicht über das Achtsamkeitsprojekt im Ganzen und Einblick in den grundsätzlichen Aufbau der wöchentlichen Module vermitteln.

Wie wird Achtsamkeit eingesetzt?

„Achtsamkeit eine bestimmte Form der Aufmerksamkeit, die absichtsvoll ist, sich auf den gegenwärtigen Moment bezieht und nicht wertend ist.“ [John Kabat-Zinn]

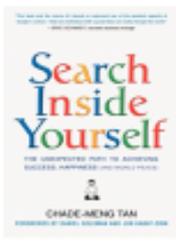
Achtsamkeitsmeditation	Achtsamkeitsübungen	Achtsamkeitstrainings
		
Achtsamkeitsmeditation ist eine jahrhundertealte Form der Meditation, deren Wirkung zur Zeit vielfältig und intensiv geforscht wird.	Achtsamkeit kann mit anderen Übungen und Aktivitäten verbunden werden, z.B. Laufen und Meditation.	Mehr und mehr Firmen bieten Achtsamkeitstrainings an, um Konzentration und Resilienz zu stärken, Führungsqualitäten zu verbessern und Stress vorzubeugen.



Abbildung 22: Präsentationsfolie „Kick-off“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015a): „Wie wird Achtsamkeit eingesetzt?“

Achtsamkeit: Wie geht das?

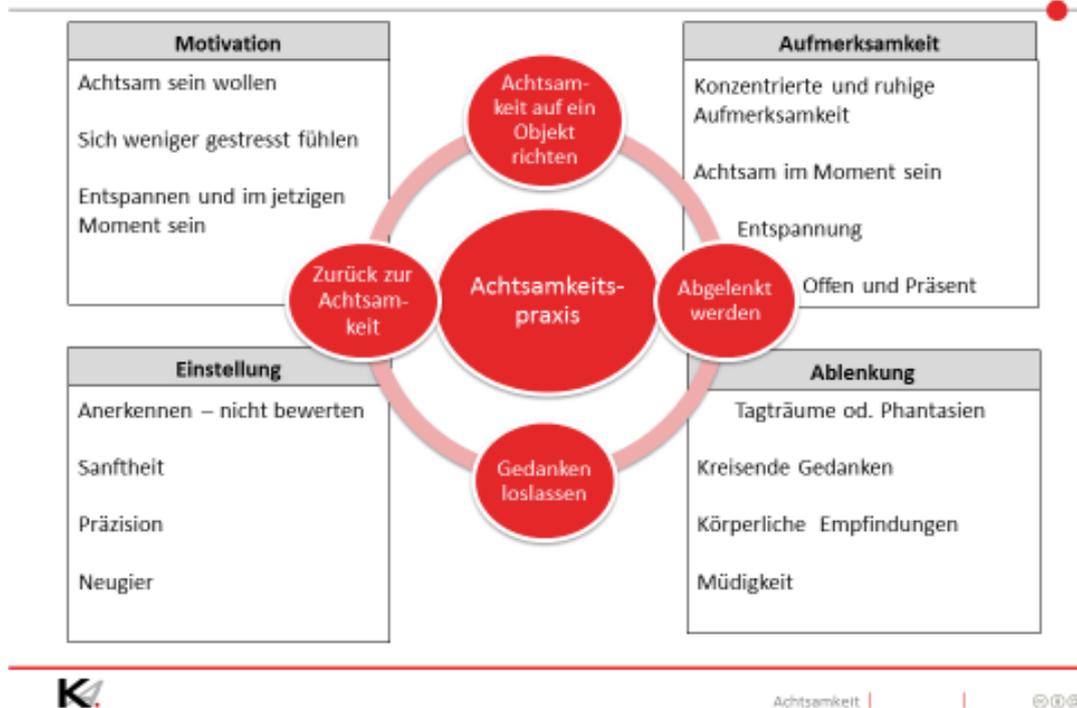


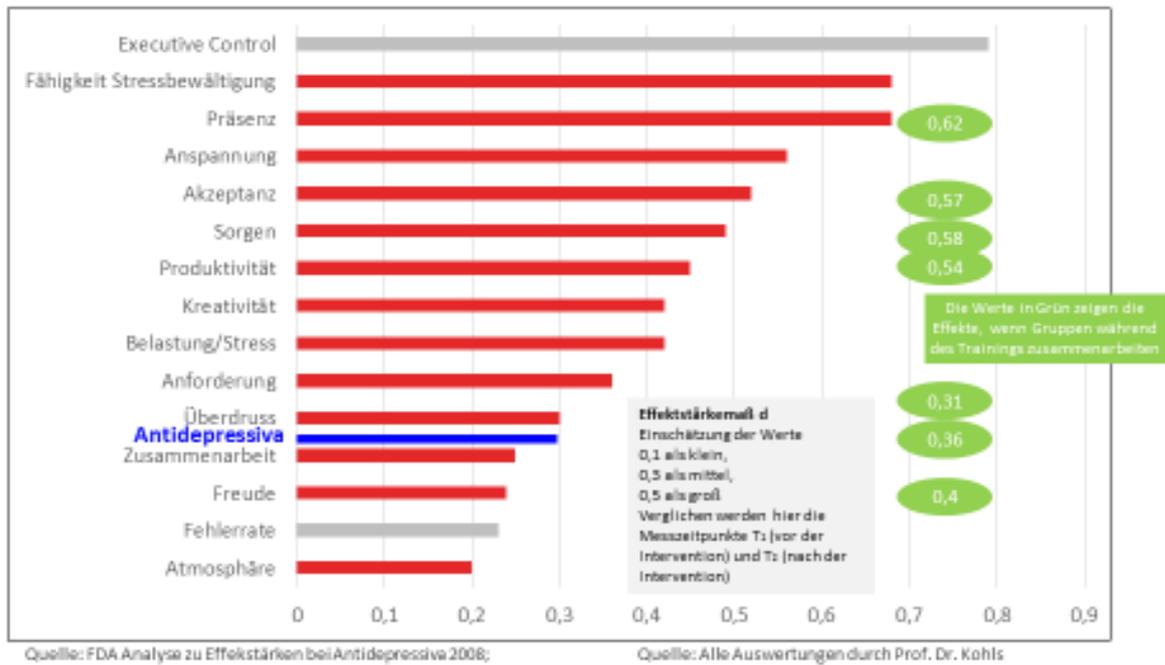
Abbildung 23: Präsentationsfolie „Kick-off“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015a): „Achtsamkeit: Wie geht das?“

Zum Abschluss wird den Teilnehmern in der Kick-off Veranstaltung noch ein Überblick über die Ergebnisse des Achtsamkeitsprojektes bei den bisher beteiligten Unternehmen im Hinblick auf folgende Bereiche gegeben:

- Anzahl der individuellen Achtsamkeits-Übungszeiten und –Übungseinheiten
- Vorher-Nachher-Vergleich (mit wissenschaftlich-statistischer Auswertung) von folgenden Empfindungen: Sorgen, Anspannung, Anforderung und Freude
- Gesamteinschätzung des Achtsamkeitstrainings durch die Teilnehmer
- Effektstärken-Ranking der Maßnahmen im Rahmen des Projektes (Abbildung 24)
- Aussagen zu zukünftigen Vorhaben der Teilnehmer in Bezug auf Ihre Achtsamkeitspraxis, unmittelbar nach dem Projekt, sowie 3-12 Monate nach dem Projektende.

Effektstärken im Rahmen des Projekts

Signifikante Effektstärken - vor allem im Vergleich zu anderen Maßnahmen



Achtsamkeit |



Abbildung 24: Präsentationsfolie „Kick-off“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015a): „Effektstärken im Rahmen des Projekts“

3.2.3.2. ENTSCHEUNIGUNGSTAG

Nachdem die teilnehmenden Mitarbeiter aus den jeweiligen Unternehmen identifiziert wurden, beginnt mit dem Entschleunigungstag das „Abenteuer“ Achtsamkeit im Unternehmen.

Um auch räumlich eine Zäsur zur gewohnten (Arbeits-) Umgebung zu setzen, findet diese achtstündige Veranstaltung idealerweise *offsite*, d. h. an einem anderen Ort, z. B. einem Tagungs-Hotel o. ä., mit entsprechender Infrastruktur statt.

Nach einer Vorstellungsrunde der Teilnehmer unter den Gesichtspunkten:

- Wer sind Sie?
- Was bringt Sie hierher?
- Welche Berührungspunkte mit dem Thema Achtsamkeit hatten Sie bisher?,

werden diese mit den Fernzielen (Projekt) und Nahzielen (Entschleunigungstag) vertraut gemacht (Abbildungen 25 und 26).

Projektziele

1. Den Umgang mit Stress so zu üben/erfahren, dass Kreativität, Gesundheit und Freude gefördert werden.
2. Die Teilnehmer haben eine breite Palette an Themen, Methoden und Zugängen zum Thema Achtsamkeit, und darüber vielfältige Möglichkeiten der Umsetzung im Arbeitsalltag.
3. Die Wirkung von Achtsamkeit ist durch das Forschungsprojekt auf folgende Aspekte nachgewiesen:
 - Konzentrationsfähigkeit
 - emotionale Intelligenz
 - Führungsverhalten
 - interpersonelle Beziehungen
 - kulturelle Ebene
4. Das Forschungsprojekt leistet einen Beitrag zum Aufbau effektiver und gesunder Unternehmenskulturen auf fundierter Basis.



Abbildung 25: Präsentationsfolie „Entschleunigungstag“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015b): „Projektziele“

Ziele für den Entschleunigungstag

1. Psychometrische und biometrische Tests durchführen
2. Entschleunigungserfahren
3. Erste Kostprobe „aus dem TUN zum SEIN“
4. Ein Verständnis für die Landkarte unseres Gehirns und dessen Relevanz für unseren Arbeitsalltag
5. Das Phänomen Stress genauer zu betrachten
6. Bereitschaft fördern, die Erkenntnisse der Neuropsychologie und der Achtsamkeit in den Arbeitsalltag umzusetzen.



Abbildung 26: Präsentationsfolie „Entschleunigungstag“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015b): „Ziele für den Entschleunigungstag“

Auch werden gewisse „Grundregeln“ für das gesamte Achtsamkeitstraining ausgegeben:

- Seien Sie bitte „HIER“.
- Bleiben Sie kritisch und gleichzeitig offen und neugierig.
- Trauen Sie Ihrer Erfahrung.
- Melden Sie jede Störung.

Um die psychischen und medizinischen „Eingangsbedingungen“ der Probanden zu erfassen, werden in einem ersten Schritt die psychometrischen und biometrischen Testverfahren durchgeführt. Diese erfolgen nach entsprechender, auch zeitlich vorausgegangener persönlicher Information und Aufklärung der Teilnehmer, sowie nach deren schriftlichen Einwilligung gemäß den Regularien des zuvor eingeholten positiven Votums der Ethikkommission der Bayerischen Landesärztekammer (Anlage 1) und den gültigen gesetzlichen Datenschutzbestimmungen, sowie den Datenschutzbestimmungen der beteiligten Unternehmen.

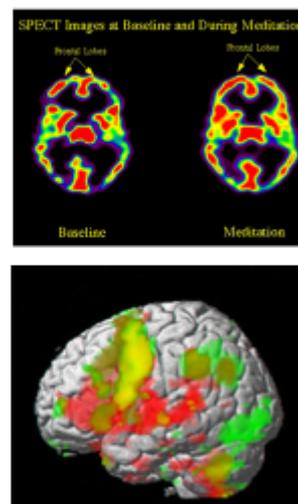
Die für die Programmevaluation zum Einsatz kommenden psychometrischen und biometrischen Testverfahren sind im weiteren Verlauf dieser Arbeit ausführlich dargestellt und erläutert (siehe Kapitel: Testverfahren zur Evaluation).

Nach Absolvierung dieser Testverfahren erfolgt „eine kleine Anleitung zum Menschsein“, eine theoretische Einführung in die Grundprinzipien des Menschseins aus neurophysiologischer und neuropsychologischer Perspektive. Die Achse „Körper-Gehirn-Geist“ wird dargestellt, ebenso die anatomische und physiologische Struktur des Gehirns.

Unterbrochen durch eine kurze praktische Übung („Bleiben Sie für zwei Minuten beim Spüren der Sitzfläche Ihres Stuhls...“), lernen die Projektteilnehmer das Gehirn als perfektes Netzwerk kennen und beschäftigen sich mit zwei Netzwerkkarten besonders: dem Narrativen Netzwerk (NN) und dem Direktes-Erfahrungs-Netzwerk (DEN), rationales Erkunden (betrachten, erforschen, verstehen) auf der einen Seite und Erfahren (selbst erleben, spüren, kosten) auf der anderen. Achtsamkeit wird als zentraler Baustein in der Integration unserer Erfahrung dargestellt (Abbildung 27).

Achtsamkeit ist zentral in der Integration unserer Erfahrung

- Unsere Erfahrungen beeinflussen Gehirn und Geist (Neuroplastizität)
- Viele Erfahrungen sind „Background Noise“ – sie werden nicht bewusst wahrgenommen, verarbeitet, gespeichert
- Unsere Erfahrungen bewusst zu beobachten und zu steuern ist deshalb die grundlegendste Art, unser Gehirn und unser Leben zu formen
- Achtsamkeit ist wie ein Lichtstrahl, der unsere innere und äußere Erfahrung anstrahlt und unterstützt so die Verarbeitung unserer Erfahrungen, und verändert unser Gehirn



Rick Hanson



Entschleunigungstag |

| 29



Abbildung 27: Präsentationsfolie „Entschleunigungstag“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015b): „Achtsamkeit ist zentral in der Integration unserer Erfahrung“

Mit einer Anleitung für die Achtsamkeitspraxis und einer praktischen Übung schließt der erste Teil des Entschleunigungstages:

1. IN EINEM RUHIGEN ORT PLATZ NEHMEN (STUHL ODER SITZKISSEN)
2. Das Wichtigste ist, dass Sie dafür sorgen, an einem ungestörten Ort Ihre Praxis üben zu können. Es sollte möglichst kein Telefon klingeln oder irgendjemand Sie in dieser Zeit stören können. Wenn Sie immer befürchten, es könnte jemand reinkommen, wird ihr Geist mehr damit beschäftigt sein und kann nur schwer zur Ruhe kommen.
3. Setzen Sie sich AUFRECHT hin. Die Wirbelsäule ist aufrecht mit ihrer natürlichen Krümmung. Der Kopf ruht ganz elastisch auf der Wirbelsäule.
4. Wenn Sie einen Stuhl gewählt haben, lehnen Sie sich nicht an sondern rücken Sie etwas nach vorne, sodass Sie Platz haben, sich aufrecht hinzusetzen.
5. Die HÄNDE liegen mit der Handinnenfläche auf den Schenkeln. Die Ellbogen hängen natürlich und entspannt nach unten.
6. Die ARME UND SCHULTERN sind entspannt.
7. Das KINN wird leicht zur Brust gezogen. Der NACKEN wird dadurch ganz sanft gestreckt.
8. Die AUGEN sind halb geschlossen. Der BLICK ruht ca. 1,5 Meter vor sich auf dem Boden.
9. Das GESICHT und der UNTERKIEFER sind natürlich und entspannt. Die Zunge liegt angenehm und weich in der Mundhöhle.
10. Wenn Sie auf einem Kissen sitzen, halten Sie Ihre Fußgelenke locker gekreuzt. Wenn Sie auf einem Stuhl sitzen, stellen Sie beide Fußsohlen flach auf den Boden. Achten Sie darauf, dass Sie ANGENEHM SITZEN und verändern Sie achtsam Ihre Körperhaltung, wenn irgendetwas schmerzhaft ist.
11. Lenken Sie IHRE ACHTSAMKEIT AUF DEN ATEM und folgen Sie dem Ein- und dem Ausatmen. Spüren Sie wirklich Ihren Atem.
12. Wenn der GEIST ABSCHWEIFT, INNERLICH „DENKEN“ SAGEN, und ganz sanft zurück zum Atem kommen.

Nach einer Pause beginnt der zweite Teil mit der Bildung von 4er Gruppen unter den Kursteilnehmern. Die Gruppenbildung erfolgt nach dem Zufallsprinzip durch ein ungerichtetes Laufen im Raum und dem plötzlichen „Stopp“ durch den Achtsamkeitstrainer. Die Aufgabe der jeweiligen Teilnehmergruppe besteht nun darin, sich für 10 Minuten darüber auszutauschen, welches die (individuellen) Erkenntnisse aus dem Vormittag waren.

Der nächste Themenkomplex behandelt den Stress. Was ist Stress überhaupt? Welche Auswirkungen hat Stress auf neurophysiologischer Ebene? Wie empfindet der einzelne Teilnehmer individuell Stress? Hierzu wird den Teilnehmern wiederum eine praktische Übung angeboten und die resultierenden Erfahrungen im Plenum ausgetauscht.

Stress und Stresssymptome auf kognitiver, emotionaler, vegetativ-hormoneller, sowie körperlicher Ebene werden aufgezeigt. Ebenso Stress geschlechtsspezifisch, sowie Stressfaktoren/ -situationen am Arbeitsplatz, in der Familie, aus der Umwelt und Stress aus dem individuellen Verhalten bzw. Gesundheit. Was passiert bei langanhaltender Stressbelastung?

Neben der Darstellung all dieser Stressfaktoren und Stresssituationen ist es natürlich auch das Anliegen dieses Entschleunigungstages praktikable Ansätze zur (individuellen) Stressbewältigung den Teilnehmern aufzuzeigen.

Das führt wiederum zur Thematik der Achtsamkeitsmeditation und von Achtsamkeit im Alltag.

Die Praxis der Achtsamkeit ist wie ein *perpetuum mobile*, durch den Kreislauf und dem immer Wiederkehren von „Achtsamkeit richten - Abgelenkt werden-Loslassen - Rückkehr zur Achtsamkeit“ erhält es seine eigene Dynamik (Abbildung 28).

Die Möglichkeit, zu bemerken man tut, wo man im Geiste ist, setzt einen Beobachter voraus. Diesen inneren Beobachter kann man zum einen durch Reflektion, zum anderen durch die Kunst der Achtsamkeitspraxis stärken und fördern.

Welche Möglichkeiten es gibt, Achtsamkeitspraxis im eigenen Alltag zu integrieren, zeigt die Tabelle 5.



Abbildung 28: Präsentationsfolie „Entschleunigungstag“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015b): „Dynamik in der Achtsamkeitspraxis“

Wie wir Achtsamkeit in unseren Alltag integrieren können:

Entscheiden

Der Anfang ist immer eine Entscheidung – und „jedem Anfang liegt ein Zauber inne“. Eine verbindliche Entscheidung, dass wir 10-20 min Achtsamkeitsmeditation in unser Leben integrieren. Das kann in der Früh, vor der Arbeit oder am Abend sein. Es kann eine Kombination von formaler Achtsamkeitspraxis im Sitzen, während des Autofahrens, beim Joggen oder eine Bodymind-Praxis sein. Wichtig dabei ist (wie auch bei jedem Sport) die Regelmäßigkeit und die Mäßigkeit (sich nicht zu viel auf einmal vornehmen). Besser nur 8 Minuten meditieren, aber diese wirklich regelmäßig einhalten, als sich zu viel vornehmen und es dann nicht machen. Wir können auch nicht gleich einen Marathon laufen, wenn wir nicht eine längere Zeit regelmäßig dafür trainieren.

Zeit und Raum

Es ist wichtig, einen guten Platz für die Meditation zu schaffen, zeitlich und auch räumlich. Wenn wir in unserem schnellen Alltag versuchen noch etwas zusätzlich „reinzquetschen“, wird das schwer sein und eine Last werden. Aber wenn wir uns bewusst ein wenig Zeit nehmen, vielleicht etwas früher schlafen gehen, 10 Minuten früher aufstehen, können wir Zeit für unsere Achtsamkeitspraxis schaffen. Einen guten, ruhigen und einladenden Platz für die Praxis zu haben ist ebenfalls sehr hilfreich.

Davor und danach

Es ist gut etwas langsamer „davor und danach“ zu sein. Wenn wir Joggen, wärmen wir uns davor auf und nehmen uns danach ein wenig Zeit, um wieder im Alltagstempo anzukommen. Ähnlich bei der Achtsamkeitspraxis – man könnte vorher einen schönen Tee trinken, ein wenig reflektieren und danach noch achtsam aufstehen, zum Auto gehen und in den Tag starten.

Nicht aufgeben	Jeder Erwachsene weiß, dass jedes Kind Fahrrad fahren lernen kann. Wichtig ist dabei, dass ein Kind nicht aufgibt. Ähnlich ist es bei der Achtsamkeitsmeditation. Jeder kann es – und trotzdem ist es schwer, weil es so gegen den Rhythmus der heutigen Zeit geht. Deshalb ist es wichtig zu akzeptieren, dass wir immer wieder den Kontakt zu unserer Achtsamkeitspraxis verlieren können - vielleicht sind wir 7 Tage auf Geschäftsreise und wir kommen nicht dazu. Das ist sehr häufig der Fall. Deshalb ist es wichtig, immer wieder frisch anzufangen. Es ist wie das Zurückkehren zum Atem – wir kehren nach einigen Tagen wieder zur Praxis zurück. Wir haben nicht versagt. Auch ist es nicht so, dass für uns Achtsamkeitsmeditation nicht funktioniert – es ist diese Zeit, die Hektik, das Ungewohnte.
Morgens oder abends	Achtsamkeitspraxis als Übergangsritual – Rituale sind sehr wichtig, um Übergänge zu gestalten. Wenn wir das Büro verlassen und vielleicht unser letztes Telefonat im Auto abgeschlossen haben, ist es wichtig den Geist „runterzuschalten“. Dafür können Rituale hilfreich sein. Somit schaffen wir einen Übergang in einen entschleunigteren Ablauf.
Ausreichend Zeit pro Tag zum Nichtstun/ Entspannen	Wenn der ganze Tag sehr voll ist, werden wir das vor allem merken, wenn wir versuchen achtsam zu sitzen. Wir haben dann oft das Gefühl, dass der Raum sich noch dreht, unser Gedankenkarussell immer weiter geht. Oder wir stellen fest, dass wir müde sind und schlafen ein. Achtsamkeit üben heißt achtsamer dafür zu werden, wie es uns von Moment zu Moment geht. Wahrzunehmen, wann wir müde oder erschöpft und wann wir energiegeladener und wach sind.

Tabelle 5: *Tipps für die eigene Achtsamkeitspraxis im Alltag (aus Tamdjidi und Stephan, 2015b)*

Um die ersten Schritte in die Achtsamkeit für die Teilnehmer etwas leichter zu gestalten, werden zum Ende des Entschleunigungstages entsprechende Hilfen und Hinweise gegeben (Abbildung 29 und 30).

Mit dem Hinweis bzw. Verteilen weiterer Vertiefungsmöglichkeiten, wie

- Handouts,
- Übungen (Postkarten),
- Wochenbrief mit vertiefenden Literaturtipps,
- Tauschen Sie sich mit Arbeitskollegen aus diese Gruppe auch während der Woche aus,

endet der Entschleunigungstag.

Die Basis schaffen

- Verbindliche Entscheidung 10 Min. Achtsamkeitsmeditation
- 5 mal pro Woche oder öfters
- Einen guten Platz für die Meditation schaffen: zeitlich & räumlich
- Achtsam davor und danach sein
- Übergangsrituale schaffen
- Nicht aufgeben, nichts muss perfekt sein



Abbildung 29: Präsentationsfolie „Entschleunigungstag“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015b): „Basis schaffen“

Folgende Herausforderungen können Ihnen u.a. begegnen

- Spannung: zu intensiv meditieren wollen/Meditation als Todo – atmen, entspannen
- Langeweile/Unruhe - mehr Entspannung, die Unruhe akzeptieren
- Tolle Ideen beim Meditieren – Loslassen, notfalls notieren.
- Müdigkeit - akzeptieren
- Wilder Geist – zurück zum Atem, den Körper spüren, zählen
- Starke Emotionen – akzeptieren, nicht bewerten, loslassen
- Physischer Schmerz – ein paar Atemzüge wahrnehmen, andere Haltung probieren
- Lustlosigkeit – Reflektion, Vorträge hören/lesen, Reduktion von sonstigen Aktivitäten



Abbildung 30: Präsentationsfolie „Entschleunigungstag“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015b): „Folgende Herausforderungen können Ihnen u. a. begegnen“

Die Module 1 bis 8 finden wieder in Räumlichkeiten der jeweils beteiligten Unternehmen statt und beginnen alle zunächst mit einem „Ankommen in Stille“, einer etwa 10 Minütigen Sitzmeditation ohne besondere Meditationsanleitung oder ähnlichem.

Dann folgt der eigentliche „Check-in“ mit dem „Wackelstein ...vom letzten Treffen“ (Abbildung 31), der Reflektion und dem Austausch mit der Gruppe oder mit dem Sitznachbarn.

Wackelstein ... vom letzten Treffen:

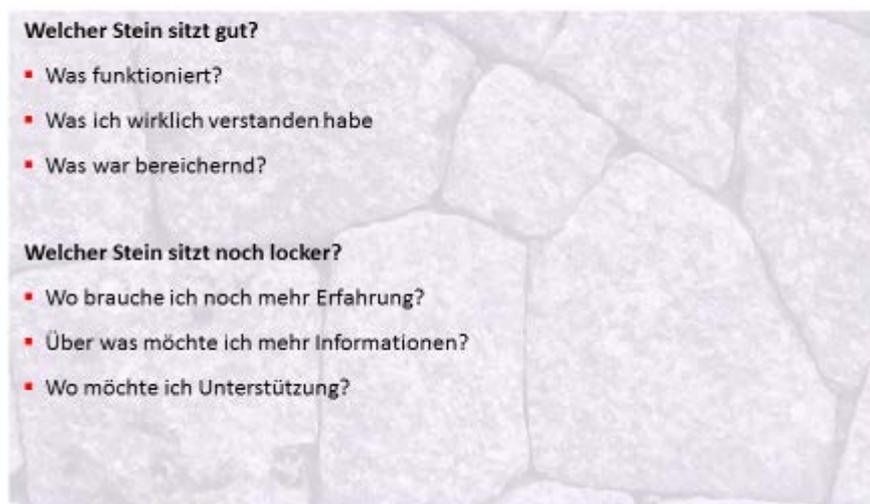


Abbildung 31: Präsentationsfolie „Modul 1“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015c): „Wackelstein ...vom letzten Treffen“

Der Impuls des Moduls 1 bezieht sich auf „Aufmerksamkeit und Achtsamkeit“. Zur Einstimmung werden den Teilnehmern zwei kurze praktische Übungen angeboten, eine Einzelübung (Abbildung 32) und eine Paarweise Übung (Abbildung 33).

Ziel dieser Übungen ist es, dass der Teilnehmer eine persönliche Erfahrung zur Thematik „Multi-tasking“ macht. Bei der Paaraufgabe einmal als „Multi-tasker“ und einmal als Kollege/ Beobachter.

Übung

1. Nehmen Sie einen Stift in Ihre bevorzugte Hand.
2. Halten Sie ein Blatt Papier bereit.
3. Auf dem Stuhl sitzend, machen Sie mit einem Bein kreisende Bewegungen in der Luft.
4. Schreiben Sie gleichzeitig Ihren Vor- und Nachnamen auf.



Abbildung 32: Präsentationsfolie „Modul 1“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015c): „Übung 1“

Übung

1. Gehen Sie bitte in Paaren zusammen.
2. Schreiben Sie den Text konzentriert ab, während Sie ein Gespräch mit Ihrem Kollegen/Kollegin führen. Beobachten Sie dabei Ihren Geist.
3. Sie, als Kollege, nehmen wahr, wie es Ihnen dabei geht.

Lorem ipsum dolor sit amet, consetetur sadipscing elitr, sed diam nonumy eirmod tempor invidunt ut labore et dolore magna aliquyam erat, sed diam voluptua. At vero eos et accusam et justo duo dolores et ea rebum. Stet clita kasd gubergren, no sea takimata sanctus est Lorem ipsum dolor sit amet.



Abbildung 33: Präsentationsfolie „Modul 1“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015c): „Übung 2“

Im anschließenden Theorieblock lernen die Projektteilnehmer Hintergrundwissen zum Themenblock „Multi-tasking“: Was ist Multi-tasking eigentlich? Welche Bereiche des menschlichen Gehirns sind dabei involviert und wie gehen diese Prozesse neurophysiologisch vonstatten? Auch wird aufgezeigt, dass diese Unterbrechungen durch sogenanntes „Multi-tasking“ eine der Hauptquellen für Stress darstellen (Abbildung 34).

Unterbrechungen verursachen Stress

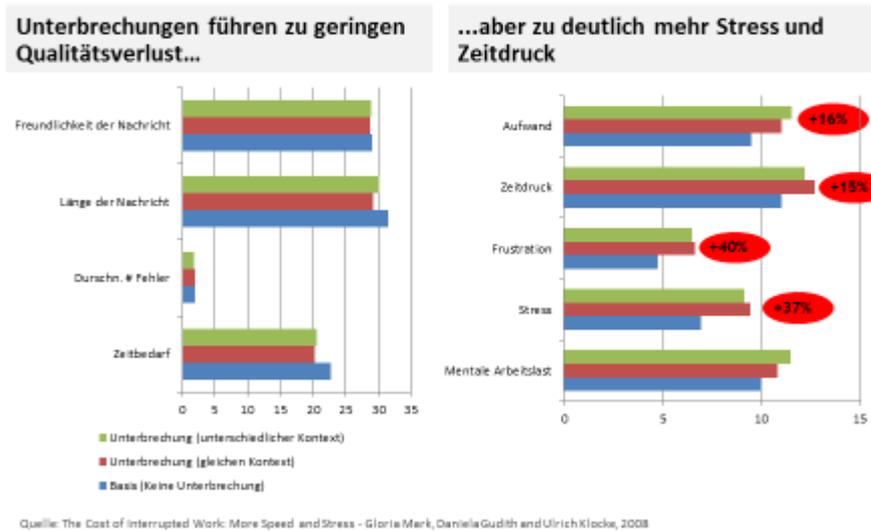
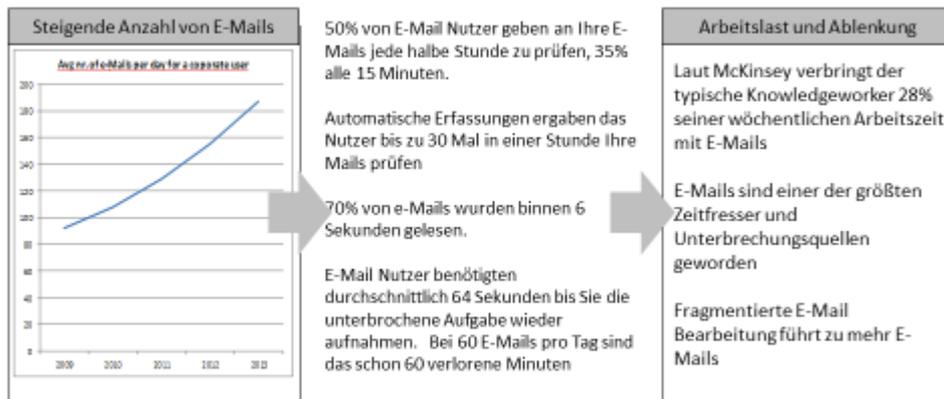


Abbildung 34: Präsentationsfolie „Modul 1“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015c): „Unterbrechungen verursachen Stress“

Hauptquelle von Unterbrechungen am Arbeitsplatz stellt heutzutage der Umgang mit e-Mails dar (Abbildung 35).

Achtsamkeit unterstützt Fokus und Arbeitsgedächtnis und bietet die Basis für den achtsamen Umgang im Alltag (Abbildung 36).

Der Umgang mit E-Mails ist eine Hauptquelle von Unterbrechungen



Quellen: Radicati E-Mail Stats, Jackson, Dawson, Wilson: Case study: evaluating the effect of email interruptions within the workplace, McKinsey Global Institute



Abbildung 35: Präsentationsfolie „Modul 1“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015c): „Der Umgang mit e-Mails ist eine Hauptquelle von Unterbrechungen“

Achtsamkeitspraxis bietet die Basis für den achtsamen Umgang im Alltag



Abbildung 36: Präsentationsfolie „Modul 1“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015c): „Achtsamkeitspraxis bietet die Basis für den achtsamen Umgang im Alltag“

Nach einer Gruppenarbeit mit kurzem Brainstorming zum Thema „Erfolgreiche/ beste Strategien im Umgang mit Unterbrechungen“, werden den Teilnehmern (hilfreiche) Übungen dazu angeboten:

- Unterbrechungen achtsam begegnen: ALI – Atmen, Lächeln, Innehalten
- Geistiges Mantra: ich tue immer nur eine Sache –EINE!

Anschließend wird das erste Modul mit der Hausaufgabe für die kommende Woche („Wie will ich in der kommenden Woche mehr Verantwortung im Umgang mit Unterbrechungen übernehmen?“) und der Verteilung einer Postkarte mit einer Übung zum achtsamen e-Mailing (Abbildung 21) beendet.

3.2.3.4. MODUL 2: INTELLIGENZ DER EMOTIONEN

Der „Check-in“ zum zweiten Modul beginnt mit zwei Gongschlägen: nach dem ersten Gongschlag sollen die Kursteilnehmer zunächst acht Minuten achtsam Sitzen und nach dem zweiten Gongschlag zwei Minuten Wahrnehmung praktizieren, eine körperliche Empfindung, ein Gefühl, einen Gedanken.

Nach der der Reflektion und dem Austausch über die Zeit seit dem letzten Modul („der Wackelstein ...seit dem letzten Treffen“) geht es über in die neue Thematik: Emotionen (Abbildung 37).

Emotionen sind kulturübergreifend



Emotionen sind kulturübergreifend – die Grundemotionen sind weltweit von demselben Gesichtsausdruck begleitet

„Über Emotionen spricht man nicht, Emotionen sind nicht kontrollierbar und haben am Arbeitsplatz nichts zu suchen“, diese Meinung vertreten die Mehrheit der Arbeitnehmer“ (Schöner, 2013).

Die Teilnehmer lernen in diesem Modul kennen, was Emotionen eigentlich sind, wie und wo sie entstehen und wirken und wie sie im Alltag identifiziert und benannt werden können (Abbildung 38)

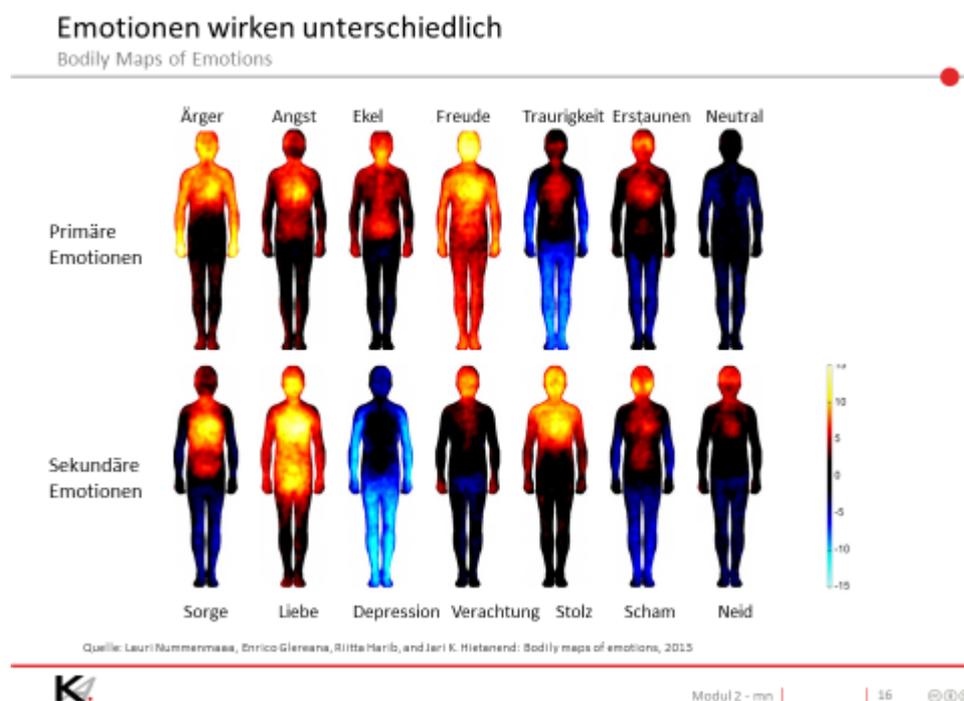


Abbildung 38: Präsentationsfolie „Modul 2“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015d): „Emotionen wirken unterschiedlich“

Gerade diese Wirkung von Emotionen auf die unterschiedlichsten Bereiche des menschlichen Körpers leitet über auf eine Achtsamkeitspraxis, die im Zentrum dieses Moduls 2 steht, der Body Scan (Tabelle 6).

„Eine außerordentlich intensive Körpererfahrung, bei der der ganze Körper in der Vorstellung bis ins kleinste Detail ‚abgetastet‘ wird. Auf dem Rücken liegend erforscht man in der Vorstellung die verschiedenen Körperregionen. Durch regelmäßiges Üben entwickelt man mit Hilfe dieser Technik sowohl Konzentrationsfähigkeit als auch ein hohes Maß an Achtsamkeit und Flexibilität“ (Kabat-Zinn, 2011).

Body Scan

Vorbereitung

Nehmen Sie sich 15 - 20 Minuten Zeit. Finden Sie einen Ort, an dem Sie diese Zeit ungestört verbringen können.

Legen Sie sich auf eine Fläche, die Ihren gesamten Körper unterstützen kann, am besten auf den Boden, auf eine Matte. Wenn das nicht möglich ist, wählen Sie einen bequemen Stuhl, auf dem Sie aufrecht und frei sitzen können und dessen Sitzfläche so hoch ist, dass Ihre Füße flach und bequem auf dem Boden stehen können. Sorgen Sie dafür, dass Ihnen nicht kalt werden kann.

Spüren Sie, ob etwas drückt oder stört und entledigen Sie sich dieser Störung.

Breiten Sie die Arme angenehm aus, sodass Ihre Schultern sich entfalten können bzw. legen Sie Ihre Hände bequem auf Ihre Oberschenkel ab, sodass die Schultern angenehm nach unten fallen können.

Übung

Entspannen Sie sich, und geben Sie ihr gesamtes Körpergewicht ab, mehr und mehr mit jedem Ausatmen. Folgen Sie ihrem Atem, dem Aus- und dem Einströmen des Atems. Spüren sie die Bewegung, die die Atmung auslöst. Im Brustkorb, im Bauch.

Bleiben Sie dabei, während sie den folgenden Sätzen mit weiteren Hinweisen zuhören.

Der Body Scan ist eine Körperwahrnehmungsübung, die Sie darin unterstützt, im Moment bestimmte Körperregionen wahrzunehmen und nur das zu tun. Sie sind eingeladen, genau dort ein wenig zu verweilen und wahrzunehmen, was Sie dort empfinden. Einfach nur das. Wahrnehmen, was da ist, ohne diese Empfindungen zu bewerten.

Wenn Sie mit Ihren Gedanken woanders hinwandern, dann kehren Sie einfach wieder zurück, zurück zu ihrem Körper. Es ist wie eine innere Reise. Es gibt dabei kein Richtig und kein Falsch. Wenn es Körperregionen gibt, wo sie nichts wahrnehmen können, dann nehmen Sie nichts wahr. Das ist in Ordnung. Sie vertrauen ihren Antennen, die Sie ausfahren und die ganz fein und achtsam Ihren Körper durchscannen.

Schließen Sie die Augen.

Lenken Sie nun ihre Achtsamkeit auf...

- die Zehen des linken Fußes, nehmen Sie wahr, wie sich die Zehen anfühlen, welche Sinneswahrnehmungen dort entstehen, während Ihre Aufmerksamkeit dort verweilt.
- Wir beginnen mit dem linken Fuß und Bein, danach folgt die rechte Seite.
- Nehmen Sie Ihre Fußsohle wahr...
- Den Fußrücken(Rist)...
- Nehmen Sie Ihren gesamten linken Fuß wahr, was immer Sie auch spüren dort, es ist in Ordnung.
- Wandern Sie mit Ihrer inneren Aufmerksamkeit zu Ihrer linken Wade, verweilen Sie dort...Was nehmen Sie wahr?
- Ihr Schienbein...es mag sein, dass Sie ein Kribbeln spüren, Spannungen wahrnehmen, angenehme Gefühle oder auch keinen Kontakt dazu bekommen – alles ist in Ordnung, bewerten Sie nichts und kämpfen Sie auch nicht mit der Nicht - Wahrnehmung.
- Spüren Sie Ihrer Kniescheibe nach, wandern Sie weiter aufwärts zum Oberschenkel und lenken Ihre ganze Aufmerksamkeit dort hin. Bleiben Sie dort. Was spüren Sie, was nehmen Sie wahr
- Gehen Sie nun für die rechte Seite in derselben Art und Weise vor. Es darf etwas schneller sein.

Spüren Sie Ihre Gesäßhälften, wie sie am Boden liegen. Wie das Gewicht des Beckens auf dem Boden liegt (Stuhl aufliegt). Lassen Sie Ihre Aufmerksamkeit auch auf die Vorderseite des Beckens wandern und nehmen Sie den gesamten Beckenraum wahr. Verweilen Sie hier und seien Sie sensibel für die unterschiedlichen

Empfindungen, die dort spürbar sind. Lassen Sie sich Zeit. Wenn Ihre Gedanken abwandern, kommen sie sanft wieder zum Becken zurück.

Nehmen Sie Ihr Becken und Ihre beiden Beine als Gesamtes wahr, lassen Sie Ihren Atem 3 Atemzüge lang beim Einatmen vom Becken aus in die Beine strömen und beim Ausatmen das Gewicht von Becken und Beine noch tiefer sinken.

Erlauben Sie nun Ihrer inneren Aufmerksamkeit den Rücken zu erkunden.

Vom unteren Rückenbereich aufwärts bis zu den Schultern. Was spüren sie dort? Welche Stellen nehmen Sie deutlich wahr, welche weniger? Wo hat der Rücken Kontakt zum Boden, wo nicht? Wo nehmen Sie Spannungen wahr, wo ist ein Wohlgefühl?

Welche Empfindungen breiten sich in den Schulterblättern aus? ...

Sanft verlagern Sie Ihre Aufmerksamkeit auf die Rumpfvorderseite. Welches Erleben haben Sie in dieser Körperregion? Ihr Bauch...jetzt? Ihr Brustkorb...jetzt?

Wo spüren Sie die Atembewegung? Wo Wärme, Kälte, nichts?

Lenken Sie Ihre Aufmerksamkeit auf die Organe, die in Ihrem Rumpf geschützt liegen. Wie gelangt der Atem dorthin? Welche Empfindungen gibt es dort? Bewerten Sie sich nicht, bleiben sie immer gerade im Moment und dem was sie im Moment wahrnehmen.

Machen Sie nun eine Reise zu Ihren Armen, spüren Sie Ihre Hände, schicken Sie den Atem dorthin...was nehmen Sie wahr, die Unterarme..., die Oberarme..., die Schultern...?

Spüren Sie Ihren Nacken? Was erzählt Ihnen Ihr Nacken? Welche Empfindungen sind dort erlebbar?

Nehmen Sie Ihr Gesicht wahr? Spannungen, entspannte Regionen.

Was macht die Zunge? Die Lippen? Die Stirn? Die Augen? Wo spüren Sie den Atem ein und ausströmen?

Den Hinterkopf. Wie liegt der Hinterkopf am Boden auf?

Nehmen Sie sich nun zum Schluss einen Moment Zeit und lassen den Atem in alle Zellen Ihres Körpers strömen. Nehmen sie sich insgesamt wahr, von den Zehen bis in die Haarspitzen. Alle ihre Empfindungen, alles ist in Ordnung. Seien Sie einfach ganz da, mit sich. Genießen Sie Zeit und den Raum, die sie sich gerade geben.

Öffnen Sie allmählich die Augen und kommen sie langsam zurück in die äußere Wirklichkeit. Strecken und räkeln Sie sich, nehmen Sie sich Ihre Zeit.

Stellen Sie sich langsam hin und spüren Sie nach, wie Sie Kontakt zu sich haben.

Wie fühlt sich Ihr Geist an? Wie sind Ihre Gedanken?

Schauen Sie sich den Raum an und im Raum umher. Wie anders nehmen Sie den Raum wahr?

Gehen Sie durch den Raum. Was hat sich verändert?

Tabelle 6: Auszüge aus dem Handout „Modul 2“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015d): „Body Scan“

Der Body Scan ist, neben der Atemmeditation, die „klassische“ Achtsamkeitsmethode, deren kennenlernen und üben ein essentieller Teil des gesamten Achtsamkeitsprogramms darstellt. Er stellt eine Brücke zwischen Körper und Geist (Emotionen) dar, Achtsamkeit als ganzheitliches Bindeglied für den Menschen (Abbildung 39).

Körperliche Achtsamkeit hilft uns im Umgang mit unseren Emotionen

1. Emotionen manifestieren sich im Körper – durch Enge, Anspannung, Erregung etc.
2. Wenn wir unseren Körper bewusst wahrnehmen, nehmen wir somit auch unsere Emotionen wahr.
3. Wenn wir unsere Emotionen nicht wahrnehmen, nicht auf Sie hören, bleibt die Spannung, Erregung, Enge usw. präsent – bis die Botschaft der Emotion angekommen ist.
4. Achtsamkeit mit unserem Körper hilft uns
 - unsere Emotionen schneller wahrzunehmen
 - ihrer bewusst zu werden
 - und damit umzugehen



Abbildung 39: Präsentationsfolie „Modul 2“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015d): „Körperliche Achtsamkeit hilft uns im Umgang mit unseren Emotionen“

Ziel dieses Moduls ist es Emotionen zu integrieren, oder wie Viktor E. Frankl (2010) oft zitiert wird: „zwischen Stimulus, Reiz und Reaktion gibt es einen Raum. In diesem Raum liegt unsere Möglichkeit, unsere Reaktion zu wählen. In unserer Reaktion liegt unser Wachstum, unsere Freiheit“. Achtsamkeit öffnet diesen Handlungsraum.

Als „Screening-Instrument“ zur Erforschung dieses Handlungsraumes, der eigenen Emotionen, wird den Teilnehmern das „4-Schritte EXPERIMENT zum achtsamen Umgang mit (ihren) Emotionen“ vorgestellt (Abbildung 40) und sogleich mit der Verpflichtung für die kommende Woche („Hausaufgabe“) praktisch verknüpft (Abbildung 41).

4 – Schritte EXPERIMENT zum achtsamen Umgang mit Emotionen

1. Anhalten und Innehalten, Atmen
2. Untersuchen (die Fülle der Erfahrung erforschen)
3. Annehmen
4. Seinlassen

Auf dieser Grundlage Handeln.



Abbildung 40: Präsentationsfolie „Modul 2“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015d): „4-Schritte EXPERIMENT zum achtsamen Umgang mit Emotionen“

Journal

1. Notieren Sie drei, für Sie wesentliche Aspekte des heutigen Tages
2. Suchen Sie sich drei Emotionen aus, die Ihnen besonders aus Ihrem Arbeitsalltag vertraut sind, und
 - beobachten Sie kommende Woche bestehende Reaktionsmuster
 - üben Sie die 4-Schritte Methode



Abbildung 41: Präsentationsfolie „Modul 2“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015d): „Journal“

Modul 3 beginnt mit einem Check-in nach dem ersten Gong in Form einer zehn minütigen Achtsamkeitsmeditation und nach einem zweiten Gongschlag mit einer Reflektion und einem Austausch in der Gruppe über „Glücksmomente der letzten Tage“.

Der zentrale Impuls dieses Moduls ist: Freude und Glück.

Die Teilnehmer lernen, dass Freude ein Belohnungsmechanismus ist, der das Überleben sichert (Abbildung 42),

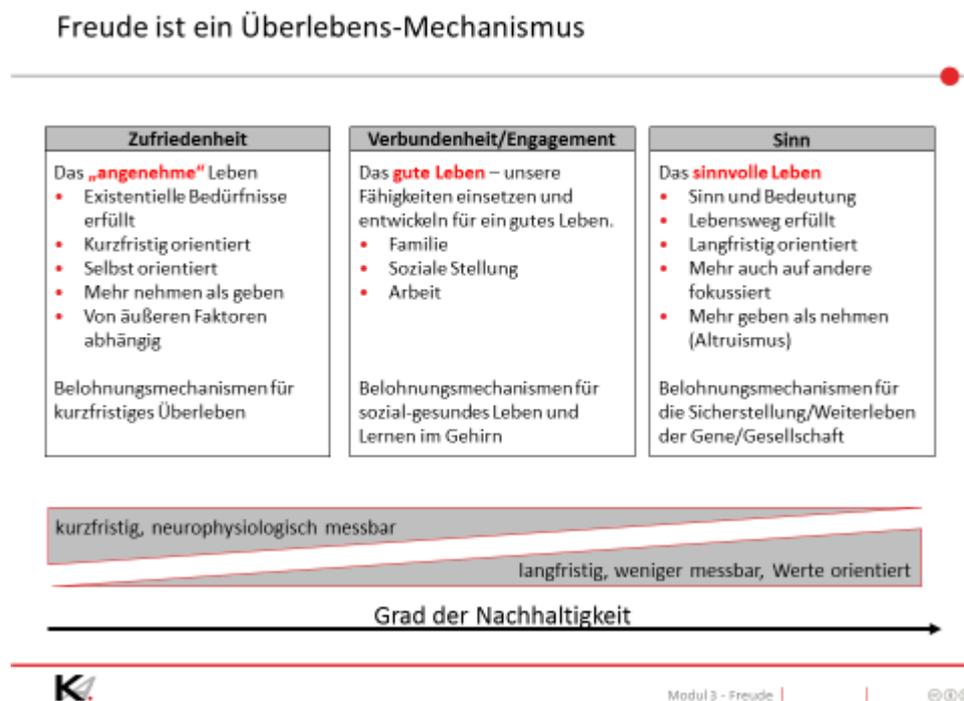
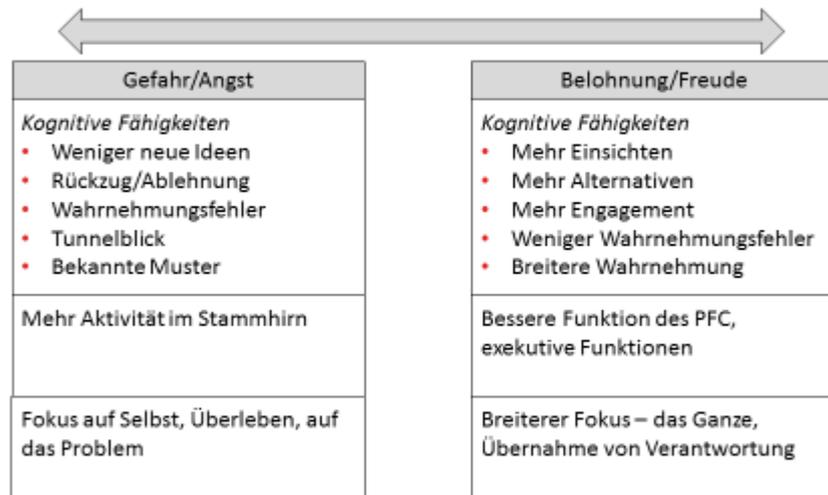


Abbildung 42: Präsentationsfolie „Modul 3“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015e): „Freude ein Überlebens-Mechanismus“

dass Freude eine Fähigkeit darstellt, nicht einen zufälligen Zustand und auch nicht unbedingt von äußeren Umständen abhängig ist. Freude entpuppt sich als ein essentieller Antreiber für Leistung (Abbildung 43), denn „Erfolg macht nicht glücklich, aber glückliche Menschen sind mit ihrer Arbeit zufriedener und auch erfolgreicher“ (Lyubomirsky et al., 2005).

Freude ist ein essentieller Antreiber für Leistung

Engagement vs. Rückzug



Quelle: David Rock – the Neuroscience of Engagement



Modul 3 - Freude



Abbildung 43: Präsentationsfolie „Modul 3“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015e): „Freude ist ein essentieller Antreiber für Leistung“

Es gibt eine Reihe von Mechanismen durch die Achtsamkeit Glück und Freude (genauer das eigentlich richtige Funktionieren des Gehirns, welches durch Glück oder Freude belohnt wird) beeinflusst. Die Teilnehmer erfahren, dass eine zentrale Rolle dabei das sogenannte Default Mode Network (DMN) spielt, ein Netzwerk von Gehirnregionen, die aktiv sind, wenn Individuen nicht auf die äußere Welt fokussiert sind und ein Mensch inneren Prozessen folgt, wie Tagträumen, sich die Zukunft vorstellen, auf Erinnerungen zugreifen oder sich in andere hineinversetzen. Studien von Killingsworth und Gilbert, publiziert in der Zeitschrift Science 2010, haben gezeigt, dass Menschen weniger glücklich sind, wenn ihre Gedanken zu neutralen Themen oder auch zu angenehmen Dingen abwandern, als wenn sie sich auf ihre augenblickliche Tätigkeit fokussieren. Während zielgerichteter Tätigkeit ist das DMN deaktiviert und ein anderes Netzwerk, das Task Positive Network (TPN) wird aktiviert.

Weitere Studien, u. a. von Siegel (2007) kommen zu dem Ergebnis, dass Achtsamkeit nicht nur den Abschweifungsmodus des DMN verringert, sondern ihn besser mit dem Modus direkter Wahrnehmung (TPN) abgleicht. Wie bei einer Wippe erlaubt es dieses neuronale Zusammenspiel dann, dass der Mensch sich besser auf eine Aufgabe zu einer Zeit konzentrieren kann, ohne ständig durch Tagträumereien o. ä. abgelenkt zu werden.

Abbildung 44 zeigt zusammenfassend, wie Achtsamkeit Freude und Glück stark beeinflussen kann.

Achtsamkeit kann Freude stark beeinflussen

Zufriedenheit	Beziehungen	Arbeit	Flow	Sinn
Den Moment genießen	Präsent sein für Andere	Achtsam arbeiten – multi-tasking vermeiden	Vollkommen bei einer Sache zu sein - Achtsam	Muße
Die Sinne bewusst genießen	Achtsame Gesprächsführung	Stress reduzieren	Vertieft und Präsent	Sich Zeit nehmen um über Sinn nachzudenken
Entspannen	Die eigenen Emotionen achtsam wahrnehmen und emotional intelligent reagieren	Weniger gefangen in kreisenden Gedanken	Das Leben intensiver Erleben	Sinnvoll handeln – Reiz Reaktionsmuster unterbrechen

kurzfristig, neurophysiologisch messbar

langfristig, weniger messbar, werteorientiert


Modul 3 - Freude


Abbildung 44: Präsentationsfolie „Modul 3“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015e): „Achtsamkeit kann Freude stark beeinflussen“

Als Achtsamkeitsmethode wird in Modul 3 der Achtsamkeitsspaziergang den Teilnehmern vorgestellt.

Der Achtsamkeitsspaziergang besteht aus zehn minütigem absichtslosen Gehen, die Teilnehmer sollen/ dürfen sich dabei nicht unterhalten, vielmehr sollen sie Ihre Sinne dabei öffnen und ihren Sinneswahrnehmungen während des Spazierganges einfach folgen. Im Anschluss daran folgt ein Austausch über die gemachten Eindrücke und Erfahrungen in der Gruppe.

„Kultivieren von Freude“ nennt sich das neue Werkzeug (Tool) in diesem Modul. Fünf Übungen täglich können dazu beitragen, glücklicher zu sein (Abbildung 45).

Fünf Übungen die zum Glücklich Sein beitragen

Von Harvard Business Review

1. Täglich 3 Sachen aufschreiben für die wir dankbar sind
2. Eine positive Nachricht an jemand in unserem sozialen Netzwerk senden
3. 2 Minuten am Schreibtisch meditieren
4. 10 Minuten Sport treiben
5. Sich täglich Zeit nehmen, um bedeutende Erfahrungen oder freudvolle Momente zu notieren

Harvard Business Review – Positive Intelligence



Modul 3 - Freude |



Abbildung 45: Präsentationsfolie „Modul 3“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015e): „Fünf Übungen, die zum Glücklich Sein beitragen“

Als Hausaufgabe werden den Teilnehmern diese fünf Übungen zum aktiven Vollzug aufgetragen.

Die Postkarte für das Modul 3 „Freude als Orientierung“ (Abbildung 46) enthält auf der Rückseite folgende

Anweisung:

ACHTSAMKEIT und FREUDE

Nehmen Sie sich täglich Zeit, um den Tag zu reflektieren und dabei bewusst die schönen Momente wieder wahrzunehmen und nach zu kosten:

- Ihre Glücksmomente
- die eigenen Erfolge und die Erfolge von anderen
- die schönen Dinge, für die Sie heute dankbar sind
- schöne Emotionen, die Sie bei sich oder anderen wahrgenommen haben
- die Momente, die schön hätten sein können, für die wir uns aber keine Zeit genommen haben, weil wir innerlich zu gehetzt oder angespannt waren.

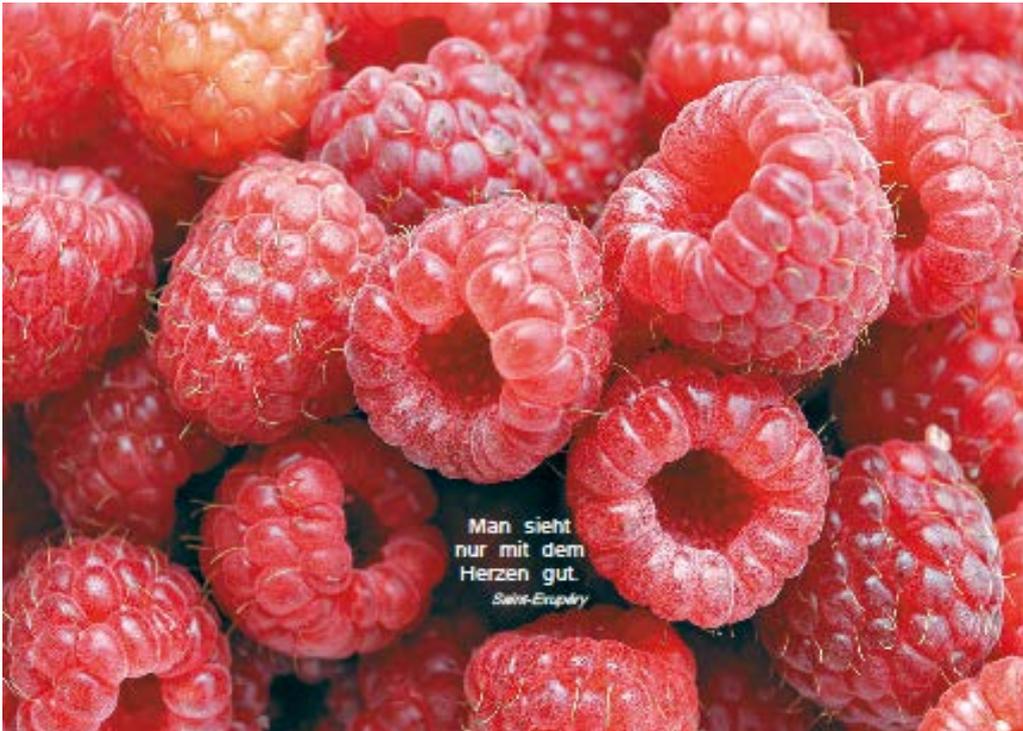


Abbildung 46: Postkarte „Modul 3“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015e): „ACHTSAMKEIT und FREUDE“ (Rück- und Vorderseite)

3.2.3.6. MODUL 4: ZEIT UND FLOW

Der Beginn des Moduls 4 ist jetzt schon traditionell mit zwei Gongschlägen. Gongschlag eins lädt die Teilnehmer zu zehn Minuten achtsames Sitzen ein, Gongschlag zwei eröffnet die Frage an die Gruppe: „Wie läuft die Achtsamkeitspraxis während der Woche?“

Nachdem die „Wackelsteine ...seit dem letzten Treffen“ (hoffentlich) gefestigt werden konnten, geht es über in die Thematik dieses Moduls: Zeit und Flow.

Eine Kernthese dieser Sitzung lautet: „Man kann Zeit nicht managen. Wir können nur unsere Aufmerksamkeit managen. Dadurch können wir entschleunigen und unser Leben besser wahrnehmen“.

Trotz der Tatsache, dass die Menschen immer bewusster und besser bzw. genauer mit ihrer Zeit umgehen, steigt der Stresslevel an. Die Zunahme von Arbeit oder dem Arbeitspensum mag ein (Teil-) Grund sein, die Besonderheit der Stressreaktion hängt aber maßgeblich von einem anderen, dauerhaften Problem zusammen, der Neigung

besonders auf Ablenkung/ Sinnesreize zu reagieren. Anstatt aufmerksam beim Thema zu bleiben, verändert sich dauern der Fokus der Aufmerksamkeit und die Reaktion auf Reize, immer hin und her springend zwischen den Themen und Aufgaben.

Diese hohe Intensität/ Frequenz von Reizen, die unsere Aufmerksamkeit verlangen (oder denen Aufmerksamkeit gewidmet wird- ob nötig oder nicht...) bringt den Menschen aus seinem inneren Rhythmus. Der Mensch wird immer mehr bestimmt vom Tempo und der Gangart, die von außen vorgegeben wird (Abbildung 47).

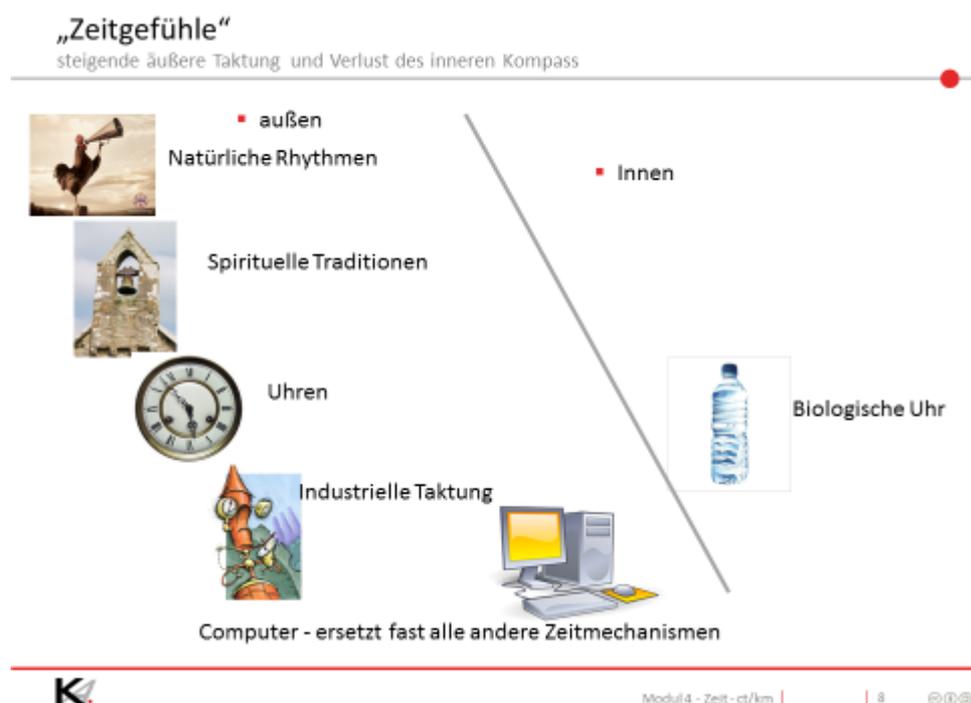


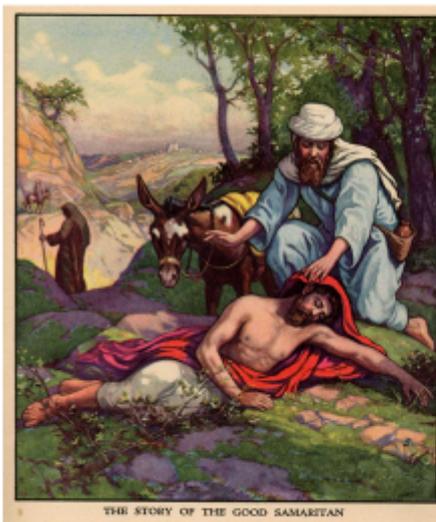
Abbildung 47: Präsentationsfolie „Modul 4“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015f): „Zeitgefühle“

Die Projektteilnehmer werden nun mit einer Studie von Darley und Batson (1973) zum „Guten Samariter“ mit Priesterseminaristen bekannt gemacht: Zunächst durften die angehenden Priester einen Persönlichkeitsfragebogen zu ihrer Religion beantworten, später nahmen sie in einem Gebäude an verschiedenen anderen Versuchen teil und mussten dann, zu weiteren Versuchen, in ein anderes Gebäude gehen. Auf dem Weg dorthin begegneten sie einem Mann, der zusammengebrochen an einer Hauswand gelehnt lag (es war nicht ersichtlich, ob betrunken oder verletzt). Bevor die Probanden in das andere Gebäude geschickt wurden, wurde ihnen unterschiedlich viel Eile vermittelt und man erzählte ihnen von der Aufgabe, die in dem

anderen Gebäude auf sie zukam. Die einen sollten dort einen Vortrag über Jobs in ihrer Fakultät halten, andere über die Geschichte des „Guten Samariters“, den einen Teilnehmern gab man zu verstehen, dass sie schon verspätet für die nächste Aufgabe wären, den anderen wurde gesagt, dass sie noch ein paar Minuten Zeit hätten, sich aber dennoch unverzüglich auf den Weg machen sollten.

Die Ergebnisse zu diesem Versuch zeigt Abbildung 48.

In uns allen steckt der gute Samariter oder der gehetzte?



Studie von Darley and Batson an einem
Priesterseminar:

1. Sind Menschen die gute Gedanken oder an die Samariter Geschichte denken eher geneigt zu helfen als andere?
2. Sind Menschen in Eile eher weniger geneigt zu helfen als andere?
3. Sind Menschen unterschiedlich geneigt zu helfen je nach ihrer religiösen Einstellung?

Die Ergebnisse

1. 40% boten ihre Hilfe an im Durchschnitt – Menschen in Eile aber nur in 10% der Zeit
2. Die anderen Variablen waren nicht erkennbar relevant!

Darley, J. M., and Batson, C. D., "From Jerusalem to Jericho": A Study of Situational and Dispositional Variables in Helping Behavior". JSP, 1973



Abbildung 48: Präsentationsfolie „Modul 4“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015f): „In uns allen steckt der gute Samariter“

Die Erkenntnisse für die Gruppe aus dieser Studie sind:

- Unsere innere Eile hat einen wesentlichen Effekt darauf, was wir wahrnehmen,
- und darauf, wie wir uns verhalten.
- Wenn wir nicht innerlich verlangsamen, besteht die Gefahr, dass wir „unser (eigentliches) Leben verpassen“ oder viel Lebenszeit in innerer Hektik verbringen.

Es folgt eine Diskussionsrunde in der Gruppe zum Thema „Umgang mit Zeit“: Welche Strategien haben Sie in Bezug auf Zeit – wie gut funktionieren diese?

Die Beschäftigung mit dem Thema „Zeit“ zeigt den Projektteilnehmern die Dissonanz auf, welche zwischen Körper und Geist tatsächlich tagtäglich herrscht und welche Folgen aus dieser fehlenden Synchronisation für den einzelnen daraus entstehen können (Abbildung 49).

Wenn wir im Stress sind, sind wir „Aus der Zeit“
Achtsamkeit bringt uns zurück in die Zeit

Wir leben immer nur im Jetzt. Das ist die einzige Zeit die existiert. Körperlich sind wir immer in der Jetzt-Zeit. Unser Atem ist immer im Jetzt.

Unser Geist leider nicht – typischerweise verbringen wir unsere Zeit 50-10-40 (Vergangenheit – Gegenwart – Zukunft) – und somit verpassen wir unser Leben

- Forscher und Achtsamkeitslehrer sprechen davon das wir nicht synchronisiert sind – unser geistiger-Zustand und Körper und Umgebung sind nicht verbunden
- Wir können sowohl physisch unsynchronisiert sein (nicht im Körper) sowie auch sozial (uns von anderen Menschen abgeschnitten fühlen).
- Viele Faktoren wie Stress, Depression, Angst schneiden uns ab von anderen Menschen – und somit sind wir nicht verbunden oder synchronisiert

Die fehlende Synchronisierung zwischen unserem Körper und unserem Geist ist eine der größten Stresstreiber – wir leben in der Dissonanz

Achtsamkeit ermöglicht uns wieder in die jetziger Erfahrung einzutauchen und diese zu integrieren/synchronisieren

Quelle: verschiedene Quellen, Inki Implicit and Explicit Temporality – Thomas Fuchs

K Modul 4 - Zeit - ct/km | 13

Abbildung 49: Präsentationsfolie „Modul 4“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015f): „Wenn wir im Stress sind, sind wir „Aus der Zeit““

Um diesem Ziel, ein neues persönliches Zeitgefühl zu entwickeln, einen Schritt näher zu kommen, wird als Achtsamkeits-Tool die „1-Minuten-Meditation“ von Paul J. Kothe (2006) vorgestellt:

„Unterbrechen Sie einmal die scheinbare Selbstverständlichkeit von (Zeit-) Druck. Die Übung ist so simpel, dass sie ihr vielleicht wenig Problemlösungskompetenz zutrauen. Versuchen Sie’s trotzdem mal für einen Woche. Dazu nehmen Sie sich mindestens vier Mal am Tag – während der Arbeitszeit (!) – eine Auszeit von nur einer Minute. Eine Minute, in der Sie nichts tun – außer sich anzusehen, was ist“.

Diese innerlichen Pausen können zu einem intensiveren, lebendigen Gefühl von Zeit führen und die Achse Körper-Geist resynchronisieren.

Dieses Gefühl voll synchron zu sein, vollkommen im Moment zu sein, ist ein Einstieg in das Erleben von Flow (Abbildung 50).

Das Flow-Phänomen

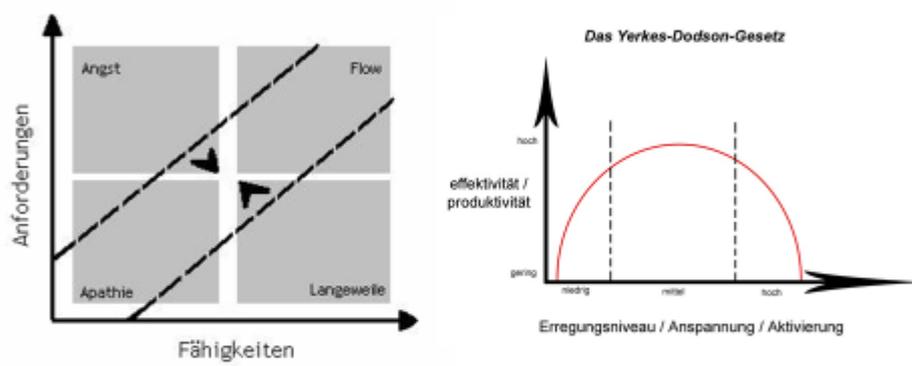


Abbildung 50: Präsentationsfolie „Modul 4“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015f): „Das Flow-Phänomen“

Flow bezeichnet das als beglückend erlebte Gefühl eines mentalen Zustandes völliger Vertiefung (Konzentration) und restlosen Aufgehens in einer Tätigkeit (Absorption), die wie von selbst vor sich geht – auf Deutsch in etwa Schaffens- bzw. Tätigkeitsrausch oder auch Funktionslust (Csikszentmihalyi, 2010). Das Empfinden des Flows ist ein sehr positives und produktives Erlebnis.

Aus Sicht der Achtsamkeitstradition ist Flow nicht nur ein momentanes Erlebnis, sondern ist sehr verwandt mit einem Geisteszustand, der sich in das Leben ausdehnen kann. Tabelle 7 gibt den Projektteilnehmern Empfehlungen für den achtsamen Umgang mit Zeit und das Fördern von Flow.

ACHTSAM BEI DER ARBEIT	PAUSIEREN UND WERTSCHÄTZEN
<ul style="list-style-type: none"> • Den Tag entspannt beginnen • Starten Sie Ihren Arbeitsalltag mit einem Ritual • Priorisieren Sie zuerst. Sein Sie sich bewusst darüber, was Ihre Ziele für heute sind, und nicht nur die Dringlichsten. • Lassen Sie Zeit für Unvorhergesehenes in Ihrem Tagesplan – wenn nichts passiert ist das auch Unvorhergesehenes und kann gefeiert werden! • Vermeiden Sie Multitasking sofern es geht • Minimieren Sie E-Mails – versuchen Sie E-Mails in bestimmten Zeitblöcken zu bearbeiten. • Berücksichtigen Sie die verschiedenen Arbeitsmodi des Gehirns und planen Sie Ihren Tag entsprechend (Denken/konzentrierte Zeit, Telefonate und Meetings, usw.) • Vormittag ist die produktivste Zeit – sichern Sie sich vor allem hier ruhige und ununterbrochene Zeit. • Beobachten Sie genau, wie Sie mit Unterbrechungen umgehen! Schaffen Sie eine konzentrierte Atmosphäre. • Achten Sie darauf, nicht immer sofort zu reagieren – sein Sie achtsam bevor Sie reagieren. • Achtsamkeit in Meetings integrieren. • Schließen Sie den Tag mit einem Ritual ab – u.a. Aufräumen, Unterlagen für den nächsten Tag vorbereiten, Rundgang im Büro, Verabschieden, Übergang zum privaten Modus. 	<ul style="list-style-type: none"> • Wenn Sie Pause machen, machen Sie eine Pause!!! • Integrieren Sie ein Minute „Nichts-TUN“ viermal in Ihrem Tagesablauf. • Reflektieren Sie über Emotionen, Gefühle, oder spüren Sie einfach nach, wie es Ihnen geht. • Nehmen Sie gelegentlich eine Mahlzeit im Schweigemodus ein. • Gehen Sie einmal die Woche in der Mittagspause spazieren. • Achten Sie darauf, was In Ihrem Leben Flow unterstützt. • Aktive Denkzeiten und Entspannungszeiten pro Tag einplanen – weiße Flecken im Alltag. • Beglückwünschen Sie sich für das Erledigte – einen positiven Tagesrückblick, auch wenn der Tag schwer war. • Gedankenmüllplatz – Unerledigtes, das noch im Geist herumschwirrt, geistig in eine Packung verpacken und ins Regal stellen. Für morgen oder nächste Woche.

Tabelle 7: *Tipps für den achtsamen Umgang mit Zeit und das Fördern von Flow (aus Tamdjidi und Stephan, 20015f)*

Mit der Aufgabe für die folgende Woche („tägliches, vier maliges Praktizieren der 1-Minuten-Meditation“) und dem Verteilen der Postkarte zum Thema „Zeit und Flow“ geht dieses Modul zu Ende.

Das Modul 5 ist ganz der Achtsamkeitspraxis gewidmet. Nach dem traditionellen Beginn mit zehn minütiger Sitzmeditation und dem Austausch über die Geschehnisse der letzten Woche werden die Ziele für dieses Modul präsentiert (Abbildung 51).

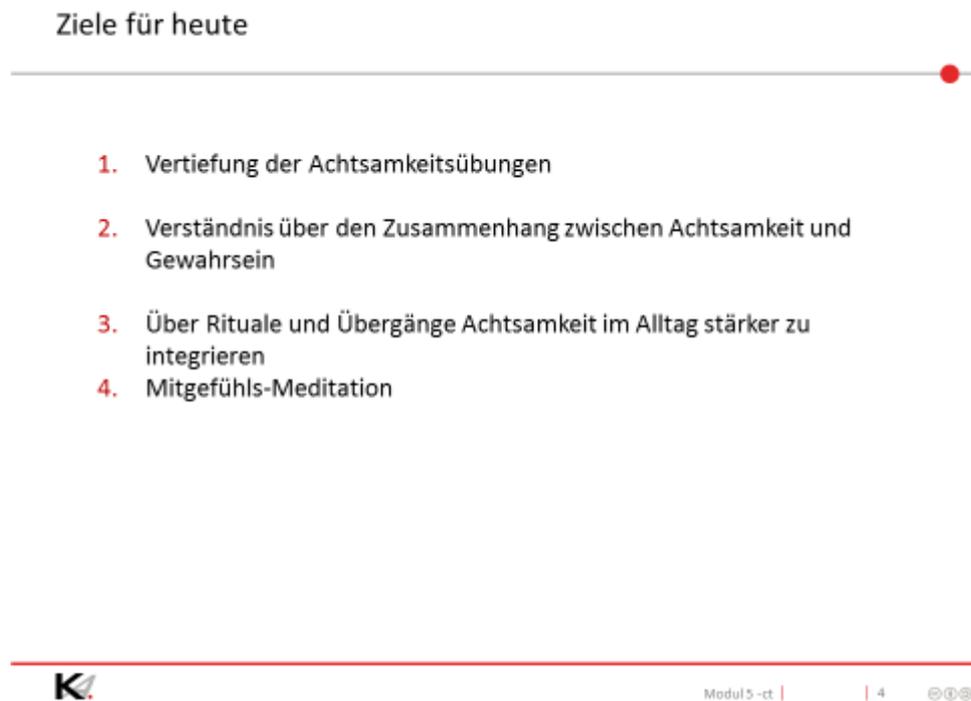


Abbildung 51: Präsentationsfolie „Modul 5“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015g): „Ziele für heute“

Eine erste Übung soll die Teilnehmer (nochmals) mit dem Wesen der Achtsamkeitspraxis konfrontieren:

- Achtsamkeitspraxis 5 Minuten - geschlossene Augen
- Achtsamkeitspraxis 5 Minuten - geschlossene Augen mit Zählen
- Achtsamkeitspraxis 5 Minuten - offene Augen
- Diskussion

Auch die Kernaussage von Achtsamkeit wird nochmals dargestellt (Abbildung 52).

Was ist noch einmal Achtsamkeit genau?

- *Auf den Moment gerichtete* - bewusst gerichtet, gehalten
- *nicht bewertende* - nichts ausgrenzend, alles wahrnehmend
- *für Erfahrungen des Augenblicks* – im jetzigen Moment, hier
- *offene Aufmerksamkeit* - wach, neugierig



Modul 5-ct |

| 8



Abbildung 52: Präsentationsfolie „Modul 5“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015g): „Was ist noch einmal Achtsamkeit genau?“

Achtsamkeit hat verschiedene Aspekte: Einmal die Fähigkeit achtsam zu sein, aber auch die Fähigkeit zu wissen, dass man achtsam ist / oder gerade nicht achtsam ist (Meta-Achtsamkeit oder Gewährsein). Beide Aspekte bilden in der Achtsamkeitspraxis eine unbedingte Einheit (Achtsam arbeiten – Abgelenkt werden – Ablenkung gewahrt werden, Störung loslassen – Zurück zur (achtsamen) Arbeit).

Um Achtsamkeit und Achtsamkeitspraxis besser in den (Arbeits-) Alltag integrieren zu können, ist es empfehlenswert sich bestimmter Rituale zu bedienen. Eine Auswahl erprobter Rituale und Übergänge für den Alltag zeigt folgende Aufzählung:

- Anfang und Ende
 - Meditation
 - Ankommen/ Gehen
- Übergänge
 - Start und Ende
 - Meeting Rituale
 - E-Mail-Rituale

- Lücken
 - Pausen
 - Innehalten
- Geistiger „Slogan“

Modul 5 bildet mit seinem zentralen Thema „Meditation und Übergänge“ durch die Intensivierung, Beübung und Wiederholung der verschiedenen Formen von Achtsamkeitspraxis sowohl formell wie auch inhaltlich für die Projektteilnehmer den Übergang vom „Ich“ zum „Wir“ (Abbildung 53).

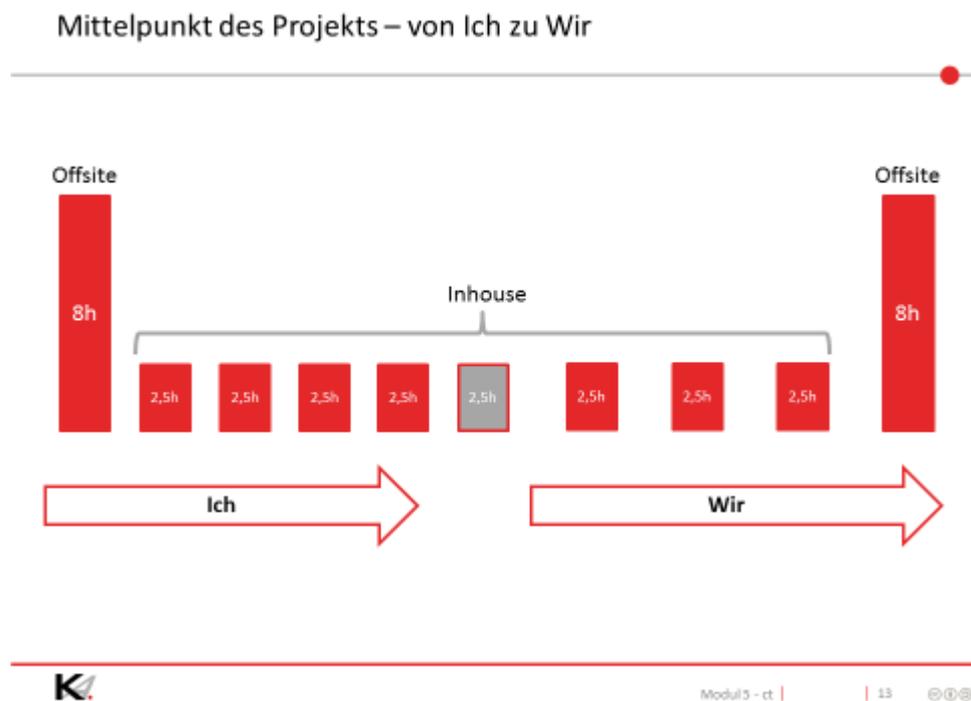


Abbildung 53: Präsentationsfolie „Modul 5“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015g): „Mittelpunkt des Projekts – von Ich zu Wir“

Abschließend werden in diesem Modul 5 den Kursteilnehmern bereits Ausblicke für weiterführende bzw. vertiefende Möglichkeiten von Achtsamkeit und Achtsamkeitspraxis am Ende des Projektes vorgestellt (Abbildung 54).

Achtsamkeit vertiefen am Ende des Projekts

Lokale Möglichkeiten

- MBSR Kurs
- Andere Meditationszentren
- Apps – zum Beispiel Headspace

Kalapa Academy

- 2 Jahres Vertiefungs Achtsamkeit in der Führung
- Achtsamkeitsbasiertes Systemische Coaching Ausbildung
- Mindfulness practitioner in organisations
- Seminare: Achtsamkeit im Führungsalltag

SITA Meditation

- Weekend Mindfulness retreats or weeklong mindfulness retreats in 4 Star Hotels
- Also suitable for partners
- www.sitameditation.de



Abbildung 54: Präsentationsfolie „Modul 5“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015g): „Achtsamkeit vertiefen am Ende des Projekts“

In Modul 5 werden den Kursteilnehmern schließlich zwei Postkarten, eine zum Thema „Lebensalltag“ und eine zum „Übergänge schaffen“ verteilt und die rückwärtigen Übungen darauf gleichzeitig als Hausaufgabe für die Woche benannt.

3.2.3.8. MODUL 6: ACHTSAME KOMMUNIKATION

Mit Modul 6 und dem Themenbock "Achtsame Kommunikation" ist das Projekt auch thematisch im „Wir“ angekommen.

Reflektion und Austausch, sowie die „Wackelsteine ...seit dem letzten Treffen“ bilden wieder die, für die Projektteilnehmer bereits bekannten und gewohnten Einstiegsrituale in das Modul.

Drei Ziele werden den Teilnehmern für diesen Projektbaustein präsentiert (Abbildung 55).

Ziele für heute

1. Verstehen, wie unser Resonanzsystem funktioniert und wie es uns ermöglicht uns in andere hineinzuspüren
2. Lernen wie wir durch Achtsamkeit unsere Kommunikation verbessern können
3. Fertigkeiten entwickeln, um in verschiedenen Situationen achtsamer kommunizieren zu können



Abbildung 55: Präsentationsfolie „Modul 6“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015h): „Ziele für heute“

Soziale Kontakte sind wichtig für das Überleben und Gedeihen von menschlichen Lebewesen wie Essen, Trinken, Sicherheit oder ein Dach über dem Kopf. Der Mensch lebt in einem sozialen Kontext: Wir wachsen in Abhängigkeit von anderen auf, lernen mit anderen, arbeiten mit anderen zusammen. Dies alles formt auch unser Gehirn als ein „soziales Gehirn“, das an ein soziales Leben angepasst ist.

Ein entscheidender Schritt, um zu verstehen, wie unser Resonanzsystem im Gehirn funktioniert und wie es uns ermöglicht, uns in andere hineinzuspüren, gelang mit der Entdeckung des Systems der sogenannten Spiegelneuronen (Rizzolatti und Fabri-Destro, 2010): Nervenzellen, die im Gehirn von Primaten beim Betrachten eines Vorgangs das gleiche Aktivitätsmuster zeigt wie bei dessen eigener Ausführung. Auch Geräusche, die durch früheres Lernen mit einer bestimmten Handlung verknüpft werden, verursachen bei einem Spiegelneuron dasselbe Aktivitätsmuster wie eine entsprechende tatsächliche Handlung (Abbildung 56).

Wir verdanken diese Fähigkeit den Spiegelneuronen

Was genau sind Spiegelneuronen?

- Ein Teil des Resonanzsystems im Gehirn, das Gefühle und Stimmungen anderer Menschen beim Empfänger zum Erklingen bringt.
- Nervenzellen senden bereits Signale aus, wenn jemand eine Handlung nur beobachtet. Die Nervenzellen reagieren so, als ob man das Gesehene selbst ausgeführt hätte.
- Mitgefühl, Freude, aber auch Schmerzen (mit-) zu empfinden, ist auf diese Weise erst möglich
- Resonanz: Wenn wir eine Gitarrensaite zupfen, bringen wir die anderen Saiten des Instruments auch zum Schwingen



Durch das eigene Verhalten, die eigene Sprache und Denkweise, kann ich eine eigene Resonanz der Spiegelneuronen in mir und anderen entfalten

Verhalten, Sprache, Denkweisen sind ansteckend!



Abbildung 56: Präsentationsfolie „Modul 6“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015h): „Wir verdanken diese Fähigkeit den Spiegelneuronen“

Soziale Resonanz und Kongruenz, also Zugehörigkeit, Wertschätzung und Kooperation sind essentiell für die gesunde Entwicklung eines Menschen. Doch gerade am Arbeitsplatz passt nicht immer alles mit unseren sozialen Bedürfnissen zusammen (Abbildung 57).

Die moderne Arbeitswelt passt nicht immer mit unseren sozialen Bedürfnissen zusammen

Der Arbeitsalltag ist stark **fragmentiert**

- die Möglichkeit, am Stück in Ruhe miteinander zu sprechen und zuzuhören wird seltener

Kommunikation wird mehr und mehr **digitalisiert**

- Körpersignale entfallen

Schriftliche Sprache erschwert die Nachfrage

- mehr Missverständnisse und Fehler

Wenig Raum (zeitlich, räumlich, emotional), um sich aufmerksam einem Gespräch zuzuwenden

Die eigenen Gedanken, die um die nächste oder übernächste Aufgabe kreisen, verhindern die Bereitstellung der vollen Aufmerksamkeit beim Zuhören



Idealerweise ist der Arbeitsplatz ein gesunder und nährender sozialer Kontext



Abbildung 57: Präsentationsfolie „Modul 6“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015h): „Die moderne Arbeitswelt passt nicht immer mit unseren sozialen Bedürfnissen zusammen“

Gerade das persönliche Miteinandersprechen, die Kommunikation, ob zu zweit oder in der Gruppe, ist ein zentraler Bestandteil unserer sozialen Kompetenz.

Die Projektteilnehmer sollen anhand der folgenden Übungen (Abbildungen 58 und 59) erfahren, wie sich die verschiedenen Rollen in den beiden Kommunikationsübungen anfühlen und warum? Und wie sich die Kommunikation verhält, wenn man „seine Rolle“ möglichst achtsam erfüllt (Abbildung 60).

Übung Kommunikation – Reden und Zuhören 1

1. Gehen Sie in Paaren zusammen
2. Setzen Sie sich auf Kissen oder Stühle gegenüber, ca. 1 Meter Abstand
3. Legen Sie fest wer A und wer B ist.
4. A erzählt B 3 min; Themen:
 - Mein letzter Urlaub? Mein Hobby?**B ist ein guter Zuhörer: unterbricht nicht, hört aufmerksam zu, positiv anerkennend, spricht nicht zu viel....**
5. Rollenwechsel: B erzählt A 3 min, A hört gut zu
6. 3 min kurzer Austausch: Wie hat sich's angefühlt? Warum?



Abbildung 58: Präsentationsfolie „Modul 6“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015h): „Übung Kommunikation – Reden und Zuhören 1“

Übung Kommunikation – Reden und Zuhören 2

1. Gehen Sie in Paaren zusammen
2. Setzen Sie sich auf Kissen oder Stühle gegenüber, ca. 1 Meter Abstand
3. Legen Sie fest wer A und wer B ist.
4. A erzählt B 3 min; Themen:
 - Mein letzter Urlaub? Mein Hobby?**B ist ein schlechter Zuhörer: unterbricht, widerspricht, schaut auf's Telefon, spielt mit etwas, negative Körpersignale, denkt an etwas anderes**
A lässt sich nicht beeindruckt und erzählt einfach selbstbewusst weiter
5. Rollenwechsel: B erzählt A 3 min, A hört schlecht zu
6. 3 min kurzer Austausch: Wie hat sich's angefühlt? Warum?



Abbildung 59: Präsentationsfolie „Modul 6“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015h): „Übung Kommunikation – Reden und Zuhören 2“

Übung – achtsame Dialoge

1. Gehen Sie in Paaren zusammen
2. Setzen Sie sich auf Kissen oder Stühle gegenüber, ca. 1 Meter Abstand
3. Legen Sie fest wer A und wer B ist.
4. A erzählt B 8 min; Mögliche Themen:
 - Was inspiriert mich am meisten Führungskraft zu sein?
 - Oder Was inspiriert mich an meinem Job?
 - Mein schönster Urlaub? Mein Hobby?

B hört achtsam zu: aufmerksam, präsent, achtet auf Gefühle, achtet auf seine inneren Dialoge, positive Körpersignale, zeigt „Resonanz“

A erzählt und achtet auf B, versucht, möglichst viel wahrzunehmen

Rollenwechsel: B erzählt A 8 min, A hört achtsam zu
5. 3 min kurzer Austausch: Wie hat es sich angefühlt? Warum?



Abbildung 60: Präsentationsfolie „Modul 6“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015h): „Übung – achtsame Dialoge“

Zusammenfassend lernen die Teilnehmer mit dem Modul 6 was achtsame Kommunikation ausmacht und welche vier Grundebenen achtsame Kommunikation im sozialen Austausch berührt:

- Das achtsame Sprechen
- Das achtsame Zuhören
- Resonanz – wertschätzende Rückmeldung
- Meta-Achtsamkeit (z. B. zentrales Sehen/ peripheres Sehen): ein unterschwelliges Gewahrsein für alle Sinneswahrnehmungen

Mit dem Verteilen der obligatorischen Postkarte („Achtsame Dialoge“) und der Hausaufgabe für die nächste Woche (Übung von achtsamen Dialogen im privaten, wie auch im Arbeitskontext) endet das Modul 6.

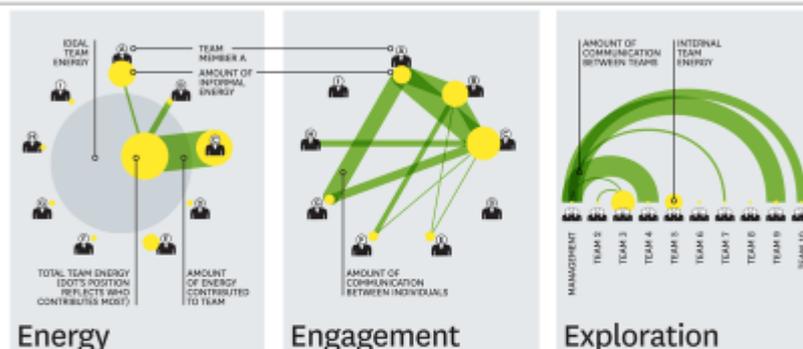
3.2.3.9. MODUL 7: VERTRAUEN UND ZUSAMMENARBEIT

Nach dem nun schon bekanntem Eingangsritual werden die Teilnehmer mit dem Modul 7 „Vertrauen und Zusammenarbeit“ mit einem weiteren Themenfeld auf dem achtsamen Weg zum „Wir“ vertraut gemacht.

Zusammenarbeit funktioniert nur, wenn Individuen in Beziehung miteinander treten. Eine (zwischenmenschliche) Beziehung kann aber nur derjenige eingehen, der auch ein gewisses (Grund-) Vertrauen sein eigen nennt.

Vertrauen und Zusammenhalt sind schließlich die Voraussetzungen zu einem Konstrukt, welches mit kollektiver Intelligenz betitelt wird (Abbildung 61).

Kollektive Intelligenz ist zentral für den Erfolg von Teams



Erkenntnisse zu erfolgreichen Teams:

- Jeder redet und hört zu im gleichen Anteil, präzise und auf den Punkt
- Teammitglieder sind einander zugewandt, Austausch ist lebendig
- Mitglieder sind in direktem Kontakt miteinander, nicht nur mit dem Teamleiter
- Mitglieder haben auch Kontakt außerhalb der formellen Teambesprechungen
- Es gibt bewusste Pausen und externer Input
- # Face to face Kontakte kann 35% Teamleistung erklären, bis zu 50% der Verbesserung in Team Kommunikationsmuster sind durch soziale Zeit verursacht

Energy: Anzahl Beiträge pro Mitglied oder gesamt für das Team; Engagement: gleichmäßige Verteilung der Kommunikation; Exploration: Kontakte außerhalb des Teams. Quelle: Sandy Pentland: The New Science of Building Great Teams



Abbildung 61: Präsentationsfolie „Modul 7“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015i): „Kollektive Intelligenz ist zentral für den Erfolg von Teams“

Wie kann der Mensch dieses Vertrauen und diesen Zusammenhalt als Grundvoraussetzungen erhalten?

Abbildung 62 und 63 zeigen den Teilnehmern wie dies mit Hilfe des sogenannten SCARF-Modells (S-tatus, C-ertainty, A-utonomy, R-elatedness, F-airness) in praxi funktioniert.

Wie entsteht Vertrauen und Zusammenhalt?

Der menschliche Organismus scannt kontinuierlich seine Umwelt

Zielgrößen: Bindung, Kontrolle, Erhöhung Selbstwertgefühl, Lustgewinn, Konsistenz/Integration

Aufnahme des Umfeldes mit allen Sinnen: „SCARF-Modell“



Bewertung und Feedback: Gut? Oder fühle ich mich unwohl?

Achtsamkeit hilft uns, diese Regelschleife bewusst zu durchlaufen und ggf. zu handeln



Modul 7 - ct

| 9



Abbildung 62: Präsentationsfolie „Modul 7“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015i): „Wie entsteht Vertrauen und Zusammenhalt?“

SCARF Modell wirkt vielschichtig

Bereich	Erklärung	Positive	Negative
Status	Eigene Position im Vergleich zu anderen	Statusbestätigung aktiviert Belohnungszentren.	Auswirkungen auf Status beeinflusst Entscheidungen. Geringerer Status aktiviert Fluchtverhalten
Certainty	Klarheit und die Fähigkeit die Zukunft vorherzusehen	Bestätigung von Sicherheit und Vorraussehbarkeit aktiviert Belohnungszentren	Unsichere soziale Situationen verursachen sehr viel Stress
Autonomy	Kontrolle über Ereignisse im Leben und deren Beeinflussbarkeit	Gefühl von Kontrolle mindert stress, steigert Zufriedenheit. intrinsische Motivation steigert Zufriedenheit	Extrinsische Motivation (Performance Systems) reduziert intrinsische Motivation.
Relatedness	Verbundenheit und Sicherheit mit einer anderen Person	Soziale Verbundenheit steigert Zufriedenheit, Engagement, 50% höhere Überlebensrate	In Group und Outgroup verhalten
Fairness	Fair und gleicher Austausch zwischen Menschen		Unfaire Situation belasten Gesundheit und Wohlbefinden



Modul 7 - ct

| 10



Abbildung 63: Präsentationsfolie „Modul 7“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015i): „SCARF-Modell wirkt vielschichtig“

Auf Grundlage dieser Erkenntnisse erfahren die Probanden, dass mit Hilfe von Achtsamkeit Wahrnehmungsprozesse verfeinert werden können und somit die Grundlage für eine Vielzahl von Mitteln und Methoden, die zu einem positiven Arbeitsklima beitragen können, wie z. B.

- Achtsame Besprechungen,
- Bedürfnisse Reflektieren,
- Achtsame Dialoge,
- Perspektivenwechsel – sich in die Lage des anderen versetzen,
- Achtsames Feedback – Abgleich von Selbst- und Fremdbild als Lernchance für beide.

Gerade Besprechungen oder Meetings sind ein zentraler Teil des Arbeitsalltages. Meetings sind dabei nicht nur eine Gelegenheit, Arbeit zu koordinieren oder zu besprechen, sondern in Besprechungen werden zunehmend auch Kernleistungen des Arbeitsalltages erbracht. Dennoch beklagen sich viele Beschäftigte über unproduktive Meetings. Gründe hierfür scheinen vielfältig: schlechte Organisation, fehlende Klarheit über Verantwortung oder auch fehlender Fokus im Meeting sind häufig genannte Gründe hierfür.

Dabei sind es nur wenige Punkte, wie Abbildung 64 zeigt, die ein Meeting zu einer achtsamen Besprechung machen.

Grundlagen achtsamer Besprechungen



- ✓ Persönlicher Check in
- ✓ Alles draußen lassen
- ✓ Platz einnehmen
- ✓ Team Check-in (Team Scan)
- ✓ Klare Ziele
- ✓ Konstruktiver Fokus
- ✓ Körperhaltung
- ✓ Achtsames Zuhören/Einladen
- ✓ Wertschätzung
- ✓ Pausen nicht vergessen!
- ✓ Gut abschließen

Wie können die Teilnehmer nun solches erreichen? Antworten hierzu sollen die beiden folgenden Übungen bringen (Abbildung 65 und 66).

Übung Bedürfnisse erkennen

Vertrauen und Erkennen von Bedürfnissen:

- Denken Sie konkret über die letzten Besprechungen nach, an denen Sie teilgenommen haben.
- Wie haben Sie diese erlebt?
- Wie haben Sie sich dabei gefühlt?
- Können Sie Ihre Gefühle anhand von Bedürfnissen erklären? Versuchen Sie, sich an den besprochenen Kategorien zu orientieren: Kontrolle, Sicherheit, Fairness, Status, Beziehung
- Wenn etwas fehlt: Können Sie sich vorstellen, Ihre Bedürfnisse in so einer Situation konkret zu artikulieren? Ideen?

Austausch in Paaren



Abbildung 65: Präsentationsfolie „Modul 7“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015): „Übung Bedürfnisse erkennen“

Perspektivwechsel

1. Wir stehen immer in Beziehung(en)
2. Verschiedene Perspektiven (auch die des anderen) einnehmen → kultiviert mehr Verständnis und Verhaltensoptionen



Fragen für einen Perspektivwechsel

1. Wer ist mein Gegenüber?
2. In welcher Situation befindet er/sie sich?
3. Wie viele Aufgaben hat er/sie gerade zu erledigen?
4. Was kann ich zur Verbesserung der Situation für sie/ihn beitragen?
5. Was sind seine/Ihre Talente?



Abbildung 66: Präsentationsfolie „Modul 7“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015): „Perspektivwechsel“

Der Ansporn „Achtsamkeit in Meetings“ zu praktizieren ist sowohl Inhalt der verteilten Postkarte (Abbildung 67), wie auch Verpflichtung und Hausaufgabe für die darauffolgende Woche.



Abbildung 67: Postkarte „Modul 7“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015): „ACHTSAME MEETINGS“

3.2.3.10. MODUL 8: SELBSTFÜHRUNG UND FÜHRUNG

Modul 8 ist nun das letzte der wöchentlichen, zweieinhalb Stunden dauernden Achtsamkeitsmodule. Es verbindet nochmals die beiden Positionen „Ich“ und „Wir“ in dem Thema „Führen“ oder „Führung“. Führung bedeutet in diesem Zusammenhang, den Menschen einen klaren Rahmen zu geben, in dem sie sich bewegen und handeln.

Die Projektteilnehmer sollen in diesem Modul kennenlernen, was es auf sich hat mit (Selbst-) Führung, welche Bereiche involviert sind und wer wo und was „führt“.

Führung hat verschiedene Ebenen und Leitfragen und die jeweiligen Antworten auf diese Fragen bestimmen die Art und Weise von Führung (Abbildung 68).

Führung hat verschiedene Ebenen und Leitfragen

Und unsere Antworten bestimmen unsere Art der Führung

Ebene	Kernfrage	Bezugsgröße
1. Umgebung	Wo? Wann?	Welche Handlungsrahmen stellt meine Umgebung?
2. Verhalten	Was?	Wie reagiere ich? Wie gehe ich mit pos. und neg. Impulsen um? Mit Forderungen, Lob und Kritik?
3. Fähigkeiten	Wie?	Wie fange ich eine Aufgabe an? Welches Handwerkszeug steht mir zur Verfügung?
4. Überzeugungen	Warum?	Motivation / Erlaubnis / Einstellungen / Werte: Was treibt mich an? Was darf ich? Weshalb tue ich etwas?
5. Identität	Wer?	Person / Rolle: Wer bin ich? Welche Rolle nehme ich ein?
6. Vision / Sinn	Wozu?	Lebensziel / berufliches Ziel. Was ist meine Aufgabe? Was will ich erreichen?

Die logischen Ebenen nach Robert Dilts, Zusammenfassung: http://nlportal.org/nlpedia/wiki/Logische_Ebenen
Quelle: <http://www.kayenta.de/training-seminar/wie-entsteht-fuehrungs-kraft>

 Modul 8 - mn | 7 

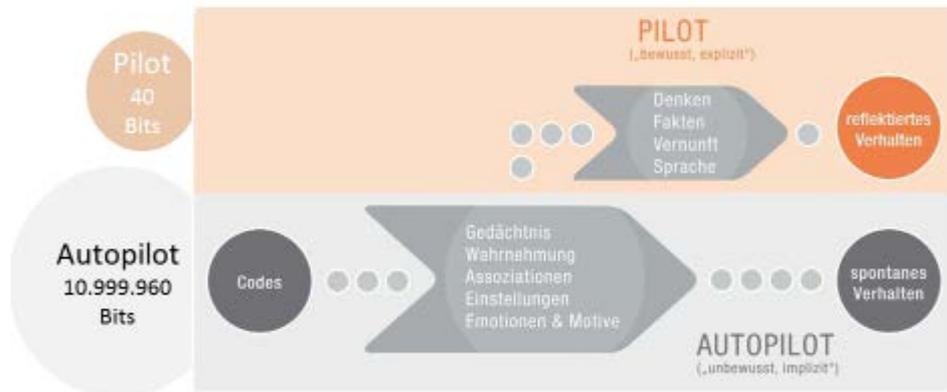
Abbildung 68: Präsentationsfolie „Modul 8“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015j): „Führung hat verschiedene Ebenen und Leitfragen“

Führen, egal ob sich selbst oder andere, bedeutet handeln. Die Frage, die sich dabei stellt: in wie weit handelt der Mensch in eingefahrenen Mustern und in wie weit handelt er bewusst?

„Unser Handeln wird von zwei „Systemen“ gesteuert“ (Abbildung 69):

1. Dem „Piloten“, der bewusst und explizit, präzise, abwägend und vorausschauend, aber auch langsamer und energetisch ineffizient handelt und
2. dem „Autopiloten“, der unbewusst, implizit, schneller, energiesparender, reich an Erfahrung agiert, aber dabei undifferenzierter und unpersönlicher ist.

Unser Handeln wird von zwei „Systemen“ gesteuert



Modul 8 - mn |

| 10



Abbildung 69: Präsentationsfolie „Modul 8“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015j): „Unser Handeln wird von zwei „Systemen“ gesteuert“

Um die Unterschiede für die Teilnehmer „erspürbar“ zu machen, wird folgende Übung angeboten:

- Suche dir ein Ziel im Raum und gehe dort hin
- Suche dir ein Ziel und mache dir vorher/dabei bewusst, dass auch die anderen ein Ziel haben
- Präsenzübung
- Suche dir ein Ziel und gehe auf dein Ziel zu

Die anschließende Reflektion erlaubt den Projektteilnehmern zum einen den Rückblick („Was haben Sie für Unterschiede wahrgenommen? Erleben Sie diese Unterschiede auch in Ihrem Arbeitsalltag?“), aber auch Ausblick („Wie gehe ich auf meine Ziele zu? Möchte ich etwas ändern? Wenn ja in welchen Situationen und wie? Woran würden das Ihre Kollegen/ Mitarbeiter merken?“).

Bewusste Entscheidungen sind oft vorteilhaft, der Alltag zeigt uns aber, dass der Mensch bei etwa 80 bis 90 % keine Entscheidungen (bewusst) trifft, sondern alten Mustern, die automatisch ablaufen, nachgeht.

Bewusst („achtsam“) den herrschenden Modus wahrnehmen und gegebenenfalls auch bewusst ändern, wird als Weg zur (Selbst-) Führung den Teilnehmern aufgezeigt (Abbildung 70).

Selbstführung entsteht aus diesen Komponenten

Selbst-Kennntnis

1. Wo sind tragende Strukturen, und solche die noch wackeln?
2. Zu wissen wo und wie man Kraft tankt
3. Lebenssinn entfalten, mit der tiefen Inspiration in Kontakt sein

Selbst-Regulation (die Grundlage die Selbst-Kennntnis umzusetzen)

1. Präsent mit sich sein
2. Emotionen und Geist regulieren
3. Reiz- und Reaktionsmuster trennen können („Keil“)



Selbst Management (Umsetzung der Selbst-Kennntnis auf Grundlage der Regulation)
= (Selbst)Führung



Abbildung 70: Präsentationsfolie „Modul 8“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015j): „Selbstführung entsteht aus diesen Komponenten“

Wie auf einem „Basar“ werden die Projektteilnehmer danach aufgefordert sich in Gruppen bzw. in stiller Selbstreflektion mit Themenbereichen aus dem Modul zu beschäftigen (Abbildung 71).

Basar

1. **15 min Gruppenaustausch:** Was gelingt Ihnen ganz konkret im Hinblick auf Selbst-Kennntnis, Selbst-Regulation, Selbst-Management besonders gut?
 - 1) Was tue ich dafür, dass mir dies gelingt, was lasse ich bewusst sein?
 - 2) Woran merke ich das, woran andere? Woran, wenn ich es mal nicht tue?
2. **7 min stille Reflektion:** Von all dem was Sie gehört haben, was ist für Sie hilfreich?
 - 1) Wenn Sie sich für eine Sache/Vorhaben/Methode entscheiden dürfen, was wäre das? Wenn Sie sich für keine entscheiden können, was würden Sie stattdessen tun?
 - 2) Und wie würden Sie dies umsetzen? Was wäre der erste Schritt?
 - 3) Wie können Sie sicherstellen, dass Sie damit nicht beginnen werden?
 - 4) Woran werden Ihre Kollegen / Mitarbeiter eine Änderung feststellen können?
 - 5) Wie lange könnte es dauern, bis die Maßnahme Wirkung zeigt?
3. **15 min Gruppenaustausch:** Wozu hätten Sie gerne von Ihren Kollegen einen Input / Unterstützung / Tipp?



Abbildung 71: Präsentationsfolie „Modul 8“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015j): „Basar“

Nach einer Meditationseinheit wird die Gruppe mit der Rolle/ mit ihren Rollen als Führungskraft konfrontiert:

- Wie können Führungskräfte in dieser schnelllebigen Welt, die das Risiko von Burnout und ähnlichem in sich birgt, eine innere Balance und ihre Werte halten, ohne an Produktivität zu verlieren?
- Wie können Führungskräfte bei gleichzeitig geforderter Ergebnisorientierung systemisch, ganzheitlich, emotional intelligent und empathisch handeln?

Achtsamkeit wird als (möglicher) „Schlüssel“ für diese Fragestellungen den Teilnehmern dargestellt (Abbildung 72).

Andere führen braucht Achtsamkeit

Andere Managen

- **Kompetenzen und Fähigkeiten** erkennen und einschätzen
- **Fokus** von anderen managen können
- **Achtsames Entscheidungsmanagement**

Emotionale Intelligenz

- Eine gute **Selbstführung/Authentizität**
- Fähigkeit **Kontakt aufzunehmen** und im **Kontakt zu bleiben**
- Fähigkeit zum **Feedback** geben und nehmen
- **Perspektivwechsel** und **Achtsame Dialoge**

Empathie

- Offen sein für **Möglichkeiten**
- Sich in andere **hineinfühlen** und **motivieren**
- Raumgewahrsein, **allumfassende Präsenz**(innen und außen)
- Mut und **Vertrauen die eigenen Werte** zu leben

 Modul 8 - mn | 35 

Abbildung 72: Präsentationsfolie „Modul 8“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015j): „Andere führen braucht Achtsamkeit“

Zusammengefasst finden sich in der Toolbox „Achtsamkeit“ Werkzeuge für das Selbstführen, für die Führung anderer, wie auch für die (abstrakte) Führung von Unternehmen oder Organisationen (Abbildung 73).

Entwicklung von authentischer Präsenz

Selbst Management <ul style="list-style-type: none">▪ Stress Reduzieren▪ Aufmerksamkeit stärken	Andere Managen <ul style="list-style-type: none">▪ Richtige Dosierung▪ Fokus halten▪ Teams leiten	Organisationen Managen <ul style="list-style-type: none">▪ Intensiver Fokus▪ Durch andere Wirken
Selbst Regulation <ul style="list-style-type: none">▪ Emotionen kennen	Emotionale Intelligenz <ul style="list-style-type: none">▪ Emotionen Erkennen▪ Emotionen managen	System Intelligenz <ul style="list-style-type: none">▪ Zusammenhänge erkennen▪ Veränderungs-management
Selbst Erkenntnis <ul style="list-style-type: none">▪ Eigene Bedürfnisse erkennen▪ Sich nähren Können	Empathie <ul style="list-style-type: none">▪ Sich in andere hineinversetzen▪ Andere Motivieren	Vision <ul style="list-style-type: none">▪ Offen für Einsichten▪ Flexibler Geist▪ Signale Wahrnehmen



Abbildung 73: Präsentationsfolie „Modul 8“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015j): „Entwicklung von authentischer Präsenz“

David Rock (2008) hat aus neurowissenschaftlicher Sicht das SCARF Modell entwickelt. Es beschreibt, dass unser Gehirn darauf ausgerichtet ist, sein „Belohnungssystem“ zu aktivieren. Es möchte Gefahren minimieren und eine Basis schaffen, um eine konstruktive Zusammenarbeit, ein konstruktives Miteinander zu ermöglichen. Achten Führungskräfte auf diese Aspekte, wächst die Wahrscheinlichkeit deutlich, dass Mitarbeiter Vertrauen aufbauen und den bestmöglichen Beitrag zum Erfolg liefern.

Als letzte Hausaufgabe wird den Projektteilnehmern eine persönliche SCARF-Kontemplation (Tabelle 8), welche sie im Handout zu Modul 8 finden, für die folgende Woche aufgetragen.

SCARF-Kontemplation

Status (engl. Status)

- Welche Ressourcen haben meine Mitarbeiter?
- Kenne ich die Ressourcen von jedem?
- Wann habe ich das letzte Mal Mitarbeiter gelobt?
- Wie häufig gebe ich Feedbacks – achtsam?
- Ist jeder Mitarbeiter entsprechend seinen Fähigkeiten am richtigen Platz?

Vorhersehbarkeit/ Sicherheit (engl. Certainty)

- Wie klar transportiere ich meine Erwartungen an die Mitarbeiter?
- Wie klar setze ich für die Aufgaben den organisatorischen Rahmen?
- Wie klar und differenziert sind die Ziele kommuniziert?
- Wie Sorge ich für Meilensteingespräche, um die Entwicklung der Mitarbeiter zu unterstützen?
- Sorge ich für Kompetenzerweiterung für die Mitarbeiter?
- Stelle ich genügend Ressourcen zur Verfügung?

Autonomie (engl. Autonomy)

- Kenne ich die Stärken meiner Mitarbeiter und mute ihnen in den Bereichen auch Herausforderungen zu, an denen sie wachsen können?
- Überlasse ich den Mitarbeitern Verantwortung?
- Mische ich mich häufig ein?
- Ist mir das Tempo nicht schnell genug und dann erledige ich doch lieber die Aufgaben?
- Kann ich gut abgeben?
- Wie groß ist das Vertrauen in die Kompetenzen meiner Mitarbeiter?

Verbundenheit/ Beziehung (engl. Relatedness)

- Wie gestalte ich die Beziehungen zu den Mitarbeitern?
- Wie häufig gebe ich Anerkennung für die erbrachte Leistung?
- Gibt es eine Feierkultur?
- Wie gestalte ich Meetings?

- Wie viel Mensch dürfen die Mitarbeiter sein?
- Wie bekunde ich mein Interesse, wie es den Mitarbeitern auch persönlich geht?
- Was tue ich für die Identifikation der Mitarbeiter mit dem Team/ Unternehmen?

Fairness (engl. *Fairness*)

- Bevorzuge ich Mitarbeiter?
- Werden die Ziele fair verteilt?
- Bin ich mit allen Mitarbeitern transparent, bezogen auf Informationen, Kündigungen, Umstrukturierungen, neuen Strategien, Erwartungen des Managements, etc.?

Tabelle 8: Handout „Modul 8“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015j): „Achtsamkeit und Führung“

3.2.3.11. VERTIEFUNGSTAG „WORLD CAFÉ“

Der Vertiefungstag bildet mit dem Entschleunigungstag den Rahmen um die acht wöchentlichen Achtsamkeitsmodule. Beide heben sich nicht nur zeitlich, durch ihre Dauer (acht Stunden versus zweieinhalb Stunden) von den anderen Einheiten ab, sondern auch räumlich: die beiden Tage finden idealerweise *offsite*, d. h. außerhalb des Unternehmens oder der Organisation statt.

Aber nicht nur die Tage als solches bilden einen Rahmen, auch inhaltlich wird ein Kreis geschlossen: Nachdem am Entschleunigungstag die psychischen und medizinischen „Eingangsbedingungen“ der Probanden erfasst wurden, werden am Vertiefungstag die psychometrischen und biometrischen Testverfahren erneut durchgeführt, um später durch einen sogenannten „Vorher-Nachher“-Vergleich mögliche Effekte wissenschaftlich-statistisch darzustellen und auszuwerten.

Die zum Einsatz kommenden Testverfahren sind im weiteren Verlauf dieser Arbeit ausführlich dargestellt und erläutert (siehe Kapitel: Testverfahren zur Evaluation).

Nach dem Eintreffen der Projektteilnehmer und dem bereits aus den acht Modulen bekannten Eingangsritual mit Sitzmeditation und Reflektion und Austausch über das letzte Modul (was hat funktioniert und was nicht?), werden zunächst die oben erwähnten Testverfahren durchgeführt.

Der Vertiefungstag soll, wie der Name schon ausdrückt, der „Vertiefung“ dienen. All das Gesagte, Gehörte, Erfahrene und Erlebte der vorausgegangenen acht Module soll an diesem Tag nochmals die Teilnehmer Revue passieren, erinnern und „vertiefen“.

Als pädagogisch-didaktische Methode für diesen Tag wird die Form des sogenannten „World-Café“ angewandt, eine Workshop-Methode, die von den US-amerikanischen Unternehmensberatern Juanita Brown und David Isaacs (2007) entwickelt wurde:

Der Veranstaltungsraum ist am Rand mit Stellwänden umsäumt, auf denen an Hand von Plakaten und Präsentationsfolien die Themen, Inhalte und Kernaussagen der letzten acht Achtsamkeitsmodule nochmals zusammengefasst für die Teilnehmer dargestellt werden.

Zunächst sollen die Teilnehmer in Kleingruppen nochmals die einzelnen Posterpräsentationen zu den Modulen besuchen und die Inhalte kurz zusammen resümieren.

Danach erfolgt die Einladung in das World Café.

In der Mitte des Raumes sind (Café-) Tische mit jeweils vier bis sechs Sitzplätze gestellt. Die Tische sind mit weißen, beschreibbaren Papiertischdecken und Stiften bzw. Markern belegt. Der Achtsamkeitstrainer führt als „Gastgeber“ die Teilnehmer zu Beginn des World Café in die Arbeitsweise ein, erläutert den Ablauf und weist auf die Verhaltensregeln, die Caféhaus-Etikette, hin. Im Verlauf werden zwei oder drei unterschiedliche Fragen in aufeinanderfolgenden Gesprächsrunden von etwa 15 Minuten an allen Tischen bearbeitet. Zwischen den Gesprächsrunden mischen sich die Gruppen neu. Nur jeweils ein Teilnehmer, als „Tischherr“, bleibt die ganze Zeit über an einem Tisch, um die neuen Gäste zu begrüßen, kurz das vorhergehende Gespräch zu resümieren und den Diskurs erneut in Gang zu bringen. Das World Café schließt mit einer Gruppenreflektion ab (Brown und Isaacs, 2007).

Nach einer Schlussrunde im Plenum mit nochmaliger (Gesamt-)Reflektion und Austausch findet zu guter Letzt noch eine gemeinsame Achtsamkeitsmeditation statt.

3.2.3.12. ARZTGESPRÄCH

Die bei den einzelnen Projektteilnehmern im Rahmen des Entschleunigungs- und Vertiefungstages erhobenen psychometrischen und biometrischen Daten werden im Nachgang im Sinne der wissenschaftlichen Evaluation zum einen als Gruppenergebnis ausgewertet, zum anderen dienen die personenbezogenen Ergebniswerte auch als Grundlage für Individuelle Präventions- und Beratungsgespräche im Sinne der gesundheitspädagogischen Zielsetzung (sogenannte „Vier-Augen-Gespräche“ unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht) durch den Verfasser dieser Arbeit als ärztlichen Projektleiter mit den einzelnen Teilnehmern.

Ziel dieser Gespräche ist es, auf Grundlage der individuellen Krankheits- bzw. Gesundheitsvorgeschichte, sowie den individuellen Untersuchungsergebnissen für den einzelnen Teilnehmer angepasste Präventionsempfehlungen aufzuzeigen, sowie konkrete Hinweise und Tipps für einen gesünderen Lebensstil zu geben.

3.3. TESTVERFAHREN ZUR EVALUATION

Achtsamkeit wird im therapeutischen und wissenschaftlichen Kontext häufig nach Kabat-Zinn (2011) „als eine besondere Form der Aufmerksamkeitslenkung: das Bewusstsein, das entsteht, indem man der sich entfaltenden Erfahrung von einem Moment zum anderen bewusst seine Aufmerksamkeit widmet (*present moment*), und zwar im gegenwärtigen Augenblick (*on purpose*) und ohne dabei ein Urteil zu fällen (*non-judgemental*)“ definiert. Ungeachtet dessen versuchen Wissenschaftler Möglichkeiten aufzuzeigen, ob und wie sich Achtsamkeit in unseren bio-psycho-sozialen Netzwerken „messbar“ macht (Ostafin et al., 2015; Brown et al., 2015; Ie et al., 2014).

Das Forschungsprojekt „Achtsamkeit im Unternehmen“ soll als erstes groß angelegtes Pilotprojekt im deutschsprachigen Raum, Hinweise für die Wirkung von Achtsamkeitstrainings am Arbeitsplatz finden. Um solche Hinweise auch wissenschaftlich valide erbringen zu können, werden zu Beginn (Entschleunigungstag) und am Ende (Vertiefungstag) des Programms psychometrische und biometrische Testverfahren bei den

Projektteilnehmern durchgeführt. Die Teilnahme an den Testungen ist für die teilnehmenden Mitarbeiter freiwillig.

3.3.1. PSYCHOMETRIE

3.3.1.1. ANGEWANDTE TESTVERFAHREN

Im Rahmen dieser Arbeit wurde der Attention Network Test (ANT) als einer der bekanntesten Tests im Bereich der kognitionspsychologischen Testverfahren gewählt, um Aufmerksamkeit und Aufmerksamkeitsleistungen der Probanden zu ermitteln und Aspekte, welche gut mit den drei bekannten Aufmerksamkeitsnetzwerken korrespondieren, zu erfassen. Untersuchungen von Tang und Posner (in Ostafin et al., 2015 und in Brown et al., 2015) haben gezeigt, „wie Achtsamkeit hinsichtlich der gut untersuchten Aufmerksamkeitsnetzwerke zum Ausdruck kommt“. Dabei konnte gezeigt werden, dass gerade Achtsamkeitstrainings Veränderungen im Aufmerksamkeitssystem „Executive Control“ und in der Aktivität damit assoziierter Hirnregionen erreichen konnten.

Frühere Untersuchungen (Hölzel et al., 2011, Tang et al., 2007, Tang et al., 2012, alle zitiert in Brown et al., 2015) postulierten ebenfalls, dass Achtsamkeitsmeditation neben den oben genannten Veränderungen in den identifizierten Hirnregionen, auch assoziierte Effekte im Bereich des parasympathischen und sympathischen Nervensystems bedingen (siehe auch Kapitel 3.3.2 ‚Biometrie‘).

Eine zweite Säule in der Bewertung der Auswirkungen der angewandten achtsamkeitsbasierten Methoden bildeten psychometrische Tests, welche den Probanden zur Vor- und Nachher-Einschätzung anhand von validierten Fragebatterien zu verschiedenen Aspekten des Lebens und der Arbeit aufforderten.

Dabei wurden solche Testverfahren eingesetzt, die bereits bei früheren Untersuchungen (Grossmann et al., 2004, Walach et al., 2004, Kohls et al., 2009, Sauer et al., 2011, Kohls et al., 2012, Hiendl, 2014b) in einem solchen oder einem ähnlichen Setting eingesetzt wurden. Es sind dies das Perceived Stress Questionnaire (PSQ) zur subjektiven Bewertung von Stress gemäß dem transaktionalen Stressmodell nach Lazarus, das Freiburger Mindfulness

Inventory (FMI) zur Messung der (individuellen) Achtsamkeit, die Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) zur Erfassung eines besonderen Aspektes von Achtsamkeit, der Un-Achtsamkeit, die Überdruss Skala (Tedium Scala) als etabliertes Screening-Verfahren in der Burnout-Prophylaxe, das Landauer Organisations- und Teamklimainventar (LOTI) für den Bereich Konzentration und Verhaltensfragen, sowie ein eigens zusammengestellter Fragenkatalog zur allgemeinen Projekteinschätzung und zur subjektiven Zufriedenheit mit dem eingesetzten Achtsamkeitsprogramm.

Alle psychometrischen Tests wurden computerunterstützt an Laptops durchgeführt.

3.3.1.1.1. KOGNITIONSPSYCHOLOGISCHE TESTVERFAHREN

3.3.1.1.1.1. ATTENTION NETWORK TEST (ANT)

Aufmerksamkeit (engl. Attention) wird von Carver und Scheier (1981) beschrieben, „als eine ‚Brücke‘, welche ausgewählte Bestandteile der Außenwelt mit der subjektiven Innenwelt des Bewusstseins verbindet und so die Kontrolle des Verhaltens ermöglicht“. Aufmerksamkeit ist also keine isolierte kognitive Teilfunktion, wie etwa Wahrnehmung oder Gedächtnis. „Sie ist vielmehr in zahlreichen Teilbereichen und Modellen der Informationsverarbeitung als eine Komponente enthalten, die gleichsam als moderierende Variable auf den Informationsfluss einwirkt“ (Müsseler, 2014). Dass sich Aufmerksamkeit und Aufmerksamkeitsleistungen nicht in einem einzigen Funktionsbereich und auch anatomisch sich nicht einem isolierten Hirnareal zuordnen lassen, haben Posner und Peterson (1990) in ihrer Arbeit grundlegend gezeigt. Vielmehr konnten drei Aufmerksamkeitsnetzwerke anatomisch und auch funktionell definiert werden. Deren Funktionen folgende Aufmerksamkeitsqualitäten repräsentieren: Alerting, Orienting und Executive Control.

Ta (2013) hat diese drei Aufmerksamkeitsnetzwerke zusammenfassend kurz dargestellt:

Alerting dient einer internen Vorbereitung für die Reizwahrnehmung und ist die Voraussetzung zur Ausführung höherer kognitiver Funktionen. Alertingfunktionen sind mit der neuronalen Aktivität im Thalamus und in frontalen und parietalen Regionen der linken Hemisphäre assoziiert (Kinomura et al., 1996; Sturm und Willmes,

2001; Fan et al., 2005). Oft wird Alerting mit einem einfachen Reaktionszeitparadigma untersucht, in denen die Untersuchungspersonen auf einen neutralen Reiz hin eine Taste drücken sollen. In einer Variante dieses Aufgabentyps zur Untersuchung der Alertness, wird die Reaktionszeit gemessen, nachdem vorher ein visueller oder akustischer Warnreiz präsentiert wurde. Dabei zeigen gesunde Probanden kürzere Reaktionszeiten als in den Versuchsbedingungen ohne Warnreiz, was als Steigerung des Aufmerksamkeitsniveaus (der Alertness) in Erwartung eines Reizes hoher Priorität interpretiert wird (Posner und Petersen, 1990).

Orienting beinhaltet Aspekte der Aufmerksamkeit, die die Loslösung von bisher fokussierten Objekten und die Selektion von spezifischen Informationen durch das Ausblenden unwichtiger Reize fördern. Die Orientierungsfähigkeit wird häufig untersucht, indem ein Hinweisreiz anzeigt, wo das Hauptziel (Target) erscheinen wird (Posner und Petersen, 1990). Da die Orientierungsfähigkeit von der Kopfbewegung und der Augenbewegung gegenüber dem Ziel abhängig ist, ist in Untersuchungssituationen die Minimierung der Kopf- und Augenbewegung erforderlich. Die optische Orientierung ist mit den neuronalen Aktivitäten im Bereich des Parietallappen, des frontalen Augenfeldes und subkortikalen Gebieten, zum Beispiel des Colliculus superior des Mittelhirns und des Pulvinar im Bereich des Thalamus, assoziiert (Corbetta und Shulman, 2002; Fan et al., 2005). Das aktivierte cholinerge System im Bereich der Basalganglien spielt zudem eine wichtige Rolle in der Modulation der Orientierungsfähigkeit (Fan et al., 2009).

Die *exekutive Kontrollfunktion* (Executive Control oder Conflict, d. V.) umfasst komplexere mentale Operationen, die eine wichtige Rolle im Planungsprozess, bei der Entscheidung, der Fehlerdetektion, der Anpassung an eine neue Umgebung, und der Überwindung von habituellen Verhalten spielen (Posner und Rothbart, 2007). Eine große Anzahl an Studien untersuchte die exekutive Kontrollfunktion, beispielsweise durch Versionen des Farbwort-Interferenz-Tests (Stroop-Tests), in dem die Probanden angehalten werden, nur auf die eine Dimension des Reizes zu antworten und dabei eine Antwort auf eine andere widersprechende Dimension zu unterdrücken (MacLeod, 1992). In anderen Untersuchungen kognitiver Konflikte wurden die von Eriksen und Eriksen im Jahr 1974 entwickelten Flanker-Aufgaben als eine Methode zur Beurteilung der Effektivität der exekutiven Kontrolle angewendet (Eriksen und Eriksen, 1974; Fan et al., 2003a). Die exekutive Kontrolle der Aufmerksamkeit ist mit neuronalen Aktivitäten von Hirnregionen, insbesondere im Bereich des anterioren Gyrus cinguli (ACC) und des dorsolateralen präfrontalen Cortex (Bush et al., 2000; Botvinick et al., 1999; Fan et al., 2003b) assoziiert.

Der Attention Network Test (ANT) ist einer der bekanntesten Testverfahren, was die kognitiven Funktionen

betrifft und gilt als der „Goldstandard“ der Aufmerksamkeitstests. Der Test stellt eine Kombination aus einem Paradigma mit Distraktorreizen (Eriksen und Eriksen, 1974) und einer Reaktionszeitaufgabe mit Hinweisreizen (Posner et al., 1982) dar. Er hat eine Dauer von insgesamt 15 Minuten und wird in drei Einheiten von jeweils 5 Minuten durchgeführt. Die Aufgabe des Probanden besteht darin, während ein Kreuz in der Mitte des Bildschirms mit den Augen fixiert werden sollte, möglichst rasch per Tastendruck anzugeben, ob der jeweils in der Mitte präsentierte Pfeil mit der Spitze nach rechts oder links weist, ohne dabei die Richtungen von eventuell flankierenden Pfeilen zu beachten. Der Zielreiz (Target) wird durch Distraktoren flankiert, die entweder aus neutralen Reizen (Linien), konsistenten oder inkonsistenten Reizen (richtungskongruente oder inkongruente Pfeile) bestehen. Diese Reize werden durch einen vorangehenden Hinweisreiz (Cue) „angekündigt“. Cues erscheinen entweder nicht (no cue-Bedingung), zentral (center cue), räumlich, d. h. in der oberen oder unteren Bildschirmhälfte (spatial cue) oder doppelt räumlich, d. h. in der oberen und unteren Bildschirmhälfte (double cue) (Ta, 2013). Mit diesem Setting werden nun drei Meßkombinationen abgegriffen, welche die drei Aufmerksamkeitsnetzwerke ‚Wachsamkeit‘ (Alerting), ‚Orientierung‘ (Orienting) und ‚Entscheidung‘ (Executive Control oder Conflict) darstellen:

Das Alerting wird berechnet, indem man die Reaktionszeit der double-cue Bedingung von der Reaktionszeit der no-cue Bedingung abzieht. Bei no-cue ist die Aufmerksamkeit diffus und ungerichtet. Die Testperson weiß nicht, wo potentiell das nächste Paradigma erscheint. Bei der double-cue Bedingung ist die Aufmerksamkeit ebenfalls diffus, aber sie setzt die Testperson in einen alarmierenden Zustand und bereitet ihn so auf die nächste Aufgabe vor.

Das Orienting berechnet man durch Subtraktion der spatial-cue Bedingung von der center-cue Bedingung. Beide Varianten alarmieren die Wachsamkeit, aber nur die spatial-cue Bedingung erlaubt, durch eine spezielle Information die Orientierung auf das nächste, anstehende Beispiel zu richten.

Die Pfeil-Konditionen prüfen den Konflikt. Durch Subtraktion der Reaktionszeiten bei kongruenten Pfeilen von den Reaktionszeiten bei den inkongruenten Pfeilen lässt sich dieser beurteilen. Da neutrale und kongruente Pfeile nur geringe Abweichungen von einander zeigen, kann man genauso gut die Reaktionszeiten der neutralen von den Reaktionszeiten der inkongruenten Pfeile abziehen (Ta, 2013).

Der ANT bietet somit eine kompakte und elegante Möglichkeit die drei grundsätzlichen Netzwerkkreise von

Aufmerksamkeit und Konzentration beim Menschen unter standardisierten Bedingungen zu messen.

3.3.1.1.2. PSYCHOMETRISCHE TESTVERFAHREN

3.3.1.1.2.1. PERCEIVED STRESS QUESTIONNAIRE (PSQ)

Stress als komplexe Wechselwirkung zwischen den Anforderungen einer Situation und den dabei handelnden Personen ist die Grundthese des transaktionalen Stressmodells des amerikanischen Psychologen Richard S. Lazarus (Lazarus und Folkman, 1984; Lazarus, 1999). Die grundlegende Neuerung dieses Modells war es, dass nicht die (objektive) Beschaffenheit der Reize oder Situationen für die Stressreaktion von Bedeutung sind, sondern deren (subjektive) Bewertung durch den Betroffenen.

Obwohl die subjektive Bewertung durch das Individuum das Schlüsselkonzept im transaktionalen Stressmodell darstellt, gibt es bislang nur sehr wenige „Werkzeuge“, diese Bewertungen auch zu messen.

Eine in der Praxis sich etablierte Variante zur Messung von Stress durch subjektive Bewertungen stellt das Perceived Stress Questionnaire (PSQ) dar. Das PSQ erfasst dabei das (subjektiv empfundene) Ausmaß an Sorgen, erlebter Anspannung, Anforderungen und erlebter Freude (Fliege et al., 2005). Die Fragen sind in der Ich-Perspektive formuliert, um Stress als subjektive Belastung darzustellen.

Die deutsche Übersetzung des Questionnaire von Fliege et al. ermöglicht es, das subjektive Belastungsempfinden in Form eines Stress-Index darzustellen und Probanden auf einem Skalenrang von 0 bis 100 abzubilden (Igelmann, 2013).

3.3.1.1.2.2. FREIBURGER MINDFULNESS INVENTORY (FMI)

Das Freiburger Mindfulness Inventory (FMI) wurde von Walach et al. (2004) mit explizitem Bezug zur buddhistischen Wurzel des Begriffs ‚Achtsamkeit‘ konstruiert: „Die Experten generierten in einer

Expertenbefragung eine Vielzahl unterschiedlicher Aspekte des Achtsamkeitsbegriffs: die umfassen unter anderem Urteilslosigkeit, Akzeptanz, Nicht-Identifikation, Neutralität, abnehmende Reaktivität, Ganzheitlichkeit, Nicht-Oberflächlichkeit, einsichtsvolles Verstehen, Prozesshaftigkeit, Anfängergeist und Absichtslosigkeit. (...) Die Items sind sowohl positiv wie auch negativ formuliert“ (Heidenreich et al., 2006).

Von den ursprünglich 38 Items blieben in der Endform des FMI 14 Items mit ausreichender Trennschärfe übrig. Mit diesen 14 Items werden alle Aspekte von Achtsamkeit ausreichend berücksichtigt. Diese Auswahl ermöglicht es auch, dass neben Menschen mit Meditationserfahrung selbst Laien ohne explizite Kenntnisse in der Achtsamkeitsmeditation oder aber auch Patienten in psychotherapeutischer Behandlung diese Fragen verstehen und sicher beantworten können.

„Hinsichtlich der Konstruktvalidierung ergaben sich signifikante, positive Korrelationen mit der privaten Selbstaufmerksamkeit und Selbstkenntnis sowie signifikante, negative Korrelationen mit öffentlicher Selbstaufmerksamkeit“ (Heidenreich et al., 2006).

3.3.1.1.2.3. MINDFUL ATTENTION AWARENESS SCALE (MAAS)

Die von Brown und Ryan (2003) publizierte Mindful Attention Awareness Scale ist ein Ein-Faktoren-Konstrukt und dient zur Erfassung eines besonderen Aspektes von Achtsamkeit: Der Selbsteinschätzung der Tendenz, im Alltag aufmerksam und sich der gegenwärtigen Erfahrung gewahr zu sein. „Schwerpunkt Ihres Achtsamkeitsbegriffs liegt in einer umfassenden Wahrnehmung verfügbarer innerer und äußerer Reize, die zu einer verbesserten Selbstregulation führen kann und somit potentiell einen positiven Einfluss auf das Gesundheitsverhalten von Menschen hat“ (Heidenreich et al., 2006).

Aus ursprünglich 184 Items wurde mittels psychometrischer Methoden eine 15 Items umfassende Skala gebildet. Die Besonderheit dieser Items ist, dass keines der Items positiv formuliert ist, d. h. alle Fragen sind in Richtung einer achtsamkeitslosen Haltung gestellt. Hinsichtlich der Konstruktvalidität zeigen sich signifikant negative Korrelationen mit psychopathologischer Symptombelastung, Depressivität und Ängstlichkeit. Positive Zusammenhänge zeigten sich zu ‚Offenheit für Erfahrungen‘ und Lebenszufriedenheit. „Es konnten Unterschiede

in der Höhe der Achtsamkeitswerte von Personen mit und ohne Meditationserfahrung nachgewiesen werden“ (Heidenreich et al., 2006).

3.3.1.1.2.4. ÜBERDRUSS SKALA (TEDIUM SCALE)

Die von Pines et al. (1981) entwickelte Tedium Scale ist ein Fragenkatalog, mit welchem sich anhand von 21 Fragen der Grad des Überdrusses beziehungsweise Burnout messen lässt. „Im Folgenden ließen die Erstautoren die Unterscheidung von Überdruss und Burnout fallen, der Fragebogen wurde hierauf in Burnout Measure umbenannt“ (Schaufeli und Dierendonck, 1993). Hierbei werden die drei Aspekte körperliche, emotionale und geistige Erschöpfung gemessen.

Die Auswertung erfolgt, indem über alle Items – nach Umpolung einiger Items (3, 6, 19, 20)- die Summe gebildet wird. Mittels Division durch die Gesamtanzahl der Items (21) wird das arithmetische Mittel x berechnet. Das Ergebnis wird dann wie folgt interpretiert:

- Mittelwert x bis 3,00: niedriges Burnout-Risiko, d. h. *nicht ausgebrannt*.
- Mittelwert x zwischen 3,00 bis 3,50: mittleres Burnout-Risiko, d. h. *leicht ausgebrannt*.
- Mittelwert größer 3,50: hohes Burnout-Risiko, d. h. *mittel bis stark ausgebrannt*.

Bei einem Wert größer 5,00 liegt eine akute Krise vor (Rudow, 2004). Bei der Überdruss Skala handelt es sich insgesamt um ein etabliertes Verfahren in der Burnout-Prophylaxe, welches relativ einfach und praktikabel in der täglichen Arbeit einsetzbar ist.

3.3.1.1.2.5. LANDAUER ORGANISATIONS- UND TEAMKLIMA-INVENTAR (LOTI)

Zu anerkannten und in der betrieblichen Praxis bewährten Methoden organisationspsychologischer Forschung gehören Befragungsinstrumente, die Stimmungen, Sichtweisen, Einstellungen und Urteile messen, aus denen sich das psychologische Klima in Organisationen und Arbeitsgruppen zusammensetzt (Ogpennoorth, 1985). In

der Regel lässt sich jedoch bei den gängigen Verfahren entweder nur das Organisationsklima oder das Teamklima erfassen.

Einer Forschungsgruppe um Günter F. Müller der Universität Koblenz-Landau, Campus Landau gelang es 2002 ein Diagnoseverfahren zu entwickeln, das beide Analyseebenen integriert, sowohl das Unternehmens-, wie auch das Arbeitsgruppenklima: Landauer Organisations- und Teamklima-Inventar (LOTI).

Mit insgesamt 256 Merkmalen, die 32 Modulen, wie z. B. Belastung, Entwicklungsmöglichkeiten, Kollegen, Kooperation, etc. zugeordnet sind, erfasst LOTI das Organisationsklima. Das Klima von Arbeitsgruppen („Teamklima“) wird in 10 Modulen, wie Kommunikation, Engagement, Führungsverhalten, Konflikte, etc., mit insgesamt 253 Merkmalen dargestellt.

Neben dieser sehr umfangreichen und auch differenzierten Merkmalsbeschreibung in zwei Analyseebenen bietet das Landauer Organisations- und Teamklima-Inventar noch einen weiteren Vorteil, welcher auch bei der Testgestaltung dieser Arbeit sich vorteilhaft erwies, seine diagnostische Flexibilität: Die Formulierungen der einzelnen Klimamerkmale können an die unternehmens- bzw. arbeitsgruppenspezifische Sprache angepasst, die einzelnen Module und Merkmale individuell zusammengestellt werden. Auch sind unterschiedliche Antwortformate frei wählbar.

In dieser Arbeit wurden insgesamt 47 Merkmale aus dem LOTI zu den Modulen Konzentration und Verhalten, teilweise geändert und gekürzt, verwendet.

3.3.1.1.3. EIGENE FRAGEN

Abschließend wurde den Probanden noch eine Fragebatterie mit 34 Fragen zur Projekteinschätzung präsentiert, welche durch die Arbeitsgruppe um Niko Kohls (Hochschule Coburg) selbst entwickelt wurden.

3.3.2. BIOMETRIE

3.3.2.1. ANGEWANDTE TESTVERFAHREN

Neben den oben bereits erwähnten kognitionspsychologischen und psychometrischen Testverfahren wurden im Rahmen der Untersuchungen zu dieser Arbeit auch erstmals biometrische Daten der beteiligten Probanden zur Evaluation achtsamkeitsbasierter Maßnahmen als gesundheitspädagogische Intervention im Unternehmen erhoben.

Frühere Untersuchungen (Hölzel et al., 2011, Tang et al., 2007, Tang et al., 2012, alle zitiert in Brown et al., 2015) postulierten bereits, dass Achtsamkeitsmeditation neben den in Kapitel 3.3.1. erwähnten Veränderungen in bestimmten Hirnregionen, auch assoziierte Effekte vor allem im Bereich des parasympathischen und sympathischen Nervensystems bedingen könnten.

Folgende bio-medizinische Testverfahren fanden bei dieser Untersuchung ihre Anwendung:

- die Herzratenvariabilität (HRV), um Aufschluss über die Funktionsweise und den aktuellen Zustand des autonom-nervösen Regulationssystems zu erhalten,
- die Bestimmung der Stress-Biomarker Cortisol und Alpha-Amylase als bedeutende Repräsentanten der beiden zentralen Stresssysteme Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA) und dem Sympatho-Adreno-Medullärem-System (SAM),
- Telomerlängenveränderungen, eine der neun „Hallmarks of Aging“ (Lopez et al., 2013), sowie
- die Bestimmung von präventivdiagnostischen Laborparametern als Begleitdiagnostik und Beratungsgrundlage für das individuelle Klientengespräch.

Die Untersuchungen fanden jeweils vor (T1) und am Ende (T2) der achtwöchigen achtsamkeitsbasierten Trainingseinheit im Unternehmen statt.

Für die medizinischen Untersuchungen an menschlichem Biomaterial (Speichel, venöses Blut) wurde das positive Votum der Ethikkommission der Bayerischen Landesärztekammer eingeholt (Anlage 1).

3.3.2.1.1. HERZRATENVARIABILITÄT

Das Herz als Organ hat in unserem menschlichen Organismus eine Art Sonderstatus: Wir leben, weil unser Herz schlägt! Joachim Ernst Fischer beschreibt in einem Vorwort (2012) sehr richtig: „Ein fein austariertes und komplexes Regulationssystem sorgt dafür, dass das Herz immer genau die richtige Menge Blut durch den Kreislauf schickt, ob wir nun schlafen, rennen, stehen, sitzen, nachdenken oder ob wir uns fürchten. (...) Kein Wunder also, dass Herzschläge nicht nach dem Takt eines Metronoms aufeinander folgen. Im Gegenteil, gesund ist die ruhige Unregelmäßigkeit.“

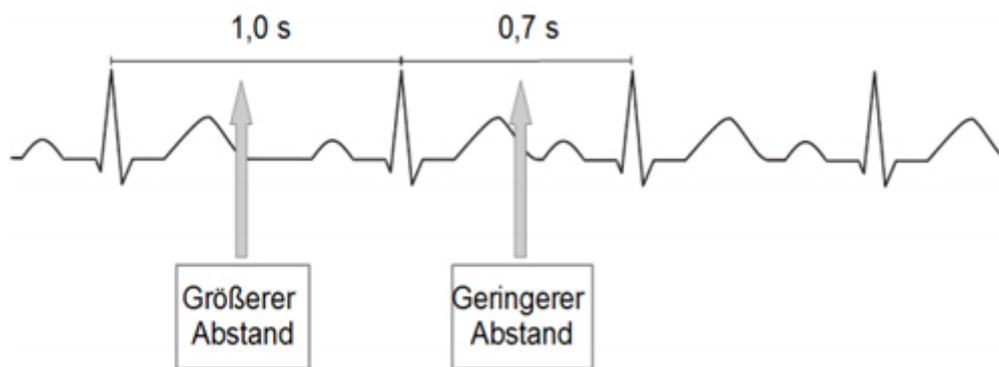


Abbildung 74: EKG-Kurve eines gesunden Menschen mit unterschiedlichen Abständen zwischen den R-Zacken (Abbildung BioSign GmbH)

Die regelmäßige Unregelmäßigkeit des Herzschlages, Herzfrequenz- oder Herzratenvariabilität (HRV, *englisch: heart rate variability – hrv*) bezeichnet (Abbildung 74), scheint beim ersten Betrachten erst einmal ein Widerspruch in sich und beschreibt doch eine grundlegende Notwendigkeit unseres Lebens: Permanente Änderungen in unseren Organ- und Funktionskreisläufen im Körper verlangen unmittelbare, präzise Reaktionen unter anderem des versorgenden Blutkreislaufes und, an zentraler Stelle, des Pump-Motors „Herz“. Übermittler dieser Veränderungen in unserem Körper ist das vegetative Nervensystem. Aber nicht nur interne Regulationsmechanismen und –prozesse nehmen Einfluss auf die Taktfrequenz unseres Herzens, auch Einflüsse von außen (Umwelt, Klima, etc.), sowie Ereignisse und Phänomene aus dem sogenannten zwischenmenschlichen Bereich, wie Emotionen, subjektives Erleben, Stress führen unmittelbar zu Veränderungen des Herzschlages.

Diese Tatsache und die Kenntnis, dass alle Körperprozesse in ihrer Gesamtheit einer übergeordneten Kontroll- und Steuerungsinstanz im Gehirn unterliegen, welche über das autonome Nervensystem reguliert werden, brachte das Herz und insbesondere die Analyse des (unregelmäßigen) Herzschlages sehr bald in das Zentrum des wissenschaftlichen Interesses (Malik, 1996; Jank et al., 2011; Wittling und Wittling, 2012; Beise, 2014). Die Diagnostik der Herzratenvariabilität ermöglicht es nämlich mit relativ wenig Aufwand, wie durch ein Fenster, einen Blick auf die Funktionsweise des vegetativen Nervensystems zu werfen.

Das Grundprinzip des Elektrokardiogramms (EKG), einem etablierten, zentralen und in praxi einfach zu realisierenden Diagnoseverfahren, liegt auch der Bestimmung der Herzratenvariabilität zu Grunde.

Folgende zwei HRV-Messverfahren wurden vor (T1) und nach (T2) dem achtwöchigen Achtsamkeitstraining als Standardtests der neurovegetativen Funktionsanalyse durchgeführt: Die RSA-Messung (auch Taktatmung oder Deep Breathing Test genannt) und die Kurzzeit-HRV-Messung.

„Sowohl bei der RSA-Messung als auch bei der Kurzzeit-HRV ist die Veränderung der einzelnen Parameter über mehrere Messungen ein gutes Kriterium zur Beurteilung des aktuellen Zustandes eines Probanden“ (Beise, 2014).

3.3.2.1.1.1. RSA-MESSUNG

Die Respiratorische Sinusarrhythmie (RSA) beschreibt die atemsynchrone Schwankung der Herzfrequenz. Bei Einatmung erhöht sich die Herzfrequenz, bei Ausatmung sinkt sie wieder. Dieses Zusammenspiel zwischen Atmung und Herzschlag wird über das vegetative Nervensystem, genauer über den Parasympathikus oder Nervus vagus gesteuert: „Beim Einatmen verengen sich unsere Blutgefäße, und es kommt zu einem Blutdruckabfall. Der Sympathikus registriert dies und erhöht den Herzschlag. (...) Beim Ausatmen weiten sich unsere Blutgefäße, und es kommt zu einem Blutdruckanstieg. Der Parasympathikus, die „innere Bremse“, registriert dies und verringert den Herzschlag“ (DGUV, 2014).

Abbildung 75 zeigt eine ideale RSA-Messung, Abbildung 76 eine Messung bei chronischem Stresssyndrom:

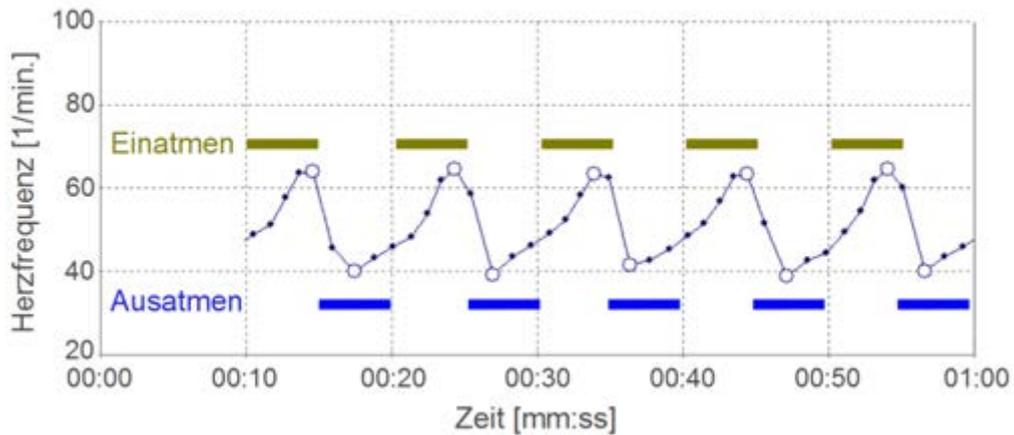


Abbildung 75: Optimale parasympathische Regulation der Herzfrequenz eines gesunden sportlichen Menschen (Abbildung: BioSign GmbH)

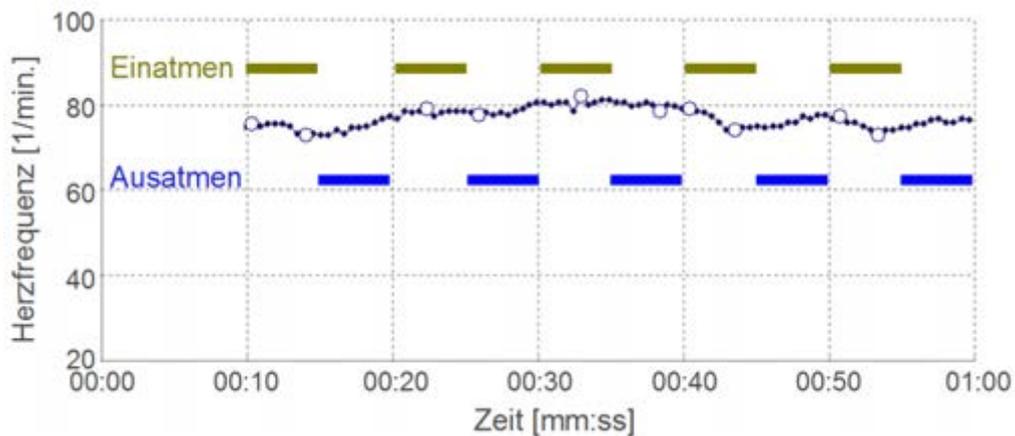


Abbildung 76: Herzfrequenzkurve eines Menschen mit hohem chronischen Stress (Abbildung: BioSign GmbH)

Der Parasympathikus ist allerdings empfindlich gegen schädigende Einflüsse. „Chronischer Stress, Bewegungsmangel, ein ungünstiger Lebensstil und verschiedene Krankheiten führen zur „parasympathischen Dysfunktion“. Hält diese Fehlfunktion des Parasympathikus länger an leidet die Gesundheit. Es gibt mittlerweile begründete Hinweise, dass eine Schwäche des Parasympathikus in kausaler Verbindung steht mit dem Auftreten von Herz-Kreislauferkrankungen, Krebs und Alzheimer“ (Beise, 2014).

Mit der RSA-Messung gibt es ein einfach durchführbares Testinstrument, um die maximale Regulationsfähigkeit des Parasympathikus zu messen („Bremstest“) und mit den Ergebnissen zu verschiedenen Messzeitpunkten oder mit Messungen anderer Probanden zu vergleichen.

Zu Beginn wird der Proband mittels zweier Elektroden (Klammer-Elektroden oder Gel-Klebeelektroden) am HRV-Scanner angeschlossen. Zunächst wird die momentane Befindlichkeit des Teilnehmers mittels eines Schiebereglers (Skala von „angespannt“ über „indifferent (50 %)“ hin zu „entspannt“) eingestellt (Die aktuelle Befindlichkeit wird in die Beurteilung des Ergebnisses mit eingerechnet). Auf dem RSA-Messfenster ist ein sich bewegender blauer Balken dargestellt. In dessen Rhythmus soll der Proband forciert ein- und ausatmen. Werden über die 1-Kanal-Ableitung der zwei Elektroden Herzschläge erkannt, werden im mittleren Diagramm die ersten Werte angegeben. Wird die Herzfrequenz schließlich zuverlässig erkannt und der Teilnehmer atmet im vorgegebenen Rhythmus verlässlich tief ein und aus, kann die Messung gestartet werden (Abbildung 78).

Der Messzyklus dauert eine Minute.

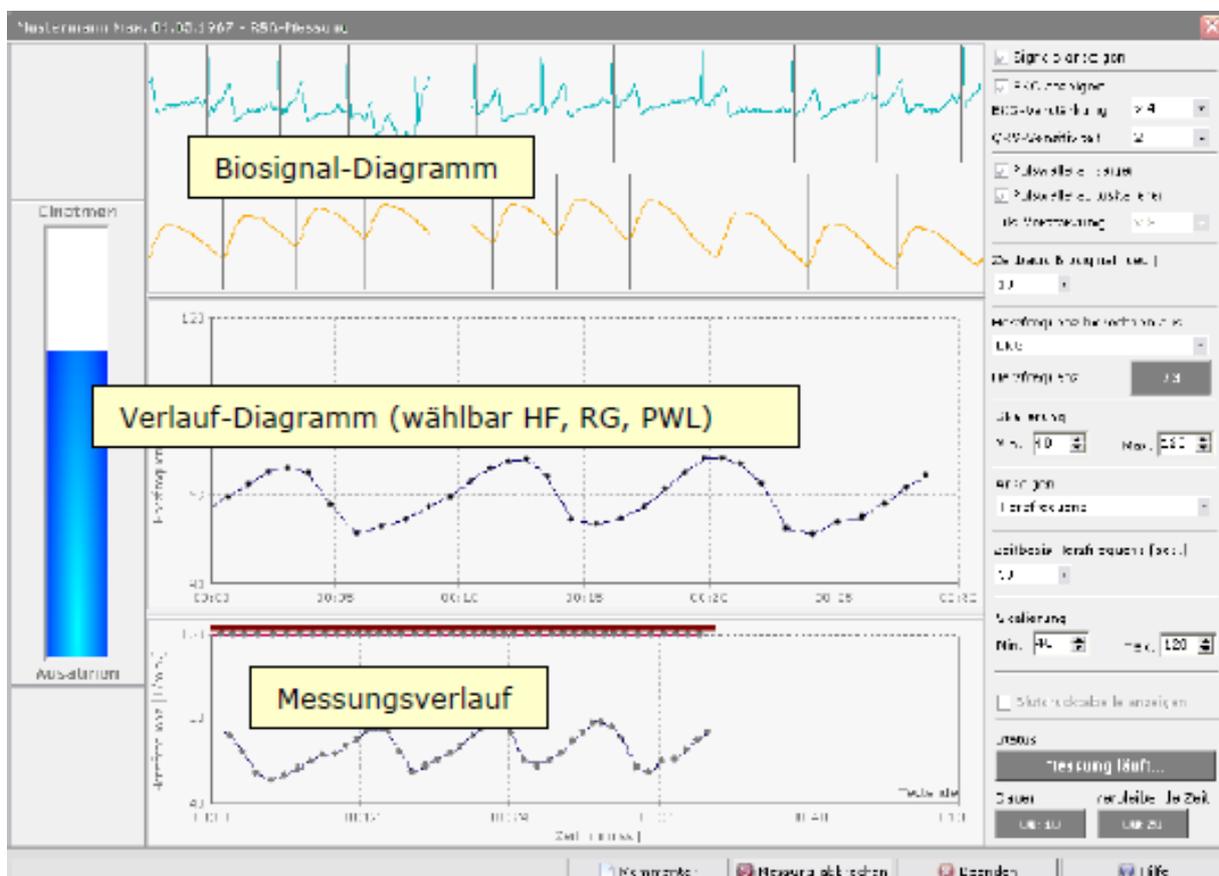
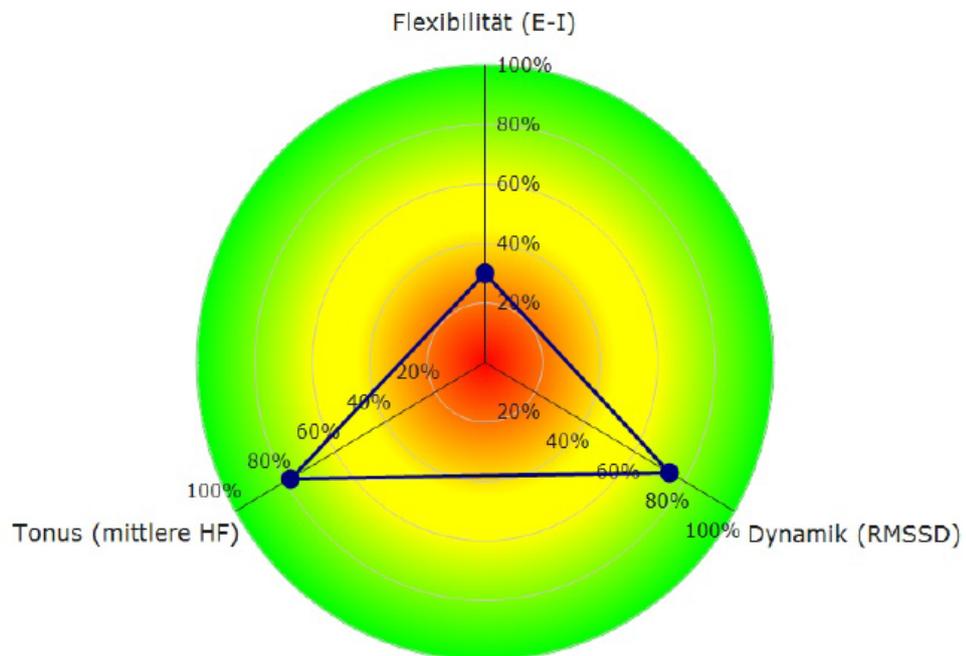


Abbildung 77: RSA-Messung, Messfenster (Abbildung: BioSign GmbH)

„Die wichtigsten Parameter der RSA-Messung sind mit einer Normwertbasis hinterlegt. Dies ermöglicht den Vergleich der aktuellen Messergebnisse mit den Ergebnissen gesunder Menschen gleichen Alters. (...) Die Visualisierung der Rang-Werte im Rang-Diagramm (Abbildung 78) ermöglicht mit einer 1-Blick-Diagnostik schnell die Erkennung neurovegetativer Veränderungen anhand charakteristischer Muster“ (Beise, 2014).

Rang-Diagramm

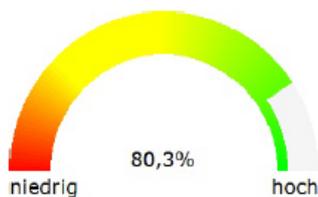


Hinweis: Dargestellt wird der Vergleich mit der Altersgruppe für die wichtigsten HRV-Parameter. Ein Rang von z.B. 80% bedeutet "medizinisch besser" als 80% der Altersgruppe. In der Regel bedeuten hohe absolute Werte eine gute HRV und damit einen hohen Rang. Bitte beachten Sie im Unterschied dazu, dass bei der mittleren HF ein hoher absoluter Wert zu einem niedrigen Rang führt.

Parameter mit Normwerten

Parameter	Wert	Einheit	Ranking
Flexibilität	18,23	1/min.	29,96 %
Dynamik	69,95	ms	74,32 %
Tonus	62,76	1/min.	78,07 %

Messungsqualität



Die Messungsqualität war mit 80,3% gut.

Abbildung 78: Rang-Diagramm einer RSA-Messung

Die ermittelten Parameter bei einer RSA-Messung sind in Tabelle 9 wiedergegeben.

HERZFREQUENZBASIERTE PARAMETER	
E-I Differenz (Herzfrequenz)	Aus der höchsten und niedrigsten Herzfrequenz jedes Atemzyklus wird die Differenz der Herzfrequenz zwischen Expiration (E) und Inspiration (I) in [1/min] gemessen.
E/I-Quotient	Aus der höchsten und niedrigsten Herzfrequenz jedes Atemzyklus wird der Quotient berechnet.
HF_{mean} (Mittlere Herzfrequenz)	Durchschnittliche Herzfrequenz während der Messung in [1/ min].
SD (Standardabweichung)	beschreibt die Streuung von Messwerten um einen Mittelwert. Im Bereich der ersten Standardabweichung finden sich 68,2 % der Messwerte, in dem Bereich der zweiten Standardabweichung finden sich 95,4 % aller Messwerte.
VK (Variationskoeffizient)	fasst Mittelwert und Standardabweichung in einer Zahl zusammen. Der VK wird in [%] angegeben. Je höher der VK, desto größer die Herzfrequenzvariabilität.
R-R-ABSTAND BASIERTE PARAMETER	
Mittlerer R-R-Abstand	Durchschnittliches R-R-Intervall aller Herzschläge während der Messung in [ms].
SDRR	Standardabweichung aller R-R-Abstände in [ms].
RR50	Anzahl der Paare benachbarter R-R-Intervalle, die sich jeweils um mehr als 50 ms voneinander unterscheiden. Je höher RR50, desto größer die Variabilität.
pRR50%	Prozentsatz von RR50 bezogen auf die Anzahl der zugrunde gelegten R-R-Intervalle.
Variationskoeffizient RR	Analog zur VK (Herzfrequenz) in [%].
RMSSD (Root Mean Square of the Successive Differences)	gibt an (in [ms]), wie stark sich die Herzfrequenz von einem Herzschlag zum nächsten sich ändert. Indikator der parasympathischen Aktivität.
MCR (Mean Circular Result)	stellt einen Vektor dar, dessen Betrag gut mit der Größe der respiratorischen Sinusarrhythmie korreliert.
SD1	Breite der Punktwolke (Streuung der Herzschläge) im Pointcaré-Diagramm. Korreliert mit der parasympathischen Aktivierung.
SD2	Länge der Punktwolke (Streuung der Herzschläge) im Pointcaré-Diagramm. Korreliert sowohl mit sympathischer, wie auch parasympathischer Aktivierung.
SD2/SD1	Maß, welches das Verhältnis von sympathischer und parasympathischer Aktivität widerspiegelt.
SONSTIGE PARAMETER	
Biologisches HRV-Alter	Zur Bestimmung wird das Alter berechnet, bei dem genau 50 % der gesunden Probanden bessere und 50 % schlechtere HRV-Werte in der RSA-Messung haben. Für die Berechnung werden E-I, E/I, MCR und RMSSD herangezogen.
RSA-Qualität	Maßzahl für die Qualität der Testmessung. Sie sollte über 50 % liegen. Eine geringe Testqualität ist ein Hinweis auf mögliche Artefakte und Störungen während der Messung.

Tabelle 9: Parameter bei einer RSA-Messung (Die Herzschläge berechnen sich aus dem EKG (1-Kanal-Ableitung), die Samplingfrequenz beträgt 500 Hz, die Dauer der Messung ist 1 Minute)

3.3.2.1.1.2. KURZZEIT-HRV-MESSUNG

„Die Kurzzeit-HRV-Messung ist, neben der Bestimmung der RSA, ein weiterer bewährter und klinisch erprobter Test zur Beurteilung der Herzratenvariabilität in Ruhe“ (Beise, 2014).

Bevor mit der Kurzzeit-HRV-Messung begonnen wird, sollte sich der Proband bereits einige Minuten in der endgültigen Sitz- oder Liegeposition befinden und ganz normal atmen (anders als bei der RSA-Messung, hier: forcierte Atmung). Die Kurzzeit-HRV-Messung wird ebenfalls mit der 1-Kanal-EKG-Ableitung über zwei Elektroden an den Handgelenken (Klammer- oder Gel-Klebeelektroden) durchgeführt. Zu Beginn der Messung wird erneut die Befindlichkeit des Teilnehmers auf der Schiebeskala („angespannt“ - „indifferent (50 %)“ - „entspannt“) eingestellt. Wird die Herzfrequenz schließlich vom HRV-Scanner zuverlässig erkannt, wird mit der Messung begonnen. Der Messung selbst dauert fünf Minuten.

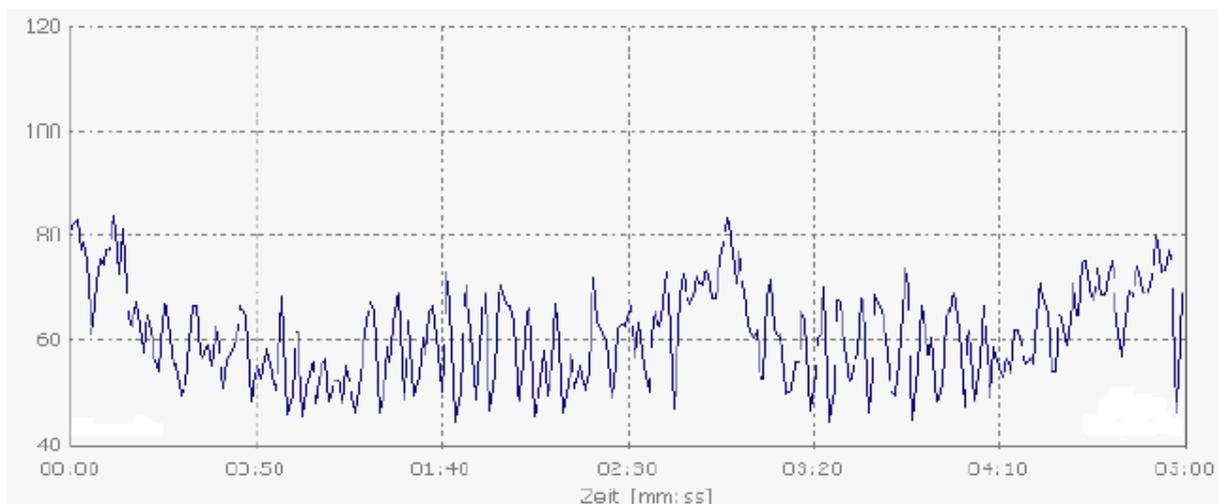
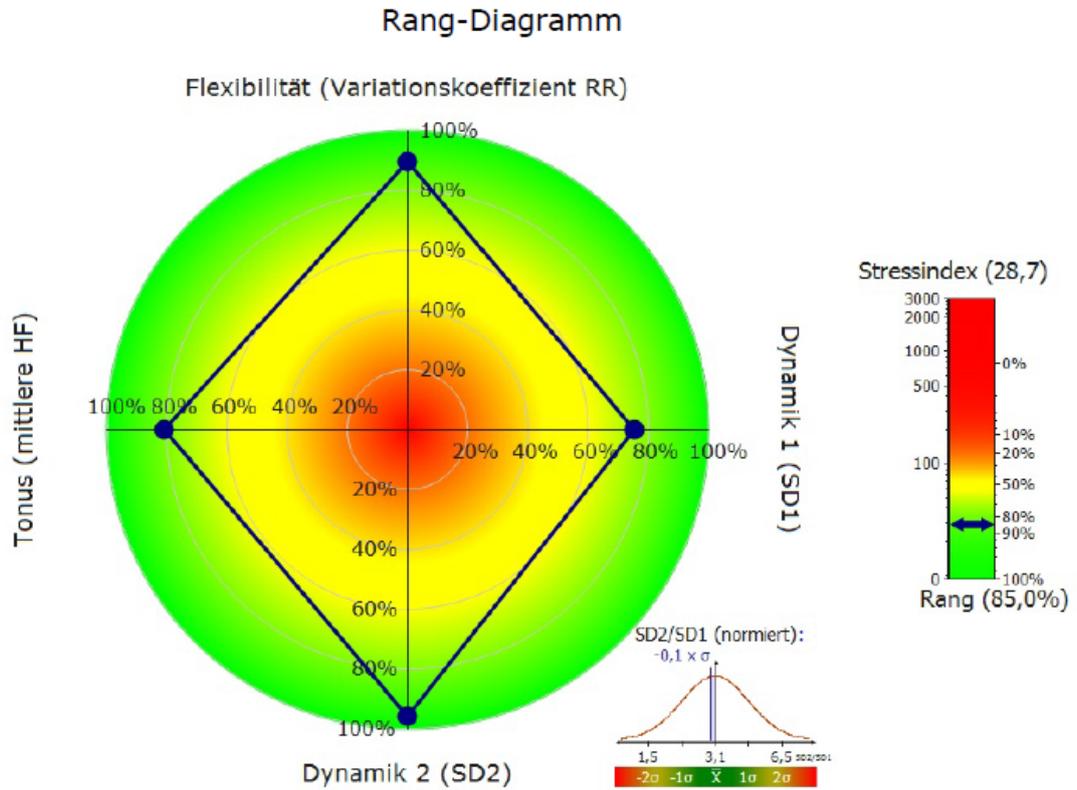


Abbildung 79: Herzfrequenzverlauf während einer Kurzzeit-HRV-Messung (Abbildung: BioSign GmbH)

Der Verlauf der Herzfrequenz sollte während einer Kurzzeit-HRV-Messung ein stetiges „Auf und Ab“ der Messkurve zeigen, im gesunden (Ideal-) Fall im Frequenzband von 60-80 Schlägen/ Minute (Abbildung 79).

Wie auch bei der RSA-Messung sind die wichtigsten Parameter der Kurzzeit-HRV mit einer Normwertbasis hinterlegt. Ebenfalls werden die Rang-Werte mittels eines Rang-Diagramms visualisiert (Abbildung 80).



Hinweis: Dargestellt wird der Vergleich mit der Altersgruppe für die wichtigsten HRV-Parameter. Ein Rang von z.B. 80% bedeutet "medizinisch besser" als 80% der Altersgruppe. In der Regel bedeuten hohe absolute Werte eine gute HRV und damit einen hohen Rang. Bitte beachten Sie im Unterschied dazu, dass bei der mittleren HF und dem Stressindex ein hoher absoluter Wert zu einem niedrigen Rang führt.

Parameter mit Normwerten

<i>Parameter</i>	<i>Wert</i>	<i>Einheit</i>	<i>Ranking</i>
SD1	52,45	ms	75,54 %
SD2	152,35	ms	95,82 %
Power HF-Band	326,97	ms ²	61,69 %
Power LF-Band	4052,67	ms ²	91,07 %
Power Total	5378,49	ms ²	77,90 %
Stressindex	28,68	Pkt.	84,97 %
Mittlere HF	62,19	1/min.	80,83 %
SD2/SD1 (normiert)	-0,15	σ	55,85 %

Abbildung 80: Rang-Diagramm einer Kurzzeit-HRV-Messung

Nachfolgende Tabelle 10 zeigt die bei der Kurzzeit-HRV-Messung ermittelten Parameter:

HERZFREQUENZBASIERTE PARAMETER	
HF_{mean} (Mittlere Herzfrequenz)	Durchschnittliche Herzfrequenz während der Messung in [1/ min].
SD (Standardabweichung)	beschreibt die Streuung von Messwerten um einen Mittelwert. Im Bereich der ersten Standardabweichung finden sich 68,2 % der Messwerte, in dem Bereich der zweiten Standardabweichung finden sich 95,4 % aller Messwerte.
VK (Variationskoeffizient)	fasst Mittelwert und Standardabweichung in einer Zahl zusammen. Der VK wird in [%] angegeben. Je höher der VK, desto größer die Herzfrequenzvariabilität.
R-R-ABSTAND BASIERTE PARAMETER	
Mittlerer R-R-Abstand	Durchschnittliches R-R-Intervall aller Herzschläge während der Messung in [ms].
SDRR	Standardabweichung aller R-R-Abstände in [ms].
RR50	Anzahl der Paare benachbarter R-R-Intervalle, die sich jeweils um mehr als 50 ms voneinander unterscheiden. Je höher RR50, desto größer die Variabilität.
pRR50%	Prozentsatz von RR50 bezogen auf die Anzahl der zugrunde gelegten R-R-Intervalle.
Variationskoeffizient RR	Analog zur VK (Herzfrequenz) in [%].
RMSSD (Root Mean Square of the Successive Differences)	gibt an (in [ms]), wie stark sich die Herzfrequenz von einem Herzschlag zum nächsten sich ändert. Indikator der parasympathischen Aktivität.
SD1	Breite der Punktwolke (Streuung der Herzschläge) im Pointcaré-Diagramm. Korreliert mit der parasympathischen Aktivierung.
SD2	Länge der Punktwolke (Streuung der Herzschläge) im Pointcaré-Diagramm. Korreliert sowohl mit sympathischer, wie auch parasympathischer Aktivierung.
SD2/SD1	Maß, welches das Verhältnis von sympathischer und parasympathischer Aktivität widerspiegelt.
Stressindex	Wurde im Rahmen der russischen Raumfahrtmedizin von Roman F. Baevsky (1997; 2007) entwickelt und validiert. Er stellt eine mathematische Beschreibung des Histogramms dar und reagiert sensitiv auf Verschiebungen des vegetativen Gleichgewichts zwischen Sympathikus und Parasympathikus. Einheit [Pkt.].
PARAMETER AUS DER SPEKTRALANALYSE	
HF-Band	Leistungsdichtespektrum von > 0,15 bis 0,40 Hz. Die Frequenzen im HF-Band werden dem Parasympathikus als Ursache zugeordnet.
LF-Band	Leistungsdichtespektrum von > 0,04 bis 0,15 Hz. Die Frequenzen bilden sowohl sympathische, wie auch parasympathische Aktivitäten ab. Parasympathische Einflüsse werden vor allem bei niedriger Atemfrequenz (< 7 Atemzüge/ Minute) beobachtet.
VLF-Band	Leistungsdichtespektrum von 0,003 bis 0,04 Hz. Dominanz der Sympathikus-Aktivität. Bestimmung ab einer Messzeit von 5 Minuten sinnvoll (ideal 1 Stunde).
Power HF-Band	Leistungsdichtespektrum von > 0,15 bis 0,40 Hz. Sie beinhaltet die hochfrequenten atemungskorrelierten Veränderungen der Herzschlaggeschwindigkeit und ist ein unbestrittenes selektives Maß der parasympathischen Herzinnervation. Einheit [ms].
Power LF-Band	Leistungsdichtespektrum von > 0,04 bis 0,15 Hz. Spektralpower in diesem Band ist überwiegend, jedoch nicht ausschließlich durch sympathische Aktivität bedingt. Einheit [ms].

Power VLF-Band	Leistungsdichtespektrum von 0,003 bis 0,04 Hz. Hauptsächlich dominiert durch das sympathische Nervensystem. Einheit [ms].
Total Power	Ist die über die verschiedenen Frequenzbänder aufsummierte Gesamtpower und ist ein Maß für den Gesamtstatus des autonom-nervösen Regulationssystems. Hohe Korrelation mit SDRR. Einheit [ms].
Rel. Power HF-/ LF-/ VLF-Band	Jeweils prozentualer Anteil am Gesamtspektrum. Einheit [%].
LF/HF Ratio	Relative Aussage über den Ausprägungsgrad der sympathischen zur parasympathischen Aktivierung („sympathovagale Aktivierung“ (Wittling & Wittling, 2012)).
SONSTIGE PARAMETER	
Biologisches HRV-Alter	Zur Bestimmung wird das Alter berechnet, bei dem genau 50 % der gesunden Probanden bessere und 50 % schlechtere HRV-Werte in der RSA-Messung haben. Für die Berechnung werden E-I, E/I, MCR und RMSSD herangezogen.

Tabelle 10: Parameter bei einer Kurzzeit-HRV-Messung (Die Herzschläge berechnen sich aus dem EKG (1-Kanal-Ableitung), die Samplingfrequenz beträgt 500 Hz, die Dauer der Messung ist 1 Minute)

Den aktuellen Zustand des autonomen Nervensystems des Probanden kann man optisch, wieder via „Blickdiagnose“ anhand des ANS-Status-Diagramm (Abbildung 81) erfassen. „Auf Grundlage der Herzratenvariabilität ist in zwei Dimensionen eine qualitative Aussage über den Status des Autonomen Nervensystems (sympathisch ↔ parasympathisch) auf der einen Achse und die aktuelle Regulationskapazität (niedrig ↔ hoch) auf der anderen. Ein Überwiegen des Parasympathikus wird als „gut“ bewertet, ebenso eine hohe Regulationskapazität. Deshalb befindet sich im optimalen Fall die blaue Markierung im rechten, oberen Feld (grün) und bei ungünstigen Messergebnissen im linken unteren Feld (rot)“ (Beise, 2014).

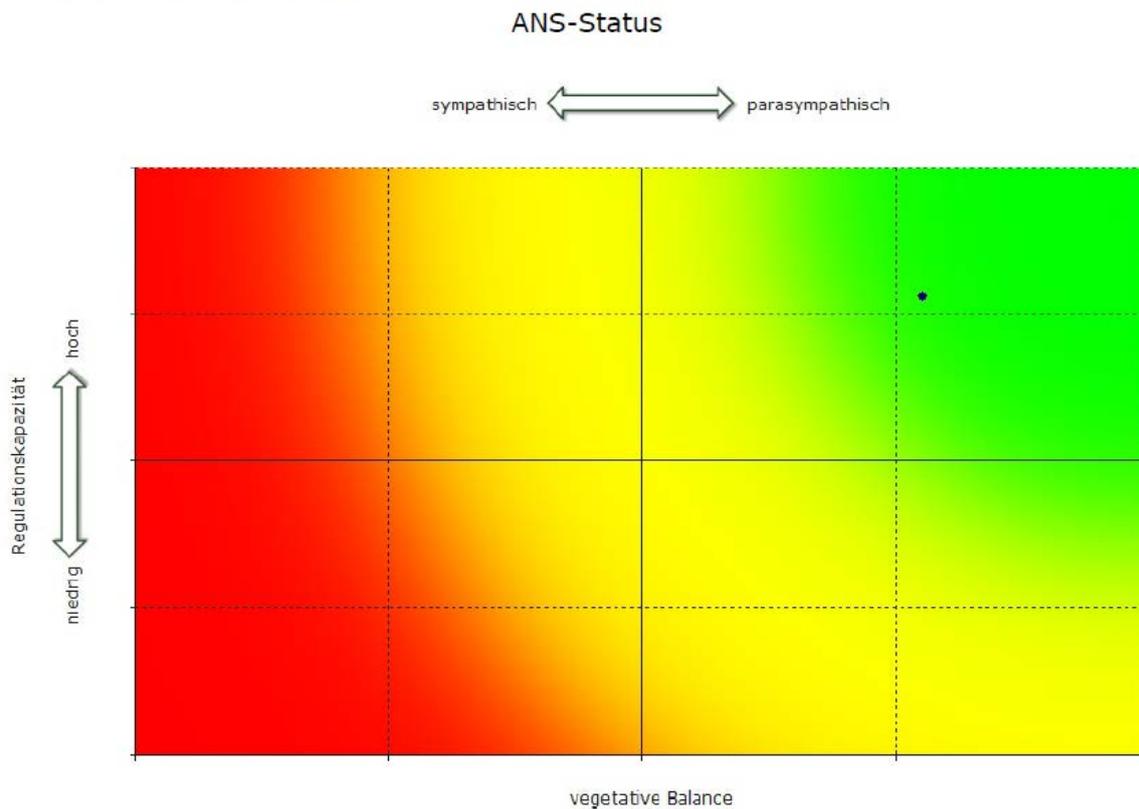


Abbildung 81: ANS-Status-Diagramm bei einer Kurzzeit-HRV-Messung

3.3.2.1.1.3. HRV-BIOFEEDBACK (DER „QIU®“)

„Die parasympathische Verbindung von Herz und Gehirn gehört zu den wichtigsten Kommunikationsbahnen im menschlichen Körper und ist von großer Bedeutung für Gesundheit und Wohlbefinden. (...) Störungen im parasympathischen Informationsfluss erhöhen das Krankheitsrisiko, verhindern Heilungsprozesse und senken die persönliche Performance. Es ist deshalb sinnvoll, die parasympathische Herz-Hirn-Verbindung gezielt zu trainieren. Mit HRV-Biofeedback ist dies einfach und effektiv möglich“ (Beise, 2014).

Jordan et al. (2013) beschreiben den Kern von Biofeedback-gestützten Entspannungsverfahren folgendermaßen: „Ein biologischer Parameter wird während des Trainings erfasst und der Effekt der Entspannungsbemühungen auf diesen Parameter wird unmittelbar zurückgemeldet (optisch oder akustisch)“.

Der Qiu® wurde als medizinisches Biofeedback-Gerät entwickelt, um die neurovegetative und neurokardiale

Regulation zu verbessern und die persönliche Entspannungsfähigkeit zu erhöhen. Der biologische Parameter, der dabei gemessen wird, ist die respiratorische Sinusarrhythmie (RSA). Die Messung erfolgt über einen integrierten optischen Pulssensor in der Handfläche oder an einem Finger. Die gemessene respiratorische Sinusarrhythmie wird - in Echtzeit – als farbkodiertes Biofeedback in der oberen Kugelhälfte wiedergegeben. „Rot“ bedeutet hohe Sympathikusaktivität, „grün“ hohe Parasympathikusaktivität (Abbildung 82).



Abbildung 82: Der Qiu („rot“ = Sympathikusaktivität ↑, „grün“ = Parasympathikusaktivität ↑)

Ziel der Biofeedback-Übung ist es, mit Hilfe eines individuell einstellbaren blauen LED-Lichtbandes, durch das forcierte Ein- und Ausatmen das vegetative Zusammenspiel von Sympathikus („rot“) und Parasympathikus („grün“) zu Gunsten des Parasympathikus zu verändern. Ein integrierter Speicher kann über 500 Biofeedbackübungen einschließlich Datum, Uhrzeit und Herzfrequenzkurve aufnehmen und via USB in das Qiu-Modul des HRV-Scanners für die weitere Auswertung übertragen werden.

3.3.2.1.2. STRESS-BIOMARKER

Der Organismus reagiert auf Stress mit bestimmten biologischen Anpassungsreaktionen. Diese Anpassungsreaktionen werden über komplexe autonome und neuroendokrine Systeme vermittelt. Die stressresponsiven Systeme des Körpers (Abbildung 83) übernehmen zum Teil überlappende, zum Teil komplementäre Aufgaben.

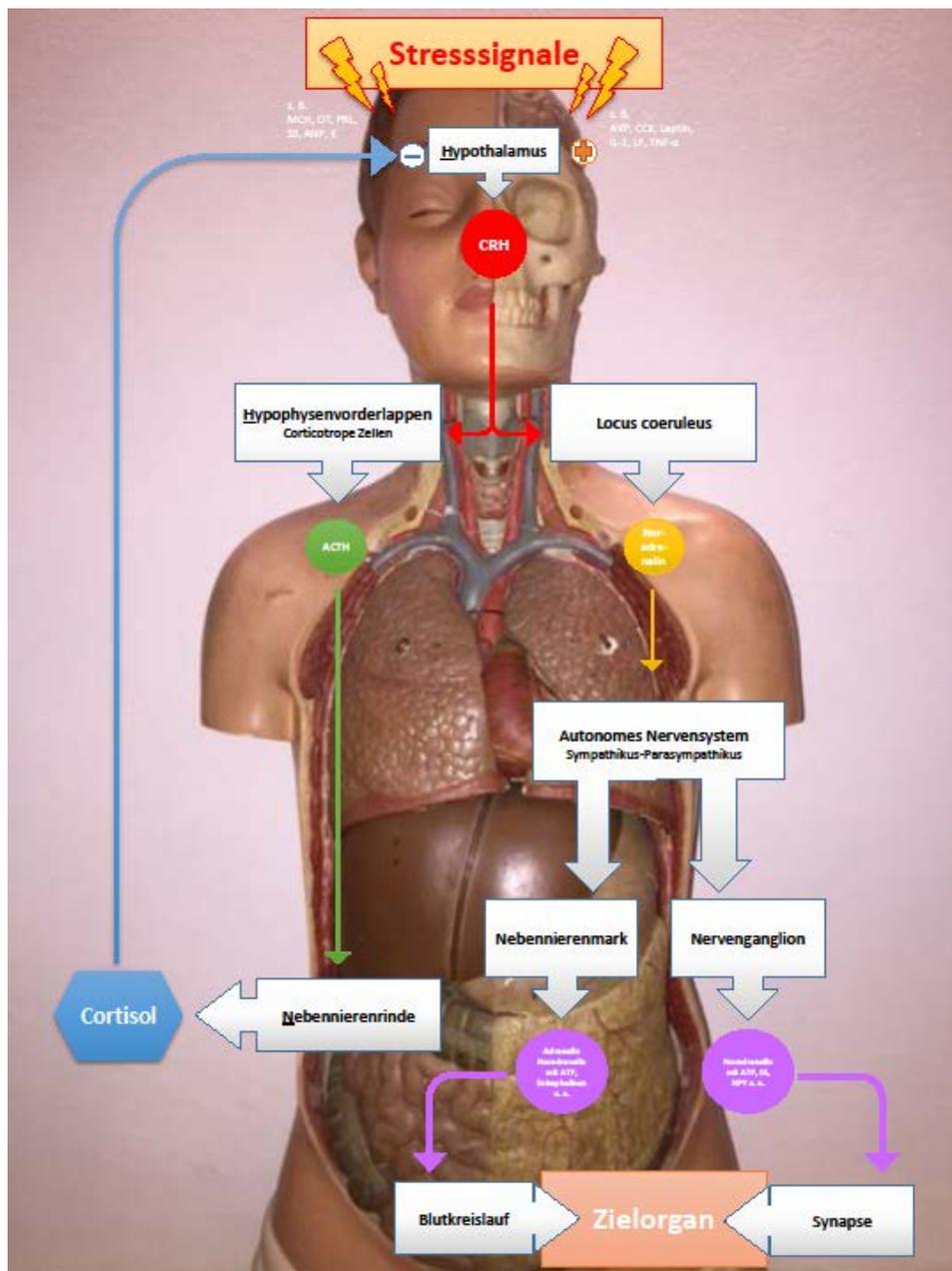


Abbildung 83: Die stressresponsiven Systeme des Körpers (links: Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA), rechts: Sympatho-Adreno-Medulläres System (SAM))

Die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA) und das Sympatho-Adreno-Medulläre-System (SAM) sind die zwei bedeutendsten Stresssysteme. Beide Systeme wirken in Stresssituationen auf den Energiehaushalt und verschiedene kognitive Funktionen. Die HHNA wirkt zusätzlich auf das Immunsystem und emotionale Zustände. Beide Systeme werden sowohl von psychosozialen als auch von physischen Stressoren aktiviert und ihre Aktivität kann durch biologische Marker überprüft werden.

3.3.2.1.2.1. MESSUNG DES NEURO-ENDOKRINEN STATUS

In dieser Studie wurden Biomarker verwendet, die einerseits in der Forschung als repräsentative Stress-Biomarker eingesetzt werden und andererseits durch Achtsamkeit basierte Interventionen beeinflussbar sind. Des Weiteren wurden bei dieser Studie nur Parameter und Methoden eingesetzt, die ohne großen Aufwand und praktikabel im Arbeitsalltag einsetzbar sind (Soo-Quee Koh & Choon-Huat Koh, 2007).

3.3.2.1.2.2. HYPOTHALAMUS-HYPOPHYSEN-NEBENNIERENRINDEN-ACHSE (HHNA)

Eine Aktivierung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA) lässt sich im Blutplasma über eine Messung der an der HHNA beteiligten Hormone ACTH und Cortisol nachweisen (Mattingly, 1962). Eine praktikable und ebenfalls valide und reliable Methode der Bestimmung der HHNA-Aktivität ist die Messung von Cortisol im Speichel (Kirschbaum & Hellhammer 1994).

Cortisol gehört zu den Glucocorticoiden und wird freigesetzt durch eine Aktivierung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse. Die Aktivierung der HHNA erfolgt durch emotionalen Stress und damit in der Folge auch die Ausschüttung von Cortisol aus der Nebennierenrinde. So ist laut der Literatur Speichel-Cortisol als ein Biomarker für Stress anerkannt und korreliert hoch mit dem nicht-proteingebundenen Plasma-Cortisol (Kirschbaum & Hellhammer, 1994), und eignet sich aufgrund der Tatsache, dass er nichtinvasiv und ökonomisch bestimmt werden kann, gut dafür, die Wirkung einer Stressreduktionsmethode zu evaluieren.

Da die Cortisol-Konzentration einem circadianen Rhythmus mit einem Peak ca. 30 Minuten nach Aufwachen gefolgt von einem kontinuierlichen Kortisol-Abfall und den niedrigsten Werten gegen 22 Uhr am Abend (Yehuda et al., 2003) verläuft, führen wir ein modifiziertes Tagesprofil (Sammel- und Messpunkte: 1. direkt nach dem Aufstehen, 2. eine ½ Stunde nach dem Aufstehen, 3. eine ¾ Stunde nach dem Aufstehen und 4. um 22 Uhr) durch. Abbildung 84 zeigt das für die Speichelproben verwandte Testkit, Anhang 2 die Anwendungsanleitung zum Sammeln von Speichelproben für die Probanden.

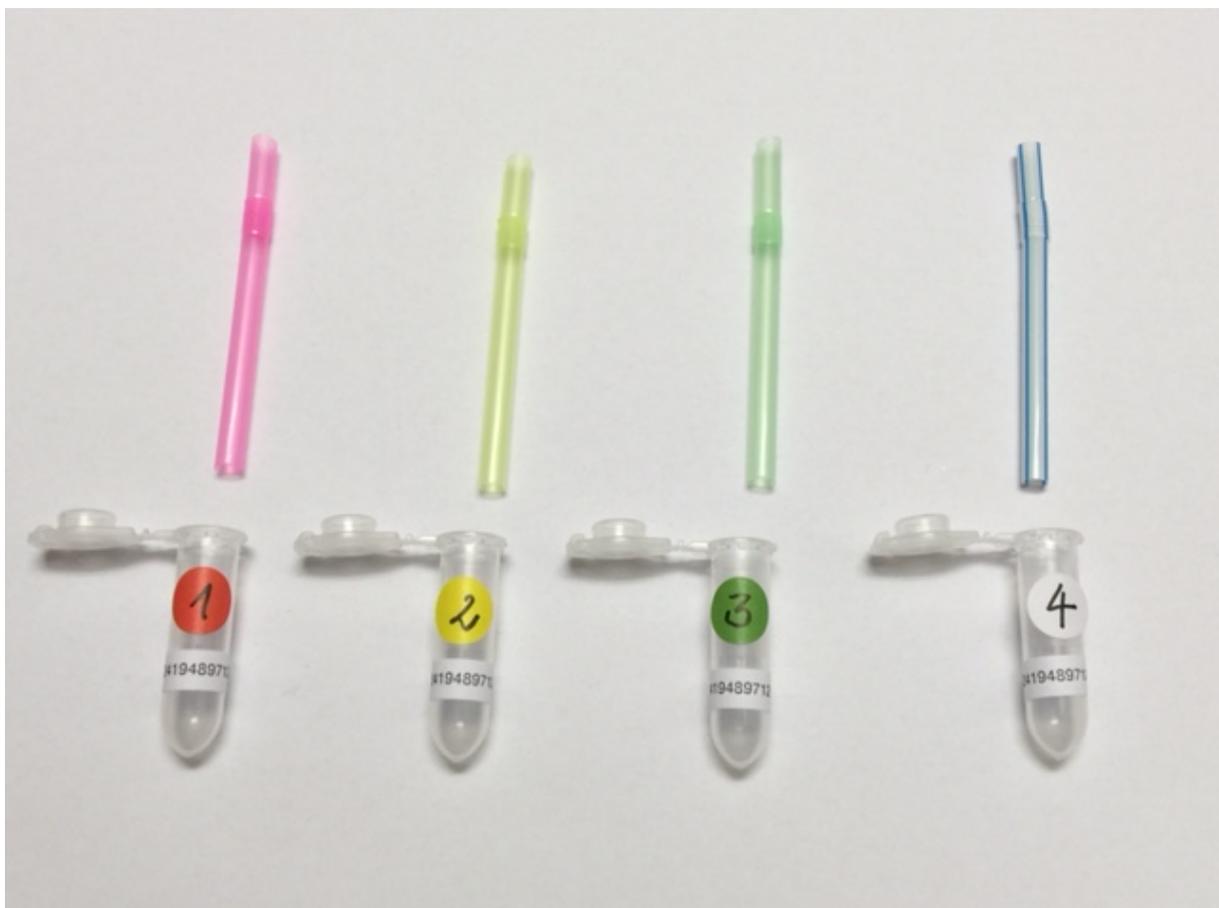


Abbildung 84: Testkit zur Gewinnung der Speichelproben

3.3.2.1.2.3. SYMPATHO-ADRENO-MEDULLÄRES SYSTEM (SAM)

Die Reaktion des Sympatho-Adreno-Medullären Systems (SAM) wird klassischerweise mittels der Catecholamine Noradrenalin und Adrenalin im Blutplasma oder durch elektrophysiologische Erfassung von Veränderungen der Herzaktivität (Herzratenvariabilität/ HRV) gemessen (siehe oben Kapitel „Herzratenvariabilität“). In der Geburtshilfe wird die Herzratenvariabilität in Form der sogenannten Kardiotokographie (CTG) seit langem als wertvoller Parameter zur Risikobeurteilung des ungeborenen Lebens eingesetzt (Jank et al., 2011) und von der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie wird HRV als ein valider und sensitiver Parameter zur Bestimmung der autonomen Aktivität des Herzens herangezogen (Malik, 1996).

Als eine weitere non-invasive Methode zur Erfassung der Aktivität des SAM-Systems hat sich die Messung des Enzyms Alpha-Amylase im Speichel etabliert (Chatterton et al., 1996).

Die Alpha-Amylase ist eins der wichtigsten Enzyme im Speichel. Durch ihre enzymatische Aktivität dient sie der Vorverdauung von Nahrungsmitteln und zeigt eine antibakterielle Wirkung. Ihre Sekretion in den Speicheldrüsen wird durch das sympathische Nervensystem reguliert. Studien zeigen, dass die Sekretion von Speichel-Alpha-Amylase mit der Produktion von Plasma-Noradrenalin verbunden ist (Ehlert et. al, 2006). Daher kann die Aktivität der Speichel-Alpha-Amylase als sensibler Nicht-invasiver Biomarker für stressbedingte Veränderungen im Körper benutzt werden, die die Aktivität des sympathischen Nervensystems widerspiegeln (Rai et al., 2012). Des Weiteren zeigt Speichelamylase eine stärkere und schnellere Reaktion auf Stressoren als Speichel Kortisol und die fehlende „Carry-Over Effekt“ der Amylase nach Stress im Vergleich zu Kortisol, weist daraufhin, dass durch die Bestimmung der Amylase eine genauere Messung der Stressreaktion möglich ist (Takai et al., 2012).

Um sowohl die Vorteile einer robust praktikablen als auch einer kontinuierlichen Messmethode nutzen zu können, wurden in dem vorliegenden Projekt als Marker der Aktivität des SAM-Systems sowohl die Konzentrationen der alpha-Amylase im Speichel erhoben als auch zu den jeweiligen Zeitpunkten T1 und T2 eine Herzratenmessung (RSA-Messung, Kurzzeit-HRV-Messung) durchgeführt.

3.3.2.1.2.4. DER CHOLINERGE ANTI-INFLAMMATORISCHE REFLEX/ IMMUNSTATUS

Der Parasympathikus (im Sinne vagaler efferenter Inhibition) verhindert die Produktion von pro-inflammatorischen Zytokinen durch aktivierte Monozyten und Makrophagen und vermindert dadurch lokale und systemische Entzündungsprozesse im Sinne eines cholinergen anti-inflammatorischen Reflexes (Tracey, 2002) (Abbildung 85). Hier bieten sich Angriffspunkte für psychotherapeutische Interventionen, wie z. B. Achtsamkeit basierte Interventionen, die eine Verminderung von sympathischen und Stärkung von parasympathischen Tonus zum Ziel haben (Weber, 2010).

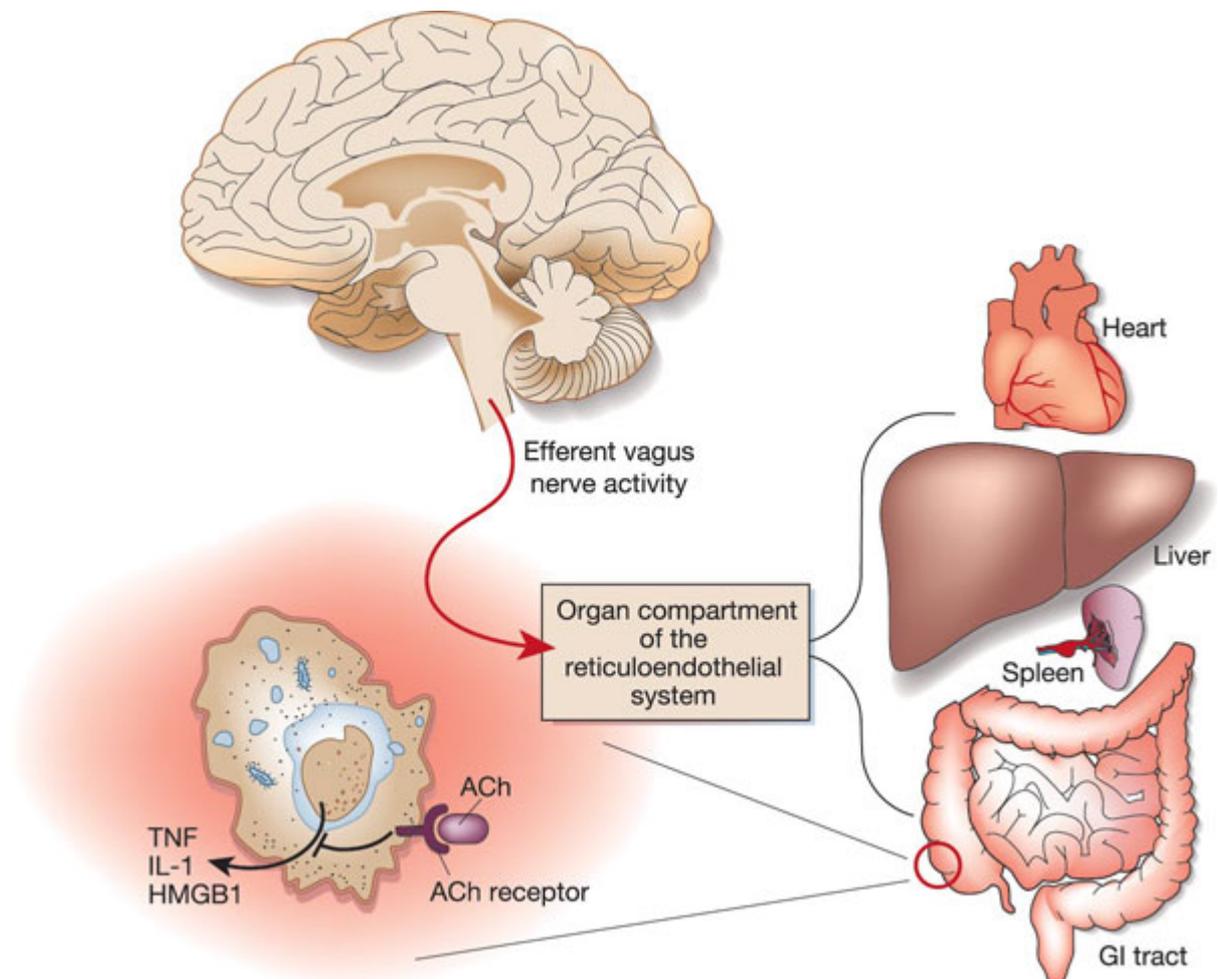


Abbildung 85: Der cholinerge anti-inflammatorische Reflex (aus Tracey, 2002)

Der Erfolg einer solchen Intervention kann dann durch Messung von Marker für den Immunstatus, wie das sekretorische Immunglobulin A (IgA) oder wie das pro-inflammatorische Zytokin hs-CRP (= hochsensitives C-reaktives Protein) kontrolliert werden.

Das sekretorische IgA ist der Antikörper der Schleimhäute und ist beispielsweise in Speichel, Urin, Tränenflüssigkeit, Schweiß, Sperma und in intestinalen Sekretionen zu finden. Die primäre Funktion des sekretorischen IgA ist die Abwehr von Krankheitserregern an den Eintrittspforten des Organismus (Atemwege, Gastrointestinaltrakt, Vagina, Anus) und das Verhindern einer Infektion. Das sekretorische IgA, das im Speichel gemessen wird, ist ein häufig verwendeter Indikator, um den Immunstatus zu bestimmen. Durch diese IgA-Werte kann der funktionelle Status des gesamten mucosalen Immunsystems repräsentiert werden (Mestecky, 1993).

Ergebnisse verschiedener Studien legen den Schluss nahe, dass sowohl die IgA-Sekretion als auch die IgA-Synthese von verschiedenen externen Faktoren beeinflusst werden kann. So kann sekretorisches IgA als Indikator für längere Stressperioden genutzt werden, wobei diese Stress-induzierte Verminderung der IgA-Konzentration unabhängig von der subjektiven Wahrnehmung von Stress war (Deinzer et al., 2000).

Das hochsensitive C-reaktive Protein gehört zu den Akute-Phase-Proteinen, wird in der Leber synthetisiert und hauptsächlich durch die Zytokine Interleukin 6 (IL-6) und dem Tumornekrosefaktor Alpha (TNF- α) reguliert.

In der Regel ist die Konzentration im Serum oder im Plasma beim gesunden Menschen relativ niedrig sind. In der Folge von akutem Verletzungen und infektiösen und nicht-infektiösen entzündlichen Prozessen steigen die Serum- bzw. Plasmakonzentrationen jedoch schnell an und stellen damit einen hochsensitiven Entzündungsmarker dar. Der Anstieg des hs-CRP-Wertes erfolgt in der Regel sehr schnell, da erhöhte Konzentrationen bereits innerhalb von sechs bis zwölf Stunden nach Einsetzen eines Entzündungsprozesses nachgewiesen werden können.

Biomarker wie das hs-CRP werden jedoch nicht nur in der Entzündungsdiagnostik angewandt, sondern sie spielen auch eine wichtige Rolle im Verständnis der Physiologie des Stresses und des Zusammenhanges zwischen Stress und Entzündungsreaktionen im Körper. Die Beziehung zwischen erhöhtem CRP Spiegel und Stress wurde in diversen Studien festgestellt, wobei die Beziehung zwischen akutem Stress und erhöhtem CRP Spiegel deutlicher nachgewiesen werden konnte als der Zusammenhang zwischen erhöhtem CRP Spiegel und chronischem Stress (Steptoe et al., 2007).

3.3.2.1.3. TELOMERE

Telomere sind hexamerische, repetitive, Protein-gebundene DNA-Sequenzen, die schleifenförmig wie nicht-kodierende „Kappen“ an den Chromosomenenden sitzen (Abbildung 86) und diese so vor Degradation, Rekombination und Fusionsereignissen schützen (Hartmann et al., 2004). Ihre Aufgabe ist die Aufrechterhaltung der genomischen Stabilität. Im Rahmen von Zellteilungen werden die Telomere um jeweils ca. 30-200 bp (bp = Basenpaare, Anm. d. V.) verkürzt (McGrath et al., 2007). Eine kritische Verkürzung der Telomere führt zur Seneszenz sowie darauffolgend zum Zelltod (Armanios, 2013). Interindividuelle Variationen der mittleren Telomerenlänge sind mit diversen Pathologien vergesellschaftet, insbesondere mit degenerativen Erkrankungen sowie verschiedenen Tumoren (Codd et al., 2013).

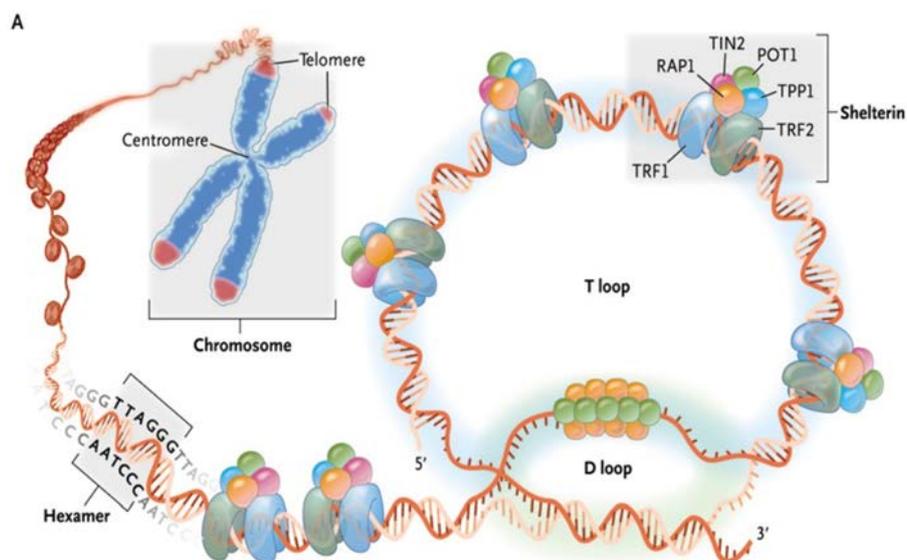


Abbildung 86: Schleifenförmiger Aufbau von Telomeren (aus Brümmendorf, 2013)

Insgesamt ist die Telomerenlänge als genereller Marker für die replikative Vorgeschichte einer Zelle und für das Altern eines Organismus anzusehen (Brümmendorf, 2013).

Auch externe Faktoren scheinen einen Einfluss auf die Telomerenlänge auszuüben. So scheint psychischer Stress einen ungünstigen Einfluss auf die Telomerase Aktivität, einem Enzym, das die Verkürzung der Chromosomen bei der Zellteilung verhindert, zu haben (Epel et al., 2004). Dass allerdings auch das Gegenteil möglich ist, zeigte

folgende Studie: Nach 3-monatiger Life Style Intervention mit gesunder Ernährung, Sport und Meditation konnte bei der Verum-Gruppe eine Zunahme der Telomerenlänge von mononukleären Zellen im peripheren Blut nachgewiesen werden (Ornish et al., 2013). Damit konnte zum ersten Mal gezeigt werden, dass verhaltensmedizinische Interventionen wie Meditation neben anderen Life Style Faktoren wie Sport und Ernährung einen Einfluss auf die Chromosomenenden - und somit auf die zellulären Prozesse - nehmen.

Im Rahmen dieses Projektes wurde den Probanden die Untersuchung der Telomerenlänge als medizinisches Evaluationsmodul angeboten. Die Probengewinnung erfolgte jeweils zu den Zeitpunkten T1, d. h. vor der achtwöchigen Achtsamkeitsintervention, bzw. zum Zeitpunkt T2, zum Ende des Achtsamkeitsprojektes. Es wurden den teilnehmenden Probanden an beiden Zeitpunkten für die Telomerenlängenbestimmung jeweils 7,5 ml Blut mittels einer EDTA KE-Monovette® aus der gestauten Ellenbeugenvene entnommen und danach unverzüglich mittels Kurier zu Tim H. Brümmendorf, Klinik für Hämatologie, Onkologie und Stammzellentransplantation, Euregionales Comprehensive Cancer Center Aachen (ECCA), an der Uniklinik der RWTH Aachen gesandt. Dort wurden an zwei peripheren Blutzellen, nämlich an Lymphozyten und an Granulozyten, die teleomerbiologischen Parameter mittels zweier unabhängiger Telomerlängen-Bestimmungsmethoden, der qPCR (= quantitative Echtzeit-Polymerase Kettenreaktion, Anm. d. V.) und der sog. FLOW FISH Methode ermittelt (Abbildung 87).

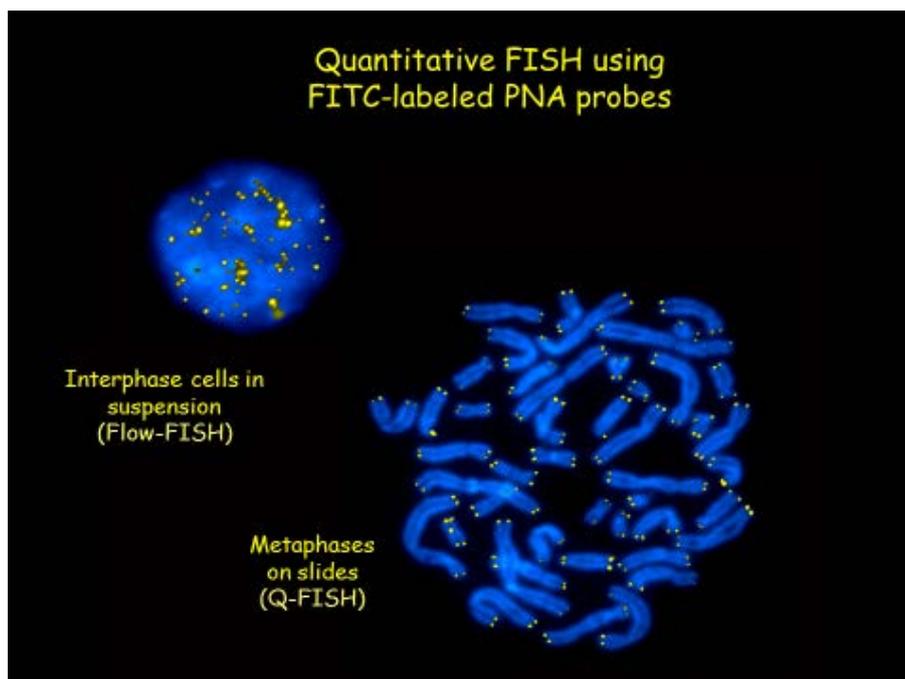


Abbildung 87: Telomerenlängenbestimmung (aus Brümmendorf, 2013)

3.3.2.1.4. PRÄVENTIVDIAGNOSTISCHE LABORPARAMETER

Ein weiterer Baustein in der Evaluation achtsamkeitsbasierter Maßnahmen im Unternehmen stellt die Untersuchung präventivdiagnostischer Laborparameter bei den einzelnen Probanden dar. Schon heute werden im klinischen Alltag etwa 64 % aller Diagnosen in der Medizin mit Hilfe labormedizinischer Tests und Untersuchungen in Blut, Urin oder anderen Körperflüssigkeiten gestellt (Infozentrum für Prävention und Früherkennung, 2015).

Laborwerte können bei vielen Erkrankungen bzw. Risikokonstellationen wertvolle Hinweise liefern. Allerdings können Laborparameter niemals isoliert betrachtet werden, sondern müssen jeweils im Zusammenhang und in einer Zusammenschau mit der betroffenen Person, sowie deren Umfeldbedingungen und deren sonstigen medizinischen bzw. gesundheitlichen Eigenschaften und Konstellationen gesehen werden. Hilfreich bei einer Beurteilung und Beratung ist auch der zeitliche Verlauf der Laborergebnisse.

Ein Laborparameter lässt sich gut mit einer Fotografie vergleichen. Bei beiden handelt es sich zunächst jeweils um eine Momentaufnahme; ein Ereignis, eine Situation, die dadurch festgehalten wird. In einem nächsten Schritt vergleicht man dieses „Foto“ mit zahlreichen anderen „Fotos“, welche alle dasselbe Motiv abbilden. Stellt man nun bei der besagten Momentaufnahme im Vergleich zu den anderen Aufnahmen Veränderungen oder Unterschiede fest, ist dies zunächst einmal nur auffällig. Eine Anomalie oder Krankheit lässt sich darin aber noch keinesfalls diagnostizieren; gibt es doch zahlreiche Faktoren und Gegebenheiten, welche das gefundene Ergebnis/ die Abbildung auf der Fotografie „verfremden“ können, Fehler bei der Probennahme/ Aufnahme oder Fehler bei der Verarbeitung im Labor sind nur einige mögliche Beispiele hierfür. Allerdings kann eine solche „Auffälligkeit“ zumindest als ein Signal gewertet werden, welches einer näheren oder intensiveren Betrachtung dieser „Aufnahme“ zur Folge haben sollte. Ideal für die Beurteilung ist neben dem Vergleich mit zahlreichen identischen Fotografien (bei der Laborprobe der Vergleich mit dem sogenannten Normal- oder Referenzwert), ein Vergleich im Verlauf, d. h. eine erneute Momentaufnahme desselben Objektes zu einem späteren Zeitpunkt. Sollte nun die „Auffälligkeit“ wieder in Erscheinung treten, ist die Wahrscheinlichkeit eines pathologischen Befundes bei dem besagten Laborwert um ein vielfaches höher, als nur beim Vergleich der Momentaufnahme mit dem Referenzwert.

Folgende präventivdiagnostische Gesundheitsbereiche wurden im Rahmen dieser Untersuchung mittels Unterstützung durch Laborergebnisse angesprochen:

- a) Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- b) Stoffwechselerkrankungen
- c) Lebererkrankungen
- d) Nierenfunktionsstörungen
- e) Infekte und Immunstörungen

Ein kleines Glossar der verwendeten Laborparameter ist in Anhang 3 dargestellt.

Die Probennahme erfolgte im Sitzen oder Liegen. Es wurden pro Probanden jeweils drei Röhrchen abgenommen, eine 7,5 ml Serum-Gel Monovette®, eine 1,2 ml EDTA KE Monovette® und eine 2,7 ml Glucose FE Monovette®. Die Abnahme erfolgte an einer peripher gestauten Kubitalvene mittels Einmalkanüle bzw. Butterfly-System.

Die Probennahme wurde zweimal durchgeführt, zum Zeitpunkt T1 und zum Zeitpunkt T2, d. h. vor und nach dem achtwöchigen achtsamkeitsbasierten Trainingsprogramm.

3.3.3. INDIVIDUELLES BERATUNGSGESPRÄCH

Im Rahmen dieser Arbeit „Achtsamkeit im Unternehmen“ wurden zur Projektevaluation von den teilnehmenden Probanden eine Vielzahl sowohl psychologisch-psychometrischer, wie auch medizinisch-biometrischer Daten und Befunde erhoben. Diese dienten zum einen die Effekte achtsamkeitsbasierter Maßnahmen auf die Resilienz, die Zufriedenheit und die kooperative Zusammenarbeit im Unternehmensalltag mit Hilfe wissenschaftlicher Methoden in praxi darzustellen, zum anderen war es aber auch Intention dieser Studie, die individuell gewonnenen Befunde und Ergebnisse dem einzelnen, betroffenen Projektteilnehmer wieder „zurückzuführen“ und ihm exklusiv zur Kenntnis zu geben.

Da jeder einzelne Proband zu Beginn der Studie seine persönliche Identität zugunsten eines pseudonymisierten fünfstelligen Codes abgelegt hat, kam dem Verfasser in seiner beruflichen Stellung als Arzt somit eine besondere

Rolle und Funktion zu, da er, als ärztlicher Projektleiter, einzig und exklusiv Kenntnis davon besaß, welcher Proband sich hinter welchem Studien-Pseudonym realiter verbarg und somit die individuellen Studienergebnisse den jeweiligen Teilnehmern zuordnen konnte. Das hohe Rechtsgut der ärztlichen Schweigepflicht verbot ihm allerdings, dieses Wissen an Dritte ohne entsprechenden (schriftlichen) Auftrag der betroffenen Person weiterzugeben.

Diese „Sonderrolle“ eröffnete aber gerade auch in gesundheitspädagogischer Sicht, eine einzigartige präventiv-medizinische Möglichkeit: die individuelle (arbeits-)medizinische Aufklärung und Beratung der teilnehmenden Probanden im Einzelgespräch.

Gerade die Profession des Arztes mit seinem bereits oben erwähnten „geschützten Rahmen“ ist hierbei eine ideale Voraussetzung, um im Sinne einer „sprechenden“ Medizin mit Hilfe einer klientenzentrierten Gesprächsführung anhand der gewonnenen psychometrischen und biometrischen Individualbefunde gemeinsam mit dem Probanden Ansätze und Wege zu finden, um möglicherweise notwendige (persönliche oder auch institutionelle) Verhaltensänderungen etwa durch Aufklärung, Beratung, Herausarbeiten und Auflösen persönlicher Ambivalenzen anzustoßen.

Als organisatorischer Rahmen wurden den Teilnehmern jeweils halbstündige, individuelle Einzelberatungstermine nach Abschluss und Auswertung der psychometrischen und biometrischen Testeinheiten mit dem Verfasser dieser Arbeit und ärztlichen Projektleiter dieser Studie angeboten.

Für alle Teilnehmer wurde eine Befundmappe mit allen erhobenen individuellen Parametern (erhoben jeweils zu Beginn (T1) und nach Abschluss (T2) der durchgeführten achtsamkeitsbasierten Trainingseinheiten) erstellt und persönlich ausgehändigt. Diese Befunddarstellung diente gleichzeitig bei den durchgeführten Einzelgesprächen jeweils auch als Beratungsgrundlage. Eine Muster-Befundmappe ist in der Anlage x dargestellt.

Zum einen diente dieses individuelle ärztliche Beratungsgespräch, dem Teilnehmer Wissen zu persönlichen Gesundheitsfragen zu vermitteln, sowie durch das Gespräch einen Beitrag zu leisten, das individuelle Gesundheitsbewusstsein des Probanden zu fördern. Auch wurden, bezogen auf den Einzelfall, mögliche Wechselwirkungen zwischen den Arbeitsbedingungen im Unternehmen und der individuellen Gesundheit unter Einbeziehung tätigkeitspezifischer und individueller Faktoren (wie z. B. Vorerkrankungen, Medikamenteneinnahme, psychische und somatische Besonderheiten) erläutert.

Grundhaltungen des Arztes sollten gemäß der hierbei präferierten, klientenzentrierten Gesprächsführung (in Anlehnung an das Therapie-Modell des amerikanischen Psychologen Carl Rogers (1902-1987)) gegenüber dem Probanden sein:

- Authentizität (Echtheit) im Hinblick auf den Ausdruck von Spannungen und eigenen Gefühlen,
- Wertschätzung und Wärme, die nicht an Bedingungen gebunden sind,
- Einführendes Verständnis (Empathie) hinsichtlich der Gefühle des Gesprächspartners und
- Förderung der Introspektionsfähigkeit des Probanden und Äußerung von Verhaltensempfehlungen.

Arzt-sein ist ein sprechender Beruf (Geisler, 2003) und eine Studie des Göttinger Guido Schmiemann (2001) an 700 Medizinstudenten hat gezeigt, dass die meisten Studenten am Beginn ihres Studiums an der psychosozialen Situation der Patienten interessiert sind. Reziprok zur Zunahme an „biologischen Wissen“ kommt es dann allerdings im Verlauf des Studiums zu einem ansteigenden Verlust an kommunikativer und psychosozialer Kompetenz.

Eben diese kommunikative Kompetenz, die Gesprächsführung selbst, das „was“ und „wie“ im sprachlichen Umgang mit dem Gegenüber ist aber der entscheidende Faktor, wenn es darum geht, das „Nachdenken über eine Änderung“ und die „Entscheidung für eine Änderung“ beim Gesprächspartner zu erreichen.

Aus gesundheitspädagogischer Sicht ist deshalb eine klientenzentrierte, motivierende Gesprächsführung für die individuelle Beratungseinheit im Rahmen dieses Achtsamkeitsprojektes die Methode der Wahl: Sie respektiert den Probanden mit seinen eigenen Zielen und Wertvorstellungen und macht ihn aber gleichzeitig zu einem Fürsprecher seiner eigenen Veränderung. Aktives Zuhören, Empathie und emotionale Akzeptanz des möglichen inneren Zwiespalts unterstützen diesen Weg zu neuem Selbstvertrauen und zu einer (möglichen) Verhaltensänderung.

Mögliche Ergebnisse aus dem Gespräch können für den Probanden beispielsweise sein:

- bisherige Befunde und Resultate (er-)klären,
- Selbsterkenntnis und Selbstbewusstsein stärken,
- Eigeninitiative fördern,

- Möglichkeiten aufzeigen, sich aktiv und gewinnbringend zu profilieren,
- Mut machen und den Durchhaltewillen stärken,
- konstruktive Kritik zuzulassen und an Verbesserungen zu arbeiten,
- Ziele, Chancen, Perspektiven aufzuzeigen und/oder zu planen.

Das individuelle ärztliche Beratungsgespräch stellt somit für den einzelnen Teilnehmer im Sinne der medizinischen Prävention eine gezielte Einflussnahme auf die persönliche Gesundheit im Rahmen verhaltens- und verhältnisorientierter Ansätze dar.

Das individuelle ärztliche Beratungsgespräch subsummiert in dieser Studie aber auch, was klassischer Weise den Terminus „Gesundheitspädagogik“ charakterisiert: „die Beeinflussung gesundheitsrelevanten Verhaltens, die Vermittlung gesundheitsrelevanter Inhalte, die Förderung gesundheitsrelevanter Kompetenzen und auch die Beeinflussung gesundheitsrelevanter Verhältnisse (...) und das alles unter der zentralen Voraussetzung, dass sie wissenschaftlich begründet sind“ (Wulfhorst, 2002).

<

4.ACHTSAMKEIT INS UNTERNEHMEN – DIE IMPLEMENTIERUNG

4.1. EINFÜHRUNG

Im vorangegangenen Teil „Achtsamkeit für Unternehmen – die Konzeption“ wurde aufgezeigt, warum und wie dieses Projekt seinen Anfang nahm, welche Grundvorstellungen und gedanklichen Entwürfe diesem Achtsamkeitsprogramm vorausgegangen sind, welche Wege es seither durchlief und wie es letztendlich zu seiner jetzigen Form fand.

Im Folgenden wird nun anhand eines Kapitels der Masterthesis „Achtsamkeit im Unternehmen – Analyse von Erfolgs- und Misserfolgskfaktoren anhand von zwei Fallbeispielen“ (Hiendl, 2014b), dargestellt, welche Faktoren für eine erfolgreiche Implementierung eines an die speziellen Anforderungen des Unternehmensalltags angepassten, niederschwelliges und leicht zu implementierendes Achtsamkeitsprogrammes notwendig sind.

4.2. SYNOPSE DER ERMITTELTEN ERFOLGS- UND MISSERFOLGSFAKTOREN AUS DEN TESTERGEBNISSEN UND DEN GEFÜHRTEN SEMISTRUKTURIERTEN INTERVIEWS

Um Achtsamkeit in einem Unternehmen als Bestandteil einer (zukünftigen) Unternehmenskultur erfolgreich implementieren zu können, sollten grundsätzliche Faktoren bekannt sein, die eine solche Implementierung erleichtern bzw. überhaupt möglich machen.

Im Rahmen dieser Arbeit wurden zunächst die durchgeführten Testresultate zweier, am Pilotprojekt teilgenommenen Unternehmen analysiert und, in einem zweiten Schritt, mittels eines semistrukturierten Interviews mit den beteiligten Achtsamkeitstrainern (im Falle der beiden ausgewählten Firmen handelte es sich allerdings um ein und dieselbe Person) generelle Erfolgs- bzw. auch Misserfolgskfaktoren identifiziert.

4.2.1. ERFOLGS- UND MISSERFOLGSFAKTOREN AUS DEN TESTERGEBNISSEN GENERIERT

Neben der Angabe persönlicher, sozio-demographischer Daten, wie Alter, Geschlecht, Bildungsstand, persönliche Lebenssituation, wurden jeweils vor (Session 1) und nach (Session 2) dem achtsamkeitsbasierten

Training Testungen in den drei folgenden Bereichen durchgeführt: Kognitionspsychologische Testung, Angaben über die Dauer und Häufigkeit der Achtsamkeitsübungen sowie Selbsteinschätzung mit Fragebogen.

Die ermittelten Testergebnisse können jeweils in folgende Untergruppen unterteilt werden:

- Teilnehmer
- Engagement und Mitarbeit
- Eingesetzte Testverfahren
- Projekteinschätzung durch eigene Fragen

Im Folgenden werden nun, aus den Ergebnissen der beiden untersuchten Firmen generiert, diejenigen Faktoren dargestellt, die einen Einfluss auf die Einführung von achtsamkeitsbasierten Maßnahmen in den Unternehmensalltag haben können:

Bei vergleichbaren Teilnehmerzahlen (25 vs. 24) der beiden gegenübergestellten Unternehmen zeigten sich folgende persönliche und sozio-demographische Daten als erfolgreiche Implementierungsfaktoren bezüglich Teilnehmer: Mittleres Lebensalter (ab 30 Jahre), überwiegend im kaufmännischen oder allgemein-technischen Bereich mit Führungsverantwortung tätig. Das Geschlecht zeigte, wiedererwarten, keinen Einfluss.

Auch im Bereich ‚Engagement und Mitarbeit‘ zeigte diese Teilnehmergruppe deutlich bessere Ergebnisse in Bezug auf die Anzahl und Dauer der individuellen Übungseinheiten, sowie auch in der Gewissenhaftigkeit bei der Protokollführung der persönlichen Trainingseinheiten.

Die eingesetzten Testverfahren selbst, respektive die gewonnenen Erkenntnisse daraus, können allenfalls als „Bestätigung“ für die ermittelten Implementierungsfaktoren herangezogen werden. Ein direkter Einfluss auf die Einführung von Achtsamkeit im Unternehmen durch die eingesetzten Testbatterien selbst konnte im Rahmen dieser Arbeit nicht festgestellt werden.

Mehr Aufschluss zu potentiellen Erfolgs- oder Misserfolgskfaktoren liefern da die Selbsteinschätzungen und Projekteinschätzungen durch die Probanden. Im Rahmen der bisherigen Firmendurchläufe wurden ja wahlweise zwei Trainingssettings angeboten, einmal mit acht Trainingsmodulen im wöchentlichen Turnus und einmal, modifiziert, zu vier Einheiten alle 14 Tage. Dabei zeigte das klassische Format sowohl was die (objektive)

Trainingspräsenz betrifft, wie auch bei der Selbsteinschätzung durch die Probanden einen klaren Vorteil gegenüber der alternativen Variante. Ein Themenkomplex beschäftigte sich auch mit dem Thema ‚Arbeit‘ und auch ‚Arbeitszeit‘. Hier zeigten die Resultate, dass sich limitierte (z. B. „40-Stunden-Woche“) oder reduzierte Arbeitszeitmodelle tendenziell positiver auf die Ergebnisse achtsamkeitsbasierter Maßnahmen auswirkten.

Betrachtet man den persönlichen Nutzen der verschiedenen Achtsamkeitsübungen und addiert die Wertungen „sehr hilfreich“ und „hilfreich“ jeweils zusammen, ergibt sich das in Tabelle 11 dargestellte Ranking persönlich (sehr) hilfreicher Achtsamkeitsübungen in den beiden untersuchten Unternehmen. Interessant dabei ist, dass das achtsame Kommunizieren in beiden Firmen einen sehr hohen Stellenwert erreicht hat („B“ Position 1, „W“ Position 2). Aber auch die bekannten, „klassischen“ Achtsamkeitsübungen, wie Achtsamkeitsmeditation und Body Scan haben bei beiden Teilnehmergruppen vorderste Rangpositionen.

	Unternehmen ‚B‘	Unternehmen ‚W‘
1.	Achtsame Dialoge	Achtsamkeitsmeditation
2.	Body Scan / Achtsames Zeitmanagement	Achtsame Dialoge / Achtsamkeit in Meetings
3.	Achtsames Gehen	Achtsames Feedback
4.	Achtsamkeitsmeditation	Body Scan
5.	Achtsamer Umgang mit Emotionen	Achtsames Zeitmanagement
6.	Achtsamkeit in Meetings	Achtsamer Umgang mit Emotionen
7.	Achtsames E-Mailing	Glücksreflektion
8.	Kurze Achtsamkeitspausen / Glücksreflektion	Kurze Achtsamkeitspausen

9.	Mitgeföhlsmeditation / Achtsames Feedback	Achtsames E-Mailing / Achtsames Gehen
10.	Achtsames Fahren	Mitgeföhlsmeditation
11.		Achtsames Fahren

Tabelle 11: Persönliches „Ranking“ der angebotenen Achtsamkeitsübungen

Des Weiteren kommt, so die Ergebnisse der beiden untersuchten Firmengruppen, der Person des Achtsamkeitstrainers eine entscheidende Rolle zu. Das persönliche Auftreten, die Fachkompetenz und vor allem das Charisma dieser Person wurden in beiden Gruppen gleich hoch bewertet.

Auch wurde insgesamt die Tatsache an sich, dass Achtsamkeitsmethoden in das jeweilige Unternehmen implementiert wurden, als Benefit für die jeweilige Firma gesehen, in der einen Gruppe waren sogar mehr als zwei Drittel der Teilnehmer der Meinung, dass dies „eines der interessantesten Trainings war, die sie gemacht haben“.

4.2.2. ERFOLGS- UND MISSERFOLGSFAKTOREN AUS DEM GEFÜHRTEN SEMISTRUKTURIERTEN INTERVIEW ERMITTELT

Allgemein lassen sich fünf grundsätzliche (Einfluss-) Faktoren für eine Implementierung von Achtsamkeit in einem Unternehmen identifizieren:

- Allgemeine Rahmenbedingungen
- Trainingssetting (Organisation)
- Achtsamkeitstrainer (Person)

- Firma/ Unternehmen
- Teilnehmer

Grundsätzliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Implementierung einer neuen Maßnahme/ einer neuen Struktur in einem Unternehmen ist die Festlegung allgemeingültiger Rahmenbedingungen. Einstellung, Verständnis und Zielvorstellung sollten bei allen Beteiligten, Teilnehmern, beauftragendes Unternehmen und auch eingesetzte Achtsamkeitstrainer, auf einer gemeinsamen, richtigen Basis stehen.

Im Rahmen des bisherigen Pilotprojektes „Achtsamkeit im Unternehmen“ wurden Achtsamkeitstrainings bei acht Firmen bereits gestartet und bei sieben auch schon abgeschlossen und evaluiert. Dabei wurden zwei in ihrer zeitlichen Struktur unterschiedlich gestaltete Trainingssettings angeboten und durchgeführt. Einmal ein Trainingszyklus mit acht Terminen einmal pro Woche mit einer Trainingsdauer von 2 bis 2 ½ Stunden, alternativ ein Trainingssetting mit vier Einheiten à 4 bis 4 ½ Stunden alle 14 Tage. Analog den Ergebnissen aus den Testungen vor und nach dem Achtsamkeitstraining präferiert auch der interviewte Achtsamkeitstrainer eindeutig die Durchführung des wöchentlichen, achtmaligen Trainingssettings. Klare Vorteile dieses Programms liegen in der besseren Compliance der Teilnehmer was Übungsdisziplin, Regelmäßigkeit und Termintreue betrifft.

Um eine Maßnahme oder Technik erfolgreich in einem Unternehmen einzuführen, bedarf es natürlich eines kompetenten und qualifizierten Trainingspersonals. Einen guten Trainer zeichnen folgende drei (Grund-) Eigenschaften aus: Eigene Motivation, sogenannte „klassische“ Trainerkompetenzen und, nicht zuletzt, die Eigenschaft, den „Funken“ weiterzugeben.

Eigene Motivation. Neben einer ganz pragmatischen Motivation auf Grund von persönlicher Erkenntnis, dass Achtsamkeitsmethoden hilfreiche Methoden für die geistige Gesundheit sowohl im privaten, wie auch im beruflichen Alltag sind, steckt meist auch eine idealistische Motivation hinter der „Mission Achtsamkeitstrainer“: Unternehmen bestimmen nicht nur sehr stark die Wirtschaft und Ökonomie des Landes, sondern haben häufig auch Einfluss auf die ökologische und geistige Landschaft einer Gesellschaft, d. h. durch die Implementierung in ein Unternehmen lassen sich Themen, wie Achtsamkeit, Entschleunigung und Besinnung in den Alltag von den dort beschäftigten Menschen bringen und damit ein Stück weit auch in die Gesellschaft allgemein.

„Klassische“ Trainerkompetenzen. Grundsätzlich muss ein kompetenter Trainer über die Fähigkeiten verfügen,

generell Präsentationen zu halten, zu moderieren oder auch Großgruppengespräche zu leiten.

Die Fähigkeit, den „Funken“ weiterzugeben. Achtsamkeit ist nicht nur eine Trainingsmethode, welche nach der klassischen Trias „Vormachen, Nachmachen, Üben“ gelehrt wird, Achtsamkeit vermittelt auch eine Essenz, eine „energetische“ Essenz. Eine geistige Quelle, um Gesundheit, Mensch sein. und Wohlbefinden in einem breiteren Sinne zu fördern. Ein Achtsamer Trainer muss zwingend diese Fähigkeit besitzen, das aktive Sich Einlassen auf den Augenblick, diesen „Funken der Achtsamkeit“ weitergeben zu können.

Was muss nun ein Unternehmen/ eine Firma tun, um die (richtigen) Voraussetzungen zu schaffen, damit Achtsamkeit im Unternehmen erfolgreich implementiert werden kann? Die Grundsatzfragestellung für viele Unternehmen heutzutage lautet: Was kann ich als Firma gegen den Stress und für die Gesundheit meiner Beschäftigten machen? Dabei soll zum einen eine Methodik gefunden und eingesetzt werden, die möglichst sanft das Thema Gesundheit im weiteren Sinn fördert: Gesundheit sowohl in der persönlichen Kultur, wie auch Gesundheit in der Unternehmenskultur. Zum anderen stellt sich heraus, dass es für Unternehmen immer sehr wichtig erscheint, dass die Methodik möglichst in bzw. mit einem wissenschaftlichen Setting platziert wird (Wissenschaftlichkeit der angebotenen Maßnahme). Um nun so die Implementierung in einem Unternehmen richtig „platzieren“ zu können, bedarf es grundlegend vor allem der Unterstützung durch die Führungskräfte. Diese Unterstützung spiegelt sich in folgenden Eigenschaften wieder: Authentizität, sowie Menschsein und Menschlichkeit in der Führung, emotionale Präsenz und persönliches Vorbildverhalten der Führungskräfte. Zusammenfassend lassen sich diese Eigenschaften gut mit dem Begriff „ganzheitliche Führung“ subsummieren. Des Weiteren müssen auch gewisse „allgemeine Rahmenbedingungen“ bestehen: Sowohl der zeitliche Rahmen, wie auch der physische Rahmen für das Achtsamkeitstraining muss den Teilnehmern seitens des Unternehmens bedingungslos zugestanden werden. Ebenso bedarf es einen unterstützenden Rahmen, z. B. von Seiten der Personalentwicklung des Unternehmens („Unternehmenskompetenz“ für das Training). Implementierung geht aber auch noch einen Schritt weiter: Damit die gelernte und erprobte Methodik Bestand hat, erfordert das auch eine gewisse Nachhaltigkeit. Das bedeutet, dass etwa gewisse organisatorische Änderungen gesetzt werden sollten, wie etwa beispielsweise physisch/ technisch die Schaffung eines Meditationsraumes oder zeitlich die Einführung tagungsfreier/ störungsfreier Zeiten. Auch die Sensibilisierung und das Vorantreiben der Thematik auf allen Führungsebenen sind wichtige Faktoren für eine erfolgreiche Nachhaltigkeit. Neben diesen positiven Voraussetzungen seitens von Unternehmen haben sich im Rahmen der bislang durchgeführten

Achtsamkeitstrainings bei Firmen auch folgende „Misserfolgskriterien“ herausgestellt: Falsche Erwartungshaltung von Seiten des Unternehmens. Eine bloße Reduktion auf die Veränderung von Produktivitäts- oder Fehlerfaktoren lässt eine (erfolgreiche) Implementierung von „Achtsamkeit im Unternehmen“ eigentlich von vorn herein scheitern. Auch eine Missachtung der oben beschriebenen „Rahmenbedingungen“, wie fehlender Schutz des zeitlichen und/oder des physischen Raumes (der Teilnehmer ist während der Trainingseinheit nicht an seinem Arbeitsplatz!) und vor allem das Fehlen von Unterstützung und/ oder Interesse von Seiten der Führungskräfte erschwert einen erfolgreichen Zugang zum Thema Achtsamkeit.

Letztendlich hat vor allem der Teilnehmer selbst entscheidenden Einfluss auf das Gelingen von „Achtsamkeit im Unternehmen“. Basis und grundsätzliche (positive) Voraussetzung von Seiten des Teilnehmers ist Offenheit. Die persönliche Offenheit des Beschäftigten, sich mit dem Thema ‚Achtsamkeit‘ auseinander setzen zu wollen. Diese Offenheit ist in der Regel genährt aus zweierlei Quellen: entweder aus einer generellen Neugierde, auf alles was Neues betrifft oder aber aus einer persönlichen Leidenssituation, verbunden mit der daraus gewonnenen Konsequenz, etwas daran ändern zu wollen oder zu müssen. Neben dieser grundlegenden Offenheit bedarf es einer zweiten Voraussetzung: die persönliche Bereitschaft und auch das Wissen, dafür etwas tun zu müssen. Dieses aktive Tun bedeutet im Fall von Achtsamkeit, Achtsamkeit zu üben und Achtsamkeit zu praktizieren. Und das, welches schließlich die dritte Voraussetzung von Seiten des Teilnehmers widerspiegelt, mit der nötigen Konsequenz in der persönlichen Umsetzung. Diese Trias bildet die Basis für ein gutes Gelingen bei der Implementierung von Achtsamkeitsmaßnahmen in Unternehmen seitens der Beschäftigten. In Kenntnis der bisherigen Studienergebnisse vervollständigen folgende Faktoren noch den „idealen“ Teilnehmer:

Alter. Menschen ab mittleren Alters, die schon die ersten Stressphasen hinter sich haben und erkennen, ich muss selbst daran arbeiten. Jüngere Mitarbeiter taten sich meist schwerer. Möglicherweise mangels der Erkenntnis, es liegt an mir selbst, etwas dagegen zu tun bzw. ich habe (noch) keine Erfahrung für mich derartiges umzusetzen (persönlicher Reifeprozess).

Führungsverantwortung. Menschen, die Erfahrung im Umgang mit Disziplin und Prozessen in einem Unternehmen haben. Führungskräfte spiegeln diese Erfahrung in der Regel immer sehr gut wieder. Facharbeiter können sicher genauso profitieren, zeigten sich im Rahmen der bisherigen Studienergebnisse tendenziell weniger offen im ersten Schritt für solche Sachen.

Bildung. Damit wird nicht ausschließlich die kognitive Intelligenz gemeint, sondern vielmehr das Wissen und vor allem die Offenheit und die Bereitschaft sich auf etwas wie Achtsamkeit einzulassen.

Geschlecht. Interessanterweise hat das Geschlecht der Beschäftigten bislang keinen Einfluss auf die erfolgreiche Implementierung von Achtsamkeit im Unternehmen gezeigt.

Die nachfolgende Tabelle 12 versucht in einer Zusammenschau die herausgearbeiteten Einflussfaktoren für eine (positive) Implementierung von Achtsamkeit in einem Unternehmen darzustellen.

(Einfluss-) Faktoren für eine (positive) Implementierung von Achtsamkeit im Unternehmen:

(1) Allgemeine Rahmenbedingungen

- Einstellung, Verständnis und Zielvorstellung muss bei allen Beteiligten (Unternehmen, Teilnehmer, Achtsamkeitstrainer) auf einer gemeinsamen, richtigen Basis stehen
- Zeitlicher Rahmen
- Physischer Rahmen
- Unterstützender Rahmen (Unternehmenskompetenz für das Training)

(2) Trainingssetting (Organisation)

- Trainingszyklus mit acht Einheiten jeweils einmal pro Woche mit einer Dauer von 2 bis 2 ½ Stunden
- „Geschützter“ Raum (zeitlich und physisch)
- Mix von „klassischen“ Achtsamkeitsübungen (Meditation, Body Scan) mit informellen, unternehmensbezogenen Einheiten (z. B. achtsame Dialoge)

(3) Achtsamkeitstrainer (Person)

- Eigene Motivation
- „Klassische“ Trainerkompetenzen
- Fähigkeit, den „Funken“ weiterzugeben

(4) Unternehmen/ Firma

- Verankerung von „Gesundheit“ in der persönlichen, wie in der Unternehmenskultur
- Einbettung in einem wissenschaftlichen Setting
- Unterstützung durch die Führungskräfte („ganzheitliche Führung“)
- Feste bzw. allgemein gültige Arbeitszeitmodelle
- Voraussetzungen schaffen für Nachhaltigkeit (örtlich/ zeitlich)

(5) Teilnehmer

- Offenheit (Neugierde oder Leiden)
- Bereitschaft und Wissen
- Konsequenz in der Umsetzung
- Mittleres Lebensalter
- Erfahrung mit Disziplin und (Unternehmens-)Prozessen

Tabelle 12: (Einfluss-)Faktoren für eine (positive) Implementierung von Achtsamkeit im Unternehmen

5.ACHTSAMKEIT IM UNTERNEHMEN – DIE EVALUATION

5.1. ERGEBNISSE

Viele reden von ganzheitlicher, nachhaltiger Führung in einem Unternehmen. Auf die Frage der Umsetzung, vor allem im Kontext eines gestressten, erschöpften Zustandes, gibt es bisher wenig Antworten.

Achtsamkeit ist sicher nicht die einzige Antwort darauf, aber auf jeden Fall scheint sie eine essentielle Antwort und ein pragmatischer Zugang zu dieser Thematik zu sein.

Das Forschungsprojekt „Achtsamkeit im Unternehmen“ will als erstes groß angelegtes Pilotprojekt im deutschsprachigen Raum, Hinweise für die Wirkung von Achtsamkeitstrainings am Arbeitsplatz finden.

Zielsetzung des Gesamtprojektes ist es, die Förderung von Belastbarkeit, die Reduzierung von Stress und psychischen Erkrankungen, sowie die Steigerung der Zufriedenheit und Qualität der Zusammenarbeit am Arbeitsplatz durch ein an die speziellen Anforderungen des Unternehmensalltages angepasstes, niederschwelliges und leicht zu implementierendes Programm zu erreichen.

Ziel der Untersuchungen in dieser Arbeit ist es, für dieses achtsamkeitsbasierte Programm, welches bereits erfolgreich in verschiedenen Unternehmen eingesetzt wird, Hinweise seiner Wirksamkeit durch ein begleitendes Evaluationskonzept, das nicht nur psychologische, sondern auch physiologische und biochemische Parameter berücksichtigt, zu finden.

5.1.1. ERGEBNIS-SYNOPSE DER BEIDEN TEILNEHMENDEN UNTERNEHMEN

5.1.1.1. TEILNEHMER

Die Teilnehmer für die dieser Arbeit zugrunde liegenden Untersuchungen rekrutierten sich aus zwei weltweit tätigen deutschen Großkonzernen.

Unternehmen ‚A‘ ist ein weltweit führendes Unternehmen der Konsumgüterindustrie, das über 16.500

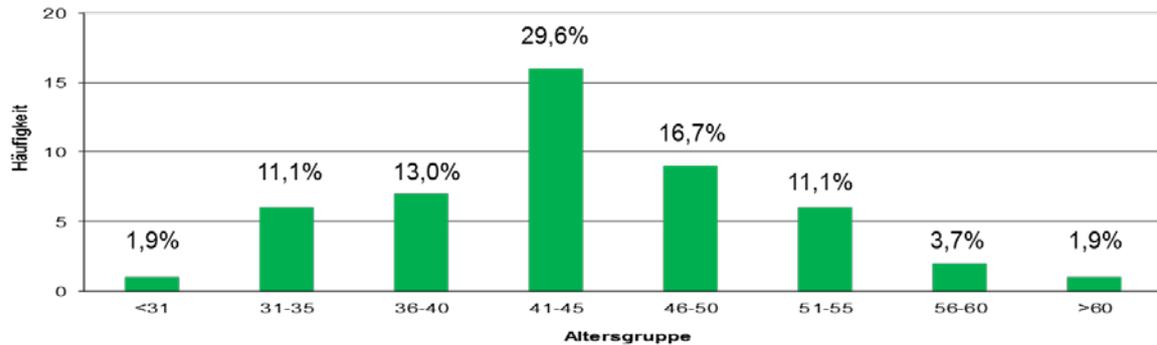
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in über 150 Tochtergesellschaften weltweit beschäftigt. Es gibt zwei getrennte Unternehmensbereiche: Den Schwerpunkt bildet der Bereich Consumer, der sich mit seinen Marken auf die internationalen Märkte der Haut- und Körperpflege konzentriert. Der andere Unternehmensbereich ist einer der wegweisenden Hersteller selbstklebender Produkte und von Lösungen für Industrie, Gewerbe und Konsumenten (Quelle: Geschäftsbericht 2013, nähere Details beim Verfasser). Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Forschungsprojekt stammten ausnahmslos aus dem Brandmanagement (Marketing, Forschung und Entwicklung, sowie Pharmacy), alle mit Führungsverantwortung und aus allen Hierarchieebenen, vom Vorstand bis zum/ zur Bereichsverantwortlichen. Es nahmen 21 Männer und 19 Frauen teil. Der jüngste Teilnehmer war 33 Jahre alt, der älteste 63 Jahre alt, ein Häufigkeitsgipfel lag im Bereich 41 bis 45 Jahren.

Firma ‚B‘ ist ein internationaler Handels- und Dienstleistungskonzern mit den Kernsegmenten Agrar, Energie und Bau. Im Unternehmen sind 16.834 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt (Stand 31.12.2013, Quelle: Geschäftsbericht 2013, nähere Details beim Verfasser). Im Kernsegment Agrar, welches den größten Umsatzanteil des Unternehmens repräsentiert, findet sich neben dem Handel mit landwirtschaftlichen Betriebsmitteln und pflanzlichen Erzeugnissen eine Sparte ‚Technik‘, welche (landwirtschaftliche) Maschinen, Geräte, Gebäude und Einrichtungen vertreibt, sowie mit einem dichten Netz von Werkstätten einen hohen Serviceanspruch garantieren möchte (Quelle: Konzernhomepage, Aufruf am 14.09.2014, nähere Details beim Verfasser). Am Achtsamkeitstraining haben 14 Beschäftigte teilgenommen, 10 Männer und 4 Frauen im Alter zwischen 28 Jahren (jüngster Teilnehmer) und 61 Jahren (ältester Teilnehmer), der Altersgipfel lag im Bereich von 46 bis 50 Jahren. Die männlichen Teilnehmer waren ausnahmslos als Leiter einer oben erwähnten Servicewerkstätte mit Mitarbeiter- und Führungsverantwortung tätig, die weiblichen Teilnehmer gehörten den Bereichen Personalentwicklung und Personalunterstützung, mit teilweiser Führungsverantwortung, an.

Zusammenfassend bildet sich die Stichprobe der Probanden in Abbildung 88 ab.

Stichprobe

- N=48
- Alter: zwischen 28 und 63 Jahren
- Geschlecht: 27 männlich, 21 weiblich, 6 ohne Angabe



Die Teilnehmerzahl von 38 bezieht sich auf alle Teilnehmer, von denen T1 Fragebögen vorliegen.
 Da von manchen Teilnehmern keine T1 Fragebögen eingereicht wurden, sind Alter und Geschlecht von diesen Teilnehmern unbekannt.
 Sämtliche Relativwerte beziehen sich auf die Gesamtanzahl aller erhobenen Werte (54 Probanden)

Abbildung 88: Altersverteilung der Teilnehmer

5.1.1.2. ENGAGEMENT UND MITARBEIT

Im Rahmen der ca. 95 tägigen Trainingsphase wurden die Anzahl der Übungseinheiten, sowie die Übungszeiten mittels einer speziellen App auf dem Smartphone (Insight Timer, Abbildung 89) oder online (Medlogs) dokumentiert.

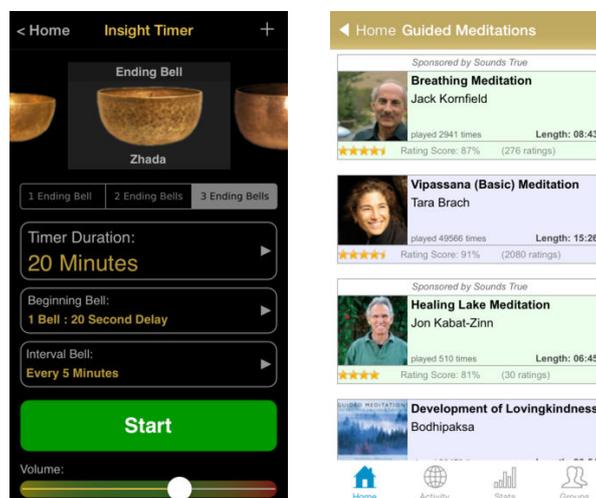


Abbildung 89: Smartphone App „Insight Timer“ (Screen shot)

Die Gewissenhaftigkeit bei der Protokollführung reichte allgemein von ca. 30% bis zu 100%. Es wurden während der Trainingsphase von den Teilnehmern im Mittel 27,78 (Standardabweichung $\pm 21,82$) Übungseinheiten absolviert, dabei wurden insgesamt in dieser Zeit im Schnitt 247,26 (Standardabweichung $\pm 213,77$) Minuten meditiert. Die durchschnittliche Meditationszeit pro Sitzung betrug 8,64 (Standardabweichung $\pm 3,60$) Minuten (Abbildung 90).

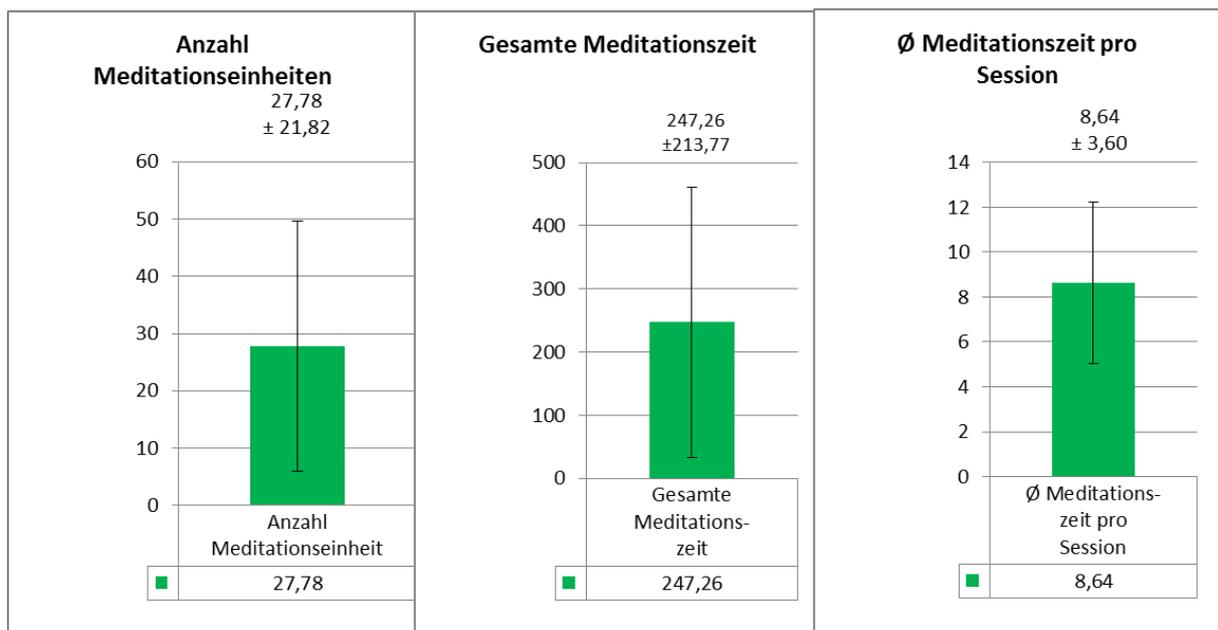


Abbildung 90: Engagement und Mitarbeit (n= 48)

5.1.2. PSYCHOMETRIE-TESTERGEBNISSE

Am Anfang (T1) und am Ende (T2) der jeweiligen Trainingsphasen (Vertiefungstag bzw. Schlußtag) wurden bei den beteiligten Unternehmen im Sinne einer Prae-Post-Messung sowohl kognitionspsychologische Testungen mittels objektiven Aufmerksamkeitstests (Attention Network Test – ANT) als auch fragebogengestützte psychometrische Testinstrumente (Perceived Stress Questionnaire – PSQ, Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit – FFA, Mindful Attention and Awareness Scale – MAAS, Überdruß Scala – Tedium Scale, Landauer Organisations-

und Teamklimainventar – LOTI) bei den Teilnehmern durchgeführt. Die erwähnten eingesetzten Testverfahren wurden bereits in Kapitel X theoretisch beschrieben.

Die dabei ermittelten Messwerte vor dem Programmstart (T1) wurden mit den Messwerten nach dem Achtsamkeitstrainingsblock (T2) als Mittelwert (mit den jeweiligen Standardabweichungen) oder als Prozentual-Verteilung verglichen. Der Unterschied wurde einem Signifikanztest (t-Test für verbundene Stichproben) unterworfen, sowie die Effektstärke (cohens d) errechnet. Es wurde definiert, dass ein p-Wert $\leq 0,05$ als signifikant und ein p-Wert $\leq 0,01$ als hoch signifikant bezeichnet werden kann. Bei der Effektstärke bedeutet nach Cohen $d = 0,2$ einen kleinen Effekt, $d = 0,5$ einen mittleren Effekt und $d = 0,8$ einen großen Effekt (persönliche Mitteilung N. Kohls, 2014).

Die statistische Auswertung erfolgte mittels der Software IBM SPSS Statistics Version 21 und 22 durch das GRP - Generation Research Programm in Bad Tölz des Humanwissenschaftlichen Zentrums der Ludwig-Maximilians-Universität München (N. Kohls, jetzt Hochschule Coburg).

Für die Probandengruppe aus beiden Unternehmen ‚A‘ und ‚B‘ zusammengefasst ergaben schließlich folgende Ergebnisse:

5.1.2.1. KOGNITIONSPSYCHOLOGISCHE TESTVERFAHREN

5.1.2.1.1. ATTENTION NETWORK TEST (ANT)

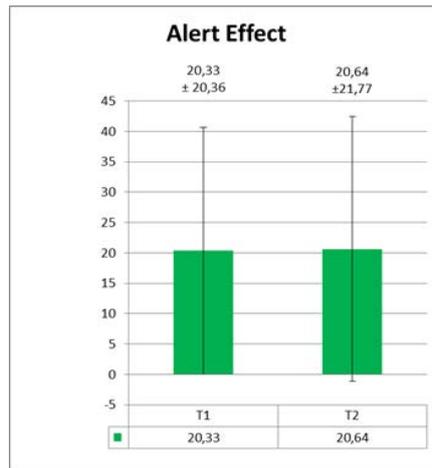
Aufmerksamkeitsleistungen als Form einer kognitiven Teilleistung der Studienteilnehmer wurden mit dem Attention Network Test (ANT) getestet. Mittels PC-gestütztem Testverfahren wurden gleichzeitig drei getrennte Aufmerksamkeitssysteme durch Differenzbildung erfasst: Alerting, Orienting, Conflict (Executive Attention) (Schellig et al., 2009). Die einzelnen Effekte werden wie folgt berechnet:

Alerting: Reaktionszeit nach „no cue“ (kein Stern) minus Reaktionszeit nach „double cue“ (zwei Sterne, oberhalb und unterhalb des Fixations-Kreuzes).

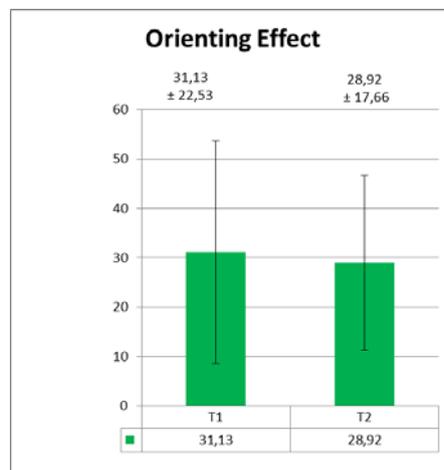
Orienting: Reaktionszeit nach „center cue“ (ein Stern im Bereich des Fixations-Kreuzes) minus Reaktionszeit nach „spatial cue“ (ein Stern, oberhalb oder unterhalb des Fixations-Kreuzes).

Conflict: Reaktionszeit nach inkongruenter Bedingung minus Reaktionszeit nach kongruenter Bedingung.

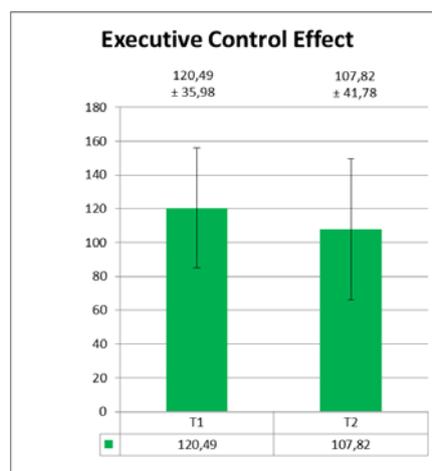
Folgende Ergebnisse konnten erfasst werden: Die Alertness, die Aufmerksamkeitsaktivierung, ergab für die „double cue“-„no cue“-Condition mit $p = 0,942$ und einem cohens $d = 0,01$ bei T2 keinen statistisch signifikanten Unterschied (T1: $20,33 \pm 20,36$ ms vs. T2: $20,64 \pm 21,77$ ms). Auch für das Orienting, die Orientierungsfähigkeit, mit ihrer „spatial cue“/ „center cue“-Condition war mit $p = 0,500$ und einer cohens $d = 0,11$ am Ende des Trainings kein statistisch signifikanter Unterschied festzustellen (T1: $31,13 \pm 22,53$ ms vs. T2: $28,92 \pm 17,66$ ms). Bei der dritten Aufmerksamkeitsleistung, die mit dem ANT getestet wurde, der exekutiven Kontrollfunktion (Executive Attention oder Conflict), welche komplexere mentale Operationen umfasst, die eine wichtige Rolle im Planungsprozess, bei der Entscheidung, der Fehlerdetektion, der Anpassung an eine neue Umgebung und der Überwindung von habituellen Verhalten spielen (Posner und Rothbart, 2007), ergaben sich durch das Achtsamkeitstraining signifikante Veränderungen. Die „Congruent Flankers-Incongruent Flankers“ (Pfeile in dieselbe Richtung wie Target versus in falsche Richtung) waren zum Testzeitpunkt T2 (T1: $120,49 \pm 35,38$ ms vs. T2: $107,82 \pm 41,78$ ms) mit $p = 0,020$ signifikant geringer und hatten mit einer cohens $d = 0,33$ auch eine kleine bis mittlere Effektstärke zu verzeichnen (Abbildung 91).



Alert Effekt (n=48): *t-Test: p = 0,942, cohens d = 0,01*



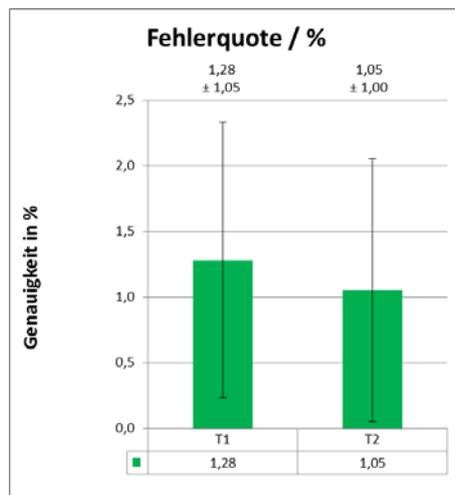
Orienting Effect (n=48): *t-Test: p = 0,500, cohens d = 0,11*



Executive Control Effect (n=48): *t-Test: p = 0,020, cohens d = 0,33*

Abbildung 91: Attention Network Test (ANT)

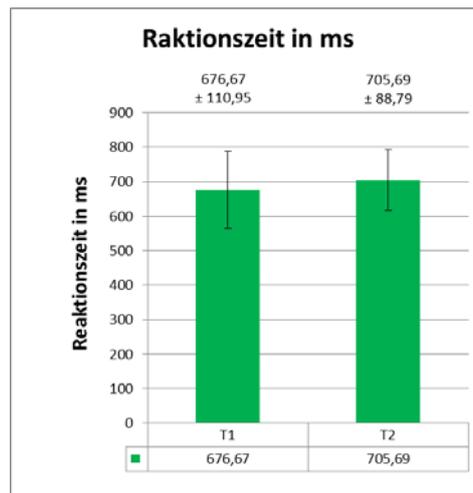
Die Fehlerquote, der Anteil der inkorrekt gedrückten Tasten bei den einzelnen Testaufgaben, zeigte nach dem achtwöchigen Trainingsprogramm (T1: 1,28 % \pm 1,05 vs. 1,05 % \pm 1,00) zwar eine Verbesserung, aber keinen statistisch signifikanten Unterschied ($p = 0,141$). Allerdings war mit einer $\text{cohens } d = 0,23$ eine kleine Effektstärke nachweisbar (Abbildung 92).



Fehlerquote ($n = 48$): t -Test: $p = 0,141$, $\text{cohens } d = 0,23$

Abbildung 92: ANT: Fehlerquote in Prozent

Auch die mittlere Reaktionszeit (in ms) war mit $676,67 \pm 110,95$ bei T1 versus $705,69 \pm 88,79$ bei T2 zum Testzeitpunkt T2 signifikant höher ($p = 0,037$) und hatte mit $\text{cohens } d = 0,29$ auch eine kleine Effektstärke (Abbildung 93).



Mittlere Reaktionszeit (n=48): *t*-Test: $p = 0,037$, *cohens d* = 0,29

Abbildung 93: ANT: Mittlere Reaktionszeit

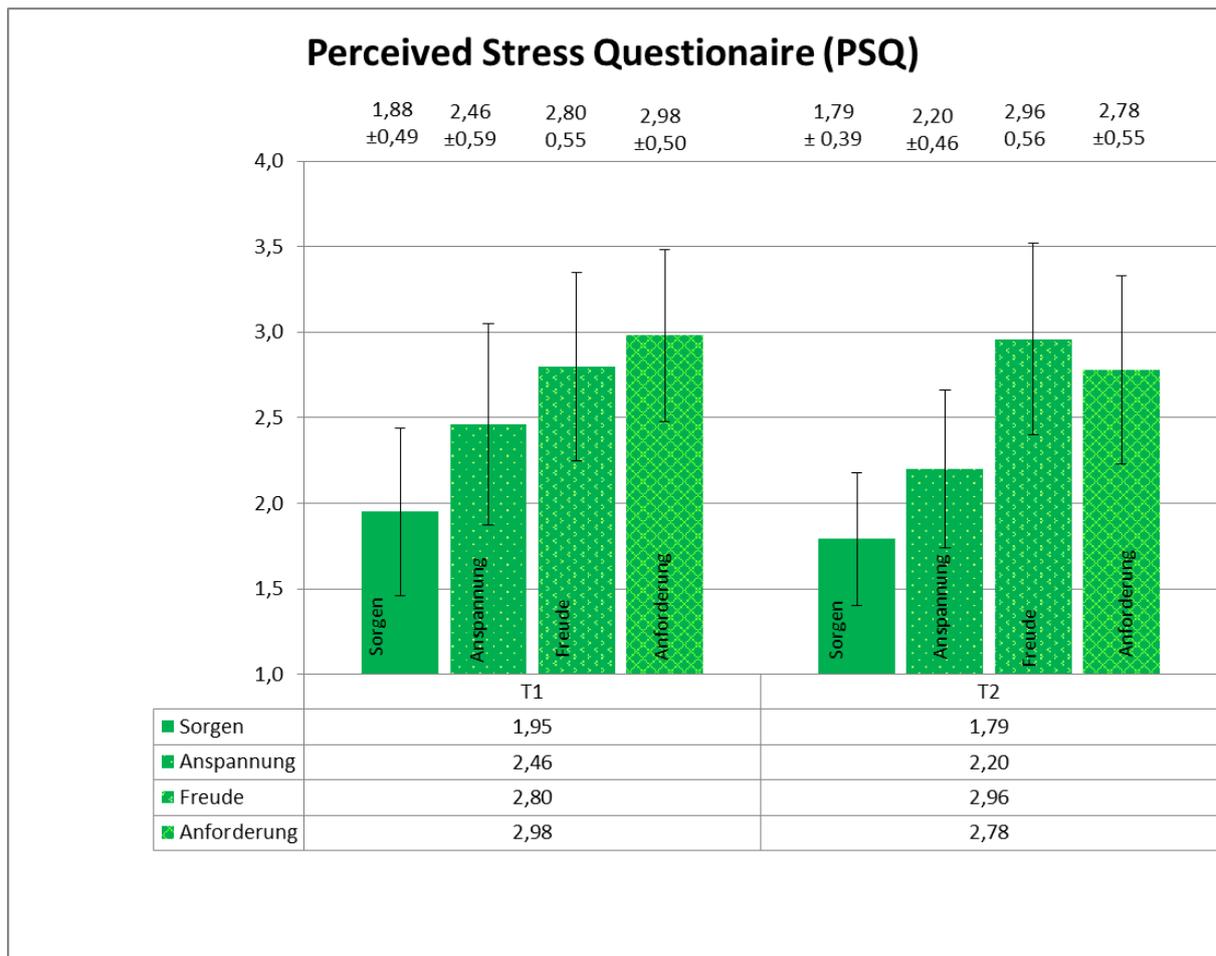
5.1.2.1.2. KOGNITIONSPSYCHOLOGISCHE TESTVERFAHREN – ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE

Im Rahmen dieser Untersuchung wurden drei getrennte Aufmerksamkeitssysteme, Alerting, Orienting und Conflict (Executive Control) als Form einer kognitiven Teilleistung der Probanden mit dem Attention Network Test (ANT) getestet. Sowohl bei der Alertness, der Aufmerksamkeitsaktivierung, wie auch für das Orienting, der Orientierungsfähigkeit, gab es am Ende des Achtsamkeitstrainings keine statistisch signifikanten Unterschiede. Bei der dritten kognitiven Teilleistungstestung, der exekutiven Kontrollfunktion (Executive Attention oder Conflict), welche komplexere mentale Operationen umfasst, die eine wichtige Rolle im Planungsprozess, bei der Entscheidung, der Fehlerdetektion, der Anpassung an eine neue Umgebung und der Überwindung von habituellen Verhalten spielen (Posner und Rothbart, 2007) zeigten sich nach der achtwöchigen Intervention deutliche Veränderungen, in dem Sinn, dass die Teilnehmer signifikant schneller Fehler detektieren konnten und dabei gleichzeitig eine prozentual geringere Fehlerquote produzierten. Da die exekutive Kontrolle der Aufmerksamkeit mit neuronalen Aktivitäten von Hirnregionen, insbesondere im Bereich des anterioren Gyrus cinguli (ACC) und des dorsolateralen präfrontalen Cortex (Bush et al., 2000; Botvinick et al., 1999; Fan et al., 2003b) assoziiert ist, lässt dieses Ergebnis ebenfalls Rückschlüsse auf eine Steigerung neuronaler Aktivität nach dem achtwöchigen Achtsamkeitstraining zu.

5.1.2.2.1. PERCEIVED STRESS QUESTIONNAIRE (PSQ)

Das Perceived Stress Questionnaire (PSQ) ist ein etablierter Fragebogen zur subjektiven Bewertung von Stress gemäß dem transaktionalen Stressmodell nach Lazarus. Im Rahmen des Achtsamkeitsprojekts wurden dabei folgende vier Gefühlszustände thematisiert: Sorgen, Anspannung, Freude und Anforderung (Abbildung 94).

Alle Teilbereiche zeigten hoch signifikante Ergebnisse mit mittleren Effektstärken: Sorgen, Anspannung und Anforderung waren hoch signifikant geringer: der deutlichste Effekt konnte bei der Anspannung gemessen werden (PSQ-Anspannung: $p < 0,001$, cohens $d = 0,50$), gefolgt von Anforderung (PSQ-Anforderung: $p = 0,007$, cohens $d=0,39$) und zuletzt Sorgen (PSQ-Sorgen: $p = 0,012$, cohens $d = 0,37$). Der Gefühlszustand ‚Freude‘ hingegen nahm zum Zeitpunkt T2 bei den Teilnehmern hoch signifikant zu (PSQ-Freude: $p = 0,007$, cohens $d = 0,29$).



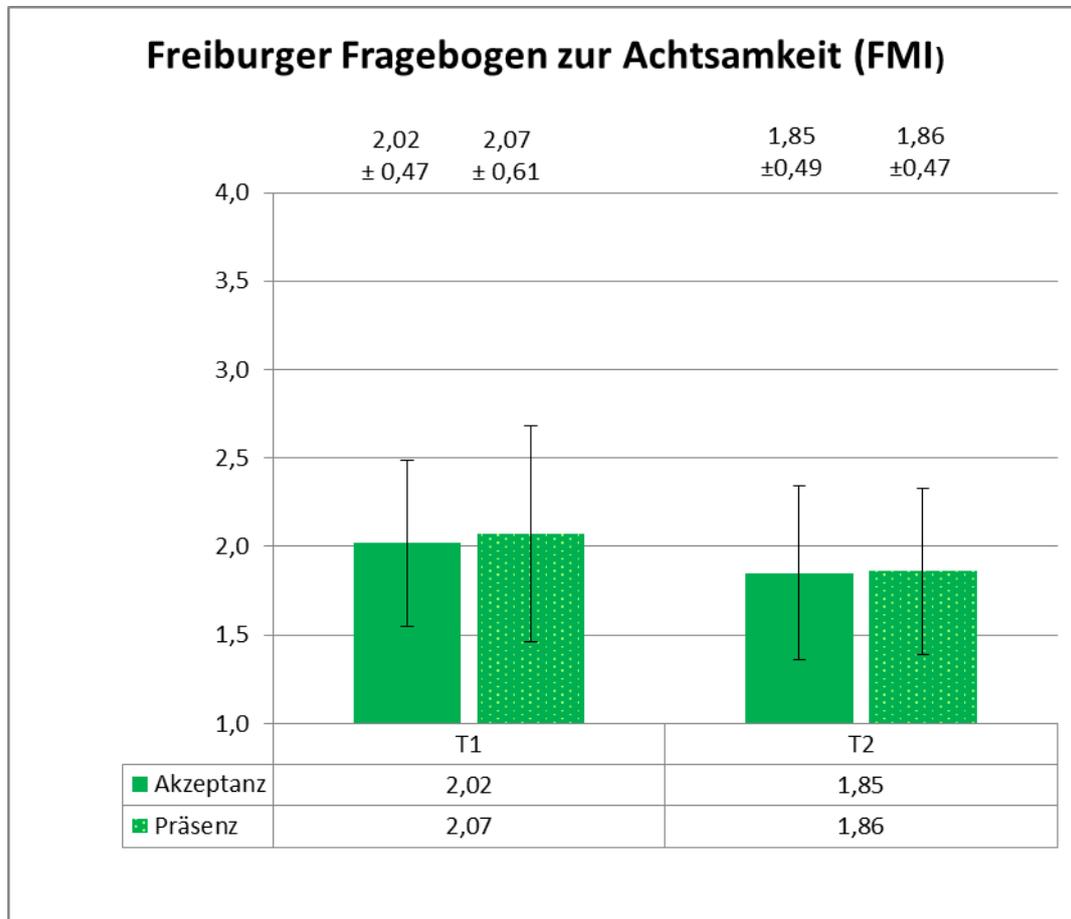
Perceived Stress Questionnaire (PSQ) (n=48): Sorgen (*t*- Test: $p = 0,012$, *cohens d* = 0,37), Anspannung (*t*- Test: $p < 0,001$, *cohens d* = 0,50), Freude (*t*- Test: $p = 0,007$, *cohens d* = 0,29), Anforderung (*t*- Test: $p = 0,007$, *cohens d* = 0,39)

Abbildung 94: Perceived Stress Questionnaire (PSQ)

5.1.2.2.2. FREIBURGER MINDFULNESS INVENTORY (FMI)

Das von Walach et al. (1984) entwickelte Freiburger Mindfulness Inventory (FMI), in seiner deutschsprachigen Version Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit (FFA) genannt, erfasst in seiner Originalversion mit 14 Items die (individuelle) Achtsamkeit. Es hat sich in praxi gezeigt, dass dieses Frageinventar gerade auch für Menschen ohne Meditationserfahrung oder –bezug ein geeignetes Messinstrument darstellt. Zwei konkrete Bereiche des Achtsamkeitsbegriffs wurden mittels FMI im Rahmen dieser Arbeit untersucht: Präsenz und Akzeptanz. Sowohl die Akzeptanz wie auch die (geistige) Präsenz der Kursteilnehmer waren zum Ende der achtwöchigen Trainingsphase (T2) hoch signifikant erhöht. Es zeigte sich, dass vor allem die Präsenz und Wachheit des Geistes

mit $p = 0,006$ und einem $cohens\ d = 0,39$ gesteigert werden konnte. Aber auch die Akzeptanz mit einem $p = 0,033$ und einem $cohens\ d = 0,36$ war zum Zeitpunkt T2 signifikant verbessert und hatte einen mittleren Effekt aufzuweisen. (Abbildung 95)

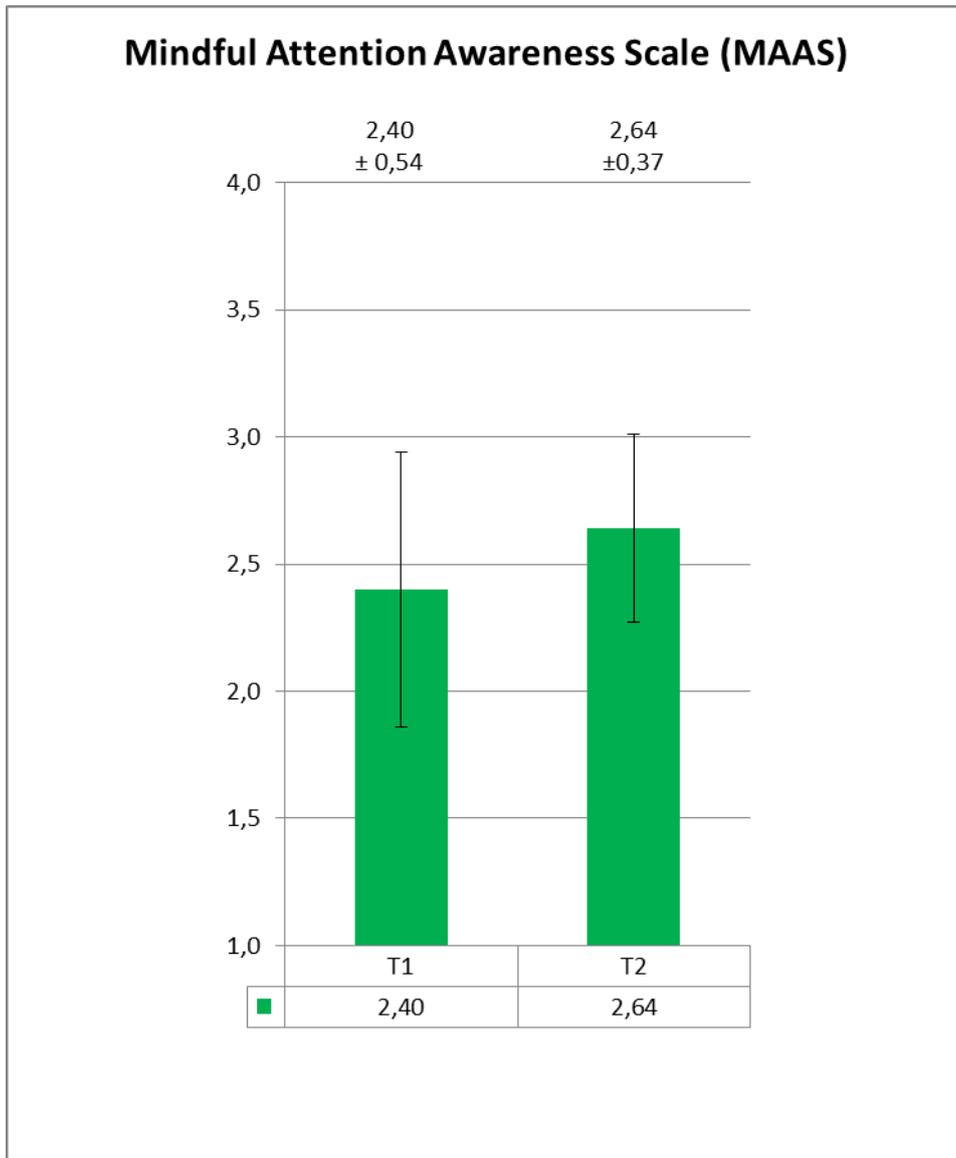


Freiburger Mindfulness Inventory (FMI) (n=48): Akzeptanz (t- Test: $p = 0,033$, $cohens\ d = 0,36$), Präsenz (t- Test: $p = 0,006$, $cohens\ d = 0,39$)

Abbildung 95: Freiburger Mindfulness Inventory (FMI)

5.1.2.2.3. MINDFUL ATTENTION AWARENESS SCALE (MAAS)

Mit der Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) werden alle Items in Richtung einer achtsamkeitslosen Haltung gestellt, d. h. es wird ‚Un-Achtsamkeit‘ geprüft. Das Ergebnis in Abbildung 96 zeigt, dass die Teilnehmer am Ende des Projektes mit einem $p < 0,001$ und einer mittleren Effektstärke $cohens\ d = 0,52$ eine hoch signifikant achtsamere Haltung hatten.



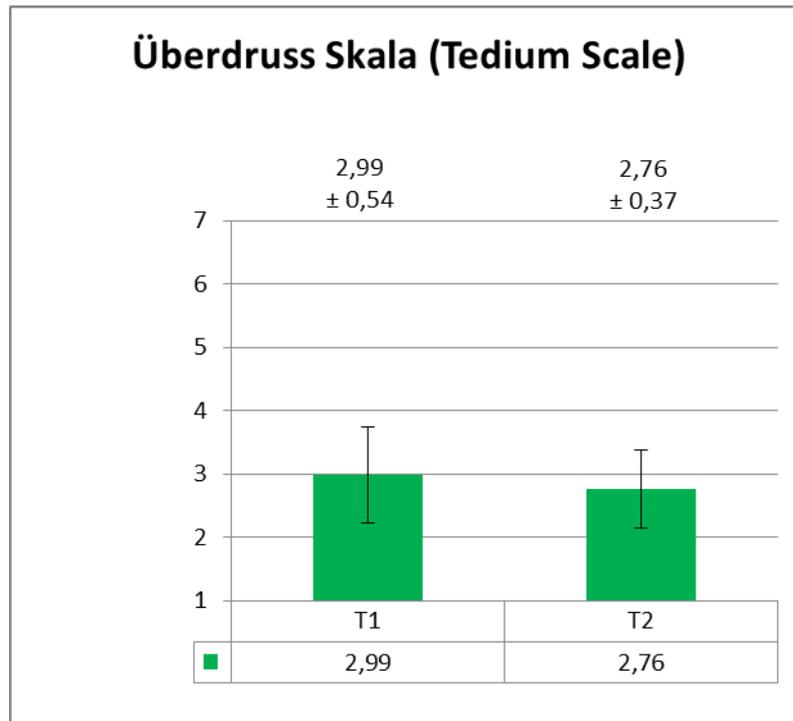
Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) (n=48): *t*-Test: $p < 0,001$, *cohens d* = 0,52

Abbildung 96: *Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)*

5.1.2.2.4. ÜBERDRUSS SKALA (TEDIUM SCALE)

Bei der Überdruss Skala handelt es sich um ein etabliertes Screening-Verfahren in der Burnout-Prophylaxe. Mittels eines Fragenkatalogs mit 21 Items wird ein Skalenwert pro Item ermittelt und aus der Summe dieser Werte das arithmetische Mittel \bar{x} . Liegt \bar{x} bis 3,00 besteht ein niedriges, von \bar{x} gleich 3,00 bis 3,50 ein mittleres

und bei x größer 3,50 ein hohes Burnout-Risiko. Wie Abbildung 97 zeigt, herrschte zum Zeitpunkt T1 bei den Teilnehmern zumeist bereits ein niedriges bis mittleres Burnout-Risiko ($x = 2,99 \pm 0,54$). Acht Wochen Beschäftigung mit Achtsamkeitspraktiken erreichte eine hoch signifikante (Burnout-) Risikominimierung in dieser Probandengruppe auf $x = 2,76 \pm 0,37$, bei einer Effektstärke von $\text{cohens } d = 0,34$.



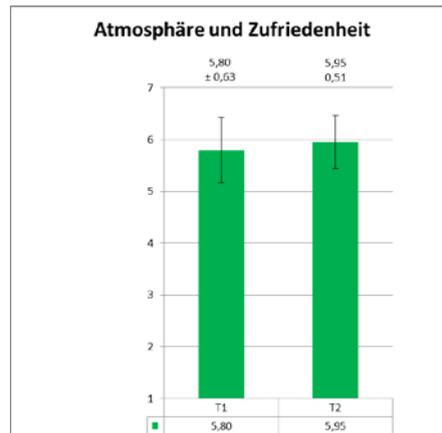
Überdruss Skala (Tedium Scale) (n=48): *t*- Test: $p = 0,006$, *cohens d* = 0,34

Abbildung 97: Überdruss Skala (Tedium Scale)

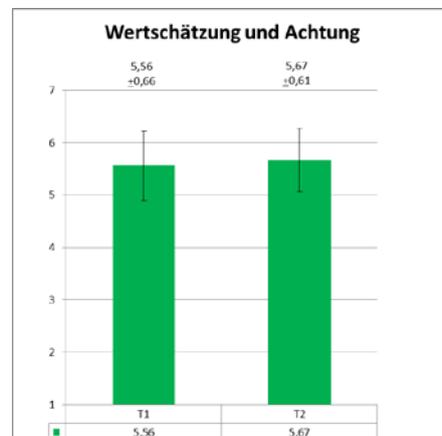
5.1.2.2.5. KONZENTRATION UND VERHALTENSFRAGEN

Abgeleitet vom Landauer Organisations- und Teamklimainventar (LOTI), teilweise geändert und gekürzt, wurden intrapersonelle Faktoren abgeprüft, zunächst allgemeine, in einem zweiten Schritt die Arbeit betreffend.

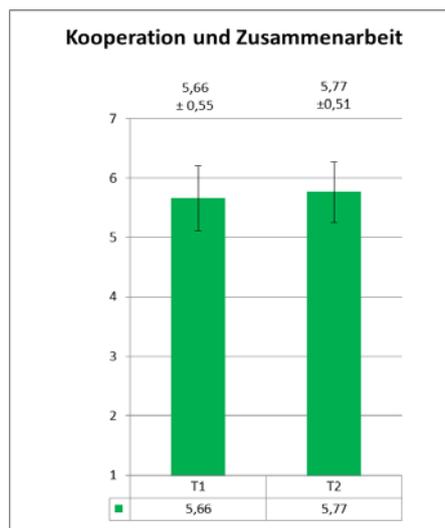
Als allgemeine Faktoren wurden folgende Beziehungspaare getestet: Atmosphäre und Zufriedenheit, Wertschätzung und Achtung, sowie Kooperation und Zusammenarbeit (Abbildung 98).



LOTI: Atmosphäre und Zufriedenheit (n=48): *t-Test*: $p = 0,027$, *cohens d* = 0,26



LOTI: Wertschätzung und Achtung (n=48): *t-Test*: $p = 0,151$, *cohens d* = 0,18



LOTI: Kooperation und Zusammenarbeit (n=48): *t-Test* = 0,092, *cohens d* = 0,21

Abbildung 98: Konzentrations- und Verhaltensfragen nach LOTI, allgemein

Bei diesen überwiegend intrapersonellen Faktoren im allgemeinen Bereich sind folgende Veränderungen in den Bewertungen nach dem 8 wöchigen Training zu beobachten:

Die Atmosphäre (am Arbeitsplatz) und die persönliche Zufriedenheit konnte, verbunden mit einer kleinen Effektstärke d , signifikant gesteigert werden ($p = 0,027$ und $\text{cohens } d = 0,26$). Auch die interne Kooperation und der Zusammenhalt im Team bekamen tendenziell bessere Bewertungen (ebenfalls mit kleiner Effektstärke d) ($p = 0,092$ und $\text{cohens } d = 0,21$).

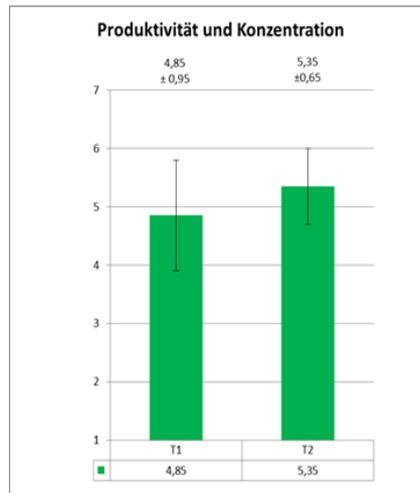
Für das dritte Faktorenpaar ‚Wertschätzung und Achtung‘ wurde bei T2 zwar nominal eine bessere Bewertung von den Teilnehmern abgegeben, statistisch war jedoch kein signifikanter Unterschied erkennbar ($5,56 \pm 0,66$ vs. $5,67 \pm 0,61$ mit $p = 0,151$ und $\text{cohens } d = 0,18$).

In einem zweiten Block wurden intrapersonelle Faktoren getestet, welche schließlich die Arbeit betreffen.

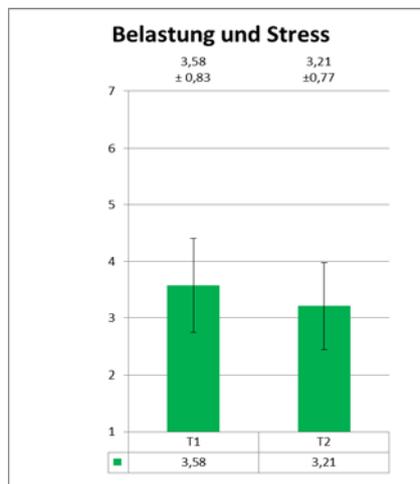
Folgende Faktorenpaare wurden in diesem Bereich untersucht: ‚Produktivität und Konzentration‘, ‚Belastung und Stress‘, ‚Entscheidung und Kreativität‘, sowie als viertes Paar ‚Vorgesetzte und Organisation‘ (Abbildung 99).

Hoch signifikante Veränderungen zeigten sich zum einen in der Bewertung von Produktivität und Konzentration mit einer mittleren bis großen Effektstärke d am Ende der gesamten Trainingseinheit ($p < 0,001$ und $\text{cohens } d = 0,62$). Auch die Bewertung der gefühlten Belastung und des Stresspegels, zu anderen, war bei T2 hoch signifikant geringer, verbunden mit einer mittleren Effektstärke d , ausgeprägt ($p = 0,001$ und $\text{cohens } d = 0,47$).

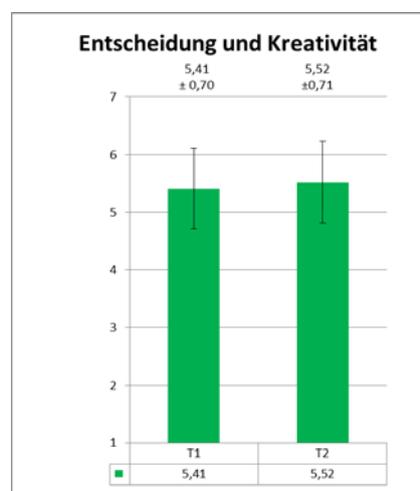
Bei dem Faktorenpaar ‚Entscheidung und Kreativität‘ fand sich nach der Trainingsphase kein statistisch signifikanter Effekt, wohl gab es aber bei der Bewertung der Entscheidungsfreiheit und dem Raum für Kreativität nominell bei T2 bessere Bewertungen ($5,41 \pm 0,70$ vs. $5,52 \pm 0,71$ mit $p = 0,366$ und $\text{cohens } d = 0,12$). Auch für die Bewertung der Vorgesetzten und der Organisation/ des Unternehmens war bei T2 kein statistisch signifikanter Unterschied erkennbar, auch blieb die Bewertung ohne messbare Effektstärke ($p = 0,493$ und $\text{cohens } d = 0,05$).



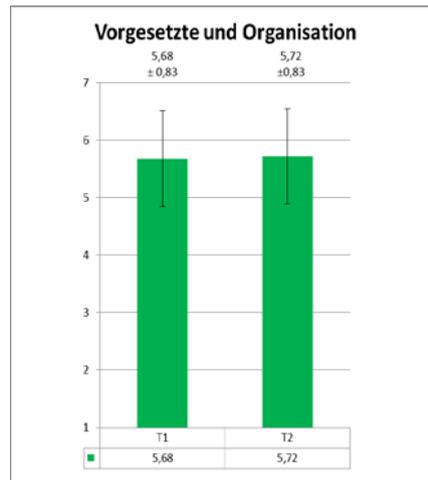
LOTI: Produktivität und Konzentration (n=48): *t*- Test: $p < 0,001$, *cohens d* = 0,62



LOTI: Belastung und Stress (n=48): *t*- Test: $p = 0,001$, *cohens d* = 0,47



LOTI: Entscheidung und Kreativität (n=48): *t*- Test: $p = 0,366$, *cohens d* = 0,12



LOTI: Vorgesetzte und Organisation (n=48): *t*-Test: $p = 0,493$, *cohens d* = 0,05

Abbildung 99: Konzentrations- und Verhaltensfragen nach LOTI, die Arbeit betreffend

5.1.2.2.6. FRAGENBOGENGESTÜTZTE STANDARDISIERTE PSYCHOMETRISCHE TESTVERFAHREN – ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE

Folgende psychometrische Testverfahren fanden im Rahmen dieses Achtsamkeitsprojektes Anwendung: Das Perceived Stress Questionnaire (PSQ), das Freiburger Mindfulness Inventory (FMI), die Mindful Awareness Scale (MAAS), die Überdruss Skala (Tedium Scale) und Konzentrations- und Verhaltensfragen aus dem Landauer Organisations- und Teamklimainventar (LOTI).

Das *Perceived Stress Questionnaire (PSQ)* ist ein etablierter Fragebogen zur subjektiven Bewertung von Stress gemäß dem transaktionalen Stressmodell nach Lazarus. Im Rahmen des Achtsamkeitsprojekts wurden dabei folgende vier Gefühlszustände thematisiert: Sorgen, Anspannung, Freude und Anforderung. Alle Teilbereiche zeigten hoch signifikante Ergebnisse mit mittleren Effektstärken: Sorgen, Anspannung und Anforderung waren hoch signifikant geringer: der deutlichste Effekt konnte bei der Anspannung gemessen werden, gefolgt von Anforderung und zuletzt Sorgen. Der Gefühlszustand ‚Freude‘ hingegen nahm zum Zeitpunkt T2 bei den Teilnehmern hoch signifikant zu.

Das *Freiburger Mindfulness Inventory (FMI)* erfasst die (individuelle) Achtsamkeit und ist gerade auch für Menschen ohne Meditationserfahrung oder –bezug ein geeignetes Messverfahren. Im Rahmen dieser Arbeit

wurden zwei konkrete Bereiche des Achtsamkeitsbegriffes untersucht: Präsenz und Akzeptanz. In beiden Bereichen, Präsenz und Akzeptanz, zeigten sich zum Ende der achtwöchigen Trainingsphase hoch signifikant verbesserte Ergebnisse.

Die *Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)* ist ein Ein-Faktoren-Konstrukt und dient zur Erfassung eines besonderen Aspektes von Achtsamkeit: der Un-Achtsamkeit. Im Ergebnis konnte bei den Probanden am Ende der Intervention gezeigt werden, dass ihre Un-Achtsamkeit hochsignifikant abnahm und sie eine – sogar statistisch relevante – achtsamere Haltung hatten.

Bei der *Überdruss Skala (Tedium Scala)* handelt es sich um ein etabliertes Screening-Verfahren in der Burnout-Prophylaxe. Zu Beginn der Studie herrschte bei den Teilnehmern zumeist ein niedriges bis mittleres Burnout-Risiko. Acht Wochen Beschäftigung mit Achtsamkeitspraktiken erreichte eine hoch signifikante (Burnout-) Risikominimierung in dieser Probandengruppe.

Abgeleitet vom Landauer Organisations- und Teamklimainventar (LOTI) wurden im Rahmen dieses Projekts wurden intrapersonelle Beziehungspaare geprüft, einmal allgemeine und zum anderen Beziehungspaare, welche die Arbeit betreffen. Bei den intrapersonellen Faktoren im allgemeinen Bereich konnten folgende Veränderungen beobachtet werden: Die Atmosphäre und die persönliche Zufriedenheit konnten signifikant gesteigert werden, die interne Kooperation und der Zusammenhalt im Team bekamen tendenziell bessere Bewertungen, ebenso die Wertschätzung und die Achtung. Bei den intrapersonellen Faktoren, welche die Arbeit betreffen, zeigten sich statistisch hoch signifikante Verbesserungen, was Produktivität und Konzentration anbelangt, gefühlte Belastung und Stress hingegen wurden – ebenfalls hoch signifikant – geringer wahrgenommen. Lediglich bei dem Faktorenpaar Entscheidung und Kreativität zeigte sich kein statistisch signifikanter Effekt, wohl aber nominell bessere Bewertungen am Ende des achtwöchigen Achtsamkeitstrainings.

5.1.2.3. PROJEKTEINSCHÄTZUNG DURCH EIGENE FRAGEN

Neben den kognitionspsychologischen und den psychometrischen Testverfahren wurden ergänzend nur am Abschlusstag ein eigens zusammengestellter Fragenkatalog zur allgemeinen Projekteinschätzung und subjektiven Zufriedenheit mit dem eingesetzten Achtsamkeitsprogramm den Teilnehmern präsentiert.

Folgende Themen wurden abgefragt:

- Anzahl der besuchten Trainingseinheiten
- Selbsteinschätzung zur regelmäßigen Meditationspraxis
- Zukünftiges Verhalten in Bezug auf die eigene Achtsamkeitspraxis
- Wochenarbeitszeit
- Arbeitszeitgestaltung
- Arbeitsbelastung
- Arbeits-Überlastung
- Strategien zur Stressbewältigung
- Projektteilnahme – Persönliche Ergebnisse
- Benefit für das Unternehmen
- Interessantestes Training
- Bewertung der Projektkomponenten
- Verschiedene Achtsamkeitsübungen – Persönlicher Nutzen

5.1.2.3.1. ANZAHL DER BESUCHTEN TRAININGSEINHEITEN

Das nun etablierte und auch bei dieser Studiengruppe praktizierte Achtsamkeitstraining besteht aus zehn einzelnen, wochenweise absolvierten und praktizierten Modulen. Wie nun Abbildung 100 zeigt, ergab sich ein deutlicher Häufigkeitsgipfel bei acht besuchten Terminen (37 %). Die Mehrzahl der Teilnehmer (93,75 %) besuchten, analog einer Gauß'schen Normalverteilung, zwischen sechs und zehn Module.

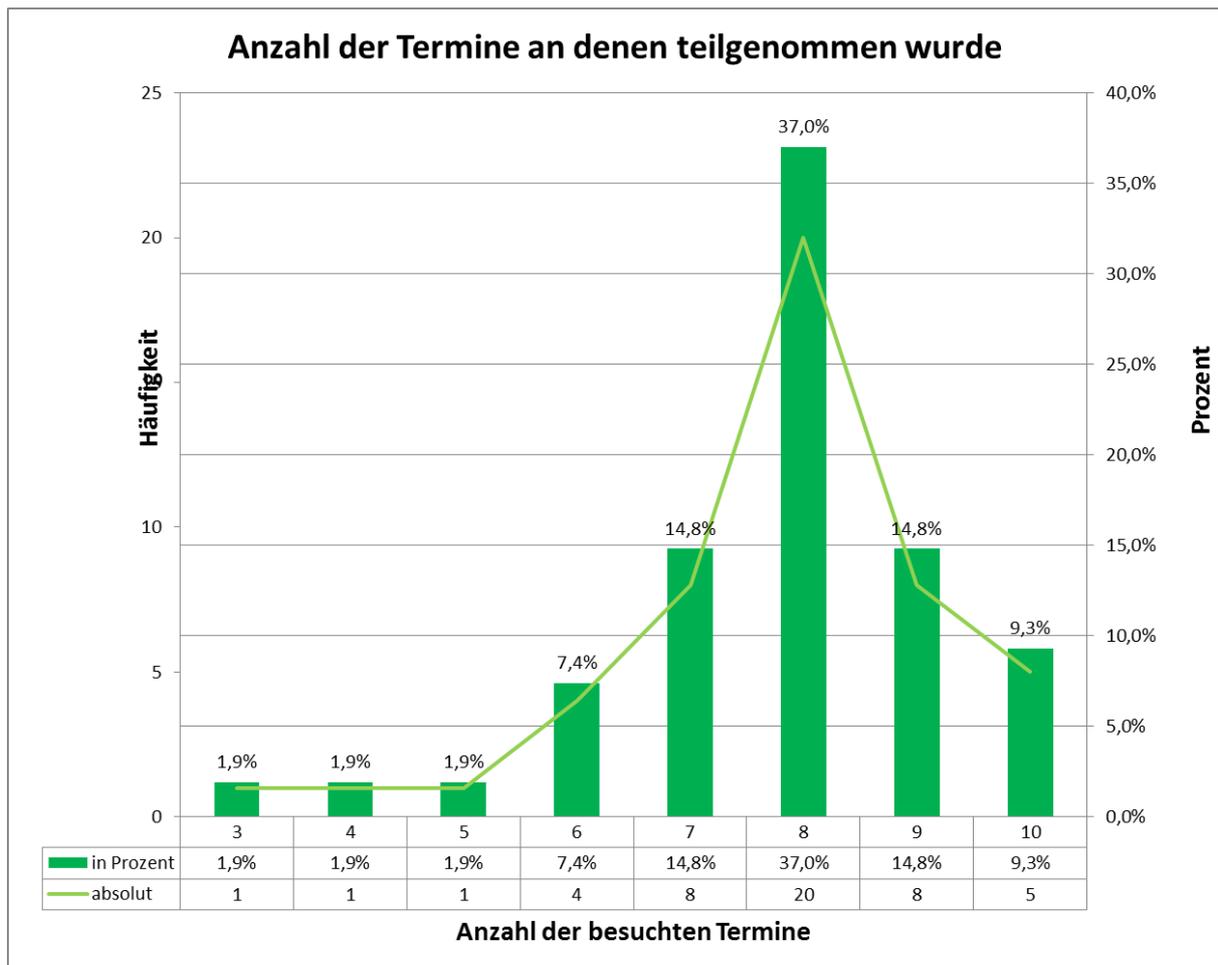


Abbildung 100: Anzahl der besuchten Trainingsintervalle (n=48)

5.1.2.3.2. SELBSTEINSCHÄTZUNG ZUR REGELMÄSSIGEN MEDITATIONSPRAXIS

Eine regelmäßige, mehrmals die Woche stattgefundene Meditationspraxis gaben 30 von 48 Probanden zu Protokoll. Etwas mehr als ein Drittel der Kursteilnehmer (18) schätzte ihr Meditationsverhalten eher auf gelegentliches, unregelmäßiges Praktizieren ein. Alle Probanden führten die Achtsamkeitsmeditation eigenverantwortlich neben den Modulveranstaltungen fort (Abbildung 101).

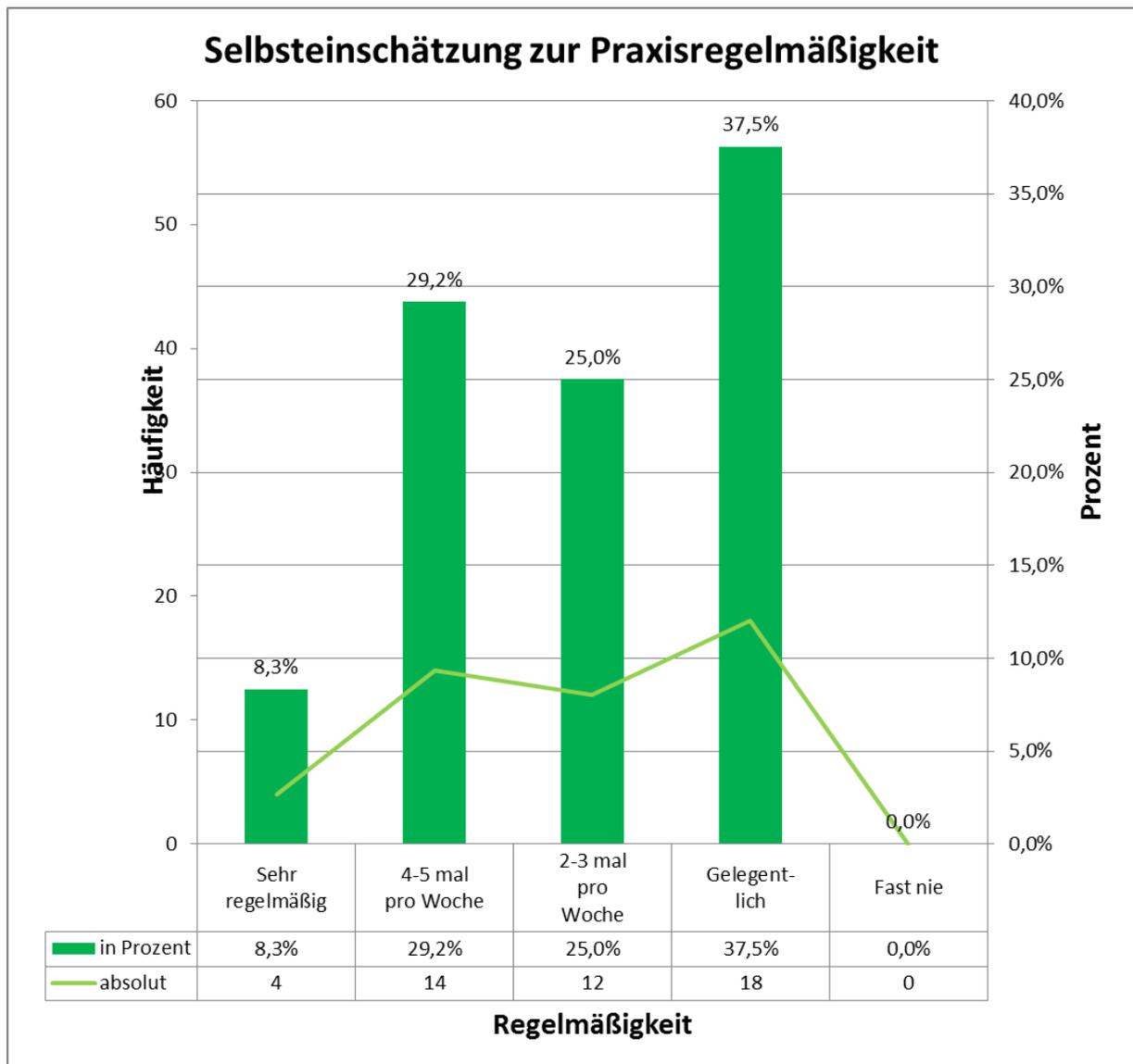


Abbildung 101: Selbsteinschätzung zur regelmäßigen Meditationspraxis (n=48)

5.1.2.3.3. ZUKÜNFTIGES VERHALTEN IN BEZUG AUF DIE EIGENE ACHTSAMKEITSPRAXIS

Im Hinblick auf das zukünftige Verhalten in Bezug auf die eigene Achtsamkeitspraxis gaben 47,9 % der Teilnehmer an, weiterhin regelmäßig oder häufig Achtsamkeitsübungen zu praktizieren, die Hälfte (50 %) entschied sich für die Antwortmöglichkeit „Ich habe vor weiterhin gelegentlich Achtsamkeitsübungen zu praktizieren“. Kein weiteres Interesse an Achtsamkeitsübungen gab nur ein Proband zu Protokoll (Abbildung 102).

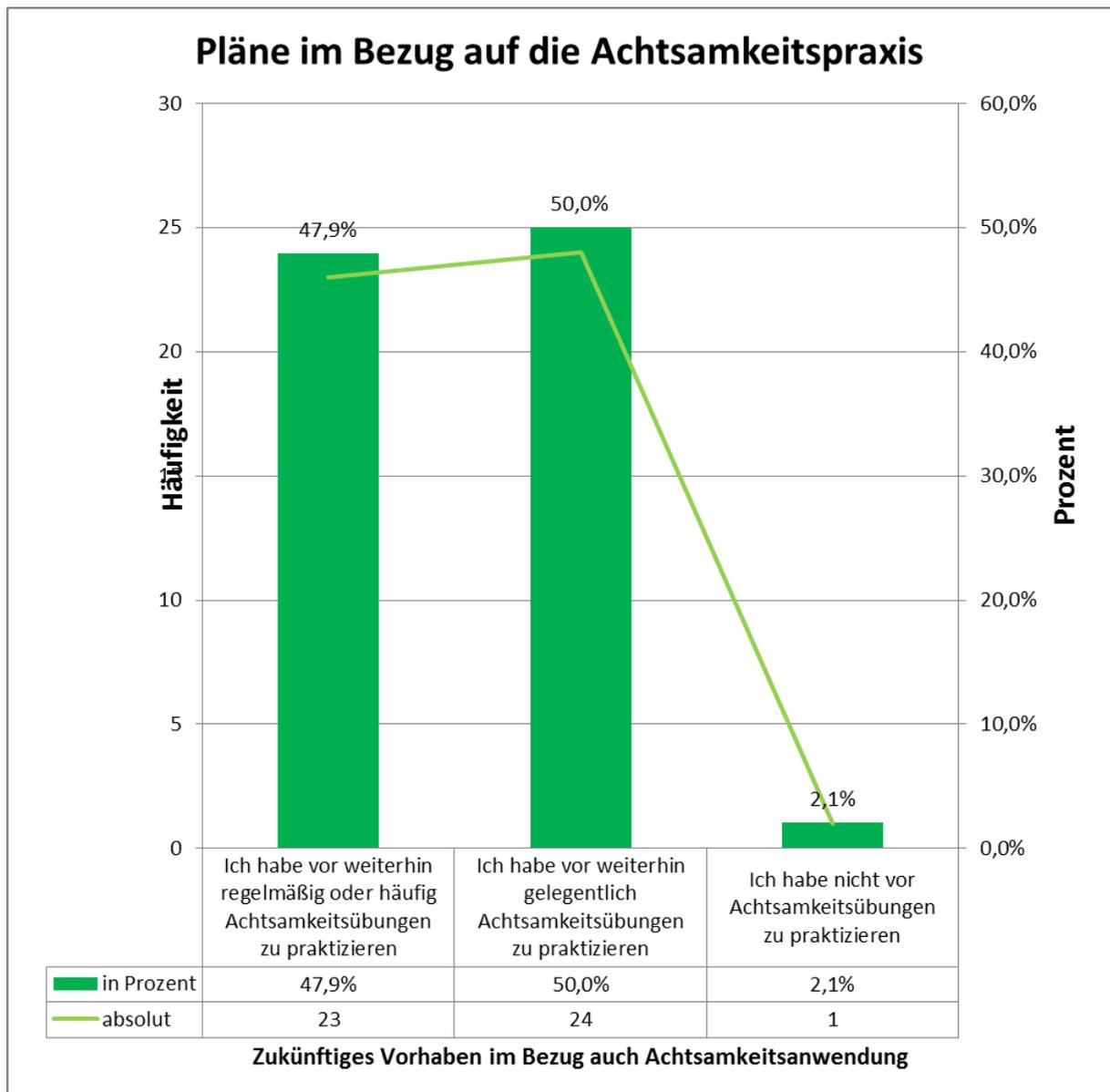


Abbildung 102: Zukünftiges Verhalten in Bezug auf die eigene Achtsamkeitspraxis (n=48)

5.1.2.3.4. WOCHENARBEITSZEIT UND ARBEITSZEITGESTALTUNG

Ein weiterer Bereich betraf die Themenkomplex Arbeit. Wochenarbeitszeit und Arbeitszeitgestaltung waren die Stichpunkte. Die „klassische“ 40-Stunden-Woche oder reduzierte Arbeitszeitmodelle waren bei den Probanden in den beteiligten Unternehmen mit 2,1 % bei weniger als 40 Wochenstunden und mit 12,5 % bei 40-45 Wochenstunden die Ausnahme! Die Regel waren 46 bis 61 und mehr Stunden Wochenarbeitszeit, wobei mehr als die Hälfte den Bereich 46 bis 55 Stunden pro Woche zu Protokoll gaben (35,4 % arbeiteten 46 bis 50 Stunden,

27,1 % investierten 51 bis 55 Stunden pro Woche in ihre Arbeit). Interessant ist, dass immerhin auch über 20 % der Probanden mehr als 56 (12,5%) bzw. sogar mehr als 60 Wochenarbeitsstunden (10,4 %) in ihren Unternehmen verbrachten (Abbildung 103).

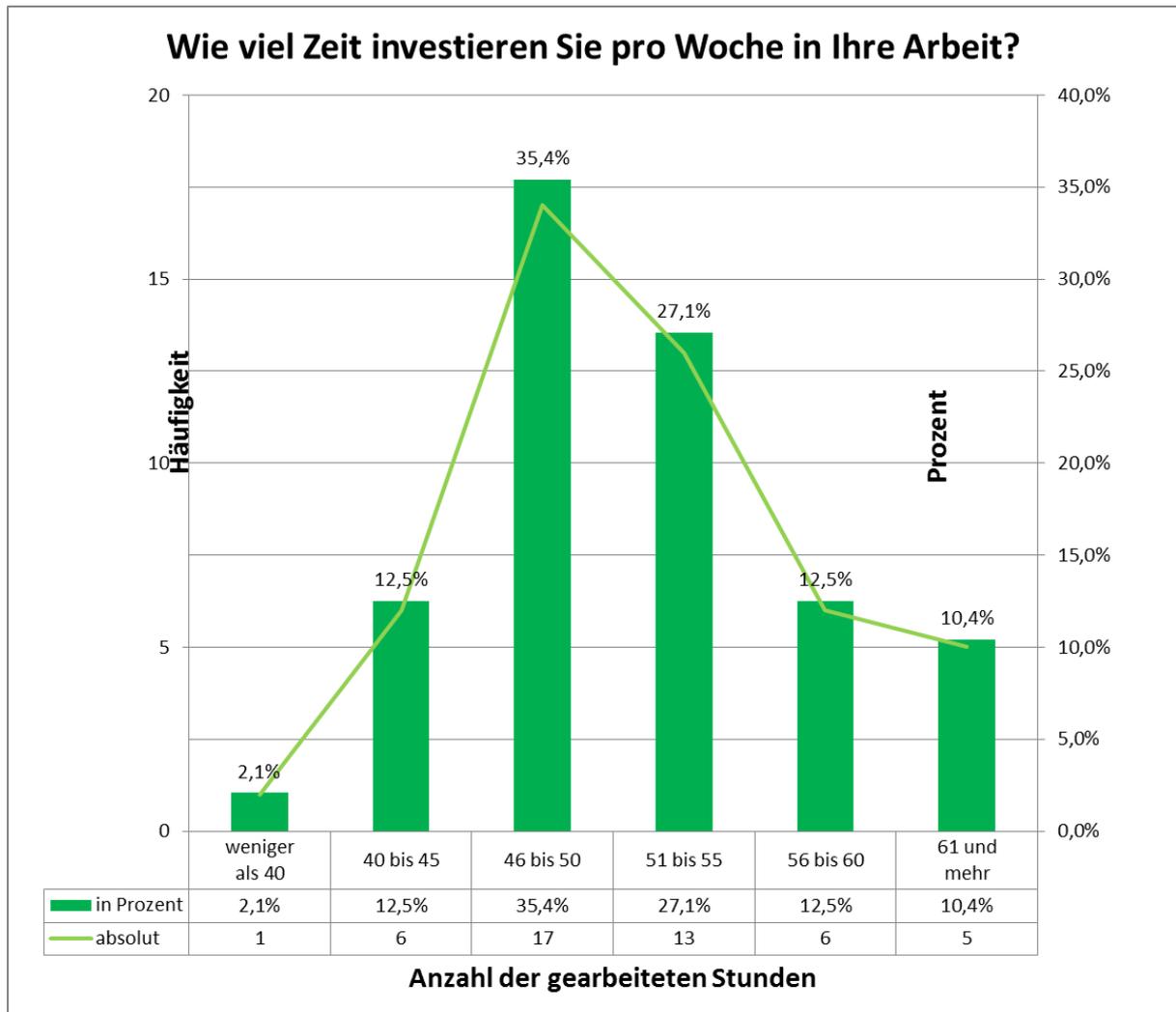
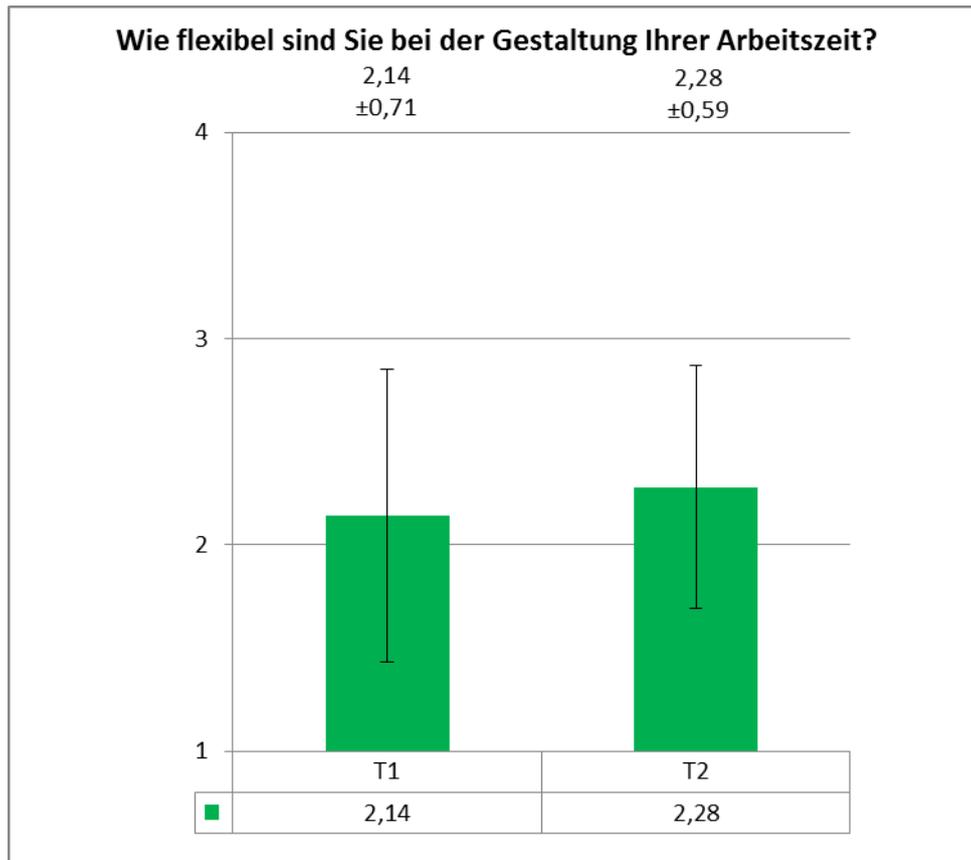


Abbildung 103: Wochenarbeitszeit (n=48)

Allerdings zeigte sich, wie in Abbildung 104 zu sehen, bei der persönlichen Gestaltung der Arbeitszeit zum Zeitpunkt T2 auf die gefühlte Flexibilität bezogen kein signifikanter Unterschied ($2,14 \pm 0,71$ vs. $2,28 \pm 0,59$ mit $p = 0,183$ und $\text{cohens } d = 0,22$).

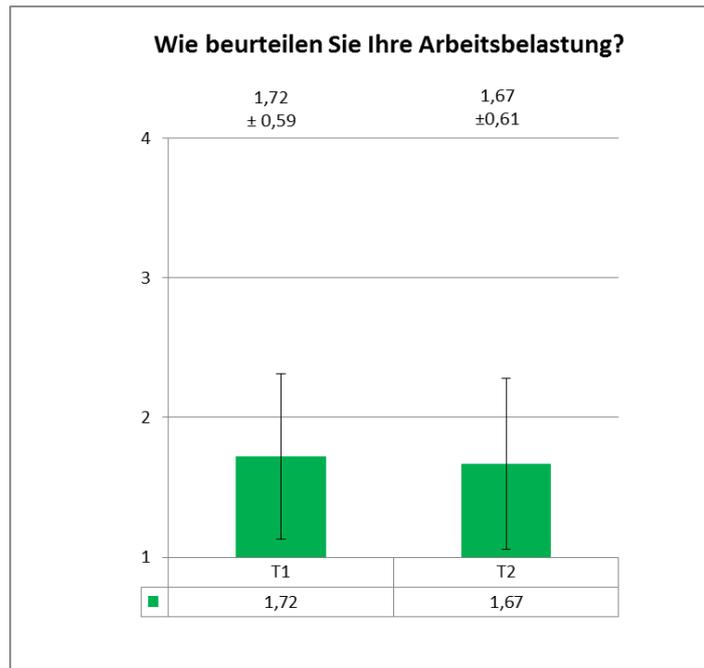


Flexibilität der Arbeitszeitgestaltung (n=48): *t*-Test: $p = 0,183$, *cohens d* = 0,22

Abbildung 104: Arbeitszeitgestaltung

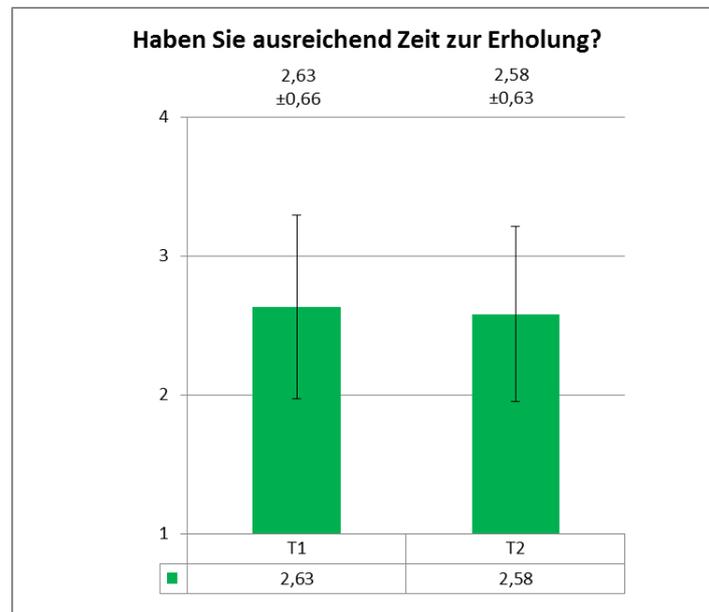
5.1.2.3.5. ARBEITS-BELASTUNG UND ARBEITS-ÜBERLASTUNG

Neben dem Faktor Zeit wurde auch die Arbeitslast thematisiert. Auf die Frage „Wie beurteilen Sie Ihre Arbeitsbelastung?“ (Abbildung 105) war zum Zeitpunkt T2 kein statistisch signifikanter Unterschied feststellbar ($1,72 \pm 0,59$ vs. $1,67 \pm 0,61$ mit $p = 0,570$ und *cohens d* = 0,08). Auch die gefühlte Zeit zur Erholung (Abbildung 106) war nach den acht Wochen Achtsamkeit statistisch gesehen nicht signifikant mehr als zu Projektbeginn ($2,63 \pm 0,66$ vs. $2,58 \pm 0,63$ mit $p = 0,675$ und *cohens d* = 0,08). Die gefühlte Überlastung hingegen (Abbildung 107) wurde am Ende des Übungsparcours signifikant geringer angesehen ($p = 0,058$ und *cohens d* = 0,29).



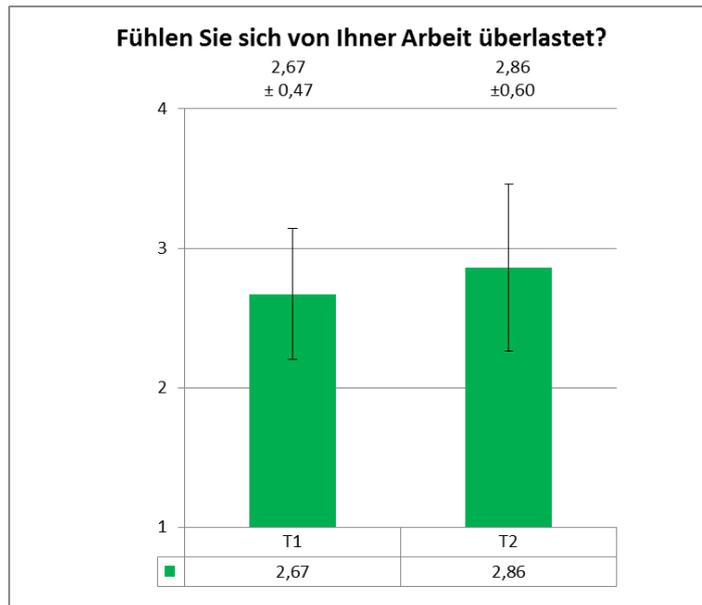
Arbeitsbelastung (n=48): t- Test: $p = 0,570$, *cohens d* = 0,08

Abbildung 105: Arbeitsbelastung



Erholungszeit (n=48): t- Test: $p = 0,675$, *cohens d* = 0,08

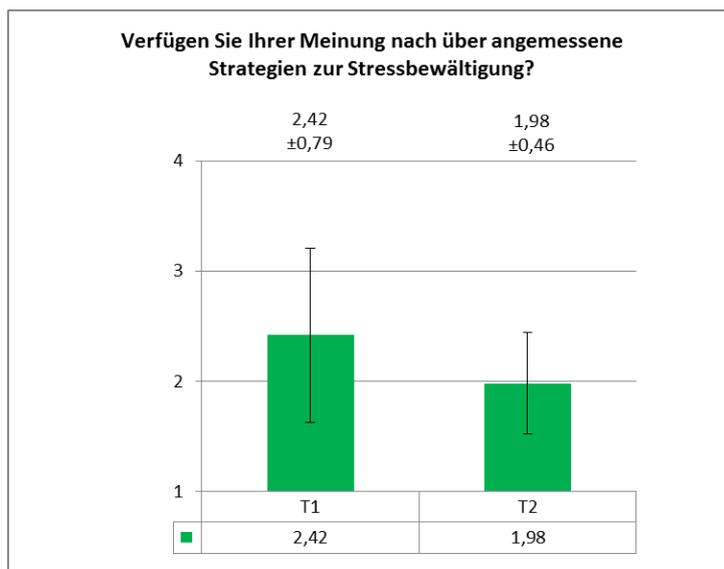
Abbildung 106: Erholungszeit



Arbeitsüberlastung (n=48): t- Test: $p = 0,058$, $cohens\ d = 0,29$

Abbildung 107: Arbeitsüberlastung

Alle Teilnehmer fühlten sich zum Ende des Projektes hoch signifikant mit einem mittelgroßen Effekt besser vorbereitet, Stress zu bewältigen als zu Beginn (T1: $2,42 \pm 0,79$ vs. T2: $1,98 \pm 0,46$ mit $p = 0,001$ und $cohens\ d = 0,69$, Abbildung 108).



Strategien zur Stressbewältigung (n=48): t- Test: $p = 0,001$, $cohens\ d = 0,69$

Abbildung 108: Angemessene Strategien zur Stressbewältigung

5.1.2.3.6. PERSÖNLICHES RESÜMEE DER TEILNEHMER

Das persönliche Resümee der Teilnehmer ist in den Abbildungen 109 und 110 dargestellt und soll im Ergebnis im Folgenden dargestellt werden:

- (a) Umgang mit Stress. Mehr als Dreiviertel aller Teilnehmer (77,8 %) gaben am Ende des Projektes an, jetzt besser mit ihrem Stress umgehen zu können.
- (b) Persönliche Entspannung. Geholfen hat die Teilnahme an diesem Projekt sich persönlich (wieder besser) zu entspannen 79,6 % der Befragten.
- (c) Fokussierter Arbeiten. Den Fokus wieder besser und konzentrierter auf die Arbeit zu richten, lernten 64,8 % der Beteiligten mit dem angebotenen Achtsamkeitstraining.
- (d) Effektivitätssteigerung. Hilfe zur Steigerung der persönlichen Effektivität fand in etwa jeder zweite Teilnehmer durch dieses Projekt (51,9 %).
- (e) Verbesserung der Beziehungen im Team oder zu Anderen. Knapp zwei Drittel der Befragten (64,8 %) gaben an, in Sachen Teamfähigkeit und Beziehungen zu anderen sich verbessert zu haben.
- (f) Freude an der Arbeit. Wieder mehr Freude an der Arbeit verspürte etwa ein gutes Drittel (35,2 %) der Probanden durch die Teilnahme an diesem Projekt.
- (g) Positive Einstellung zu Herausforderungen. 61,1 % aller befragten Testteilnehmer gaben an, nach dem Training eine positivere Einstellung zu (beruflichen) Herausforderungen zu haben.
- (h) . (h) Gestaltung privater Beziehungen. Nicht nur im beruflichen Umfeld, sondern auch bei privaten Beziehungen hat die Teilnahme am Achtsamkeitsprojekt positiven Einfluss genommen: Mehr als die Hälfte der Probanden (53,7 %) berichteten, auch ihre privaten Beziehungen wieder positiver gestalten zu können.
- (i) Stimmung am Arbeitsplatz. Ebenfalls 50 % aller Befragten fanden nach dem Training, dass sich die Stimmung am Arbeitsplatz insgesamt verbessert hätte.
- (j) Kommunikation am Arbeitsplatz. Aber nicht nur die Stimmung am Arbeitsplatz wurde positiver wahrgenommen, auch die Kommunikation zwischen den Arbeitskollegen verbesserte sich sichtlich (64,9 %).

Die Teilnahme an diesem Projekt hat mir geholfen....:

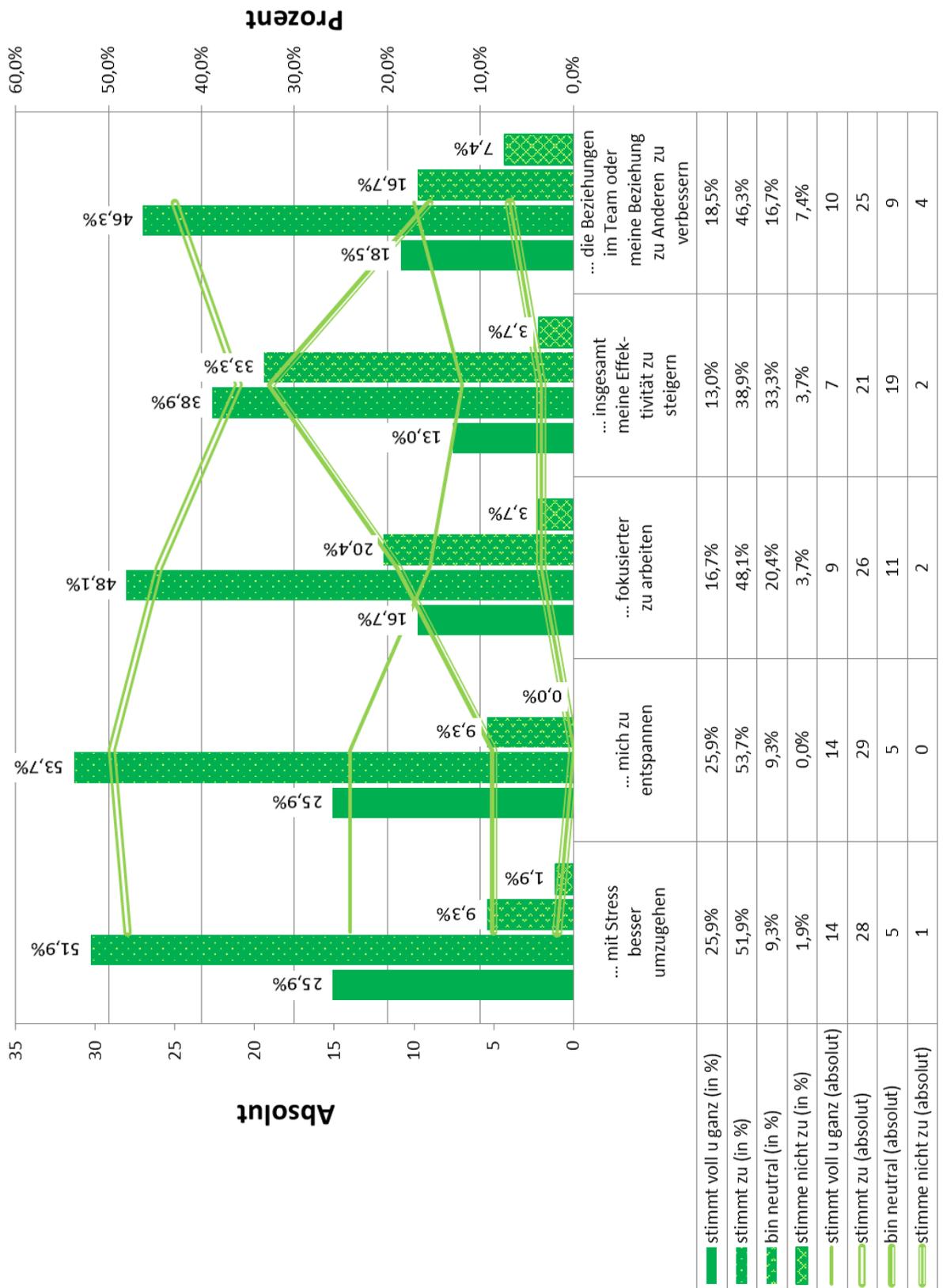


Abbildung 109: Auswertung Projektteilnahme Teil 1 (n=48)

Die Teilnahme an diesem Projekt hat mir geholfen...:

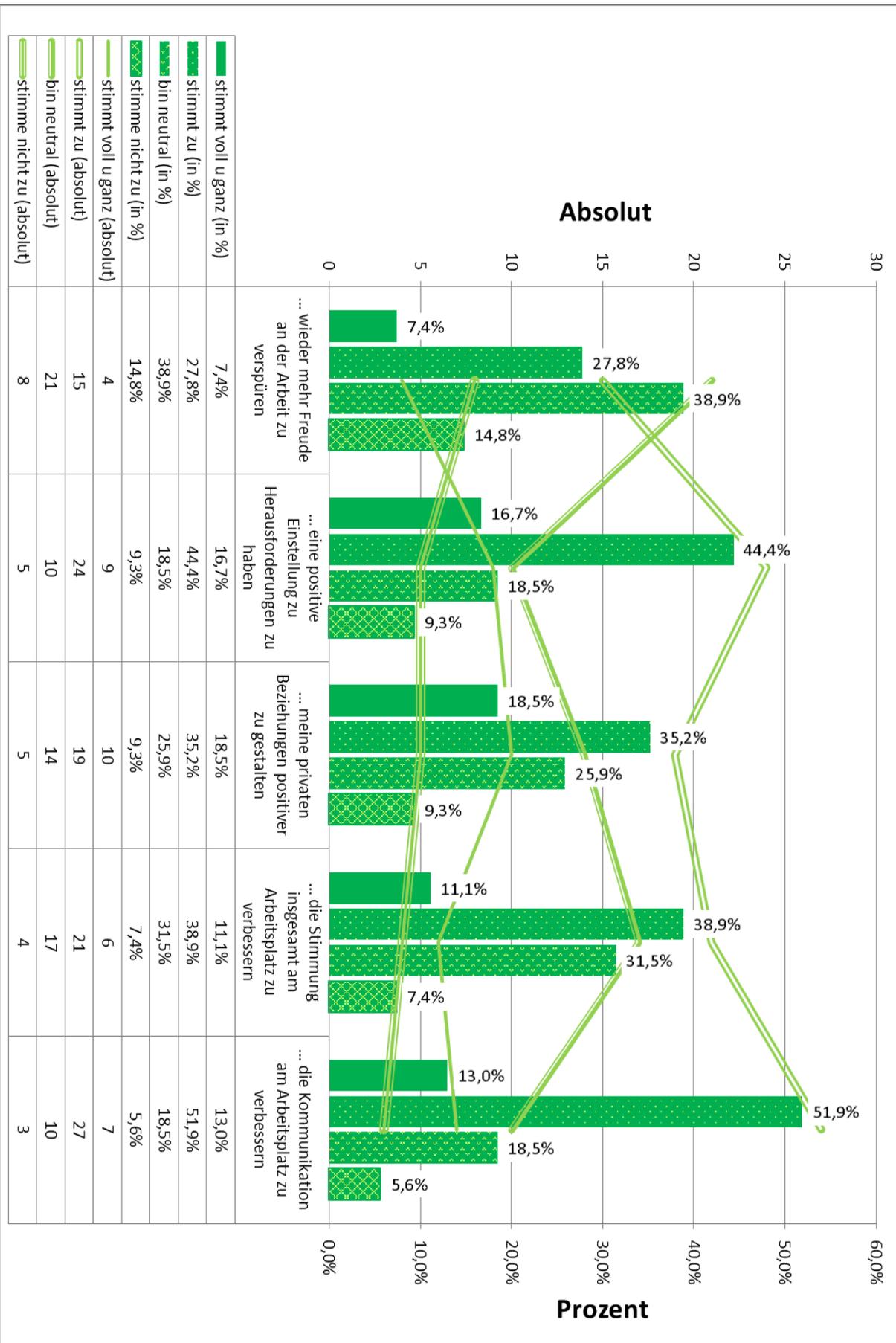


Abbildung 110: Auswertung Projektteilnahme Teil 2 (n=48)

Dass das Achtsamkeitstraining einen Benefit für Ihre Firma hatte (Abbildung 111), fanden fast Dreiviertel der Teilnehmer (74 %), exakt ein Drittel stimmte dieser Aussage sogar voll und ganz zu.

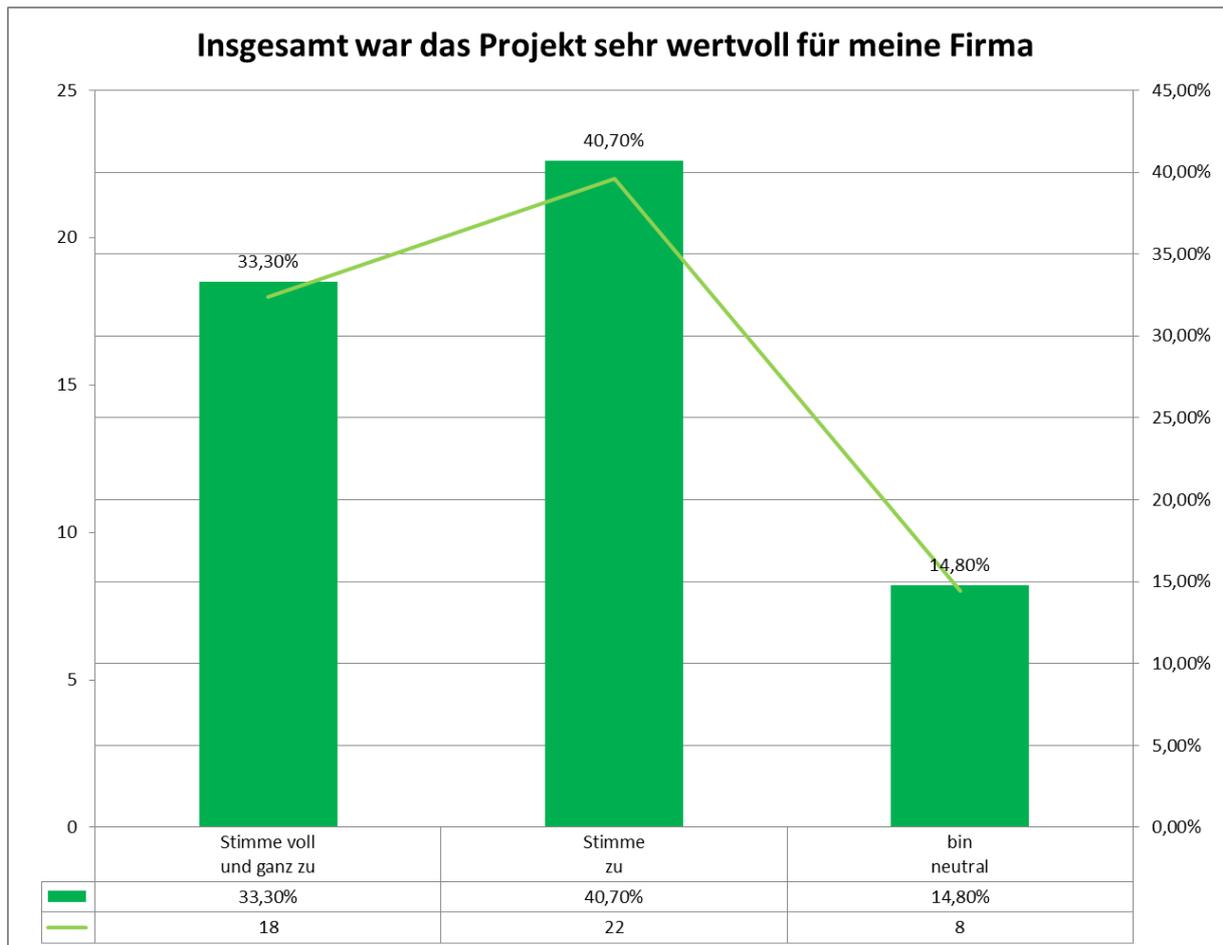


Abbildung 111: *Benefit für die Firma (n=48)*

Auf die Frage, ob dieses Achtsamkeitstraining, „eines der interessantesten Trainings war, die sie gemacht haben“, stimmten knapp Dreiviertel der Gruppe zu (74,1 %), lediglich ein Teilnehmer war nicht davon überzeugt (Abbildung 112).

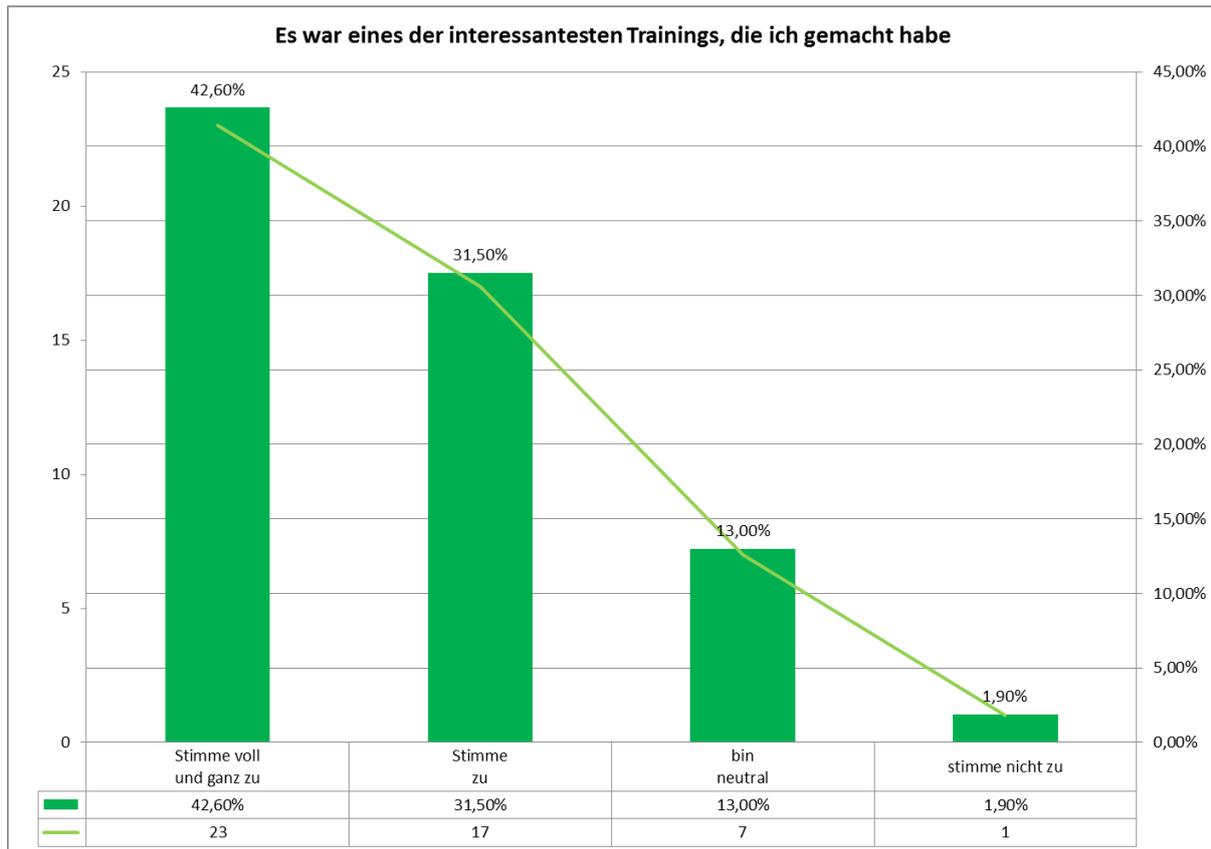


Abbildung 112: *Interessantestes Training (n=48)*

Auch die einzelne „formelle“ Komponenten des Projektes, wie (a) Struktur, (b) Inhalte, (c) Unterlagen, (d) Übungen, (e) Trainer, (f) Organisation und (g) Material wurden den Teilnehmern zur Beurteilung vorgelegt. Wie Abbildung 113 zeigt, wurden die einzelnen Projektkomponenten überwiegend mit „sehr gut“ oder „gut“ bewertet. Die Ergebnisse im Einzelnen:

- (a) Struktur. Die grundsätzliche Gestaltung des Achtsamkeitstrainings mit zwei Ganztagesveranstaltungen und acht wöchentlichen Modulen wurde mit 85,2 % durchgehend positiv bewertet (27,8 % „sehr gut“ und 57,4 % „gut“).
- (b) Inhalte. Auch die inhaltliche Darstellung der Thematik ließ mehr als Dreiviertel der Kursteilnehmer (77,8 %) ein gutes (55,6 %) oder sogar sehr gutes (22,2 %) Votum abgeben.
- (c) Unterlagen. Neben den Inhalten wurden auch die Präsentationen in digitaler und gedruckter Form gelobt. 77,7 % fanden die Unterlagen „gut“ (48,1 %) oder sogar „sehr gut“ (29,6 %). Nur ein einziger Teilnehmer (1,9 %) konnte damit gar nichts anfangen.

- (d) Übungen. Das praktische Üben von Achtsamkeit in den verschiedensten Situationen des (betrieblichen) Alltags zählte mit zu den Komponenten des Projektes, die mit die beste Bewertung der Kursteilnehmer bekamen. 57,4 % gaben ein „sehr gut“ und 24,1 % ein „gut“, insgesamt also 81,5 % der Probanden.
- (e) Trainer. Die Befragung hat gezeigt, dass das Thema an sich und auch deren Präsentation in Theorie und Praxis sehr gut bei den Teilnehmern ankommen. Getoppt wurden diese positiven Bewertungen (nur) noch von der Beurteilung der Personen, die diese Trainings in praxi durchführten. Die vier bei diesem Projekt beteiligten Trainer wurden mit 59,3 % als „sehr gut“ und mit 25,9 % als „gut“ bewertet. Zwei Teilnehmer waren der Meinung, die Trainer waren lediglich „ausreichend“.
- (f) Organisation. Auch die organisatorischen Belange rund um das Achtsamkeitsprojekt, seien es die Dinge vor Ort, seien es die Maßnahmen um die jeweiligen Termine herum, fanden bei den Kursteilnehmern sehr gute (44,4 %) oder gute (29,9 %) Bewertungen.
- (g) Material. Für die Durchführung der angebotenen praktischen Achtsamkeitsübungen waren auch verschiedene Materialien und Accessoires im Einsatz, wie etwa Meditations-Kissen oder –Decken. Auch der Einsatz dieser Dinge wurde insgesamt mit 74,1 % als „gut“ (51,9 %) und „sehr gut“ (22,2 %) bewertet. Wiederum zwei Teilnehmer hatten wohl keine Affinität zu den eingesetzten Materialien und gaben die Wertung „mangelhaft“ (3,7 %).

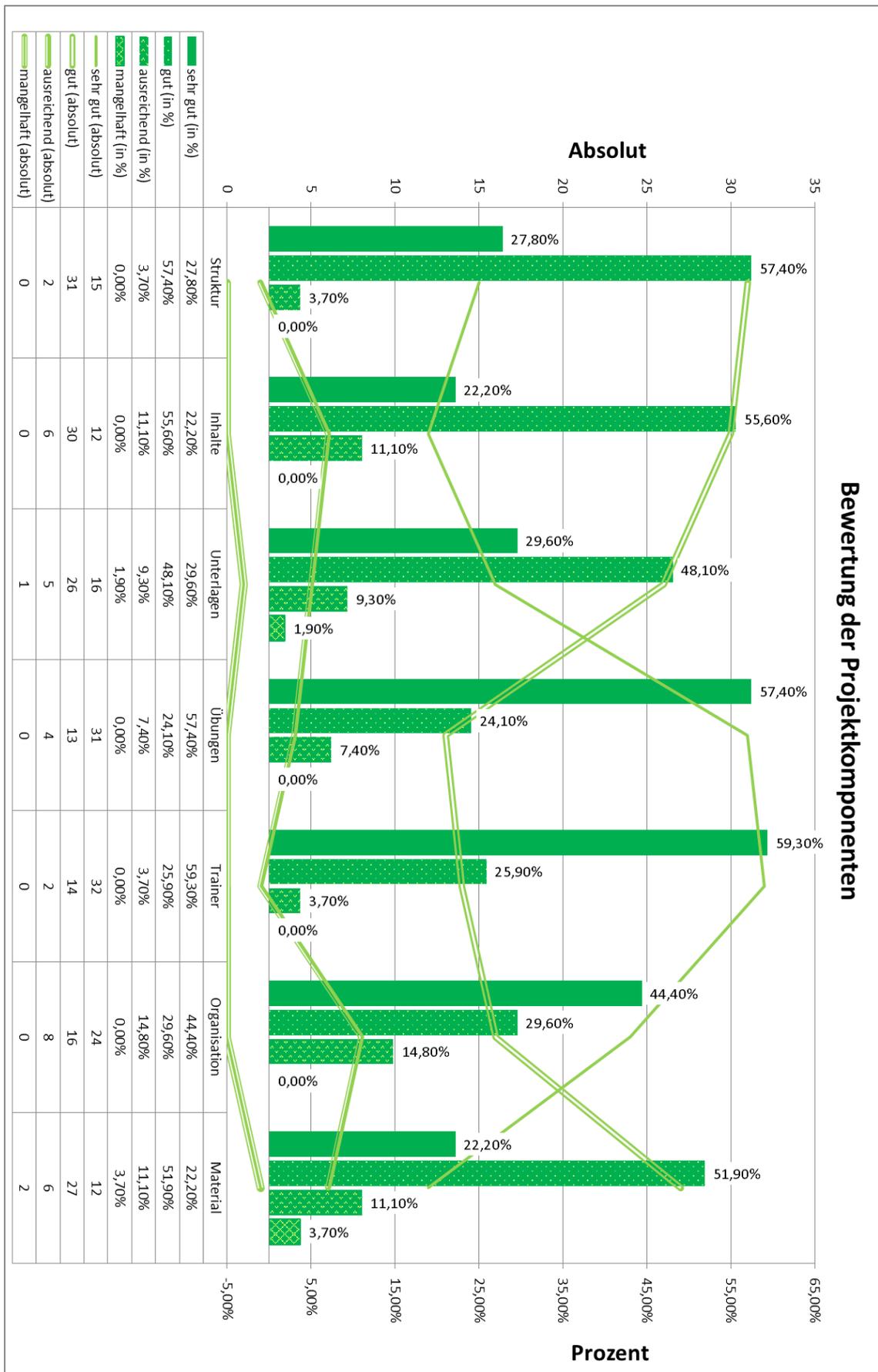


Abbildung 113: Bewertung der Projektkomponenten (n=48)

Abschließend erfolgte noch die Evaluation zum persönlichen Nutzen der einzelnen Achtsamkeitsübungen. Wie die Abbildungen 114 und 115 zeigen wurden insgesamt 13 Formen praktischer Achtsamkeit erfasst:

- (a) Achtsamkeitsmeditation. Die klassischste Form von Achtsamkeit, die Atem-Meditation, wurde bei den Teilnehmern als die hilfreichste Übung gewählt. 83,4 % waren dieser Meinung, davon bezeichneten 59,3 % der Probanden diese Achtsamkeitsform sogar als „sehr hilfreich“ und 24,1 % als „hilfreich“. Zweimal wurde eine neutrale Wertung abgegeben und ein Teilnehmer hatte diese Übung überhaupt nicht durchgeführt.
- (b) Achtsames Gehen. Die Mehrheit der Gefragten werteten diese Form der Achtsamkeit mit „neutral“ (35,2 %) bzw. sogar mit „nicht hilfreich“ (24,1 %). Lediglich 26 % waren der Meinung, diese Übung war für sie „hilfreich“ (20,4 %) oder „sehr hilfreich“ (5,6 %).
- (c) Body Scan. Der Body Scan, neben der klassischen Achtsamkeitsmeditation, ein zweites (grundlegendes) Element aus dem MBSR-Programm nach Jon Kabat-Zinn (2011) wurde mit 22,2 % als „sehr hilfreich“ und mit 31,5 % als „hilfreich“ eingestuft. Persönlichen Nutzen zogen also 53,7 % der Teilnehmer aus dieser Übungsform. Drei (5,6 %) hatten den Body Scan nicht geübt, sieben (13 %) votierten mit „neutral“ und neun Probanden (16,7 %) konnten mit dieser Methode für sich nichts anfangen.
- (d) Achtsame Dialoge. Kommunikation ist in der modernen Arbeitswelt ein sehr wichtiger Baustein. Deshalb verwundert es nicht, dass das Übungsfeld „Achtsame Dialoge“ ein großes Interesse und auch ein entsprechendes positives Feedback gefunden hat: 48,1 % der Teilnehmer fanden dieses Modul als „sehr hilfreich“ und 33,3 % als „hilfreich“. Zwei Teilnehmer (3,7 %) votierten „neutral“, einer (1,9 %) mit „nicht hilfreich“ und ebenfalls einer (1,9 %) hatte dieses Modul nicht geübt.
- (e) Achtsamer Umgang mit Emotionen. Emotionen und berufliches Umfeld sind per se ein schwieriges Thema und so mag es sicherlich nicht verwundern, dass ein achtsamer Umgang mit Emotionen einen hohen Stellenwert bei den Teilnehmern genossen hat: 85,5 % der Befragten fanden dieses Modul „sehr hilfreich“ (42,6 %) bzw. „hilfreich“ (38,9 %). Wiederum zwei Befragte äußerten sich „neutral“ (3,7 %), einer (1,9 %) mit „nicht hilfreich“ und einer (1,9 %) hatte damit keine praktische Erfahrung („nicht geübt“).
- (f) Achtsames Zeitmanagement. Zeit, ein wichtiges und kostbares Gut nicht nur in der modernen Arbeitswelt, war natürlich auch ein grundlegendes Thema im Achtsamkeitsprojekt. Das Modul „Achtsames Zeitmanagement“ fanden 64,8 % der Probanden im Hinblick auf ihren zukünftigen Umgang mit „ihrer“ Zeit „sehr hilfreich“ (20,4 %) bzw. „hilfreich“ (44,4 %). Sieben Teilnehmer (13 %) werteten diese Übungseinheit „neutral“, für zwei war es „nicht hilfreich“ (3,7 %) und vier (7,4 %) gaben an, „Achtsames Zeitmanagement“

Die Teilnahme an diesem Projekt hat mir geholfen....:

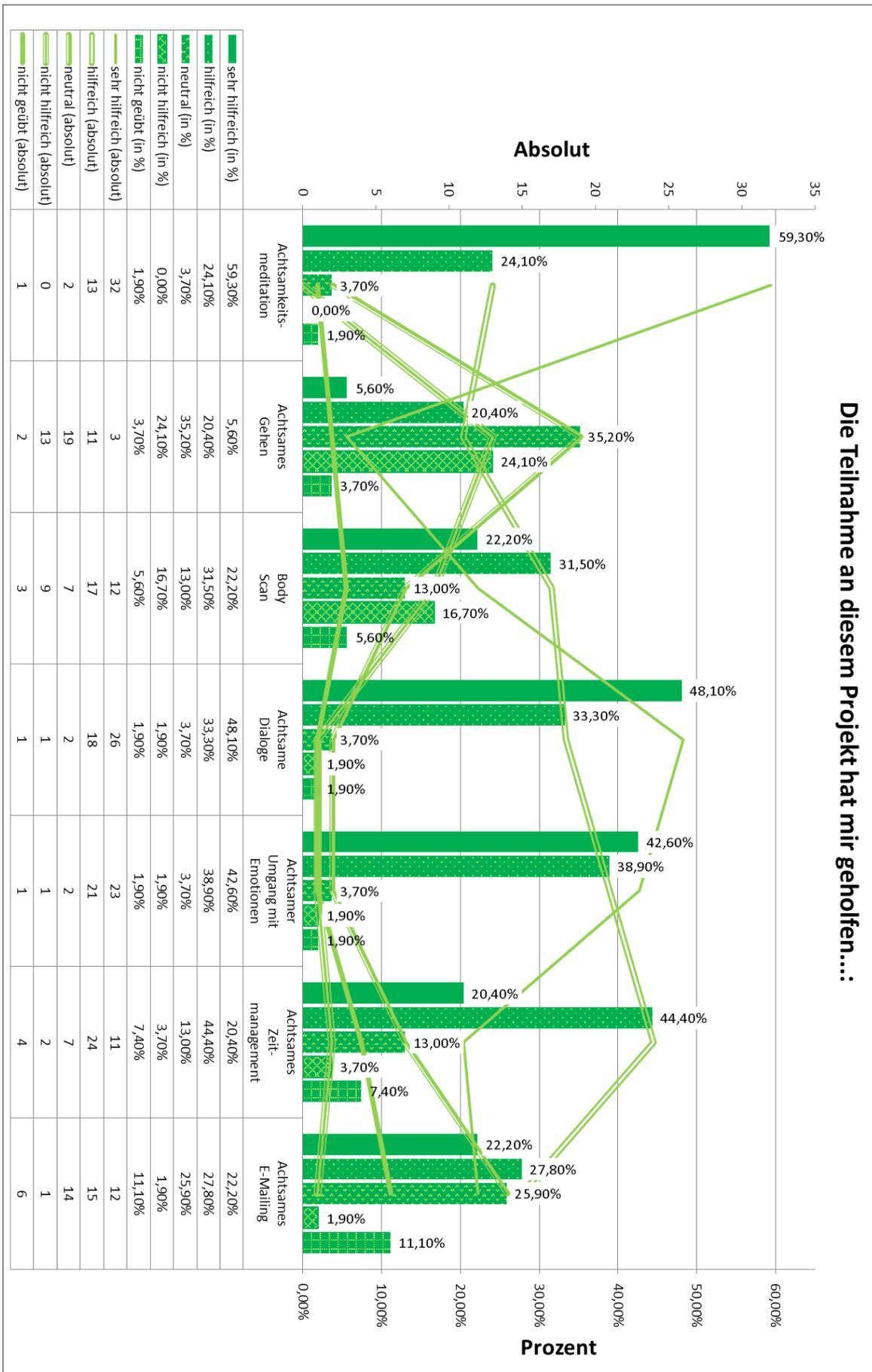


Abbildung 114: Persönlicher Nutzen der verschiedenen Achtsamkeitsübungen Teil 1 (n=48)

Die Teilnahme an diesem Projekt hat mir geholfen...:

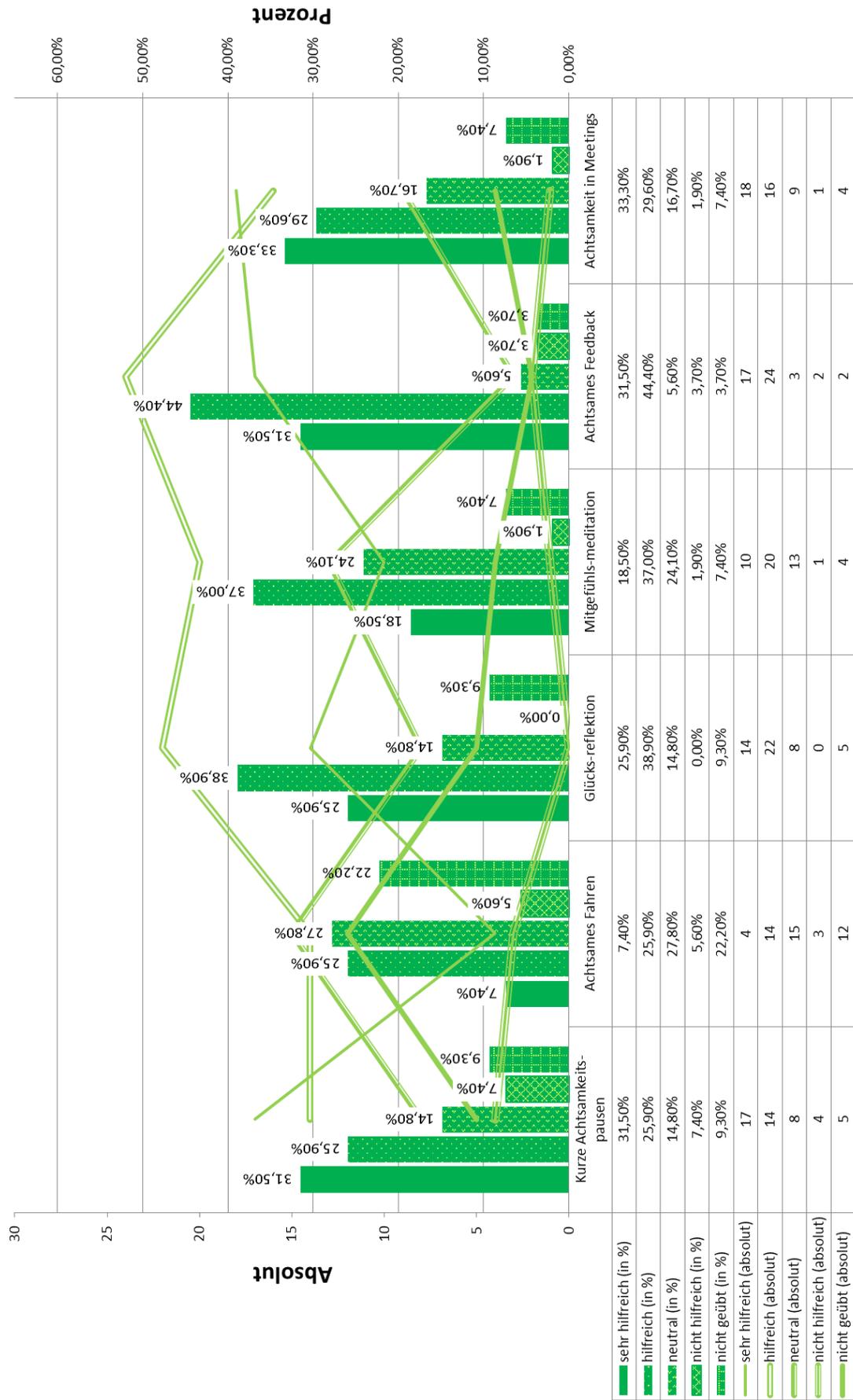


Abbildung 115: Persönlicher Nutzen der verschiedenen Achtsamkeitsübungen Teil 2 (n=48)

„nicht geübt“ zu haben.

- (g) Achtsames E-Mailing. Exakt jeder zweite der Befragten (50 %) fand die Inhalte und Übungen zum achtsamen Umgang mit E-Mails „sehr hilfreich“ (22,2 %) oder „hilfreich“ (27,8 %). Die anderen 50 % votierten mit „neutral“ (25,9 %) bzw. hatten sechs (11,1 %) das Modul nicht geübt. Lediglich ein Teilnehmer (1,9 %) votierte mit „nicht hilfreich“.
- (h) Kurze Achtsamkeitspausen. Neben den „klassischen“ Achtsamkeitsmeditationsformen wurden auch (arbeits-)alltagstaugliche Unterbrechungen mit Achtsamkeit geübt. 57,4 % der Kursteilnehmer fanden diese Form von Achtsamkeitsübung für sich „sehr hilfreich“ (31,5 %) oder „hilfreich“ (25,9 %). 14,8 % sahen das „neutral“, 7,4 % als „nicht hilfreich“ und 9,3 % hatten diese Meditationsform schlichtweg „nicht geübt“.
- (i) Achtsames Fahren. Mobilität ist neben Zeit ein weiteres wichtiges Charakteristikum unserer Arbeitswelt. Allerdings fand nur ein Drittel der Befragten (33,3 %) dieses Modul für sich „hilfreich“ (25,9 %) bzw. „sehr hilfreich“ (7,4 %). 27,8 % antworteten mit „neutral“. Drei Teilnehmer (5,6 %) konnten mit dieser Achtsamkeitsform für sich keinen Benefit erzielen. Auffällig viele Teilnehmer (22,2 %) hatten dieses Modul überhaupt „nicht geübt“.
- (j) Glücksreflektion. In der heutigen Arbeitswelt mit ihrer hohen Geschwindigkeit ist oft wenig Raum, um Gefühle, Freude oder Glücksmomente wahrzunehmen. Achtsamkeit und Entschleunigung stellt eine gute Basis für eine Reflektion positiver Empfindungen dar. Die Möglichkeit durch Achtsamkeit Glücksmomente (wieder) reflektieren zu können fanden 38,9 % der Befragten „hilfreich“ und 25,9 % sogar „sehr hilfreich“. „Neutral“ bewerteten 8 Teilnehmer (14,8 %) dieses Modul, „nicht geübt“ hatten es 5 Probanden (9,3 %). Bei dieser Achtsamkeitsübung gab es keine negative Bewertung.
- (k) Mitgefühlsmeditation. Gefühle sind bewusst erlebte Emotionen. Achtsamkeit hilft positive Emotionen bewusster wahrzunehmen und Gefühle als weniger „überwältigend“ wahrzunehmen (Tamdjidi, 2013). Mehr als jeder zweite Kursteilnehmer (55,5 %) erlebte diese Art der Achtsamkeitsmeditation als „hilfreich“ (37 %) oder „sehr hilfreich“ (18,5 %). 24,1 % konnten keine eindeutige Aussage für sich treffen und votierten mit „neutral“, ein Proband fand die „Mitgefühlsmeditation“ für sich nicht hilfreich (1,9 %) und vier gaben an, an dem Modul nicht teilgenommen zu haben (7,4 %).
- (l) Achtsames Feedback. Um Energien, aber auch Ressourcen sinnvoll und gewinnbringend einzusetzen, bedarf es einem System von Rückkoppelungen und Rückmeldungen. Die Vereinigung von Achtsamkeit und Handlung fand in diesem Modul seinen Platz. Diese Balance zwischen „actio“ und „reactio“ fanden

Dreiviertel aller Kursteilnehmer (75,9 %) als „hilfreich“ (44,4 %) oder sogar als „sehr hilfreich“ (31,5 %). Drei votierten mit „neutral“ (5,6 %), jeweils zwei der Befragten, waren der Meinung, es war für sie „nicht hilfreich“ (3,7 %), respektive sie hatten diese Übungsform nicht praktiziert (3,7%).

(m) Achtsamkeit in Meetings. Erfahrungsgemäß werden heutzutage 20 bis zu 70 % der Arbeitszeit in Meetings verbracht. Achtsamkeit kann signifikant zur Effektivität und (positiven) Atmosphäre in einem Meeting beitragen (Tamdjidi, 2013). Die Inhalte und Übungen zu diesem Modul waren für 29,6 % der Teilnehmer „hilfreich“ und für ein Drittel (33,3 %) sogar „sehr hilfreich“. Neun (16,7 %) wählten die Bewertung „neutral“, einer „nicht hilfreich“ (1,9 %) und vier Probanden (7,4 %) gaben an, dieses Modul „nicht geübt“ zu haben.

5.1.2.3.7. PROJEKTEINSCHÄTZUNG DURCH EIGENE FRAGEN – ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE

Ab Abschlusstag wurde den Teilnehmern noch zusätzlich ein eigens zusammengestellter Fragenkatalog zur allgemeinen Projekteinschätzung und zur subjektiven Zufriedenheit mit dem eingesetzten Achtsamkeitsprogramm präsentiert. Folgende Erkenntnisse und Ergebnisse konnten dabei gewonnen werden:

Anzahl der besuchten Trainingseinheiten. Die Mehrzahl der Teilnehmer besuchte, analog einer Gauß'schen Normalverteilung, zwischen sechs und zehn Module mit einem Häufigkeitsgipfel bei acht Moduleinheiten.

Selbsteinschätzung zur regelmäßigen Meditationspraxis. Alle Probanden führten eigenverantwortliche Achtsamkeitsmeditationen neben den Modulveranstaltungen durch, die Mehrzahl schätzt ihr persönliches Meditationsverhalten eher auf gelegentliches, unregelmäßiges Praktizieren ein. Auch bei der zukünftigen Meditationspraxis gab lediglich ein Proband kein weiteres Interesse an.

Wochenarbeitszeit und Arbeitszeitgestaltung. Weder bei der angegebenen hohen Wochenarbeitszeit (46 bis 61 Wochenarbeitsstunden) noch bei der Arbeitszeitgestaltung gab es zum Ende des Achtsamkeitsprogramms statistisch relevante Unterschiede.

Arbeits-Belastung und Arbeits-Überlastung. Weder die (tatsächliche) Arbeitslast noch die gefühlte Zeit der Erholung zeigten nach den acht Wochen Achtsamkeit statistisch keine signifikanten Unterschiede. Die gefühlte

Arbeits-Überlastung war am Ende der Intervention signifikant geringer ausgeprägt. Alle Teilnehmer fühlen sich hoch signifikant besser vorbereitet, Stress besser zu bewältigen.

Persönliches Resümee der Teilnehmer am Ende des Projektes. Besserer Umgang mit persönlichem Stress, bessere Möglichkeit der persönlichen Entspannung, fokussierteres und konzentrierteres Arbeiten, Verbesserung bei der Teamfähigkeit und in Beziehungen zu anderen Menschen, wieder mehr Freude an der Arbeit, eine positivere Einstellung zu (beruflichen) Herausforderungen, verbesserte Stimmung und Kommunikation am Arbeitsplatz, sowie ein positiver Einfluss auch auf private Beziehungen.

Die Mehrzahl der Teilnehmer bewertete das Achtsamkeitsprojekt als sehr wertvoll für das Unternehmen, knapp dreiviertel der Probanden bezeichneten das Projekt sogar, als „eines der interessantesten Trainings, das sie gemacht haben“.

Beurteilung der formellen Komponenten des Projektes. Die einzelnen Projektkomponenten (Struktur, Inhalte, Unterlagen, Übungen, Trainer, Organisation und Material) wurden von den Teilnehmern mehrheitlich mit ‚sehr gut‘ oder ‚gut‘ bewertet.

Evaluation zum persönlichen Nutzen der einzelnen Achtsamkeitsübungen. Von den insgesamt 13 Formen praktischer Achtsamkeit, welche hierbei evaluiert wurden, wurde die klassischste Form von Achtsamkeit, die ‚Atem-Meditation‘ als die hilfreichste Übung gewählt. Ein großes Interesse und auch ein entsprechendes positives Feedback fanden auch die ‚Achtsamen Dialoge‘, ‚Achtsames Zeitmanagement‘, ‚Achtsamer Umgang mit Emotionen‘, ‚Achtsames Feedback‘, sowie ‚Achtsamkeit in Meetings‘ oder ‚Achtsames Emailing‘. Weniger Interesse erzeugten bei den Teilnehmern ‚Achtsames Gehen‘ oder ‚Achtsames Autofahren‘.

5.1.3. BIOMETRIE-TESTERGEBNISSE

Neben der Erhebung psychometrischer Testergebnisse wurden im Rahmen dieses Projektes erstmals auch physiologische und biochemische Parameter und Befunde (Biometrie) bei den Teilnehmern untersucht.

Folgende bio-medizinische Testverfahren fanden hierbei ihre Anwendung:

- Messung der Herzratenvariabilität (HRV)
- Bestimmung von sogenannten Stress-Biomarkern
- Messung der Telomerenlänge
- Bestimmung von präventivdiagnostischen Laborparametern.

Die Messungen und Probennahmen fanden jeweils am selben Tag wie die psychometrischen Testungen statt, jeweils vor (=T1) und am Ende (=T2) der im Zeitfenster von acht Wochen im Unternehmen durchgeführten achtsamkeitsbasierten Trainingsmodule.

Die dabei ermittelten Messwerte vor dem Programmstart (T1) wurden mit den Messwerten nach dem Achtsamkeitstrainingsblock (T2) als Mittelwert (mit den jeweiligen Standardabweichungen) verglichen. Der Unterschied wurde einem Signifikanztest (t-Test für verbundene Stichproben) unterworfen. Es wurde definiert, dass ein p-Wert $\leq 0,05$ als signifikant und ein p-Wert $\leq 0,01$ als hoch signifikant bezeichnet werden kann.

Die statistische Auswertung der Stress-Biomarker und der präventivdiagnostischen Laborparameter erfolgte mittels der Software IBM SPSS Statistics Version 21 und 22 durch das GRP - Generation Research Programm in Bad Tölz des Humanwissenschaftlichen Zentrums der Ludwig-Maximilians-Universität München (N. Kohls).

Die Ergebnisse der Herzratenvariabilität (HRV) wurden mittels der Software STATISTICA für Windows (Software-System für Datenanalyse), Version 10.0 von StatSoft, Inc. (2011) durch die Firma BioSign GmbH Ottenhofen (R. Beise) statistisch ausgewertet.

Die statistische Ergebnisanalyse der Telomerlängen wurde an der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Stammzellentransplantation, Euregionales Comprehensive Cancer Center Aachen (ECCA), der Uniklinik der RWTH Aachen (T. Brümmendorf) mit dem Statistikprogramm Graph Pad Prism Version 5.0 durchgeführt.

Für die Probandengruppe, aus den beiden Unternehmen ‚A‘ und ‚B‘ zusammengefasst, zeigten sich dabei folgende Ergebnisse:

5.1.3.1. HERZRATENVARIABILITÄT (HRV)

Die regelmäßige Unregelmäßigkeit des Herzschlages, Herzfrequenz- oder Herzratenvariabilität (HRV, *englisch: heart rate variability – hrv*) beschreibt eine grundlegende Notwendigkeit unseres Lebens: Permanente Änderungen in unseren Organ- und Funktionskreisläufen im Körper verlangen unmittelbare, präzise Reaktionen unter anderem des versorgenden Blutkreislaufes und, an zentraler Stelle, des Pump-Motors „Herz“. Übermittler dieser Veränderungen in unserem Körper ist das vegetative Nervensystem: Sympathikus und Parasympathikus.

Durch die Bestimmung der HRV mittels einer gängigen EKG-Ableitung lag dieser Untersuchung ein einfaches und in praxi leicht zu realisierendes Diagnoseverfahren zu Grunde.

Wie bereits bekannt, wurden die Probanden für dieses Projekt aus zwei weltweit tätigen deutschen Großkonzernen mit ähnlicher Größe und Struktur rekrutiert. Dementsprechend ist es natürlich möglich, bei der Ergebnisanalyse auch zwei Subgruppen, nämlich Unternehmen ‚A‘ und Unternehmen ‚B‘ zu identifizieren.

Allgemein spielte diese Trennung und Unterscheidung in diese beiden Subpopulationen bei den generierten Ergebnissen keine wesentliche statistische Rolle so dass generell die Gesamtgruppe betrachtet werden konnte, mit einer Ausnahme: der Messung der Herzratenvariabilität.

Die Ergebnisse der Herzratenvariabilität waren in den beiden Unternehmen ‚A‘ und ‚B‘ -zum Teil sogar statistisch signifikant- so unterschiedlich, dass im Folgenden neben dem Gesamtkollektiv auch die HRV-Ergebnisse der beiden beteiligten Unternehmen ‚A‘ und ‚B‘ isoliert berechnet, dargestellt werden. Über mögliche Gründe für diese „Besonderheit“ wird im Diskussteil dieser Arbeit näher eingegangen.

5.1.3.1.1. RSA-MESSUNG

Die Respiratorische Sinusarrhythmie (RSA) beschreibt die atemsynchrone Schwankung der Herzfrequenz. Dieses Zusammenspiel zwischen Atmung und Herzschlag wird über das vegetative Nervensystem gesteuert. Beim Einatmen verengen sich unsere Blutgefäße, und es kommt zu einem Blutdruckabfall. Der Sympathikus registriert dies und erhöht den Herzschlag. (...) Beim Ausatmen weiten sich unsere Blutgefäße, und es kommt zu einem

Blutdruckanstieg. Der Parasympathikus, die „innere Bremse“, registriert dies und verringert den Herzschlag (DGUV, 2014).

Die RSA-Messung dient zu Prüfung der maximalen Regulationsfähigkeit des neurovegetativen Systems, vergleichbar mit dem Bremstest bei Kraftfahrzeugen. Dabei werden drei grundlegende Qualitäten dargestellt:

- Flexibilität (E-I): Anpassungsfähigkeit des Herz-Kreislauf-Systems,
- Tonus (HR, MCR): Fähigkeit des Organismus zur Ruhe zu kommen („Bremstest“) und
- Dynamik (RMSSD): Geschwindigkeit des Körpers zur Ruhe zu kommen.

Die Tabellen 13, 14 und 15 zeigen nun im Folgenden die Ergebnisse der durchgeführten RSA-Messungen für a) das Gesamtkollektiv, b) für das Unternehmen ‚A‘ und c) für das Unternehmen ‚B‘, jeweils vor (T1) und nach (T2) dem achtwöchigen Achtsamkeitstraining ermittelt.

	MW	SD	N	Diff.	SD-Diff.	T	FG	p
E-I (T1)	14,25347	6,239267						
E-I (T2)	14,86429	6,275830	49	-0,610816	5,148264	-0,830516	48	0,410359
MCR (T1)	0,041755	0,018808						
MCR (T2)	0,045796	0,024102	49	-0,004041	0,024318	-1,16315	48	0,250518
HR (T1)	68,21265	11,50942						
HR (T2)	68,30735	9,52878	49	-0,094694	8,008195	-0,082772	48	0,934377
RMSSD (T1)	52,81204	30,26704						
RMSSD (T2)	51,80020	28,18386	49	1,011837	23,38817	0,302839	48	0,763321

Tabelle 13: RSA-Messung Gesamtkollektiv

	MW	SD	N	Diff.	SD-Diff.	T	FG	p
E-I (T1)	14,38194	5,86366						
E-I (T2)	14,85694	6,56372	36	-0,4750	5,52295	-0,5160	35	0,609079
MCR (T1)	0,04358	0,01800						
MCR (T2)	0,04481	0,02253	36	-0,0012	0,02408	-0,3046	35	0,762506
HR (T1)	66,00083	10,82213						
HR (T2)	68,23028	10,16012	36	-2-2294	7,47744	-1,7889	35	0,082283
RMSSD (T1)	56,04917	31,42872						
RMSSD (T2)	51,72028	29,04093	36	4,3289	25,62062	1,0138	35	0,317651

Tabelle 14: RSA Messung Unternehmen „A“

	MW	SD	N	Diff.	SD-Diff.	T	FG	p
E-I (T1)	13,89769	7,43268						
E-I (T2)	14,88462	5,64680	13	0,9869	4,10401	0,8671	12	0,402917
MCR (T1)	0,03669	0,02080						
MCR (T2)	0,04854	0,02885	13	0,0118	0,02418	1,7665	12	0,102720
HR (T1)	74,33769	11,53053						
HR (T2)	68,52077	7,87663	13	-5,8169	6,47432	-3,2394	12	0,007094
RMSSD (T1)	43,84769	25,78569						
RMSSD (T2)	52,02154	26,78435	13	8,1738	12,20910	2,4139	12	0,032681

Tabelle 15: RSA Messung Unternehmen „B“

E-I Differenz. Aus der höchsten und der niedrigsten Herzfrequenz jedes Atemzyklus wird die Differenz der Herzfrequenz zwischen Expiration (E) und Inspiration (I) gemessen. Je höher diese Differenz ausfällt, desto flexibler zeigt sich der betroffene Organismus z. B. auf Belastung. Das Gesamtkollektiv zeigte zu Beginn der Untersuchungen eine E-I Differenz von $14,25347/\text{min} \pm 6,239267$ und verbesserte sich leicht zum Zeitpunkt T2 auf $14,86429/\text{min} \pm 6,275830$ mit einem $p = 0,410359$. Unternehmen ‚A‘ startete mit einer E-I Differenz von $14,38194/\text{min} \pm 5,86366$ und verbesserte sich auch am Ende des Projektes etwas auf $14,85694/\text{min} \pm 6,56372$ mit einem $p = 0,609079$. Die messbar größte Verbesserung erreichte Unternehmen ‚B‘ von $13,89769/\text{min} \pm 7,43268$ auf $14,88462/\text{min} \pm 5,64680$ mit einem $p = 0,402917$ (Abbildung 116).

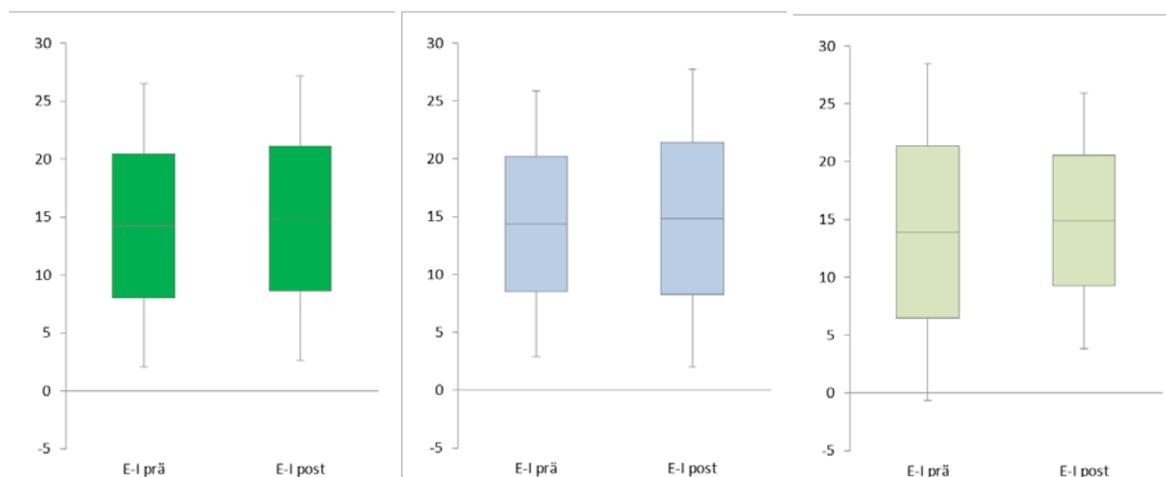


Abbildung 116: E-I Differenz. Gesamt (n=49), Unternehmen ‚A‘ (n=36), Unternehmen ‚B‘ (n=13)

MCR. Der Mean Circular Result stellt einen Vektor dar, dessen Betrag gut mit der Größe der respiratorischen Sinusarrhythmie korreliert. Auch der MCR zeigte in allen drei Testkonstellationen Verbesserungen: Die Gesamtgruppe verbesserte sich von $0,041755 \pm 0,018808$ bei T1 auf $0,045796 \pm 0,024102$ bei T2 mit einem p – Wert = $0,250518$, Unternehmen ‚A‘ von $0,04358 \pm 0,01800$ auf $0,04481 \pm 0,02253$ mit einem $p = 0,762506$ und Unternehmen ‚B‘ zeigte wiederum die deutlichste Verbesserung auch bei der MCR von $0,03669 \pm 0,02080$ auf $0,04854 \pm 0,02885$ mit einem $p = 0,102720$ (Abbildung 117).

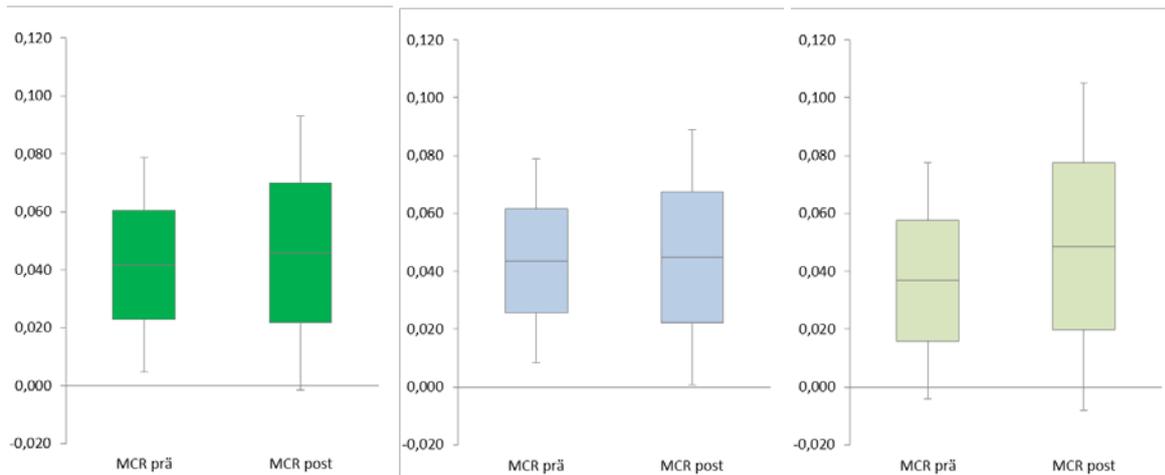


Abbildung 117: MCR. Gesamt (n=49), Unternehmen ,A' (n=36), Unternehmen ,B' (n=13)

HR. Durchschnittliche Herzfrequenz (heart_ratio) während der einminütigen Messung. Während bei den übrigen Parametern einer RSA-Messung ein Wertzuwachs zum Zeitpunkt T2 im Sinne der Fragestellung dieses Projektes positiv zu bewerten ist, hält es sich bei der durchschnittlichen Herzfrequenz genau anders herum. Dieser „positive“ Effekt ist beim Gesamtkollektiv mit einer HF_{mean} von $68,21265/ \text{min} \pm 11,50942$ zu Beginn und einem Wert von $68,30732/ \text{min} \pm 9,52878$ mit einem $p = 0,934377$ am Ende des Achtsamkeitstrainings knapp ins Gegenteil verkehrt und deutlicher sogar bei Unternehmen ,A' mit $66,00083/ \text{min} \pm 10,82213$ bei T1 auf $68,23028/ \text{min} \pm 10,16012$ mit $p = 0,082283$ und damit knapp an der statistischen Signifikanz vorbei. Eindeutig konträr und mit einem p-Wert von $0,007094$ hochsignifikant das Ergebnis der durchschnittlichen Herzfrequenz bei Unternehmen ,B': Hier nahm die HF_{mean} von $74,33769/ \text{min} \pm 11,53053$ zu Beginn des Projektes auf $68,52077/ \text{min} \pm 7,87663$ im Sinne der Fragestellung deutlich ab (Abbildung 118).

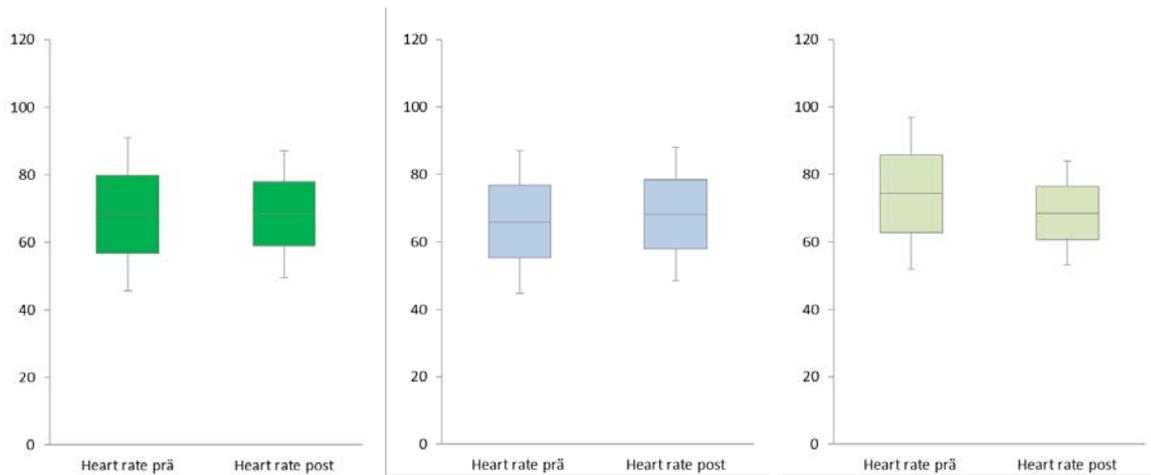


Abbildung 118: HF_{mean} . Gesamt ($n=49$), Unternehmen ,A' ($n=36$), Unternehmen ,B' ($n=13$)

RMSSD. Der Root Mean Square of the Successive Differences gibt an, wie stark sich die Herzfrequenz von einem Herzschlag zum nächsten sich ändert. Der RMSSD ist ein Indikator für die parasympathische Aktivität. Das bedeutet, je höher der Wert sich ausweist, desto dynamischer reagiert der Organismus auf einwirkende Reize mit einer Antwort des Parasympathikus. Die Ergebnisse der beteiligten Gruppen sind auch in diesem Fall wieder differenziert zu betrachten: Sowohl die Gesamtgruppe mit $52,81204 \text{ msec} \pm 30,26704$ zu Beginn verschlechtert sich am Ende des Achtsamkeitstrainings auf $51,80020 \text{ msec} \pm 28,18386$ und einem p -Wert = $0,763321$, wie auch –noch deutlicher- die Gruppe aus dem Unternehmen ,A' mit einem Ausgangswert von $56,04917 \text{ msec} \pm 31,42872$ auf ein Endergebnis von $51,72028 \text{ msec} \pm 29,04093$ ($p = 0,317651$). Das Gegenteil davon, und somit im Sinne der gefassten Hypothese, zeigt sich das Unternehmen ,B', hier steigert sich der RMSSD von $43,84769 \text{ msec} \pm 25,78569$ auf $52,02154 \text{ msec} \pm 26,78435$ mit einem $p = 0,032681$ hochsignifikant (Abbildung 119).

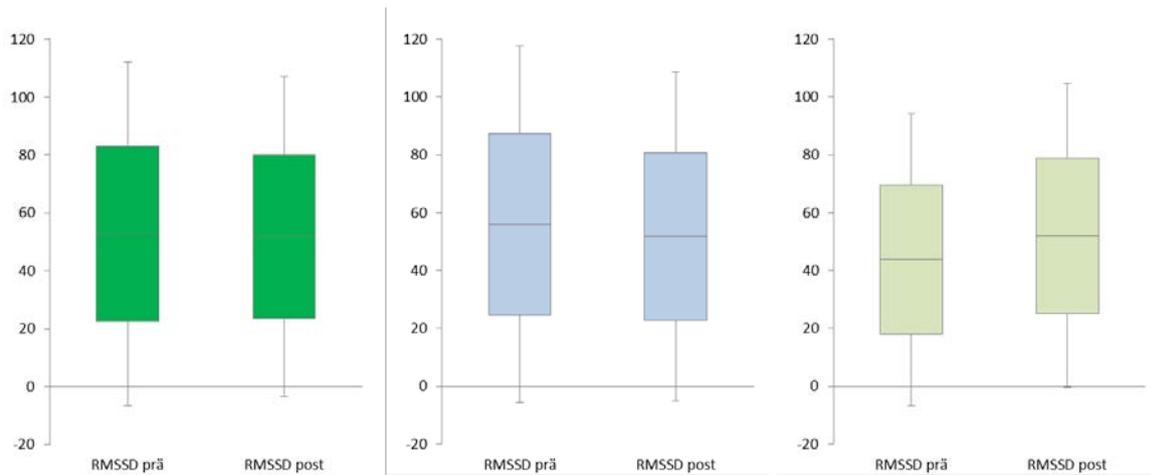


Abbildung 119: RMSSD. Gesamt (n=49), Unternehmen ,A' (n=36), Unternehmen ,B' (n=13)

5.1.3.1.2. KURZZEIT-HRV-MESSUNG

Die Kurzzeit-HRV-Messung ist, neben der Bestimmung der RSA, ein weiterer bewährter und klinisch erprobter Test zur Beurteilung der Herzratenvariabilität in Ruhe (Beise, 2014).

Die Kurzzeit-HRV-Messung gibt eine qualitative Aussage über den aktuellen Zustand des Autonomen Nervensystems (sympathisch ↔ parasympathisch) wieder. Auch bei dieser Messmethode werden dabei drei grundlegende Qualitäten dargestellt:

- Flexibilität (Variationskoeffizient R-R): Anpassungsfähigkeit des Herz-Kreislauf-Systems,
- Tonus (HR): Fähigkeit des Organismus zur Ruhe zu kommen („Bremstest“),
- Dynamik I (SD1): Anteil der parasympathischen Aktivierung und
- Dynamik II (SD2): Anteil der sympathischen und parasympathischen Aktivierung.

Die Tabellen 16, 17 und 18 zeigen nun im Folgenden die Ergebnisse der durchgeführten Kurzzeit-HRV-Messungen für a) das Gesamtkollektiv, b) für das Unternehmen ,A' und c) für das Unternehmen ,B', jeweils vor (T1) und nach (T2) dem achtwöchigen Achtsamkeitstraining ermittelt.

	MW	SD	N	Diff.	SD-Diff.	T	FG	p
HR (T1)	68,01939	11,39276						
HR (T2)	68,49224	9,23351	49	-0,472857	8,072809	-0,410018	48	0,683617
Power HF (T1)	158,9569	163,5906						
Power HF (T2)	130,7033	115,5084	49	28,25367	140,0339	1,412341	48	0,164300
Power LF (T1)	720,7106	966,499						
Power LF (T2)	828,1412	2236,299	49	-107,431	2124,939	-0,353899	48	0,724964
Power Total (T1)	1212,344	1155,875						
Power Total (T2)	1451,554	3164,440	49	-239,211	3047,558	-0,549448	48	0,585246
SD1 (T1)	24,81184	14,18556						
SD1 (T2)	23,73306	14,77876	49	1,078776	13,10590	0,576185	48	0,567182
SD2 (T1)	69,47816	29,76884						
SD2 (T2)	73,26571	41,69086	49	-3,78755	37,45207	-0,707914	48	0,482422
SD2/SD1 (T1)	3,155714	1,024551						
SD2/SD1 (T2)	3,366122	1,019840	49	-0,210408	0,851014	-1,73071	48	0,089929
SDNN (T1)	52,35714	22,87734						
SDNN (T2)	54,60898	31,00458	49	-2,25184	27,67806	-0,569507	48	0,571668
Stressindex (T1)	148,8427	131,2729						
Stressindex (T2)	164,2663	217,9112	49	15,42367	212,3720	0,508380	48	0,613515

Tabelle 16: Kurzzeit-HRV-Messung Gesamtkollektiv

	MW	SD	N	Diff.	SD-Diff.	T	FG	p
HR (T1)	65,434	10,769						
HR (T2)	68,782	10,151	36	-3,35	6,373	-3,15200	35	0,003317
Power HF (T1)	173,393	181,308						
Power HF (T2)	122,856	112,993	36	50,54	151,786	1,99770	35	0,053568
Power LF (T1)	761,475	1018,601						
Power LF (T2)	930,618	2603,073	36	-169,14	2458,149	-0,41285	35	0,682231
Power Total (T1)	1240,603	1188,766						
Power Total (T2)	1570,692	3688,104	36	-330,09	3521,270	-0,56245	35	0,577396
SD1 (T1)	26,3831	15,2284						
SD1 (T2)	23,5472	16,3400	36	2,836	14,4651	1,17628	35	0,247421
SD2 (T1)	69,9164	28,8011						
SD2 (T2)	73,7668	48,0668	36	-3,819	41,4796	-0,55682	35	0,581191
SD2/SD1 (T1)	2,9686	0,8765						
SD2/SD1 (T2)	3,3931	1,0235	36	-0,424	0,7698	-3,30838	35	0,002180
SDNN (T1)	53,0350	22,5731						
SDNN (T2)	54,8942	35,6753	36	-1,859	30,8576	-0,36150	35	0,719900
Stressindex (T1)	131,7672	90,6132						
Stressindex (T2)	162,9828	148,3641	36	-31,216	109,7346	-1,70678	35	0,096721

Tabelle 17: Kurzzeit-HRV-Messung Unternehmen „A“

	MW	SD	N	Diff.	SD-Diff.	T	FG	p
HR (T1)	75,178	10,264						
HR (T2)	67,690	6,289	13	-7,49	6,984	-3,8661	12	0,002244
Power HF (T1)	118,980	93,877						
Power HF (T2)	152,434	124,233	13	33,45	75,010	1,6080	12	0,133804
Power LF (T1)	607,825	831,569						
Power LF (T2)	544,360	349,412	13	-63,47	628,057	-0,3643	12	0,721942
Power Total (T1)	1134,088	1101,556						
Power Total (T2)	1121,636	470,518	13	-12,45	944,616	-0,0475	12	0,962875
SD1 (T1)	20,461	10,031						
SD1 (T2)	24,248	9,722	13	3,79	6,471	2,1101	12	0,056523
SD2 (T1)	68,265	33,514						
SD2 (T2)	71,881	14,525	13	3,62	24,337	0,5357	12	0,601929
SD2/SD1 (T1)	3,674	1,250						
SD2/SD1 (T2)	3,292	1,047	13	-0,38	0,807	-1,7089	12	0,113185
SDNN (T1)	50,480	24,538						
SDNN (T2)	53,819	11,494	13	3,34	16,892	0,7129	12	0,489619
Stressindex (T1)	254,264	392,492						
Stressindex (T2)	109,685	49,679	13	-144,58	347,403	-1,5005	12	0,159325

Tabelle 18: Kurzzeit-HRV-Messung Unternehmen ,B'

HR. Durchschnittliche Herzfrequenz (heart ratio) während der fünfminütigen Messung und Maß für den Tonus des Systems wieder zur Ruhe zu kommen, d. h. die Abnahme der HR im Verlauf der Untersuchung ist positiv im Sinne der Versuchsanordnung. Auch bei der Kurzzeit-HRV-Messung konnte dieses Ziel sowohl beim Gesamtkollektiv mit $68,01939/\text{min} \pm 11,39276$ bei T1 vs. $68,49224/\text{min} \pm 9,23351$ bei T2 mit einem $p = 0,683617$ nicht erreicht werden, wie auch bei den Teilnehmern aus dem Unternehmen ‚A‘ –hier sogar mit einem $p = 0,003317$ statistisch hochsignifikant, kehrte sich das Ergebnis mit $65,434/\text{min} \pm 10,769$ zu Beginn und $68,782/\text{min} \pm 10,151$ am Ende des Training entgegen dem Versuchspostulat um. Wiederum ganz anders das Ergebnis der HR bei den Probanden des Unternehmens ‚B‘: Hier erfüllte sich die gemachte Versuchsannahme mit einer statistisch hochsignifikanten ($p = 0,002244$) Abnahme der durchschnittlichen Herzfrequenz von $75,178/\text{min} \pm 10,264$ (T1) auf $67,690/\text{min} \pm 6,289$ (T2) (Abbildung 120).

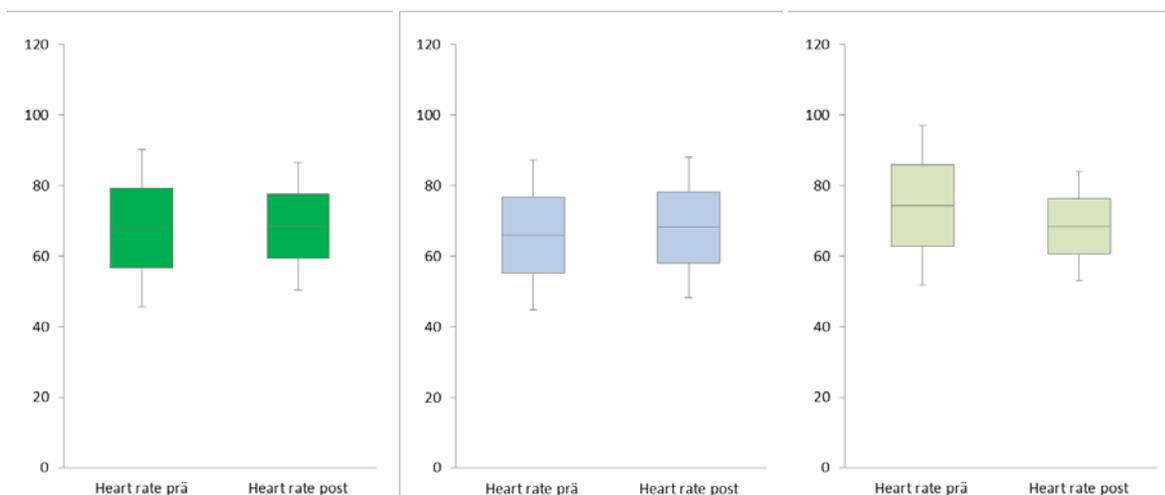


Abbildung 120: HF_{mean} . Gesamt ($n=49$), Unternehmen ‚A‘ ($n=36$), Unternehmen ‚B‘ ($n=13$)

Power HF. Leistungsdichtespektrum von $> 0,15$ bis $0,40$ Hz. Power HF ist ein selektives Maß der parasympathischen Herzinnervation. Auch dieser Parameter zeigt das bereits bekannte Phänomen: Das Gesamtkollektiv startet mit einer Power HF von $158,9569 \pm 163,5906$ und erfährt am Ende des Projektes eine Reduzierung auf $130,7033 \pm 115,5084$ mit $p = 0,164300$, ebenso das Ergebnis aus dem Unternehmen ‚A‘ mit $173,393 \pm 181,308$ (T1) vs. $122,856 \pm 112,993$ (T2) mit $p = 0,053568$ sogar annähernd signifikant. In Unternehmen

,B' kommt es hingegen von $118,980 \pm 93,877$ zu Beginn mit $152,434 \pm 124,233$ am Ende zu der erwarteten Power HF Zunahme ($p = 0,133804$) und somit zur Steigerung der parasympathischen Herzinnervation (Abbildung 121).

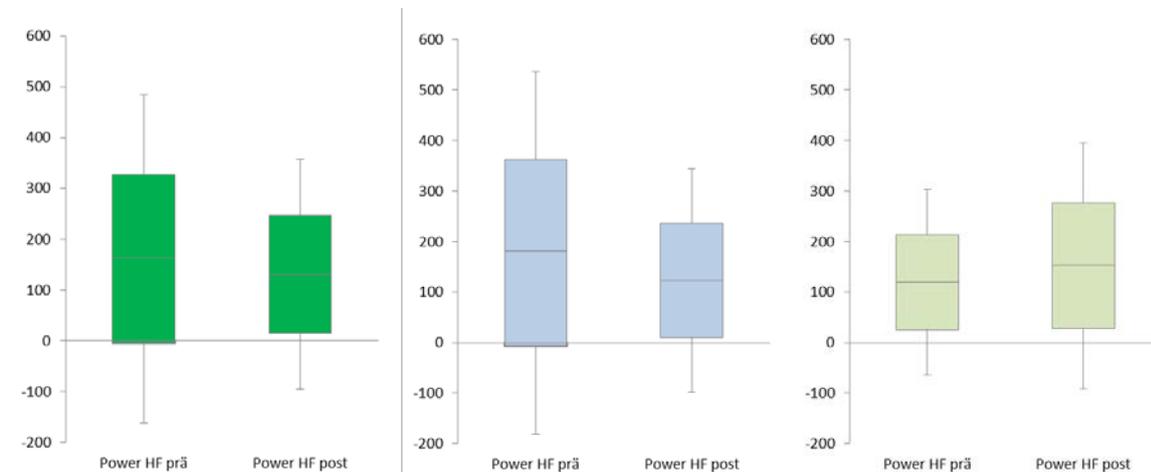


Abbildung 121: Power HF. Gesamt ($n=49$), Unternehmen A' ($n=36$), Unternehmen B' ($n=13$)

Power LF. Leistungsdichtespektrum von $> 0,04$ bis $0,15$ Hz. Die Power LF bildet sowohl sympathische, wie auch parasympathische Aktivitäten ab, bei niedriger Atemfrequenz (< 7 Atemzüge/ Minute) überwiegen die parasympathischen Einflüsse. Die Gesamtgruppe zeigt mit anfänglich $720,7106 \pm 966,499$ auf $828,1412 \pm 2236,299$ am Ende es Projektes ($p = 0,724964$) eine Steigerung der Power LF. Teilnehmer aus dem Unternehmen A' reagierten ebenfalls mit einer Zunahme der Power LF am Schluss: $761,475 \pm 1018,601$ (T1) vs. $930,618 \pm 2603,073$ (T2) mit $p = 0,682231$. Dem nun bereits bekannten Trend folgend, verhalten sich die Messergebnisse bei der Gruppe aus Unternehmen B' wieder konträr: Hier nimmt die Power LF von $607,825 \pm 831,569$ zu Beginn auf $544,360 \pm 349,412$ am Ende ($p = 0,721942$) ab (Abbildung 122).

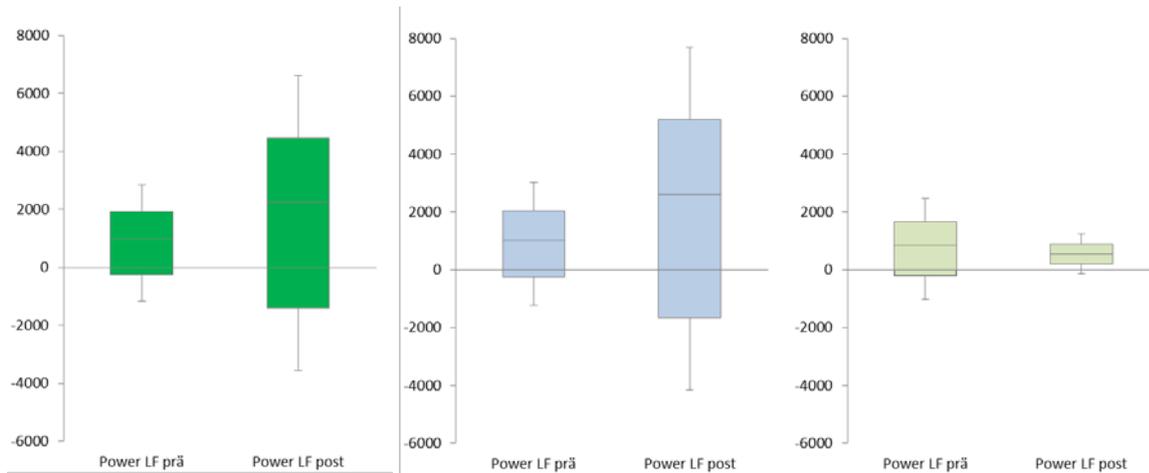


Abbildung 122: Power LF. Gesamt (n=49), Unternehmen ,A' (n=36), Unternehmen ,B' (n=13)

Total Power. Die über die verschiedenen Frequenzbänder aufsummierte Gesamtpower stellt ein Maß für den Gesamtstatus des autonom-nervösen Regulationssystems dar, wobei eine Zunahme der Gesamtpower ein Überwiegen des sympathischen Anteils anzeigt. Bei der Gesamtgruppe dieses Projektes lag die Gesamtpower zu Beginn des achtwöchigen Achtsamkeitstrainings bei $1212,344 \text{ msec}^2 \pm 1155,875$ und stieg zum Ende des Trainings auf $1451,554 \text{ msec}^2 \pm 3164,440$ mit $p = 0,585246$ an. Ebenfalls einen Anstieg der Total Power und somit ein Überwiegen der sympathischen Aktivität fand sich im Unternehmen ,A': $1240,603 \text{ msec}^2 \pm 1188,766$ (T1) vs. $1570,692 \text{ msec}^2 \pm 3688,104$ (T2) ($p = 0,577396$). Unternehmen ,B' hingegen lag zum Ende hin geringgradig unter dem Ausgangswert und zeigte somit eine leichte Zunahme des parasympathischen Anteils: $1134,088 \text{ msec}^2 \pm 1101,556$ (T1) vs. $1121,636 \text{ msec}^2 \pm 40,518$ (T2) mit $p = 0,962875$ (Abbildung 123).

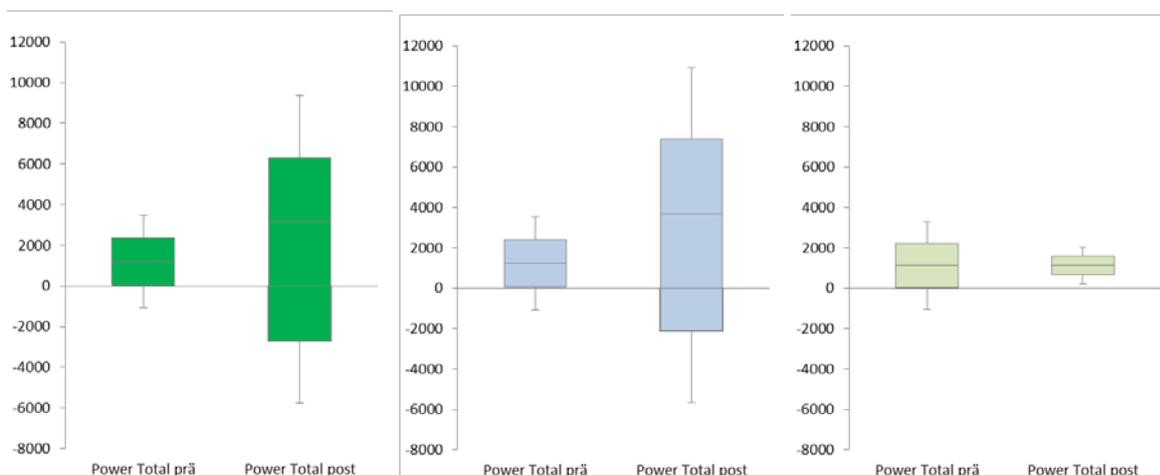


Abbildung 123: Gesamt (n=49), Unternehmen ,A' (n=36), Unternehmen ,B' (n=13)

SD1. Als Maß der Breite der Punktwolke im Pointcaré-Diagramm korreliert SD1 gut mit der parasympathischen Aktivierung des Systems. Beim Gesamtkollektiv, wie auch bei den Probanden aus dem Unternehmen ‚A‘ nimmt dieses Maß zum Zeitpunkt T2 ab: Gesamt: 24,81184 msec \pm 14,18556 (T1) vs. 23,73306 msec \pm 14,77876 (T2) ($p = 0,567182$) und Unternehmen ‚A‘: 26,3831 msec \pm 15,2284 (T1) vs. 23,5472 msec \pm 16,3400 (T2) ($p = 0,247421$). In Unternehmen ‚B‘ zeigt sich auch bei SD1 die Zunahme der parasympathischen Aktivität zum Ende des Achtsamkeitstrainings, sogar mit einer beinahe statistischen Signifikanz von $p = 0,056523$: 20,461 msec \pm 10,031 vs. 24,248 msec \pm 9,722 (T2) (Abbildung 124).

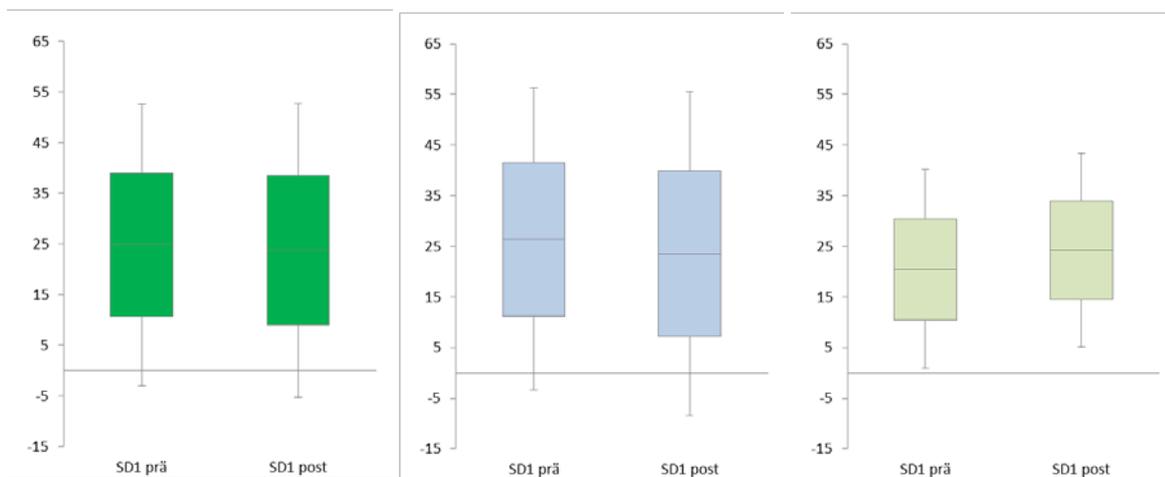


Abbildung 124: SD1. Gesamt ($n=49$), Unternehmen ‚A‘ ($n=36$), Unternehmen ‚B‘ ($n=13$)

SD2. Als Maß der Länge der Punktwolke im Pointcaré-Diagramm beinhaltet SD2 sowohl parasympathische, wie sympathische Aktivierungsanteile des Systems. Eine Zunahme des SD2-Wertes im Verlauf deutet somit auf ein Überwiegen der sympathischen Anteile hin. Zunahmen bei SD2 sind hier bei allen drei Kollektiven zu verzeichnen:

a) der Gesamtgruppe mit 69,47816 msec \pm 29,76884 (T1) vs. 73,26571 msec \pm 41,69086 (T2) mit $p = 0,482422$,

b) der Teilnehmer aus Unternehmen ‚A‘ mit 69,9164 msec \pm 28,8011 (T1) vs. 73,7668 msec \pm 48,0668 (T2) mit $p = 0,581191$ und

c) die Probanden aus Unternehmen ‚B‘ mit 68,265 msec \pm 33,514 (T1) vs. 71,881 msec \pm 14,525 mit $p = 0,601929$ (Abbildung 125).

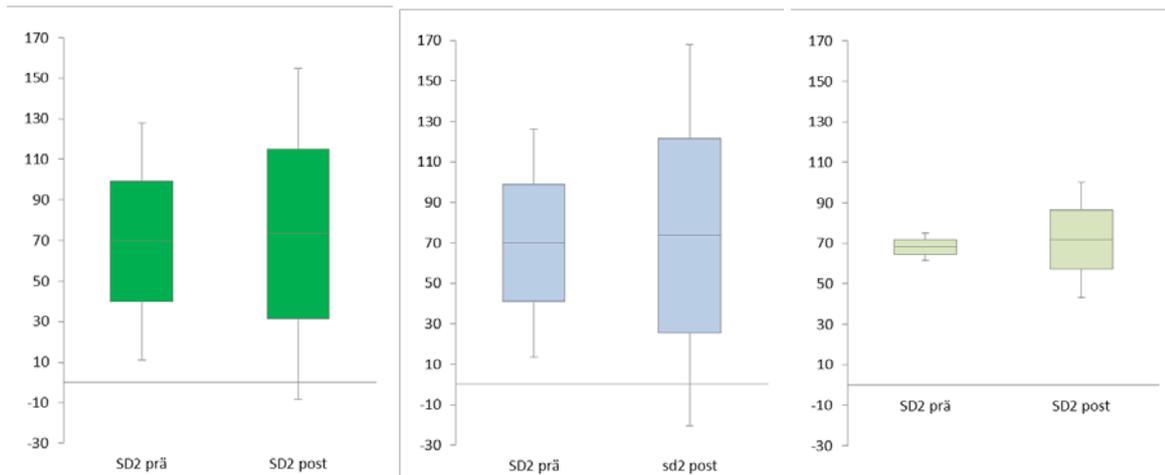


Abbildung 125: SD2. Gesamt (n=49), Unternehmen ,A' (n=36), Unternehmen ,B' (n=13)

SD2/SD1. Das Verhältnis SD2 zu SD1 spiegelt das Verhältnis von sympathischer zu parasympathischer Aktivität wieder. Je kleiner der Wert, desto höher der parasympathische Anteil an der Aktivität. Folgende Ergebnisse konnten für den SD2/SD1 Quotienten ermittelt werden: Eine Zunahme des SD2/SD1 Quotienten und somit eine Steigerung der sympathischen Aktivität war in der Gesamtgruppe mit $3,133714 \pm 1,024551$ (T1) vs. $3,366122 \pm 1,019840$ (T2) mit $p = 0,089929$ und in der Gruppe aus Unternehmen ,A' mit $2,9686 \pm 0,8765$ (T1) vs. $3,3931 \pm 1,0235$ (T2) mit $p = 0,002180$ sogar hochsignifikant (!) zu verzeichnen. Wo hingegen die Teilnehmer aus Unternehmen ,B' mit $3,674 \pm 1,250$ (T1) vs. $3,292 \pm 1,047$ (T2) mit $p = 0,113185$ eine Steigerung der parasympathischen Aktivität nach dem achtwöchigen Achtsamkeitstraining beobachten ließen (Abbildung 126).

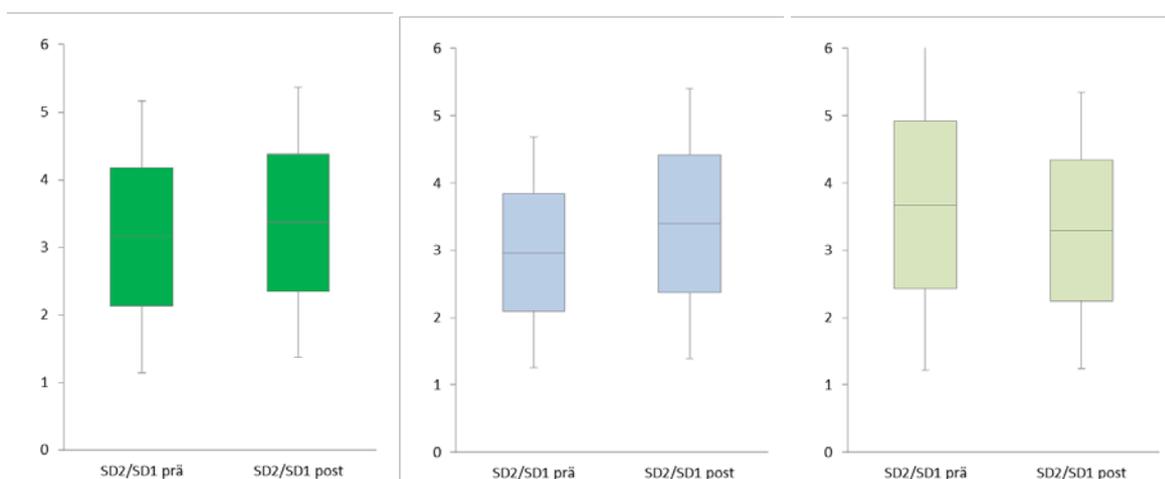


Abbildung 126: SD2/SD1. Gesamt (n=49), Unternehmen ,A' (n=36), Unternehmen ,B' (n=13)

SDNN. Standardabweichung aller R-R-Intervalle der Messung und ein Maß für die Gesamtvariabilität. Bei allen drei Kollektiven, Gesamt, Unternehmen ‚A‘ und Unternehmen ‚B‘ steigt nach dem achtwöchigen Achtsamkeitsprojekt die SDNN und somit auch die Gesamtvariabilität der Herzfrequenz: a) Gesamt: 52,35714 msec \pm 22,87734 (T1) vs. 54,60898 msec \pm 31,00458 (T2) mit $p = 0,571668$, b) Unternehmen ‚A‘: 53,0350 msec \pm 22,5731 (T1) vs. 54,8942 msec \pm 35,6753 (T2) mit $p = 0,719900$ und c) Unternehmen ‚B‘: 50,480 msec \pm 24,538 (T1) vs. 53,819 msec \pm 11,494 (T2) mit $p = 0,489619$ (Abbildung 127).

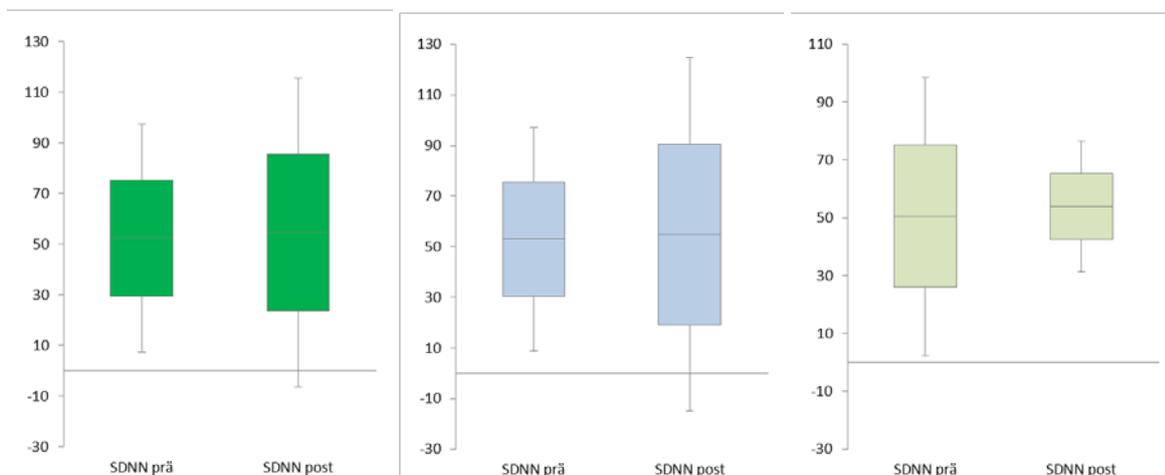


Abbildung 127: SDNN. Gesamt (n=49), Unternehmen ‚A‘ (n=36), Unternehmen ‚B‘ (n=13)

Stressindex. Der Stressindex stellt eine mathematische Beschreibung des Histogramms dar und reagiert sensitiv auf Verschiebungen des vegetativen Gleichgewichts zwischen Sympathikus und Parasympathikus (ein niedriger Stressindex deutet auf eine hohe Parasympathikus-Aktivität und eine gute Regulationsfähigkeit des Systems hin). Im Gesamtkollektiv nahm der Stressindex von 148,8427 Pkt. \pm 131,2729 zu Beginn des Trainings auf 164,2663 Pkt. \pm 217,9112 mit $p = 0,613515$ am Ende zu. Eine Stressindexzunahme fand sich auch bei den Teilnehmern des Unternehmens ‚A‘: 131,7672 Pkt. \pm 90,6132 (T1) vs. 162,9828 Pkt. \pm 148,3641 (T2) mit $p = 0,096721$. Eine deutliche, wenn auch nicht signifikante Stressindexabnahme zeigte sich bei den Probanden des Unternehmens ‚B‘: der Index sank von 254,264 Pkt. \pm 392,492 am Anfang des Achtsamkeitsprojektes auf 109,685 Pkt. \pm 49,679 am Ende ($p = 0,159325$). Eine deutliche Erhöhung der Parasympathikus-Aktivität und Verbesserung der Regulationsfähigkeit nach acht Wochen Achtsamkeitstraining (Abbildung 128).

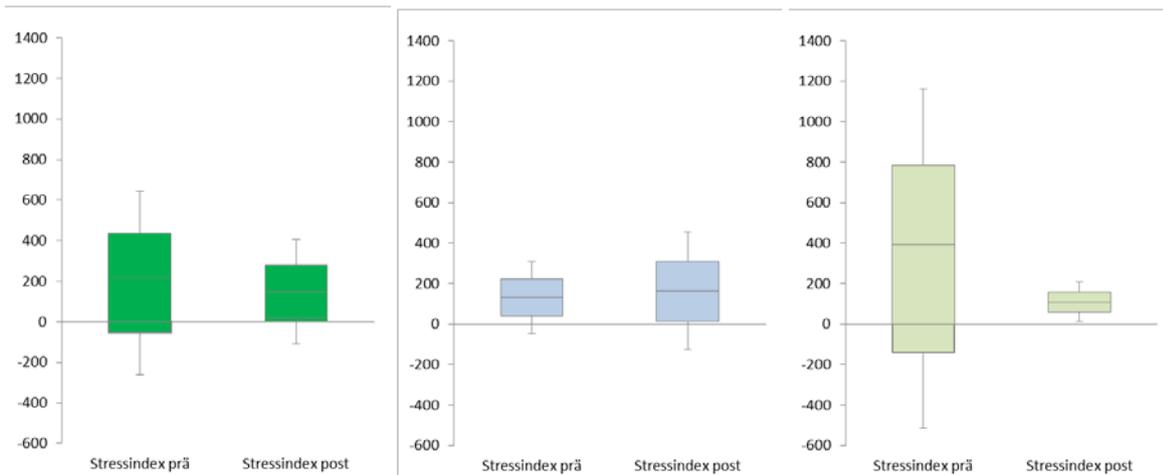


Abbildung 128: Gesamt (n=49), Unternehmen ‚A‘ (n=36), Unternehmen ‚B‘ (n=13)

5.1.3.1.3. HRV-BIOFEEDBACK (DER „QIU®“)

Der Qiu®, als HRV-Biofeedback-Trainingsgerät entwickelt, eignet sich gut, die parasympathische Herz-Hirn-Achse gezielt im Verlauf der achtwöchigen Achtsamkeitsübungen zu trainieren. Der biologische Parameter, der dabei gemessen wird, ist die respiratorische Sinusarrhythmie (RSA). Die Messung erfolgt über einen integrierten optischen Pulssensor in der Handfläche oder an einem Finger. Die gemessene respiratorische Sinusarrhythmie wird - in Echtzeit – als farbkodiertes Biofeedback in der oberen Kugelhälfte wiedergegeben.

Alle Teilnehmer wurden gleichermaßen mit dem Qiu® während des Projektes ausgestattet und in die korrekte Handhabung durch den ärztlichen Studienleiter zu Beginn eingewiesen.

Wie die Tabelle 19 jedoch zeigt, unterschied sich die Compliance bei den Teilnehmern der beteiligten zwei Unternehmen erheblich: Probanden des Unternehmens ‚A‘ schnitten hoch signifikant schlechter ab als die Probanden der Firma ‚B‘.

	Mittelwert ,A'	Mittelwert ,B'	t-Wert	FG	p
,A' vs. ,B'	3,608696	20,75000	-3,51215	60	0,000851

Tabelle 19: Qiu®: Compliance Unternehmen ,A' vs. Unternehmen ,B'

Projektteilnehmer des Unternehmens ,B', welche den Qiu® entsprechend den Empfehlungen der Studienleitung während der achtwöchigen Achtsamkeitsphase regelmäßig als Biofeedback-Tool nutzten, konnten nachweislich signifikant bessere HRV-Werte bereits im Verlauf der Modulphase vorweisen (Abbildung 129).

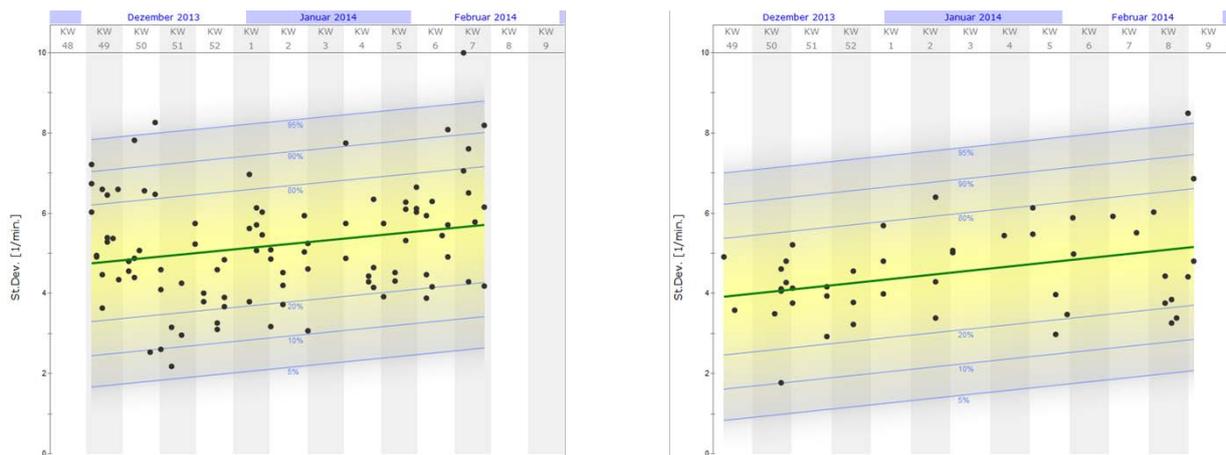


Abbildung 129: Qiu®-beispielhafter Verlauf während des achtwöchigen Achtsamkeitstrainings bei Unternehmen ,B' (TN-Nrn. KMB19, AEF18)

5.1.3.1.4. HERZRATENVARIABILITÄT – ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE

Die Herzratenvariabilität gibt Aufschluss über die Funktionsweise des autonom-nervösen Regulationssystems. Im Rahmen dieser Untersuchung wurden zwei Messverfahren angewandt: Die RSA-Messung und die Kurzzeit-HRV-Messung.

Die RSA-Messung dient zur Prüfung der maximalen Regulationsfähigkeit des neurovegetativen Systems, vergleichbar mit dem Bremstest bei Kraftfahrzeugen. Für die drei dabei darstellbaren Qualitäten ‚Flexibilität‘, ‚Tonus‘ und ‚Dynamik‘ ergaben sich zusammenfassend folgende Ergebnisse:

Flexibilität, d. h. die Anpassungsfähigkeit des Herz-Kreislauf-Systems. Alle Teilnehmer zeigten am Ende des achtwöchigen Achtsamkeitstrainings eine Verbesserung ihrer kardio-vaskulären Anpassung, besonders deutlich ließ sich diese Verbesserung bei Probanden des Unternehmens ‚B‘ nachweisen.

Tonus, d. h. die Fähigkeit des Organismus zur Ruhe zu kommen. Auch diese Qualität wurde von der Gesamtheit der Untersuchten zum Studienende besser beherrscht, wiederum am ausgeprägtesten bei Teilnehmern des Unternehmens ‚B‘, hierbei bei dem Parameter ‚Herzfrequenz‘ sogar hochsignifikant.

Dynamik, d. h. die Geschwindigkeit des Organismus zur Ruhe zu kommen. Bei der Dynamik, also der Geschwindigkeit des neuro-vegetativen „Bremstests“ zeigte eine Divergenz in den Ergebnissen der beiden teilnehmenden Unternehmen: Während sich die Qualität ‚Dynamik‘ zum Zeitpunkt T2 bei den Teilnehmern des Unternehmens ‚A‘ leicht verschlechterte, verbesserten sich die Probanden der Firma ‚B‘ sogar hochsignifikant.

Die Kurzzeit-HRV-Messung, das zweite bei Studie angewandte Testverfahren, gibt eine qualitative Aussage über den aktuellen Zustand des Autonomen Nervensystems wieder. Neben den Qualitäten ‚Flexibilität‘ und ‚Tonus‘ wird bei der Kurzzeit-HRV-Messung auch den jeweilige Anteil der parasympathischen bzw. der sympathischen und parasympathischen Aktivierung im Organismus dargestellt (Qualitäten ‚Dynamik I‘ und ‚Dynamik II‘).

Flexibilität. Die Anpassungsfähigkeit des Herz-Kreislaufsystems wurde bei der Kurzzeit-HRV-Messung über die Standardabweichung aller R-R-Intervalle (SDNN) ermittelt. Alle Studienteilnehmer zeigten eine Verbesserung in der Gesamtvariabilität der Herzschläge.

Tonus. Entgegen dem Ergebnis der Qualität ‚Tonus‘ bei der RSA-Messung, bestätigte sich nur bei den Probanden des Unternehmens ‚B‘ am Ende der achtwöchigen Trainingsphase eine (wiederum hochsignifikante) Verbesserung der Fähigkeit des Organismus zur Ruhe zu kommen, Teilnehmer der Firma ‚A‘ verschlechterten sich (hochsignifikant!) in den 5 Minuten Kurzzeit-HRV-Messung im Vergleich zum Zeitpunkt T1.

Dynamik. Unter der Qualität ‚Dynamik‘ wird bei der Kurzzeit-HRV-Messung die Aktivität des autonom-nervösen Regulationssystems subsummiert. Dabei zeigt ‚Dynamik I‘ die reine parasympathische Aktivität an und ‚Dynamik II‘ sowohl den sympathischen, wie auch parasympathischen Anteil.

Dynamik I. Die parasympathische (oder auch vagale) Herzinnervation ließ sich im Verlauf der Untersuchung nur bei den Teilnehmern des Unternehmens ‚B‘ verbessern (mit einer beinahe statistischen Signifikanz), bei Probanden der Firma ‚A‘ zeigte sich hingegen eine Abnahme der parasympathischen Aktivität zum Zeitpunkt T2.

Dynamik II. Auch die Ergebnisse des Messparameters ‚SD2‘ zeigen die Zunahme von sympathischer Aktivität bei Unternehmen ‚A‘ und Abnahme sympathischer Aktivität (und damit gleichzeitig Zunahme des parasympathischen Anteils) bei den Teilnehmern von Firma ‚B‘.

Auch die Messung des sog. ‚Stressindex‘ bestätigt das gewonnene Ergebnis: Während bei Firma ‚A‘ durch Dominanz des sympathischen Anteils der Stressindex zum Ende des achtwöchigen Trainings eher zunimmt, kommt es bei den Probanden des Unternehmens ‚B‘ zu einer deutlichen Abnahme eben dieses Indexes nach den acht Wochen, auf Grund einer messbaren Erhöhung der vagalen oder auch parasympathischen Aktivität und damit zu einer deutlichen Verbesserung der Regulationsfähigkeit.

Allen Teilnehmern wurde zusätzlich zur Verlaufskontrolle der parasympathischen Herz-Hirn-Achse während der achtwöchigen Achtsamkeitsübungen ein spezielles HRV-Biofeedback-Trainingsgerät, der sog. Qiu® zur Verfügung gestellt. Leider wurde der Qiu® vornehmlich von Teilnehmern des Unternehmens ‚B‘ regelmäßig zum Achtsamkeits-Selbsttraining mit eingesetzt, so dass nur vereinzelte HRV-Verlaufsergebnisse am Ende des Untersuchungsintervalls vorlagen. Allerdings konnten die Studienteilnehmer, die den Qiu® entsprechend den Empfehlungen der Studienleitung während der achtwöchigen Achtsamkeitsphase regelmäßig als Biofeedback-Tool nutzten, nachweislich signifikant bessere HRV-Werte bereits im Verlauf der Modulphase vorweisen.

5.1.3.2. STRESS-BIOMARKER

Stress, egal ob psychosozialer oder physischer Stress, aktiviert im menschlichen Organismus komplexe autonome und neuroendokrine Systeme. Zwei der bedeutendsten Systeme sind die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA) und das Sympatho-Adreno-Medulläre System (SAM).

Die Aktivität beider Stresssysteme kann durch Methoden und Parameter überprüft werden, die ohne großen Aufwand im Arbeitsalltag einsetzbar sind (Soo-Quee Koh & Choon-Huat Koh, 2007).

5.1.3.2.1. HYPOTHALAMUS-HYPOPHYSEN-NEBENNIERENRINDEN-ACHSE (HHNA)

Die Bestimmung von Cortisol in Speichel (*saliva*) hat sich zu einer beliebten Methode zur Messung der Aktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA) in der Forschung entwickelt.

Tabelle 20 gibt die ermittelten Speichel-Cortisolwerte direkt „nach dem Aufstehen“, „eine halbe Stunde nach dem Aufstehen“, „eine Stunde nach dem Aufstehen“, sowie um „22 Uhr“ vor (T1) und nach (T2) dem achtwöchigen Achtsamkeitstraining bei den Probanden wieder.

Die zugrundeliegenden Normalwerte wurden Studien, die Brandstädter et al. (1991), sowie Hucklebridge et al. (1998) durchgeführt haben, entnommen und betragen für die definierten Messzeitpunkte: „nach dem Aufstehen“ 3,2 - 13,6 nmol/l, „eine halbe Stunde nach dem Aufstehen“ 8,3 - 25,7 nmol/l, „eine Stunde nach dem Aufstehen“ 7,8 - 23,4 nmol/l und um „22 Uhr“ 1,0 - 4,0 nmol/l.

	T 1	T 2	Normalwert
nach dem Aufstehen	18,56	20,84	3,2 - 13,6
<i>Toleranz ±</i>	18,53	10,24	
plus 1/2 Std	22,49	22,22	8,3 - 25,7
<i>Toleranz ±</i>	10,08	11,07	
plus 1 Std	17,62	17,20	7,8 - 23,4
<i>Toleranz ±</i>	7,98	8,45	
22 Uhr	4,46	2,87	1,0 - 4,0
<i>Toleranz ±</i>	4,98	3,38	

Tabelle 20: Cortisol in Speichel im diesem Projekt zugrundeliegenden Tagesprofil zu den Zeitpunkten T1 und T2 (alle Werte in [nmol/l]), (n=49)

Auffällig sind die gegenüber den Normalwerten deutlich erhöhten Cortisolwerte direkt nach dem Aufstehen mit $18,56 \pm 18,53$ nmol/l zum Zeitpunkt T1 und einer nochmaligen Steigerung im Mittel nach den achtwöchigen Achtsamkeitsmodulen bei T2 mit $20,84 \pm 10,24$ nmol/l (Normalbereich: 3,2 – 13,6 nmol/l). Eine halbe Stunde nach der ersten Probennahme befinden sich dann die gemessenen Cortisolspiegel mit $22,49 \pm 10,08$ nmol/l (T1) bzw. $22,22 \pm 11,07$ nmol/l (T2) wieder im Normalbereich (8,3 – 25,7 nmol/l), allerdings im oberen Drittel. Auch der 1-Stunden-Cortisolwert liegt bei beiden Messzeitpunkten T1 ($17,62 \pm 7,98$ nmol/l) und T2 ($17,20 \pm 8,45$ nmol/l) weitestgehend deckungsgleich im Normalprofil (7,8 – 23,4 nmol/l). Der Spätwert um 22 Uhr war zum Zeitpunkt T1 im Mittel bei $4,46 \pm 4,98$ nmol/l und nach den Achtsamkeitsmodulen (T2) im Mittel bei $2,87 \pm 3,38$ nmol/l (Normalwerte 1,0 – 4,0 nmol/l). Die Messwerte und deren Normalbereich sind in Tabelle 22 zusammengefasst wiedergegeben, das Tages- (Verlaufs-) Profil ist grafisch in Abbildung 130 dargestellt (T1 in rot, T2 in grün, grau: Normalbereich).

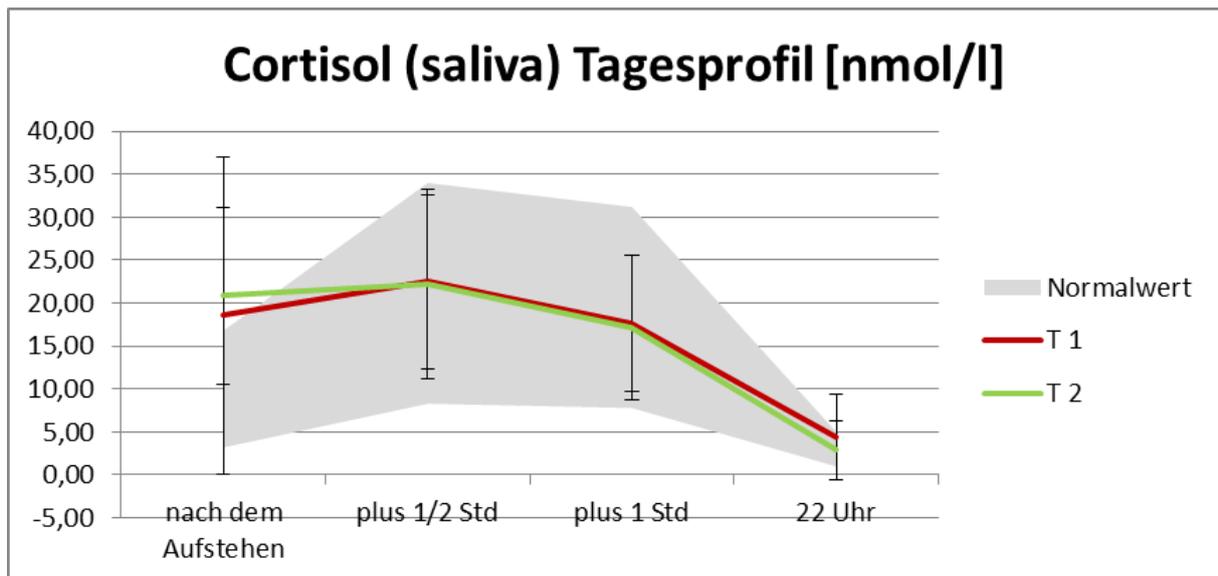


Abbildung 130: Tagesverlaufprofil Speichel-Cortisol vor (T1) und nach (T2) dem achtwöchigen Achtsamkeitstraining (n=49)

5.1.3.2.2. SYMPATHO-ADRENO-MEDULLÄRES SYSTEM (SAM)

Das Sympatho-Adreno-Medulläre System (SAM) kennzeichnet das zweite stress-responsive System des menschlichen Organismus. Die Übertragung/ Übermittlung erfolgt zum einen Catecholamin-gesteuert und zum anderen mittels elektrophysiologischer Prozesse.

Die elektrophysiologische Erfassung von Veränderungen der Herzaktivität (Herzratenvariabilität (HRV)) ist dabei am weitesten verbreitete, nicht-invasive Untersuchungsmethode und wurde auch im Rahmen dieses Projektes in Form von zwei Messmethoden, der sog. RSA-Messung und der Kurzzeit-HRV-Messung, zu Beginn und am Ende des Modulblockes eingesetzt. Zusätzlich konnte auch während der achtwöchigen Trainingsphase mittels des HRV-Biofeedback-Gerätes „QIU®“ die Herzratenvariabilität bei den Probanden aufgezeichnet werden.

Die Ergebnisse der Herzratenvariabilitätsmessungen sind bereits an anderer Stelle dieser Arbeit dargestellt (siehe Kapitel „Herzratenvariabilität (HRV)“).

Neben der Messung der Herzratenvariabilität kann die Aktivität der Alpha-Amylase im Speichel als sensibler Nicht-invasiver Biomarker für stressbedingte Veränderungen im Körper benutzt werden, die die Aktivität des

sympathischen Nervensystems widerspiegeln (Rai et al., 2012). Des Weiteren zeigt Speichelamylase eine stärkere und schnellere Reaktion auf Stressoren als Speichel-Cortisol und der fehlende „Carry-Over Effekt“ der Amylase nach Stress im Vergleich zu Kortisol, weist daraufhin, dass durch die Bestimmung der Amylase eine genauere Messung der Stressreaktion möglich ist (Takai et al., 2012).

In der vorliegenden Studie wurde die Alpha-Amylase im Speichel am Anfang (T1) und am Ende der achtwöchigen Übungseinheit mit den Achtsamkeitsmodulen gemessen. Wie Abbildung 131 zeigt, lag der Wert von Amyloid A zum Zeitpunkt T1 mit $11,44 \pm 34,40$ mg/l außerhalb der oberen Norm ($< 10,00$ mg/l). Nach Abschluss des Achtsamkeitstrainings (T2) reduzierte sich die gemessene Alpha-Amylase um fast zwei Drittel auf $4,81 \pm 7,37$ mg/l in den mittleren Normbereich.

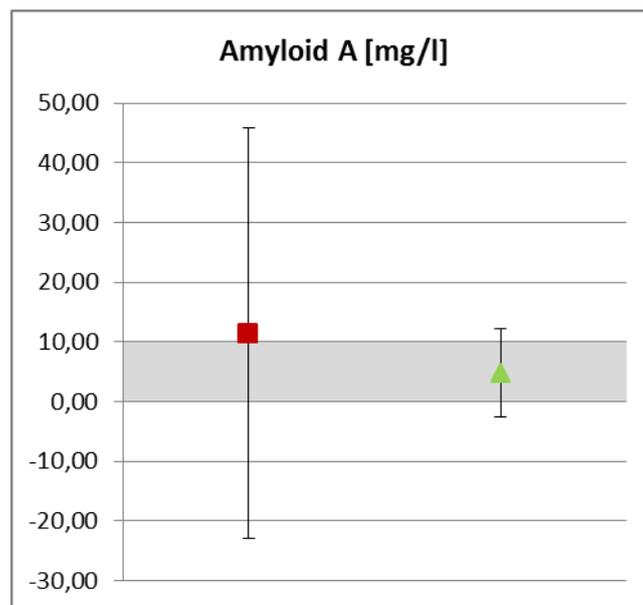


Abbildung 131: Alpha-Amylase im Speichel zu Beginn (T1 in rot) und am Ende (T2 in grün) des Achtsamkeitsprojektes (grau: Normbereich), (n=49)

5.1.3.2.3. DER CHOLINERGE ANTI-INFLAMMATORISCHE REFLEX/ IMMUNSTATUS

Der Parasympathikus (im Sinne vagaler efferenter Inhibition) verhindert die Produktion von pro-inflammatorischen Zytokinen durch aktivierte Monozyten und Makrophagen und vermindert dadurch lokale und systemische Entzündungsprozesse im Sinne eines cholinergen anti-inflammatorischen Reflexes (Tracey, 2002).

Eine verminderte Konzentration an sekretorischem IgA im oberen Respirationstrakt kann zu einer erhöhten Sensibilität für Infektionen in diesem Bereich führen (Ahl & Reinholt, 1991).

Die morgendlichen Messungen, direkt nach dem Aufstehen, von sekretorischem IgA im Speichel (*saliva*) ergaben für die Probandengruppe im Rahmen des Achtsamkeitsprojektes sowohl zu Beginn der Studie (T1 mit $548,44 \pm 307,92 \mu\text{g/ml}$), wie auch zu deren Ende (T2 mit $537,66 \pm 303,90 \mu\text{g/ml}$) hochnormal bis erhöhte Werte (Normalbereich $102 - 471 \mu\text{g/ml}$), und damit keinerlei Anzeichen für eine erhöhte Infektdisposition (Abbildung 132).

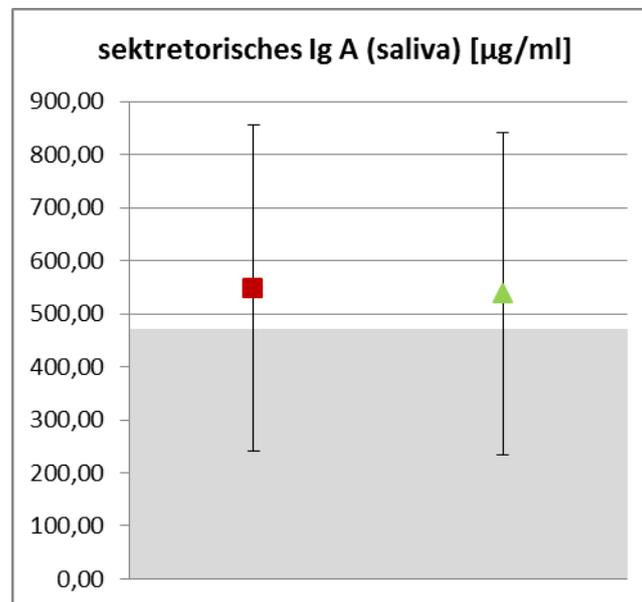


Abbildung 132: Sekretorisches IgA in Speichel, Probennahme direkt morgens nach dem Aufstehen zu den Zeitpunkten T1 (rot) und T2 (grün) (grau. Normalbereich), (n=49)

Auch die Messungen des hochsensitiven C-reaktiven Proteins (hs-CRP), eines weiteren hochsensiblen Entzündungsmarkers im menschlichen Organismus zeigten im Mittel keinerlei Auffälligkeiten in der Probandengruppe mit $3,63 \pm 3,0$ mg/dl zu Beginn der Studie (T1) vs. $2,2 \pm 5,0$ mg/dl am Ende (T2) bei einem definierten Normalbereich von < 5 mg/dl (Abbildung 133).

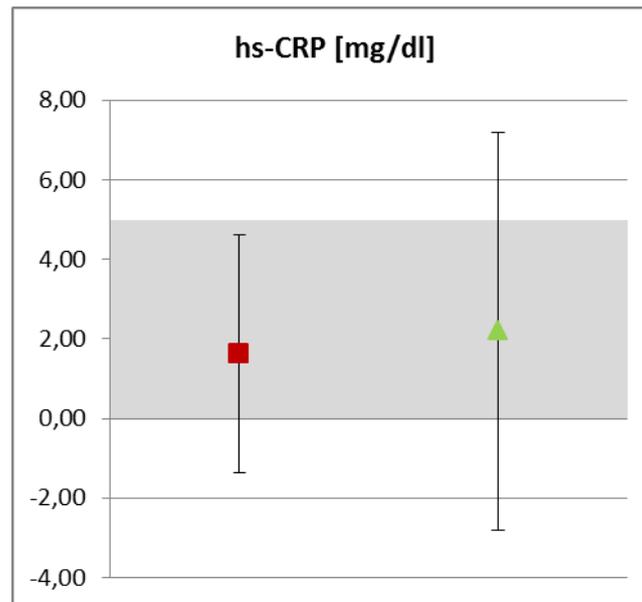


Abbildung 133: Hochsensitives C-reaktives Protein im Serum vor (T1 in rot) und nach (T2 in grün) dem achtwöchigen Achtsamkeitstraining (grau: Normalbereich), (n=49)

5.1.3.2.4. STRESS-BIOMARKER – ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE

Die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA) und das Sympatho-Adreno-Medulläre-System (SAM) sind die zwei bedeutendsten Stresssysteme. Die beiden Biomarker ‚Cortisol‘ und ‚Alpha-Amylase‘ werden in der Forschung als repräsentative Stress-Biomarker eingesetzt und sind als Speicheltestkit ohne großen Aufwand und praktikabel im Arbeitsalltag einsetzbar.

Die Cortisol-Konzentration, Marker für die *Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA)*, unterliegt einem circadianen Rhythmus mit einem Peak ca. 30 Minuten nach Aufwachen, gefolgt von einem

kontinuierlichen Kortisol-Abfall und den niedrigsten Werten gegen 22 Uhr am Abend (Yehuda et al., 2003). In dieser Untersuchung waren diese beiden Bereiche (morgendlicher Peak und niedrigster Wert um 22 Uhr) im Focus des Interesses.

Auffällig waren die bereits über Normal erhöhten morgendlichen Cortisol-Spiegel direkt nach dem Aufstehen zu Beginn des Trainings und deren noch weitere Steigerung zum Ende der Achtsamkeitsmodule. Die beteiligten Probanden hatten also insgesamt bereits zu Beginn des Projektes eine erhöhte Aktivierungsbereitschaft des Körpers vorzuweisen, diese wurde durch das achtwöchige Training allerdings nochmals erhöht, was bedeutet, dass die adaptive Fähigkeit des Körpers mit den hohen Anforderungen des Alltags fertig zu werden, um ein weiteres optimiert wurde. Bei der 22 Uhr-Messung war das Cortisol im Speichel zum Zeitpunkt T1 ebenfalls über Normal erhöht, was bei den Probanden für eine fehlende Erholungsfähigkeit des Organismus und damit für ein Anzeichen einer bereits chronischen Stressreaktion spricht. Die zweite Messung zum Ende des Projekts brachte eine deutliche Absenkung des Cortisolwertes um 22 Uhr in den mittleren Normalbereich. Dies wiederum zeigt, dass bereits eine achtwöchige Intervention mit Achtsamkeitsmethoden eine Reversion dieser (chronischen) Stressreaktion biochemisch messbar möglich machen kann.

Das *Sympatho-Adreno-Medulläre System (SAM)* kennzeichnet das zweite stress-responsive System des menschlichen Organismus. Neben der Messung der Herzratenvariabilität, deren Ergebnisse bereits an anderer Stelle beschrieben worden sind, ist die Aktivität der Alpha-Amylase im Speichel ein zweiter sensibler Nicht-invasiver Biomarker für stressbedingte Veränderungen im Körper, die über das SAM-System vermittelt werden. Zu Beginn der Untersuchung lag der Amyloid A-Wert außerhalb der oberen Norm, nach Abschluss des Achtsamkeitstrainings reduzierte sich die gemessene Alpha-Amylase um fast zwei Drittel in den mittleren Normbereich. Auch hier bestätigt die biochemische Messung die Reversion der zu Beginn der Untersuchung festgestellten chronischen Stressreaktion bei den teilnehmenden Probanden.

Neben seiner Haupteinflussnahme auf die Stresssysteme des menschlichen Organismus wirkt das autonome Nervensystem über den *cholinergen Anti-inflammatorischen Reflex* auch direkt auf das Immunsystem ein. Hier bieten sich Angriffspunkte für psychotherapeutische Interventionen, wie z. B. Achtsamkeit basierte Interventionen, die eine Verminderung von sympathischen und Stärkung von parasympathischen Tonus zum Ziel haben (Weber, 2010). Der Erfolg einer solchen Intervention kann dann durch Messung von Marker für den Immunstatus, wie das sekretorische Immunglobulin A (IgA) oder wie das pro-inflammatorische Zytokin hs-CRP (=

hochsensitives C-reaktives Protein) kontrolliert werden. Die morgendlichen Messungen, direkt nach dem Aufstehen, von sekretorischem IgA im Speichel ergaben für die Probandengruppe im Rahmen des Achtsamkeitsprojektes sowohl zu Beginn der Studie, wie auch zu deren Ende hochnormal bis erhöhte Werte, und damit keinerlei Anzeichen für eine erhöhte Infektdisposition. Auch die Messungen des hochsensitiven C-reaktiven Proteins (hs-CRP), eines weiteren hochsensiblen Entzündungsmarkers im menschlichen Organismus zeigten im Mittel keinerlei Auffälligkeiten in der Probandengruppe.

5.1.4. TELOMERE

Telomere, kappenförmige DNA-Sequenzen an den Chromosomenenden, stellen zum einen die replikative Lebensspanne dar, zeigen aber auch das (Lebens-)Limit unserer normalen Körperzellen auf (Brümmendorf und Balabanov, 2006). Telomerveränderungen gehören als eine zu den neun „Hallmarks of Aging“ (Lopez et al., 2013). Nachdem aber, wie neuere Studien gezeigt haben (Ornish et al., 2013), es nicht nur Faktoren und Prozesse gibt, welche die Telomerenlänge negativ beeinflussen und zu einer Verkürzung der Schutzkappen führen (z. B. biologische Alterung, psychischer Stress), sondern vielmehr einen positiv-protektiven Effekt auf die Telomeraseaktivität ausüben können, ist die Untersuchung der Telomerenlänge respektive deren Veränderung ein interessanter Forschungsansatz im Rahmen dieses Projektes geworden.

Im Rahmen des Evaluationsprogramms nahmen schließlich 41 Teilnehmer die Möglichkeit wahr, die individuelle Telomerenlänge vor (T1) und nach (T2) dem achtwöchigen Achtsamkeitstraining im Blut bestimmen zu lassen. Je nach Messparameter waren zwischen 38 und 40 Proben für die Gruppenauswertungen verwertbar.

Die folgende Abbildung 134 zeigt die tatsächlich gemessenen Telomerlängen in [kb] zum jeweiligen Zeitpunkt T1 bzw. T2 (T1 war vor, T2 nach der achtwöchigen Achtsamkeitsintervention), sowie deren individuelle Längenveränderung im zeitlichen Verlauf (jeweils im Lymphozyten bzw. im Granulozyten gemessen).

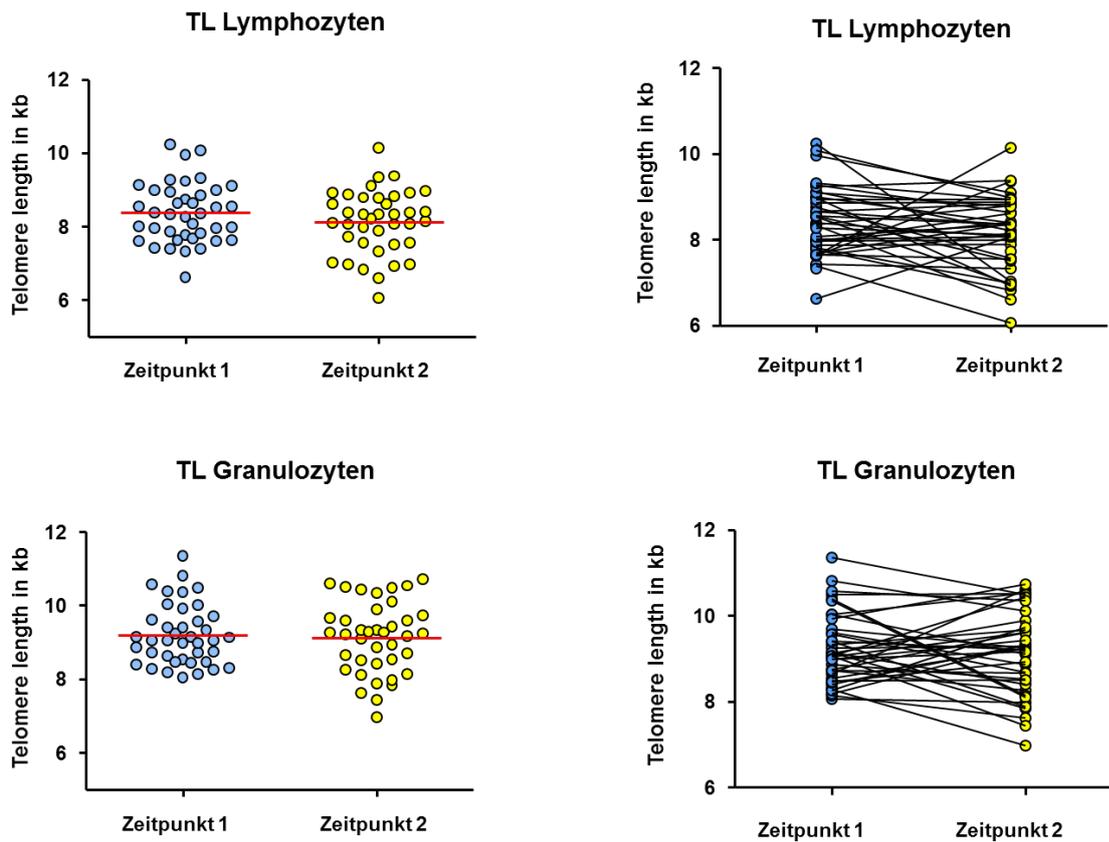


Abbildung 134: Telomerlängen in [kb] in Lymphozyten und Granulozyten jeweils zum Zeitpunkt T1 und T2 (aus Brümmendorf, 2014)

Die linken Diagramme zeigen die Studienpopulation zu den einzelnen Zeitpunkten als Gesamtkohorte in der Normalverteilung (Medianwert = rote Linie) im graphischen Bild. Die Tabelle 21 gibt diese Verteilung auch nochmals in den tatsächlichen Zahlenwerten wieder: Lymphozyten im Mittel $8,367 \text{ kb} \pm 0,8087$ (T1) vs. $8,126 \text{ kb} \pm 0,8644$ (T2) und Granulozyten im Mittel bei T1 $9,199 \text{ kb} \pm 0,8186$ vs. zum Zeitpunkt T2 $9,119 \text{ kb} \pm 0,9661$.

Im rechten Teil der Abbildung 134 wird die individuelle Telomerlängenveränderung im Interventionszeitraum der einzelnen Probanden dargestellt. Klar ersichtlich ist hierbei, dass es nur bei ein paar wenigen zu messbaren Veränderungen im zeitlichen Verlauf nach der Intervention gekommen ist. Das Gros der Proben zeigte weitgehend unveränderte Werte.

	Lympho (T1)	Granulo (T1)	Lympho (T2)	Granulo (T2)
Number of values	40	40	39	39
Minimum	6,620	8,050	6,050	6,960
25% Percentile	7,703	8,488	7,550	8,410
Median	8,340	9,060	8,210	9,240
75% Percentile	8,970	9,678	8,790	9,720
Maximum	10,24	11,35	10,13	10,72
10% Percentile	7,402	8,263	6,920	7,830
90% Percentile	9,315	10,48	9,090	10,51
Mean	8,367	9,199	8,126	9,119
Std. Deviation	0,8087	0,8186	0,8644	0,9661
Std. Error	0,1279	0,1294	0,1384	0,1547

Tabelle 21: *Telomerlängenverteilung in Perzentilen bei Lymphozyten und Granulozyten vor (T1) bzw. nach dem achtwöchigen Achtsamkeitstraining (aus Brümmendorf, 2014)*

Die jeweilige Telomerenlängendifferenz-Verteilung T1 zu T2 (sog. Delta Tel in [kb]) in Lymphozyten bzw. Granulozyten zeigt Abbildung 135. Als Ergebnis hieraus kann man sehen, dass es weder bei den Lymphozyten, noch bei den Granulozyten eine Veränderung durch die achtwöchige Intervention gab.

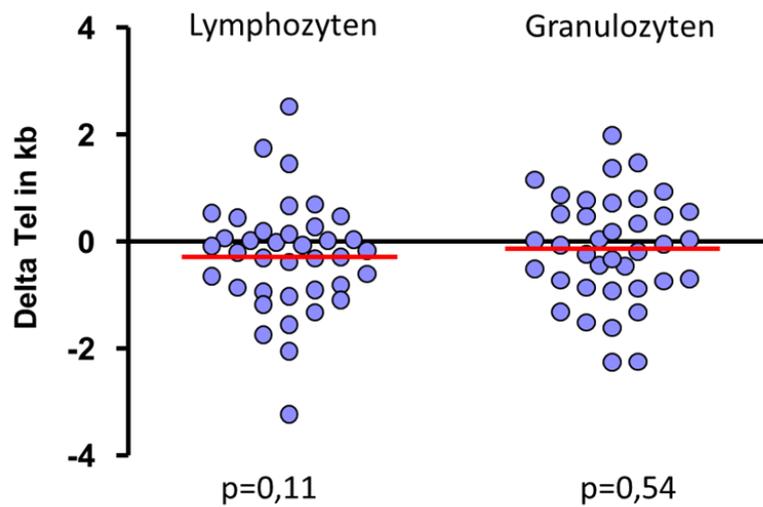


Abbildung 135: Verteilung der Telomerenlängendifferenz von Zeitpunkt T1 zu T2 (aus Brümmendorf, 2014)

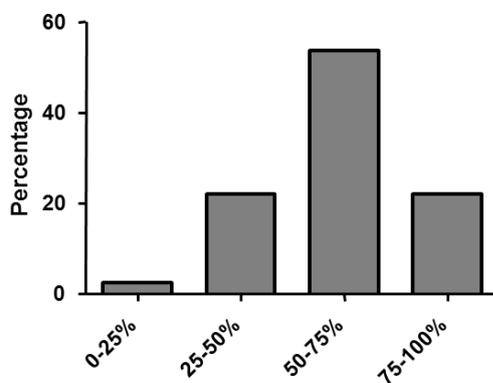
Diese Berechnung gibt damit nochmals graphisch anschaulich wieder, was in den rechten Diagrammen der Abbildung 135 sich bereits angedeutet hat: Die Probandenpopulationen bewegen sich in einem relativ engen Korridor um ± 1 Standardabweichung (siehe auch Tabelle 22).

	Delta Lympho	Delta Granulo
Number of values	38	38
Minimum	-3,230	-2,260
25% Percentile	-0,9200	-0,7700
Median	-0,1900	-0,0650
75% Percentile	0,2100	0,5900
Maximum	2,520	1,980
10% Percentile	-1,578	-1,530
90% Percentile	0,7660	1,171
Mean	-0,2824	-0,1279
Std. Deviation	1,043	0,9938
Std. Error	0,1692	0,1612

Tabelle 22: Telomerlängen-Differenzverteilung in Perzentilen bei Lymphozyten und Granulozyten von Zeitpunkt T1 zu T2 (aus Brümmendorf, 2014)

Abbildung 136 zeigt die Einordnung der gemessenen Telomerlängen (unterteilt in Lymphozyten und Granulozyten) innerhalb von 25 % Perzentilenschritten hinsichtlich 108 gesunder Kontrollen. Dabei zeigt sich, dass die an diesem Projekt teilgenommene Probandenpopulation weitestgehend der Normalverteilung gesunder Kontrollen entsprach und somit auch die Qualität der untersuchten Telomerlängen der einer gesunden Kontrollgruppe gleichzusetzen ist. Dieses Ergebnis ist für mögliche weitergehende Untersuchungen, z. B. im Sinne einer Langzeitstudie über 3 bis 5 Jahre eine notwendige Voraussetzung.

Telomerlängenverteilung in Perzentilen Lymphozyten



Telomerlängenverteilung in Perzentilen Granulozyten

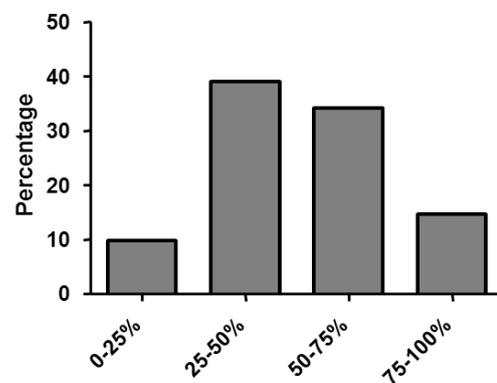


Abbildung 136: Gemessene Telomerlängenverteilung in 25 % Perzentilen (aus Brümmendorf, 2014)

5.1.4.1. TELOMERE – ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE

Telomeränderungen gehören als eine zu den neun „Hallmarks of Aging“ (Lopez et al., 2013). Nachdem neuere Studien gezeigt haben, dass es Faktoren und Prozesse gibt, die einen positiv-protektiven Effekt auf die Telomeraseaktivität und somit auf die Telomerlänge bzw. deren Veränderung haben, ist die Untersuchung der Telomerlängen ein interessanter Forschungsansatz im Rahmen dieses Projektes geworden.

Die Untersuchung der individuellen Telomerlängenveränderung im Interventionszeitraum zeigte, dass es nur bei ein paar wenigen Probanden zu messbaren Veränderungen im zeitlichen Verlauf gekommen war. Insgesamt zeigte das Gros der Proben sowohl bei den untersuchten Lymphozyten, wie auch bei den Granulozyten weitgehend unveränderte Werte nach dem achtwöchigen Achtsamkeitstraining.

Allerdings zeigte sich bei dieser Untersuchung, dass das Probenmaterial der an diesem Projekt teilgenommenen Probandenpopulation weitestgehend der Normalverteilung gesunder Kontrollen entsprach und somit auch die Qualität der untersuchten Telomerlängen der einer gesunden Kontrollgruppe gleichzusetzen ist. Dieses Ergebnis ist für mögliche weitergehende Untersuchungen, z. B. im Sinne einer Langzeitstudie über 3 bis 5 Jahre eine notwendige Voraussetzung.

5.1.5. PRÄVENTIVDIAGNOSTISCHE LABORPARAMETER

Die Untersuchung präventivdiagnostischer Laborparameter bildete einen weiteren Baustein in der Begleitdiagnostik zum achtsamkeitsbasierten Basisprojekt. Folgende präventivdiagnostische Gesundheitsbereiche sollten im Rahmen dieser Untersuchung mittels Unterstützung durch diese Laborergebnisse dargestellt und angesprochen werden:

- a) Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- b) Stoffwechselerkrankungen
- c) Lebererkrankungen
- d) Nierenfunktionsstörungen
- e) Infekte und Immunstörungen

Tabelle 23 zeigt die Mittelwertberechnung (einschließlich der jeweiligen Standardabweichungen) zu den Abnahmezeitpunkten T1 und T2 der einzelnen Laborwerte, sowie die jeweiligen Referenzwerte der analysierenden Labore.

Laborparameter	T1: Mittelwert (±Standardabweichung)	T2: Mittelwert (±Standardabweichung)	Signifikanz (p)	Referenzbereich
Leukozyten [μ l]	6817,25 ± 1687,28	6632,75 ± 1597,67	0,000	4000-10000
Erythrozyten [Mio/ μ l]	4,82 ± 0,47	4,67 ± 0,47	0,000	4,20-5,40
Hämoglobin [g/dl]	14,53 ± 1,40	14,61 ± 1,33	0,000	12,0-16,0
Hämatokrit [%]	43,47 ± 3,84	45,01 ± 3,82	0,000	37,0-47,0
MCV [fl]	90,47 ± 3,03	96,71 ± 5,35	0,000	80-99
MCH [pg]	30,24 ± 1,03	31,31 ± 1,27	0,000	28-32
MCHC [g/dl]	33,45 ± 0,83	32,55 ± 1,12	0,001	32-36
Thrombozyten [T/ μ l]	240,82 ± 40,44	215,73 ± 50,19	0,000	130-450
Ery-Verteilbreite [%]	13,38 ± 0,50	13,61 ± 0,48	0,000	11,5-14,5
GPT [U/l]	34,84 ± 19,16	40,18 ± 32,16	0,000	< 35
GGT [U/l]	32,00 ± 23,75	29,27 ± 26,01	0,000	< 38
Cholesterin [mg/dl]	202,18 ± 41,01	202,94 ± 41,20	0,000	< 200
Triglyceride [mg/dl]	139,47 ± 93,62	145,86 ± 109,95	0,000	< 150
HDL-Cholesterin [mg/dl]	57,75 ± 14,89	56,90 ± 14,37	0,000	> 60
LDL-Cholesterin [mg/dl]	117,71 ± 32,19	117,59 ± 32,27	0,000	< 130

Kreatinin [mg/dl]	0,85 ± 0,17	0,93 ± 0,15	0,000	0,50-1,10
eGFR [ml/min/m²]	95,40 ± 14,93	81,70 ± 17,65	0,000	> 60
Harnsäure [mg/dl]	5,18 ± 1,57	4,94 ± 1,50	0,000	2,3-6,1
Glucose (NaF) [mg/dl]	87,94 ± 14,64	89,43 ± 12,24	0,000	74-106

Tabelle 23: Präventivdiagnostische Laborwerte (Mittelwerte mit Standardabweichungen und Signifikanz), (n=49)

Im Gesamtkollektiv zeigten sich formal keine Auffälligkeiten zwischen den Probennahmen vor (T1) und nach (T2) den achtsamkeitsbasierten Interventionen. Allerdings sind die gewonnenen Daten zum roten Blutbild durchaus als „interessant“ anzusehen und - bei aller Vorsicht – kann man aus den Mustern der Vorher-/ Nachher-Ergebnisse Effekte erkennen, welche auf eine „verbesserte Effizienz der roten Blutkörperchen (Erythrozyten)“ hindeuten (Abbildungen 137, 138, 139 und 140), d. h. auf eine möglicherweise verbesserte Sauerstofftransportkapazität pro Erythrozyt und damit auf eine verbesserte Energieversorgung des gesamten Organismus („Post-Höhentrainings-Effekt“).

Während die Gesamtzahl der Erythrozyten zum Zeitpunkt T2 leicht zurückging (T1: 4,82 ± 0,47 Mio/μl vs. T2: 4,62 ± 0,47 Mio/μl), stieg der Hämoglobingehalt im Blut und damit die Sauerstoffbindungskomponente an (T1: 14,53 ± 1,4 g/dl vs. T2: 14,61 ± 1,33 g/dl).

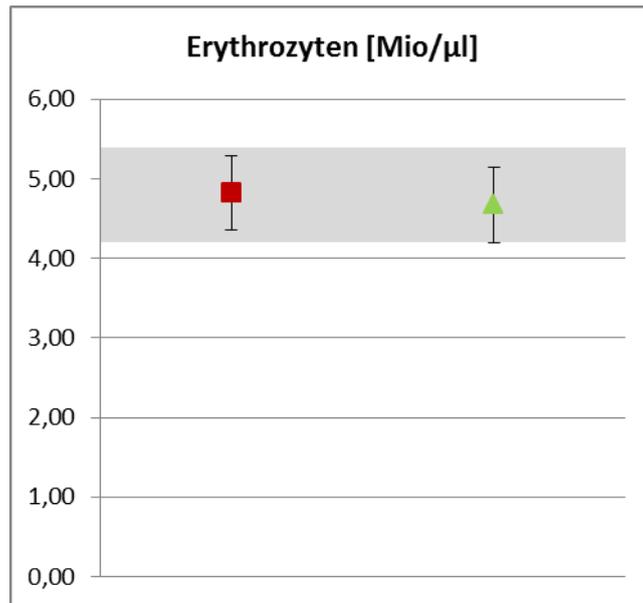


Abbildung 137: Anzahl der Erythrozyten [in Mio/μl] vor (rot) und nach (grün) dem Achtsamkeitstraining (grau: Referenzbereich), (n=49)

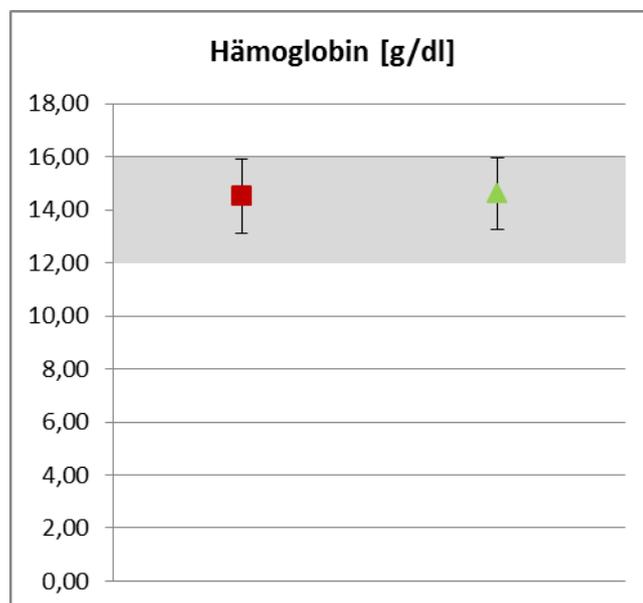


Abbildung 138: Hämoglobingehalt im Blut zu den Zeitpunkten T1 (rot) und T2 (grün) (grau: Referenzbereich), (n=49)

Das Volumen der roten Blutkörperchen (MCV) nahm nach dem achtwöchigen Training zu (T1: $90,47 \pm 3,03$ fl vs. T2: $96,71 \pm 5,35$ fl), ebenso der durchschnittliche Gehalt an rotem Blutfarbstoff (Hämoglobin) pro Erythrozyt (MCH): T1: $30,33 \pm 1,03$ pg vs. T2: $31,31 \pm 1,27$ pg.

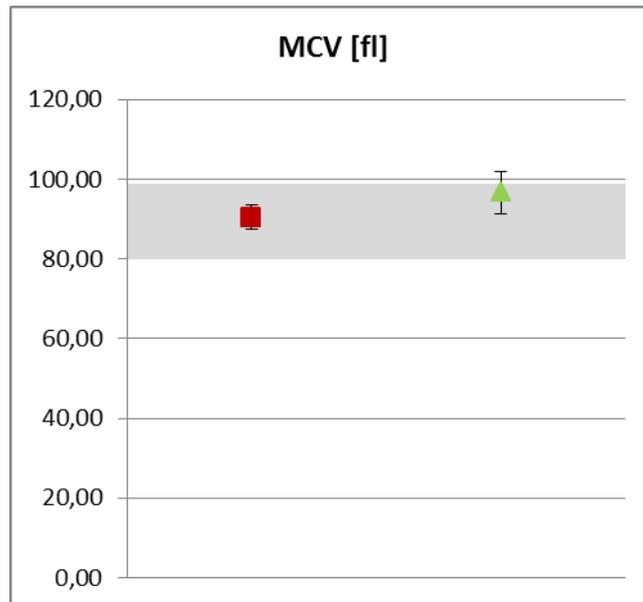


Abbildung 139: MCV (Erythrozyten-Volumen) vor (rot) und nach (grün) den Achtsamkeitsmodulen (grau: Referenzbereich), (n=49)

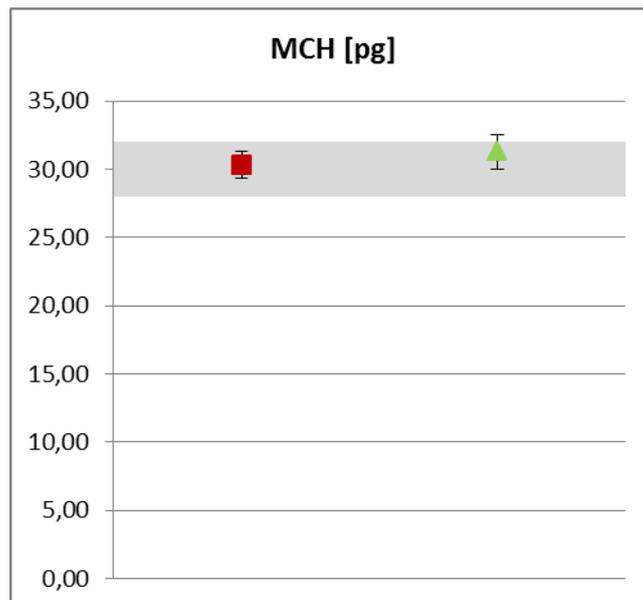


Abbildung 140: MCH (Anteil an Hämoglobin pro Erythrozyt) zu T1 (rot) und t2 (grün) (grau: Referenzbereich), (n=49)

Ein weiteres interessantes Muster zeigte sich in einer konsistent deutlich geringeren bzw. „verschlechterten“ Nierenfunktion im Mittel zum Zeitpunkt T2: der Kreatininwert steigt von $0,85 \text{ mg/dl} \pm 0,17$ auf $0,93 \text{ mg/dl} \pm 0,15$ im Mittel, die glomeruläre Filtrationsrate sinkt im Gegenzug von $95,40 \text{ ml/min/m}^2 \pm 14,93$ auf $81,70 \text{ ml/min/m}^2 \pm 17,65$ (Abbildung 141 und 142).

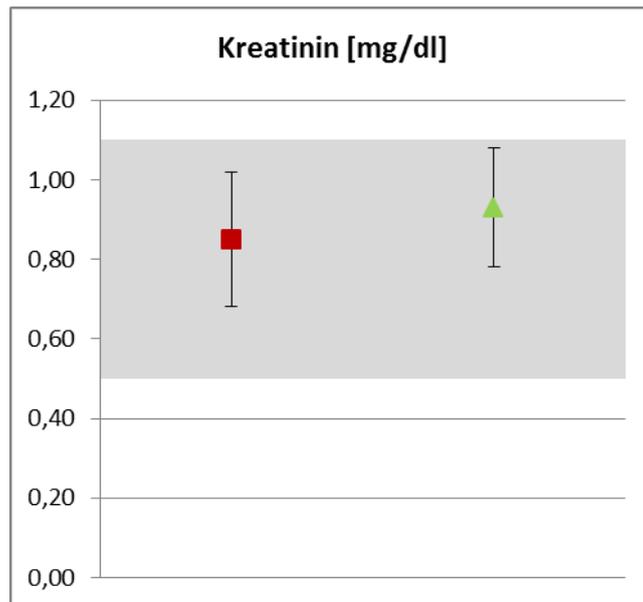


Abbildung 141: Kreatinin vor (rot) und nach (grün) der Achtsamkeitsintervention (grau: Referenzbereich), (n=49)

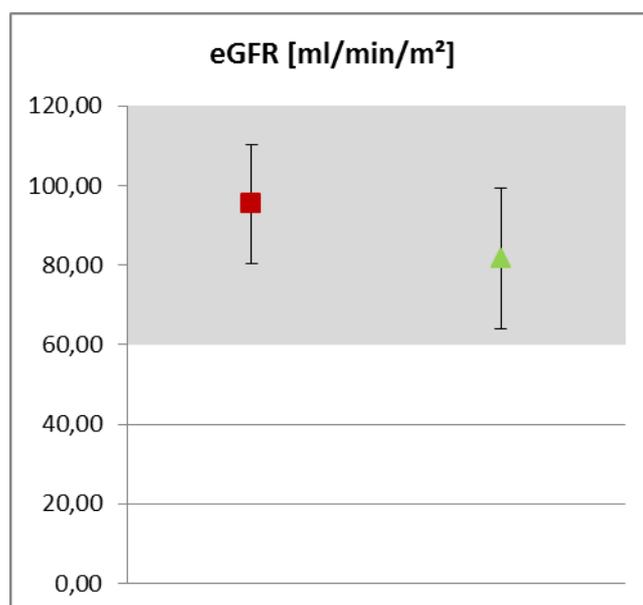


Abbildung 142: Glomeruläre Filtrationsrate zu T1 (rot) und T2 (grün) (grau: Referenzbereich), (n=49)

Zusammenfassend werden im Gesamtkollektiv zwar keine (pathologischen) Auffälligkeiten zwischen T1 und T2 gesehen, allerdings gibt es Effekte und zum Teil auch konsistente Muster bei den Blutproben, welche für zukünftige Untersuchungen ein erweitertes Probenspektrum (z. B. Erythropoetin, Retikulozyten) empfehlen würde.

Neben den Ergebnissen der Gruppenanalyse als Baustein für die Gesamtprojektevaluation war für den einzelnen Studienteilnehmer die Kenntnis seiner individuellen Laborbefunde und deren anschließende Bewertung und Einordnung im persönlichen ärztlichen Beratungsgespräch eine, im Sinne der gesundheitspädagogischen Ausrichtung der Gesamtmaßnahme, entscheidende Möglichkeit Wissen zu den fünf großen präventivdiagnostischen Gesundheitsbereichen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Lebererkrankungen, Nierenfunktionsstörungen, sowie Infekte und Immunstörungen), wie auch zu persönlichen Gesundheitsfragen zu vermitteln, sowie durch das Gespräch einen Beitrag zu leisten, das individuelle Gesundheitsbewusstsein des Probanden zu fördern.

5.1.5.1. PRÄVENTIVDIAGNOSTISCHE LABORPARAMETER – ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE

Die Untersuchung präventivdiagnostischer Laborparameter bildete einen weiteren Baustein in der Begleitdiagnostik zum achtsamkeitsbasierten Basisprojekt. Im Gesamtkollektiv zeigten sich formal keine Auffälligkeiten zwischen den Probennahmen vor und nach den achtsamkeitsbasierten Interventionen. Allerdings deuten die gewonnenen Daten zum roten Blutbild auf Effekte hin, die eine verbesserte Effizienz der roten Blutkörperchen, im Sinne einer möglicherweise verbesserten Sauerstofftransportkapazität pro Erythrozyt und damit eine verbesserte Energieversorgung des gesamten Organismus darstellen.

Ein weiteres interessantes Muster bei der Probenauswertung zeigte zum Ende des Projektes eine Abnahme der Nierenfunktionswerte im Sinne einer erhöhten Nieren-Retention.

Zusammenfassend zeigten sich im Gesamtkollektiv zwar keine (pathologischen) Auffälligkeiten, allerdings gibt es Effekte und zum Teil auch konsistente Muster bei den Blutproben, welche für zukünftige Projekte ein erweitertes Probenspektrum (z. B. Erythropoetin, Retikulozyten) und differenziertere Untersuchungen empfehlen würde.

6. DISKUSSION

„Achtsamkeit im Unternehmen“. Hinweise auf die Wirksamkeit von Achtsamkeitsübungen im Kontext der Arbeitswelt zu finden, ist Thema und Anliegen dieser Dissertation. Lassen sich achtsamkeitsbasierte Methoden als gesundheitspädagogische Förderungsmaßnahmen in den Unternehmensalltag integrieren? Welche Wirkungen zeigen Achtsamkeit und Achtsamkeitstraining am Arbeitsplatz beim Umgang mit Stress, bei Kreativität, Produktivität und Freude an der Arbeit, auf die emotionale Intelligenz, auf das Führungsverhalten und die interpersonellen Beziehungen? Wie reagiert die Psyche, wie reagiert der Körper? Was muss getan werden, um „Achtsamkeit im Unternehmen“ möglichst pragmatisch umzusetzen und als gesundheitspädagogisch verankerte Förderung im Sinne einer gelebten Unternehmenskultur weiterzuentwickeln?

Antworten auf diese Fragen sollen anhand der Methodik und der Ergebnisse dieser Arbeit im Folgenden diskutiert werden.

Als ein erstes Kernthema lässt sich hierbei die Frage nach der Operationalisierung von Achtsamkeit im Rahmen dieses Programms identifizieren: Auf welche Art und Weise konnte Achtsamkeit in diesem Setting installiert und anschließend beobachtbar und messbar gemacht werden?

Als Mediatoren für Achtsamkeit diente im Programm „Erfolg kommt von Innen“ eine Auswahl von 13 verschiedenen Achtsamkeitsübungen. Vorbild und „Pate“ war dabei das achtsamkeitsbasierte, seit Mitte der 1970er Jahre erprobte MBSR-Programm von Jon Kabat-Zinn (1995). In Praxi enthielt jede Trainingseinheit des im Unternehmen angewandten Programms mindestens drei achtsamkeitsbasierte Übungselemente. Dabei wurden einschlägige Übungen für Achtsamkeit, etwa klassische Formen der Achtsamkeitsmeditation (Atemmeditation, Body Scan, etc.), mit zeitgemäßen Formen und unternehmensrelevanten Themen, z. B. achtsames eMailing, achtsame Dialoge oder achtsames Autofahren, kombiniert. Neben diesen Übungselementen in den jeweiligen Trainingsmodulen sollten die Programmteilnehmer zusätzlich noch regelmäßig (idealerweise täglich) Achtsamkeitsübungen und –meditationen selbstständig durchführen und dokumentieren. Die Erfassung und Dokumentation der Übungs- und Meditationszeiten geschah dabei auf verschiedene Art und Weise: mittels Tagebuch, elektronisch via Internet oder mittels einer App auf Smartphone oder Tablet. Zusätzlich wurden die einzelnen Übungen und Meditationsformen von den Probanden am Ende des Gesamtprogramms bewertet.

Achtsamkeit selbst wurde mittels zweier etablierter und validierter (Kohls et al., 2009) psychometrischer Testverfahren, das Freiburger Mindfulness Inventory (FMI) und die Mindful Attention Awareness Scale (MAAS), gemessen und statistisch ausgewertet.

Während der ca. 95 tägigen Trainingsphase zeigte sich dabei, dass die Teilnehmer mindestens sechs bis maximal alle zehn Module mit einem Häufigkeitsgipfel bei acht Modulen (analog einer Gaußschen Normalverteilung) besucht haben. Alle Probanden führten Achtsamkeitsmeditation eigenverantwortlich neben den Modulveranstaltungen fort. Eine regelmäßige, an mehreren Wochentagen stattgefundene Meditationspraxis gaben dabei fast zwei Drittel der Probanden zu Protokoll. Die übrigen Kursteilnehmer schätzten ihr Meditationsverhalten eher auf gelegentliches, unregelmäßiges Praktizieren ein.

Die durchschnittliche Meditationsdauer pro Session der Probanden lag dabei im Mittel bei 8,64 Minuten, und dies meistens nur jeden zweiten Tag praktiziert. Das klassische MBSR-Programm von John Kabat-Zinn (2011) hingegen verpflichtet seine Patienten „täglich fünfundvierzig Minuten zu investieren, sechs Tage pro Woche, und zwar acht Wochen lang“. Dies gilt hierbei als „Grundregel“. Formell also ein deutlicher Widerspruch des untersuchten Programms zur klassischen MBSR-Tradition. Kann Achtsamkeit in einem solchen Setting überhaupt „erfolgreich“ sein?

Die formelle Überprüfung der Achtsamkeit mittels FMI und MAAS zeigte dazu durchaus bemerkenswerte Ergebnisse: Die zentralen Keynotes für die individuelle Achtsamkeit (FMI) ‚Präsenz‘ und ‚Akzeptanz‘ nahmen im Verlauf der Untersuchung hochsignifikant zu, im Gegenzug nahm das Maß für die persönliche ‚Un-Achtsamkeit‘ (MAAS) hochsignifikant ab. Die Teilnehmer nahmen also am Ende der Maßnahme eine, statistisch messbare, achtsamere Haltung gegen sich, aber auch anderen gegenüber ein.

Damit stellt sich natürlich die Frage: Reicht ein nur wenige Minuten andauerndes Praktizieren von Achtsamkeit alleine, um diese messbaren Effekte zu erzielen oder spielen noch andere Einflüsse und Gegebenheiten eine Rolle, die Auswirkungen auf das Resultat haben?

Ein wesentlicher Einfluss-Punkt scheint in diesem Zusammenhang, die durch das Projekt unterstützte offene und aktive Behandlung der Themen Stress und psychische Belastungen am Arbeitsplatz durch die jeweiligen Unternehmen selbst zu sein. Es wird nicht mehr postuliert, dass es „so etwas bei uns nicht gibt“, sondern im und durch das Unternehmen wird aktiv und offen nach Mitteln und Wegen gesucht, wie der Umgang mit Belastung

und Stress am Arbeitsplatz bei gleichzeitiger Verbesserung der persönlichen Resilienz möglichst pragmatisch und nachhaltig vor Ort umgesetzt werden kann. Neben dieser „Ent-Stigmatisierung“ von Stress und Psyche spielt sicherlich auch das grundsätzliche Programmsetting mit seinen „geschützten Räumen“ (örtlich wie zeitlich), der inhaltlichen Mischung von Information, Selbstreflexion, Austausch mit den Kollegen, sowie der Möglichkeit Meditation auch einmal „auszuprobieren“, eine positive Rolle. Ebenso mag der wissenschaftliche Rahmen den Teilnehmern eine gewisse Seriosität des Programmes vermitteln und Vorurteile bezüglich Meditation und Esoterik nehmen. Und nicht zu unterschätzen, ist vielleicht die Tatsache, dass der Weg der Achtsamkeit, wie Kabat-Zinn (2011) es beschreibt, dem Teilnehmer lernt, „vom Aktions-Modus in den Seins-Modus umzuschalten, Zeit für sich selbst zu reservieren, eine langsamere Gangart einzulegen, innere Ruhe und Selbstakzeptanz zu üben, den Geist kontinuierlich zu beobachten, die Gedanken zu beobachten, ohne sich von ihnen beeinflussen und davontragen zu lassen, aber auch ohne sie festzuhalten“. Die Befragungen und Testungen im Rahmen dieses Projektes haben gezeigt, dass sich bei den Probanden auch in diesem Setting eine achtsamere Haltung und ein achtsamerer Umgang miteinander eingestellt hat und somit die Achtsamkeit zwar keine formelle, im Kabat-Zinnschen Sinne, aber dennoch eine lebendige Integration in den Lebens- und Arbeitsalltag erfahren hat.

Für zukünftige Untersuchungen und Projekte auf diesem Gebiet wird es als unabdingbar erachtet, dass Achtsamkeitsüberprüfungen unbedingt auch an einer Kontrollgruppe durchgeführt werden, die nicht am Trainingsprogramm teilnehmen. Weiter wäre es in diesem Zusammenhang interessant, ob die von Kabat-Zinn als „Grundregel“ bei therapeutischen Interventionen geforderte tägliche praktische Übungseinheit von 45 Minuten, generell für alle achtsamkeitsbasierten Maßnahmen zwingend notwendig ist oder ob, etwa im präventiven Programmsetting wie bei „Erfolg kommt von Innen“, auch geringere und unregelmäßige Übungseinheiten ebenso messbar zielführend sind?

Das Projekt „Achtsamkeit im Unternehmen“ auch tatsächlich von der Theorie in die Praxis zu bekommen, begann mit der Vorstellung der Projekthalte und Projektzielsetzungen zunächst den jeweiligen Unternehmensverantwortlichen. Mit diesen zusammen konnten im Unternehmen so dann Bereiche identifiziert werden, in denen das Programm „Erfolg kommt von Innen“ als Pilotprogramm durchgeführt werden sollte. Die benannten Unternehmenseinheiten bekamen - in einem nächsten Schritt - das Programm und die damit verbundenen Anliegen (wissenschaftliche Begleitung und Auswertung, etc.) im Rahmen von „Kick off“-Veranstaltungen präsentiert. Die Anmeldung und Teilnahme waren für die Beschäftigten freiwillig, kostenlos und

fanden während der Arbeitszeit statt. Die Bildung einer Kontrollgruppe war im Rahmen dieses Pilotprojektes nicht möglich. Die Identitäten der Probanden wurden pseudonymisiert und waren nur dem ärztlichen Programmleiter (dem Verfasser dieser Arbeit) bekannt. Im begleitenden Evaluationsverfahren wurden zu zwei Zeitpunkten (Entschleunigungstag und Abschlusstag) wissenschaftliche Untersuchungen und Messungen (Psychometrie und Biometrie) zu Evaluationszwecken durchgeführt. Da im begleitenden Evaluationsprogramm „Biometrie“ auch Körperflüssigkeiten (Blut, Speichel) den Teilnehmern entnommen wurden, wurde vorab das positive Votum der Ethik-Kommission der Bayerischen Landesärztekammer (siehe Anlage 1) eingeholt. Es handelte sich also bei dieser Pilotuntersuchung um ein evaluiertes Studiendesign ohne Kontrollgruppe und ohne Randomisierung.

Wie an anderer Stelle bereits erwähnt, sollte bei zukünftigen Untersuchungen dieser Art auch eine Kontrollgruppe, d. h. Beschäftigte aus demselben Unternehmensumfeld, welche nur das Evaluationsprogramm durchlaufen und nicht am gesundheitspädagogischen Förderprogramm teilnehmen, gebildet werden. Eine Randomisierung ist unter Normalbedingungen im Bereich betrieblicher Bildungsarbeit allerdings kaum umsetzbar. Sollte in einem Unternehmen „Erfolg kommt von Innen“ im Sinne einer geänderten Unternehmenskultur fest und nachhaltig implementiert werden, wäre allerdings auch eine Randomisierung der Teilnehmer im Sinne des Studiendesigns denkbar.

Zu Beginn des Projektes und als Idee von „Erfolg kommt von Innen“ wurden folgende Zielvorstellungen formuliert: „Führungskräfte und Mitarbeiter darin zu unterstützen, Stress abzubauen, um Kreativität, Produktivität und Freude an der Arbeit zu fördern, und damit auch zur Reduktion von psychischen Belastungen und Krankheit beizutragen, sowie die Wirkung von Achtsamkeit, vor allem auf die emotionale Intelligenz, das Führungsverhalten und auf die interpersonellen Beziehungen nachzuweisen“ (Tamdjidi und Kohls, 2012a).

In Anlehnung an das biopsychosoziale (Gesundheits-) Modell von Engels (1977) wurden auch die Testverfahren für die Evaluation dieses Pilotprojektes ganzheitlich-mehrdimensional ausgewählt. Die Überprüfung der Dimension ‚Bio-Medizinisch‘ fand über die sogenannten Stress-responsiven Systeme des menschlichen Organismus überprüft, welche zum Teil überlappend, zum Teil komplementär agieren, statt. Im Rahmen dieser Arbeit wurden diese Systeme durch folgende Messverfahren untersucht: Herzratenvariabilitätsmessung, Messung von Cortisol und Alpha-Amylase im Speichel, sowie von Immunglobulin A und high-sensitive C-reaktivem Protein im Blutserum. Diese Untersuchungsmethoden eigneten sich dafür aus mehreren Gründen: 1.

Die Untersuchungen waren vor Ort ohne größeren Aufwand jederzeit durchführbar, 2. die zu untersuchenden Stresssysteme wurden durch die verschiedenen Untersuchungsmethoden (elektrophysiologisch vs. laborchemisch) mindestens zweidimensional betrachtet und 3. es handelte sich bei den eingesetzten Verfahren um Vorgehensweisen, die bereits in vielen Versuchsanordnungen erprobt und validiert wurden (Mattingly, 1962; Jank et al., 2011). Auch die zweite Dimension, die „psychologische“ wurde mehrdimensional in diesem Setting betrachtet: Einmal über die (tatsächliche) Aufmerksamkeitsleistung der Probanden an den beiden Messzeitpunkten mittels dem Attention Network Test, einem kognitionspsychologischem Testverfahren, welches drei der bekannten (anatomischen und funktionellen) Aufmerksamkeitsnetzwerke überprüfte. Dann durch eine Batterie psychometrischer Testverfahren (Perceived Stress Questionnaire, Freiburger Mindfulness Inventory, Mindful Attention Awareness Scale und Tedium Scale), welche die Bereiche ‚Stress‘, ‚Achtsamkeit‘ und ‚Burnout‘ in der Regel zweidimensional betrachteten. Auch diese Testverfahren waren ausreichend erprobt und validiert (Eriksen und Eriksen, 1974; Posner et al., 1982; Ta, 2013; Fliege et al., 2005; Igelmann, 2013; Walach et al., 2004; Heidenreich et al., 2006; Brown und Ryan, 2003; Pines et al., 1981; Schaufeli und Dierendonck, 1993). Die dritte Dimension des biopsychosozialen Modells, die ‚öko-soziale‘-Dimension wurde einmal durch das Landauer Organisations- und Klima-Inventar (LOTI) und zum anderen über eine Fragenbatterie mit 34 Fragen zur Projekteinschätzung, welche die Arbeitsgruppe um N. Kohls, Hochschule Coburg, erstellt hatte, abgebildet. Für den LOTI lagen entsprechende Studien zur Testvalidität vor (Müller, 2002), für die Projekteinschätzung durch eigene Fragen wurden Validierungsergebnisse noch nicht veröffentlicht, aber nach einer persönlichen Mitteilung von N. Kohls (2015) war von einer Gültigkeit der Fragen auszugehen. Somit wurde die Evaluation mittels der verwandten Testverfahren einmal im Grundsatz in Anlehnung an das biopsychosoziale-Modell nach Engels (1977) in mehreren Dimensionen durchgeführt, zum anderen wurde auch jede dieser drei Dimensionen im Detail durch entsprechende Untersuchungs- und Testmethoden zumindest zweidimensional bewertet.

Im Sinne einer Prä-Post-Messung wurden zunächst sowohl kognitionspsychologische Testungen mittels objektiven Aufmerksamkeitstests (ANT), als auch Tests, die auf der Beantwortung psychometrischer Fragebogeninstrumente zu den Themen Stress (PSQ), Achtsamkeit (FMI und MAAS), Burnout (TS), Teamklima (LOTI), sowie der Zufriedenheit mit dem Programm beruhten, durchgeführt.

In Wissenschaft und klinischer Forschung wird, nach Kabat-Zinn (2011), Achtsamkeit oftmals definiert als nicht beurteilende, wertneutrale Aufmerksamkeit, erfahrbar (nur) im gegenwärtigen Augenblick.

Allerdings haben sich Forscher auch früh bereits damit beschäftigt, ob und wie Achtsamkeit sich auch in den gut untersuchten Aufmerksamkeitsnetzwerken des menschlichen Gehirns auszudrücken vermag (Tang und Posner in Brown et. al., 2015). Vor kurzem haben zwei grundlegend unterschiedliche Zugänge eine Verbesserung von Aufmerksamkeit und Selbstregulation durch Meditationstrainings gezeigt. Zum einen war es die Verbesserung der exekutiven Kontrollfunktion, welche eine wichtige Rolle im Planungsprozess, bei der Entscheidung, der Fehlerdetektion, der Anpassung an eine neue Umgebung und der Überwindung von habituellem Verhalten spielt (Posner und Rothbart, 2007). Diese Methode wird als *network training* bezeichnet (Tang und Posner in Ostafin et al., 2015). Zum anderen konnte nachgewiesen werden, dass Achtsamkeitstrainings (und übrigens auch Aerobic Übungen) eine Verbesserung der Aufmerksamkeit durch Training des Gehirnzustandes („*brain state*“) im Sinne von Veränderungen der Gehirnwellen erreicht, methodisch *brain state training* genannt (Tang et al., 2012).

Im Rahmen dieser Arbeit wurden mit Hilfe des Attention Network Test (ANT) drei Aufmerksamkeitssysteme, *alerting, orienting* und *executive control*, als Form kognitiver Teilleistung bei den Probanden geprüft (siehe das oben beschriebene *network training*). Analog den bisherigen Erfahrungen und Ergebnissen von Tang und Posner (in Brown et al., 2015 bzw. in Ostafin et al., 2015) konnten auch bei dem Programm „Erfolg kommt von Innen“ nach dem acht Wochen Achtsamkeitstraining“ statistisch signifikante Verbesserungen der exekutiven Kontrollfunktion im Prä-Post-Vergleich gemessen werden. Da, bekanntermaßen (Bush et. al., 2000; Botvinick et al., 1999; Fan et al., 2003b), die exekutive Kontrolle der Aufmerksamkeit mit neuronalen Aktivitäten von Hirnregionen, insbesondere im Bereich des anterioren Gyrus cinguli und des dorsolateralen präfrontalen Cortex assoziiert ist, lässt dieses Ergebnis ebenfalls Rückschlüsse auf eine Steigerung neuronaler Aktivität im Gehirn zum Ende des Achtsamkeitstrainings zu.

Auch die Fragenbogengestützten, psychometrischen Testbatterien zu den Themengebieten „Stress“ (*Perceived Stress Questionnaire*), „Burnout“ (*Tedium Scala*) sowie „intra- und interpersonelle Paarbeziehungen“ (Landauer Organisations- und Teamklimainventar) bestätigten die im Arbeitspostulat dieser Dissertation formulierten Annahmen in der Regel mit statistischer Signifikanz bzw. sogar Hochsignifikanz gegenüber den Ausgangswerten bei den Probanden.

Entsprechend fiel auch das persönlich Resümee der Teilnehmer am Ende des Projektes aus (eigens zusammengestellter Fragenkatalog (Arbeitsgruppe Niko Kohls, Hochschule Coburg) zur allgemeinen Projekteinschätzung und zur subjektiven Zufriedenheit mit dem eingesetzten Achtsamkeitsprogramm): Es

wurden von den beteiligten Beschäftigten beider Unternehmen einhellig ein besserer Umgang mit persönlichem Stress, bessere Möglichkeiten zur Entspannung, ein fokussierteres und konzentrierteres Arbeiten, eine Verbesserung bei der Teamfähigkeit, wieder mehr Freude an der Arbeit, eine positivere Einstellung zu (beruflichen) Herausforderungen, eine verbesserte Kommunikation und Stimmung am Arbeitsplatz sowie ein positiver Einfluss auch auf private Beziehungen angegeben. Sowohl das Gesamtprojekt, wie auch die formellen Komponenten des Projektes wurden von den Teilnehmern mehrheitlich als ‚sehr gut‘ bzw. als ‚gut‘ bezeichnet.

Insgesamt zeigten sowohl das kognitionspsychologische Testverfahren mittels ANT wie auch die fragenbogengestützten psychometrischen Testbatterien (PSQ, FMI, MAAS, TS, LOTI) eine in der Regel statistisch signifikante bis hochsignifikante Verbesserung der Messparameter nach Absolvierung des achtwöchigen achtsamkeitsbasierten Trainingsprogramm in den jeweiligen Unternehmen. Damit gibt es erste Hinweise, dass „Achtsamkeit im Unternehmen“ die postulierten Zielsetzungen bestätigen könnte. Die gewonnenen Ergebnisse sind allerdings zunächst noch mit Vorbehalt zu betrachten, da beim jetzigen Studiendesign die Einbeziehung einer Kontrollgruppe und eine Randomisierung der Probanden nicht stattgefunden hatten. Trotz alledem, und vor allem zusammen mit den Ergebnissen der persönlichen Projektevaluationen der Teilnehmer, zeigten die Ergebnisse, dass das Programm „Erfolg kommt von Innen“ als gesundheitspädagogische Maßnahme einen positiven Einfluss auf die Resilienz der beteiligten Beschäftigten ausübte.

Neben der kognitiven und der „gefühlten“ Wahrnehmung auf das System „Mensch im Arbeitsalltag“ wurden im Rahmen dieser Dissertation auch biometrische Systeme zur Evaluation des Programmerfolges herangezogen.

Auf Seiten der Biometrie waren es die Messung der Herzratenvariabilität (HRV), um Aufschluss über die Funktionsweise des autonom-nervösen Regulationssystems der Teilnehmer zu erhalten und die Untersuchung von Biomarkern, welche die zwei , durch das autonome Nervensystem beeinflussten Haupt-Stress-Systeme im menschlichen Organismus, die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA) und das Sympatho-Adreno-Medulläre-System (SAM) repräsentierten, sowie den Einfluss des vegetativen Nervensystems auf das Immunsystem darstellten.

Auch fand eine Untersuchung der individuellen Telomerlängenveränderung, eine der neun „Hallmarks of Aging“ (Lopez et al., 2013), im Interventionszeitraum statt.

Den „Schlussstein“ in der Begleitdiagnostik zum achtsamkeitsbasierten Basisprojekt bildete schließlich die Bestimmung sogenannter präventivdiagnostischer Laborparameter. Im Sinne des gesundheitspädagogischen Handlungs- bzw. Theoriefeldes „Gesundheitsberatung“ ermöglichte die Bestimmung dieser Werte eine individuelle ärztliche Gesundheitsberatung für folgende präventivdiagnostischen Gesundheitsbereiche: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Lebererkrankungen, Nierenfunktionsstörungen, sowie Infekte und Immunstörungen.

Die dadurch gewonnenen Ergebnisse und Erkenntnisse sollen im Folgenden nochmals zusammenfassend dargestellt und einer kritischen Reflexion unterzogen werden:

Die subjektiven Bewertungen von Stress zeigten, gemäß dem transaktionalen Stressmodell von Lazarus (1999), nach der achtwöchigen Achtsamkeitsintervention eine hochsignifikante Reduktion von Anspannung, Anforderung und Sorgen bei gleichzeitigem Anstieg von Freude. Ebenfalls wurden von den Probanden der persönliche Umgang mit Stress, die Vorbereitung, um Stress besser zu bewältigen (hochsignifikant!), sowie die persönliche Entspannung deutlich verbessert angegeben. Diese psychometrisch basierten Ergebnisse konnten im Rahmen dieser Dissertation auch erstmals biometrisch, anhand elektrophysiologischer und biochemischer Messungen betrachtet und untersucht werden:

Hauptverantwortlich für Stressreaktionen im menschlichen Organismus ist das autonom-neurovegetative Nervensystem (ANS). Aussagen über die Regulationsfähigkeit und den aktuellen qualitativen Zustand des ANS wurden mit Hilfe von Herzratenvariabilitätsmessungen ermittelt. Dabei zeigte sich, dass die Anpassungsfähigkeit des Herz-Kreislauf-Systems generell bei allen Teilnehmern nach dem Achtsamkeitstraining deutlich zunahm. Im Bereich „maximale Regulationsfähigkeit“ des neurovegetativen Systems verbesserten ebenfalls alle Probanden der beiden teilnehmenden Unternehmen, bei der „Fähigkeit des Organismus zur Ruhe zu kommen“ (Tonus) die Teilnehmer der Firma ‚B‘ sogar hochsignifikant. Beim Testmarker Dynamik, also der „Geschwindigkeit des Organismus zur Ruhe zu kommen“, gab es allerdings eine kleine „Überraschung“. Während die Probanden des Unternehmens ‚B‘ erwartungsgemäß (statistisch wiederum hochsignifikant) nach dem Achtsamkeitstraining schneller zur Ruhe kamen, verschlechterte sich der Wert bei Firma ‚A‘ zum Zeitpunkt T2. Auch bei der Kurzzeit-HRV-Messung, welche eine qualitative Aussage über den aktuellen Zustand des ANS zulässt, zeigte sich diese konträre Konstellation. Die formellen Kriterien der Teilnehmer beider Unternehmen waren dabei weitgehend gleich, was etwa die Alters- und Geschlechtsverteilung, die Zugehörigkeit zu einer Unternehmenseinheit, die

Führungsverantwortung im Unternehmen u. s. w. betraf, aber auch die spezifischen Anteile am Achtsamkeitsprojekt selbst (Besuch der Module, Häufigkeit und Dauer der Meditationszeiten) zeigten fast identische Werte. Zusätzlich hatten die Teilnehmer des Unternehmens ‚B‘ von der geographischen Firmenstruktur her sogar die ungünstigeren Ausgangsbedingungen (z. B. weitere und längere wöchentliche Anfahrten zu den Modulveranstaltungen). Wie kann dieses Ergebnis eingeordnet werden? Bereits im Abschnitt Achtsamkeit und den Achtsamkeitsübungen wurde darüber diskutiert, dass allein die für die meisten Projektteilnehmer neue Beschäftigung mit Achtsamkeit (entgegen den bisherigen Empfehlungen, wie dem klassischen MBSR-Programm nach Kabat-Zinn (2011), nur mäßige bis mittlere Durchführung der regelmäßigen Selbstmeditationen und individuellen Achtsamkeitsübungen) diese gemessenen Effekte wohl nicht bewirken können. Möglicherweise haben das jeweilige Tätigkeitsprofil und die dazugehörige Arbeitsumgebung doch mehr Einfluss auf die messbare Reaktion der Teilnehmer oder aber die Probanden des Unternehmens ‚B‘ konnten mehr „unspezifische“ Achtsamkeit (achtsamere Haltung) in Ihren Alltag integrieren als die Teilnehmer aus dem Unternehmen ‚A‘? Weitergehende Untersuchungen bei Achtsamkeitstrainings in diesen beiden Unternehmen sollten sich dieses Themas annehmen.

Neben der elektrophysiologischen Stressverarbeitung wird Stress im Organismus hauptsächlich mittels bestimmter biologischer Anpassungsreaktionen über komplexe autonome und neuroendokrine Systeme vermittelt. Die zwei „Hauptstressachsen“ sind bekannt: die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA) und das Sympatho-Adreno-Medulläre System (SAM). Erstere lässt sich in praxi gut über die Bestimmung von Cortisol im Speichel untersuchen und darstellen, das Zweite durch die (Kurzzeit-)HRV-Messung (Dynamik I und II), sowie über die Aktivität von Alpha-Amylase im Speichel. Die Ergebnisse dieser sogenannten Bio-Stress-Marker-Untersuchungen zeigten keine Abweichungen im Sinne des Studienpostulates und bestätigten die Annahmen des Studiendesigns ausnahmslos für alle Teilnehmer.

Cortisol, Marker für die HHNA, unterliegt physiologisch einem circadianen Rhythmus mit einem Peak ca. 30 Minuten nach Aufwachen gefolgt von einem kontinuierlichen Cortisol-Abfall und den niedrigsten Werten gegen 22 Uhr am Abend (Yehuda et al., 2003). Zu Beginn des Achtsamkeitstrainings konnten bei den Teilnehmern im Mittel bereits hochnormale bis erhöhte Cortisolwerte direkt nach dem Aufstehen gemessen werden, welche bei der Messung am Programmende nochmals etwas gesteigert waren. Vom Grundsatz her ist der Sinn dieses morgendlichen Cortisol-Peaks den Organismus für seine Aufgaben des Tages entsprechend hormonell

vorzubereiten und für alle Eventualitäten („*fight or flight*“) zu rüsten. Die gemessene, weitere Steigerung nach acht Wochen Achtsamkeit mag in diesem Sinne zu interpretieren sein, dass durch das Training die adaptive Fähigkeit des Körpers bei den beteiligten Probanden für die hohen Anforderungen des (beruflichen) Alltags nochmals gesteigert werden konnte. Da es sich allerdings um die ersten Messungen dieser Art überhaupt handelte, muss diese Aussage sicherlich als Postulat gesehen werden und durch zukünftige Untersuchungen in einem solchen Rahmen ergänzt und belegt werden.

Die zweite interessante Messstelle im circadianen Rhythmus des Cortisols stellt der 22 Uhr Wert da, der Punkt in der Reverenzkurve mit den niedrigsten Werten als Zeichen der Regeneration des Systems und des Organismus. Hier fanden sich zu Beginn der Achtsamkeitsintervention im Mittel deutlich erhöhte Cortisolwerte (als z. B. klassisches Indiz einer chronifizierten Stressreaktion). Die Messungen nach acht Wochen Beschäftigung mit dem achtsamkeitsbasierten Programm „Erfolg kommt von Innen“ zeigten bei den Studienteilnehmern deutlich in den mittleren Normalbereich abgesunkene Cortisolwerte. Dieses Resultat ist in zweierlei Hinsicht erstaunlich, erstens dass sich dieses achtsamkeitsbasierten Programms so schnell und so eindeutig positiv auf die neuroendokrine Stressregulation des menschlichen Organismus auswirkte und vor allem, zweitens, dass sich diese Auswirkung laborchemisch in validen Zahlen nachweisen ließ.

Auch der biochemische Parameter der zweiten Stressachse (SAM), die Alpha-Amylase, bestätigte mit ihren Messwerten außerhalb der oberen Norm zum Zeitpunkt T1 (vor der Intervention, Anm. d. V.) das Vorliegen eines chronischen Stresszustandes bei den Probanden. Die zweite Messung nach dem Training ergab hierbei ein Absinken der Alpha-Amylase-Werte im Mittel um zweidrittel (!) in den mittleren Normbereich, also eine deutliche Reversion des Stresszustandes. Ein möglicher, weiterer Hinweis für die Wirkung von Achtsamkeit oder dieses achtsamkeitsbasierten Programms auf das Stressregulationssystem im menschlichen Organismus?

Fasst man die gewonnenen Ergebnisse aus den psychometrischen und vor allem aus den erstmals durchgeführten biometrischen Tests zusammen und bringt diese mit den bekannten Erkenntnissen über die Stressverarbeitung beim Menschen in Verbindung, so kann festgestellt werden, dass die achtsamkeitsbasierte gesundheitspädagogische Förderungsmaßnahme „Erfolg kommt von Innen“ nicht nur subjektiv die Teilnehmer besser beim Umgang, bei der Bewertung und vor allem beim Abbau von Stress unterstützt hatte, sondern auch - mit Hilfe naturwissenschaftlich-biometrischer Messverfahren - erste Hinweise liefert, dass eine Rückregulation aus einem vorhandenen chronischen Stressreaktionsmuster in eine normale und ausgeglichene Situation der

autonomen und neuroendokrinen Systeme des menschlichen Organismus stattgefunden hatte. Ein Effekt, der zumal unter sogenannten Feldbedingungen, d. h. im normalen Arbeitsumfeld der Teilnehmer mit sicherlich zahlreichen unkontrollierbaren Einflussfaktoren, gemessen wurde, in einer solchen Klarheit nicht zu erwarten war.

Diese Resultate zeigten also erste konkrete Hinweise, dass das achtsamkeitsbasierte Programm „Erfolg kommt von Innen“ messbare Effekte auf Körper und Geist der beteiligten Beschäftigten dieser beiden Großunternehmen hatte. Aber welche Mechanismen, welche Reaktionen und welche Wirkungsweisen stecken möglicherweise dahinter? Ansätze einer Erklärung könnten, wie folgt, aussehen:

Achtsamkeit und achtsamkeitsbasierte Methoden findet man, wie in der kurzen historischen Betrachtung an anderer Stelle dieser Arbeit bereits dargestellt wurde, seit langem in zahlreichen Kulturkreisen. In der jüngeren Vergangenheit aber auch in Bereichen wie der Medizin, der Psychologie oder der Pädagogik (Michalak et al., 2012; Altner, 2006). Wirksamkeitsbeweise beruhten im Bereich der Religionen und Glaubensgemeinschaften ausschließlich auf Selbsterfahrung durch eigene Achtsamkeitspraxis. Im therapeutischen Bereich unterscheidet man die sogenannten achtsamkeitsbasierten Verfahren, bei denen Achtsamkeit als das zentrale Therapieprinzip angesehen wird, wie z. B. das MBSR-Training nach Kabat-Zinn (2011), von den achtsamkeitsinformierten Ansätzen, bei denen neben der Achtsamkeit auch andere Therapieformen gleichwertig angewandt werden (z. B. die Dialektisch-behaviorale Therapie nach Linehan (in Michalak et al., 2012)).

Interessant für den Vergleich mit dem gesundheitspädagogischen Setting „Erfolg kommt von Innen“ sind vornehmlich die achtsamkeitsbasierten Therapieverfahren mit Achtsamkeit als zentralem Wirkprinzip (Übersicht bei Baer, 2003). Die Evaluationen im therapeutischen Bereich wurden dabei bisher ausschließlich mittels psychometrischer Fragebogeninstrumente durchgeführt. Diese Ergebnisse brachten auch Erkenntnisse über die Wirkungsweise achtsamkeitsbasierter Therapieverfahren. Sie erfolgte, wie bei Michalak et al. (2012) nachzulesen ist, in fünf Schritten: 1. Durch Übung der Achtsamkeit steigert sich die Konzentration auf das Hier und Jetzt. Dadurch wird das gezielte Lösen aus dysfunktionalen Prozessen wie Grübeln und Gedankenkreisen unterstützt. 2. Steigerung des Kontaktes mit dem Hier und Jetzt mit möglichst großer Offenheit und mit möglichst großem Mitgefühl mit sich selbst, wahrzunehmen, statt in Gedankenketten einzusteigen. Dadurch kann die Vermeidung von innerem Erleben abgebaut werden. 3. Veränderung des mentalen Modus, der erfahrungsbezogene und offene „Seins-Modus“ wird zur Basis des konzeptionellen „Modus des Tuns“. 4. Dis-Identifikation, sich nicht mit

seinen Gedanken identifizieren, sondern Gedanken als mentale Ereignisse erkennen. 5. Frühzeitiges Erkennen von ungünstigen Aufschaukelungsprozessen. Wichtig ist dabei zu berücksichtigen, dass diese einzelnen Aspekte nicht unabhängig voneinander sind, sondern sich wechselseitig beeinflussen und aufeinander aufbauen, im Sinne einer Metastruktur.

Zwar waren die Teilnehmer des achtsamkeitsbasierten Programms „Erfolg kommt von Innen“ nicht *per definitionem* krank und/ oder therapiebedürftig. es gab allerdings zu Beginn der Achtsamkeitsintervention, sowohl in den psychometrischen Testungen wie auch bei den biometrischen Messverfahren bei den Probanden deutliche Anzeichen von zumindest „funktionellen Verschiebungen“, insbesondere was den Umgang mit Stress und Stressverhalten anging. Dies wurde von den Probanden einhellig auch als „belastend“ empfunden. Die Evaluation der Projektergebnisse am Ende des Trainings zeigte daraufhin bekanntlich Hinweise und Anhaltspunkte, dass sich diese Verschiebungen und Belastungen im Sinne des Salutogenese-Modells vom Organismus rückreguliert hatten und sich letztlich ein „ausgeglichener“, homöostatischer Zustand bei den Teilnehmern wieder eingestellt hatte.

Die gewonnenen Ergebnisse achtsamkeitsbasierter Therapieverfahren (Übersicht bei Michalak et al., 2012) und die psychometrischen Ergebnisse des gesundheitspädagogischen Förderprojektes „Erfolg kommt von Innen“ zeigen sich weitgehend identisch. Bei einer kritischen Betrachtung der Trainingsinhalte und Trainingsziele des betrieblichen Achtsamkeitsprojektes mit den fünf oben beschriebenen Wirkungsschritten achtsamkeitsbasierter Therapieverfahren scheinen sich auch die Wirkungsweisen von Achtsamkeit bei präventiven Gesundheitsförderungsmaßnahmen nicht wesentlich von denen bei therapeutischen Interventionen zu unterscheiden.

Betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen sollen „Dysbalancen und Belastungen im Arbeitsalltag identifizieren und durch geeignete Lern- und Entwicklungsprozesse, den Beschäftigten es ermöglichen, gezielt Einfluss auf diese Faktoren zu nehmen, die ihr ‚Gesund sein‘ bestimmen“ (Badura, 1999). „Achtsamkeit im Unternehmen“ scheint diese Kriterien zu erfüllen.

Das achtsamkeitsbasierte gesundheitspädagogische Förderprogramm „Erfolg kommt von Innen“ hat somit erste Hinweise und Anhaltspunkte dazu gegeben, dass messbare Reaktionen in Körper und Geist der teilnehmenden Beschäftigten auslösbar waren. Um diese Ergebnisse wissenschaftlich auch einordnen zu können, sind folgende Fragen in einem weiteren Schritt zu beantworten: Erstens, sind diese Ergebnisse insgesamt gültig, zweitens,

inwieweit können auf dieser Erkenntnisbasis bereits Verallgemeinerungen getroffen werden, drittens, welche weiteren Untersuchungen müssten folgen und schließlich viertens, was hat sich im Evaluationssetting eventuell nicht bewährt?

Bereits bei der Konzeption dieses Pilotprojektes wurde darauf geachtet, nur bereits etablierte und validierte Testverfahren zur Evaluation einzusetzen. Auch sollte jede Dimension des gewählten biopsychosozialen Modellansatzes von möglichst mindestens zwei Testverfahren abgedeckt werden, so dass man bei den gewonnenen Ergebnissen von einer validen Datenlage ausgehen konnte. Durch die vergleichsweise niedrige Probandenanzahl und die nicht vorhandene Kontrollgruppe relativierte sich allerdings die Aussagekraft der Resultate, so dass man – bei diesem Stand der Erkenntnisse – sicher nur von ersten sicheren Hinweisen und Anhaltspunkten auf die beschriebenen Effekte sprechen sollte, keinesfalls jedoch bereits eine allgemeingültige Aussage daraus herleiten kann. Allerdings sind diese Ergebnisse auf Grund der ausgewählten Testsettings und der statistischen Erkenntnisse eine gute Basis für weitere Untersuchungen auf diesem Gebiet. Da bislang vornehmlich nur ein zweizeitiges ‚Prä-Post‘-Design bei der Datenerhebung Anwendung gefunden hat, sollte bei Folgeuntersuchungen eingeplant werden, auch während der achtwöchigen Achtsamkeitsintervention eine oder mehr Messmethodiken im Verlauf zu integrieren. Möglich wären hierfür einmal, der bereits in dieser Arbeit vorgestellte Qiu®, ein HRV-Biofeedback-Gerät, welches zum einen die Probanden bei der Durchführung ihrer persönlichen Achtsamkeitsübungszeiten unterstützt und dabei gleichzeitig, über einen Fingersensor oder einen Ohrklipp, eine HRV-Messung dokumentiert, oder dasselbe mittels einer App auf dem Smartphone oder iPod® (derzeit in Entwicklung) durchzuführen. Auch könnte überlegt werden, an den acht wöchentlichen Modulterminen die Stress-Biomarker im Speichel zu bestimmen, zumal die Probennahme nicht invasiv ist und von den Teilnehmern leicht selbst durchführbar wäre. Allerdings müsste vor allem bei den Laboruntersuchungen im Vorfeld die Frage der Kostenübernahme geklärt sein. Insgesamt haben sich alle in diesem Pilotprojekt eingesetzten Testverfahren, egal ob psychometrisch oder biometrisch, sowohl was die Praktikabilität wie auch die Validität betrifft, bewährt, so dass derzeit von diesem Setting im Grundsatz auch nicht abgerückt werden sollte.

Zusammenfassend zeigten die gewonnenen Messergebnisse valide Daten. Damit konnten auch erste Hinweise und Anhaltspunkte auf eine Wirksamkeit von „Erfolg kommt von Innen“ auf Körper und Geist der Projektteilnehmer generiert werden. Eingeschränkt wurde die wissenschaftliche Aussagekraft allerdings durch

die geringe Probandenzahl und die fehlende Kontrollgruppe, so dass man derzeit eben maximal von Hinweisen und Anhaltspunkten für die Wirksamkeit von achtsamkeitsbasierten Maßnahmen auf das biopsychosoziale Wohlergehen des Menschen sprechen kann. Weitere Untersuchungen mit den oben genannten Ergänzungen sollten bei dieser Datenlage deshalb unbedingt folgen.

Nach der Reflexion und Beurteilung der Ergebnisse aus diesem ersten Pilotprojekt wird im Folgenden der weiteren Frage nach Fakten und Maßnahmen für eine erfolgreiche und nachhaltige Implementierung von „Erfolg kommt von Innen“ in einem Unternehmen oder einer Organisation nachgegangen.

Um Achtsamkeit in einem Unternehmen als Bestandteil einer (zukünftigen) Unternehmenskultur erfolgreich implementieren zu können, sollten grundsätzliche Faktoren bekannt sein, die eine solche Implementierung erleichtern bzw. überhaupt möglich machen (Hiendl, 2014):

Grundsätzliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Implementierung einer neuen Maßnahme/ einer neuen Struktur in einem Unternehmen - hier des achtsamkeitsbasierten, gesundheitspädagogischen Förderungsprogrammes „Erfolg kommt von Innen“ - ist die Festlegung allgemeingültiger Rahmenbedingungen. Einstellung, Verständnis und Zielvorstellung sollten bei allen Beteiligten, den Teilnehmern, dem beauftragenden Unternehmen wie auch den eingesetzten Achtsamkeitstrainer(n), auf einer gemeinsamen, für alle gültigen Grundlage bekannt sein.

Um nun so die Implementierung in einem Unternehmen richtig „platzieren“ zu können, bedarf es grundlegend vor allem der Unterstützung durch die Führungskräfte. Diese Unterstützung spiegelt sich in folgenden Eigenschaften wieder: Authentizität, Menschsein und Menschlichkeit in der Führung, emotionale Präsenz und persönliches Vorbildverhalten. Zusammenfassend lassen sich diese Eigenschaften gut unter den Begriff „ganzheitliche Führung“ subsumieren.

Des Weiteren müssen auch weitere „allgemeine Rahmenbedingungen“ festgelegt werden: Sowohl ein zeitlicher, wie auch ein physischer Rahmen muss den Teilnehmern für das Achtsamkeitstraining seitens des Unternehmens bedingungslos zugestanden werden. Ebenso bedarf es zusätzlich eines unterstützenden Rahmens, etwa von Seiten der Personalentwicklung des Unternehmens (Stichwort: „Unternehmenskompetenz für das Training“). Implementierung geht aber noch einen Schritt weiter: Damit die gelernte und erprobte Methodik Bestand hat, erfordert es auch eine gewisse Nachhaltigkeit. Das bedeutet, dass ebenfalls gewisse organisatorische

Änderungen gesetzt werden sollten, wie etwa beispielsweise die Schaffung eines Meditationsraumes oder die Einführung tagungsfreier/ störungsfreier Zeiten. Auch die Sensibilisierung und das Vorantreiben der Thematik auf allen Führungsebenen sind wichtige Faktoren für eine erfolgreiche Nachhaltigkeit.

In der Untersuchung hatte sich gezeigt, dass neben diesen allgemeingültigen Festlegungen es noch vier weitere Faktoren gibt, die für eine erfolgreiche Implementierung nötig sind: 1. Das Trainingssetting, 2. der Achtsamkeitstrainer, 3. das Unternehmen selbst und schließlich 4. der oder die Teilnehmer.

Das *Trainingssetting*, ein Trainingszyklus mit acht Einheiten, jeweils einmal pro Woche mit einer Dauer von zwei bis zweieinhalb Stunden, im Unternehmen vor Ort, flankiert von zwei ganztägigen Veranstaltungen „*offsite*“, wurde eindeutig von den bisherigen Teilnehmern des Achtsamkeitsprojektes „Erfolg kommt von Innen“ präferiert. Die klaren Vorteile dieses Settings lagen messbar in der besseren Compliance der Teilnehmer, vor allem was Übungsdisziplin, Regelmäßigkeit und Termintreue betraf. Auch ein „geschützter Raum“, was den zeitlichen und physischen Rahmen betrifft, muss den Teilnehmern bedingungslos vom Unternehmen zugestimmt werden. Inhaltlich erwies sich ein Mix von „klassischen“ Achtsamkeitsübungen aus dem MBSR-Programm von John Kabat-Zinn (1985 und 2011), wie die Atemmeditation oder der Body Scan, mit informellen, unternehmensbezogenen Einheiten (z. B. achtsame Dialoge) als zielführend.

Der *Achtsamkeitstrainer* ist eine zentrale Figur, wenn es darum geht, Achtsamkeit (erfolgreich) in einem Unternehmen zu implementieren. Dabei waren neben den sogenannten „klassischen“ Trainerkompetenzen, wie Präsentieren, Moderieren und Gesprächsführung, vor allem die persönliche Motivation des Trainers und seine Fähigkeit, die durch die Praxis der Achtsamkeit vermittelte Essenz, also den „energetischen Funken“ der Achtsamkeit, authentisch an die Teilnehmer weiterzugeben, wichtige Kriterien.

Ein *Unternehmen*, welches Achtsamkeit in Ihre Unternehmens-Kultur integrieren möchte, sollte bereits grundsätzlich das Thema „Gesundheit“ auf seiner Agenda stehen haben. Unterstützung durch die Führungskräfte aller Hierarchieebenen im Sinne einer „ganzheitlichen“ Führungsvision erleichtert die Implementierung ebenso, wie auch die Schaffung von nachhaltigen Rahmenbedingungen (räumlich und zeitlich). Neben diesen positiven Voraussetzungen seitens des Unternehmens zeigten sich im Rahmen der bislang durchgeführten Achtsamkeitstrainings bei Firmen auch „Misserfolgskriterien“, welche an dieser Stelle kurz benannt werden: 1. Eine inadäquate Erwartungshaltung von Seiten des Unternehmens. Die bloße Reduktion auf eine Veränderung von Produktivitäts- oder Fehlerfaktoren lässt eine (erfolgreiche) Implementierung von „Achtsamkeit im

Unternehmen“ aber von vorn herein scheitern. 2. Die unzureichende Beachtung der oben beschriebenen „Rahmenbedingungen“. Fehlender Schutz des zeitlichen und/oder des physischen Raumes (der Teilnehmer ist während der Trainingseinheit nicht an seinem Arbeitsplatz) lässt eine Integration dieses gesundheitspädagogischen Förderprogrammes scheitern. Und schließlich und maßgeblich 3. Das Fehlen von Unterstützung und/ oder Interesse von Seiten der Führungskräfte. Dies erschwert grundlegend einen erfolgreichen Zugang zum Thema „Achtsamkeit im Unternehmen“.

Neben diesen drei erwähnten (externen) Faktoren hat vor allem der *Teilnehmer* selbst entscheidenden Einfluss auf das Gelingen von „Erfolg kommt von Innen“. Basis und grundsätzliche (positive) Voraussetzung von Seiten des Teilnehmers muss sein: Offenheit. Die persönliche Offenheit muss den Beschäftigten dazu auffordern, sich aktiv und bewusst mit dem Thema ‚Achtsamkeit‘ auseinander setzen zu wollen. Diese Offenheit ist in der Regel genährt aus zweierlei Quellen: zum einen aus einer generellen Neugierde, auf alles was Neues betrifft, zum anderen aus einer persönlichen Leidenssituation, verbunden mit der daraus gewonnenen Erkenntnis, etwas daran ändern zu wollen oder zu müssen. Neben dieser grundlegenden Offenheit gibt es noch eine zweite Voraussetzung des Teilnehmers für die erfolgreiche Implementierung von „Erfolg kommt von Innen“: die persönliche Bereitschaft und auch das Wissen, dafür aktiv etwas tun zu müssen mit der nötigen Konsequenz in der persönlichen Umsetzung. Diese Trias bildet dann eine belastbare Basis für ein gutes Gelingen der Implementierung von Achtsamkeitsmaßnahmen in Unternehmen seitens der Beschäftigten.

Mit diesen fünf Faktoren lässt sich, wie bereits früher gezeigt werden konnte (Hiendl, 2014b), das achtsamkeitsbasierte, gesundheitspädagogische Förderungsprogramm „Erfolg kommt von Innen“ in ein Unternehmen mit einer funktionalen oder produktlinienorientierten, zentralen Struktur (in dieser Arbeit durch Unternehmen ‚A‘ repräsentiert) erfolgreich implementieren.

Anders sieht es bei Unternehmen mit einer sogenannten geographischen Struktur aus (in unserem Fall das Unternehmen ‚B‘), welches in der Fläche verortet ist und seine Aktivitäten nach regionalen Teilmärkten ordnet. Hier sind bereits die Rahmenbedingungen, ganz pragmatisch betrachtet, der in der dargestellten Konzeption aufgezeigte, zeitliche und physische Rahmen, nur mit außerordentlichem Aufwand umzusetzen. Gerade eine Fortführung dieses Achtsamkeitsprogrammes in das normale betriebliche Alltagsgeschehen kann in der geographischen Fläche deshalb nicht eins zu eins dargestellt werden.

Da allerdings Teilnehmer der Firma mit geographischer Unternehmensstruktur (Unternehmen ‚B‘) mit größtenteils signifikant besseren Resultaten aus dem Achtsamkeitstraining gingen (wie die Ergebnisse der Unternehmen ‚A‘ und ‚B‘ bei der getrennten Betrachtung (z. B. HRV-Messungen) gezeigt haben), wird von den Projektverantwortlichen gerade für solche Unternehmen eine Weiterentwicklung der Implementierungsbedingungen und Umsetzungsszenarien im Sinne einer „best practice“ für den betrieblichen Alltag in der Fläche gefordert. Folgende zwei Implementierungsfaktoren sind dabei besonders im Fokus: Die allgemeinen Rahmenbedingungen und das Trainingssetting als solches.

Bei den *allgemeinen Rahmenbedingungen* betrifft es in erster Linie den physischen Rahmen. Lässt sich in Unternehmen mit weitgehend zentraler Struktur, bei der die Betriebsstätten selbst in unmittelbarem räumlichen Zusammenhang liegen, das Programm im Betrieb an einem Ort in der Nähe im vorgesehenen, wöchentlichen Modus standardmäßig durchführen, bedarf es bei dezentralen, räumlich zum Teil weitläufigen Unternehmensteilen eine andere Art der Trainingsorganisation. Dabei wird es, gerade auch unter Lerngesichtspunkten, notwendig werden, methodisch-didaktische Formen und Modelle zu finden, die eine praktikable Möglichkeit in der Fläche erlauben (z. B. dem Einsatz von Webinaren und anderen elektronischen Medien).

Eng mit den allgemeinen Rahmenbedingungen verknüpft, ist natürlich auch das konkrete *Trainingssetting* in dieser Konstellation: Sieht man, auf Grund der Ergebnisse der durchgeführten Untersuchungen bezüglich der Implementierungsfaktoren (Hiendl, 2014b), beispielsweise den Trainingszyklus mit acht Einheiten jeweils einmal pro Woche mit einer Dauer von zwei bis zweieinhalb Stunden als derzeitigen „Goldstandard“ an, so sollte das „Trainingssetting für die Fläche“ diesen Standard auch, im Grunde nach, als Leitlinie beibehalten.

Dabei könnte ein derart modifiziertes Programm konzeptionell beispielsweise, wie folgt, aussehen: Vier Trainingsmodule, je zweieinhalb Stunden alle 14 Tage in Gruppen von maximal 25 Teilnehmern regional (dabei maximal 30 bis 50 km Anfahrtsweg) und in den Wochen dazwischen vier Trainingsmodule, je eineinhalb Stunden, in Gruppen von zwei bis fünf Teilnehmern lokal (in den Unternehmensstandorten in der Fläche vor Ort), mit Unterstützung über Webinar. Während der gesamten Trainingsphase könnten alle Teilnehmer mit einem iPod® ausgestattet werden, die eine entsprechende App enthält, welche die jeweiligen Trainingsinhalte wiederspiegelt, zu täglichen Achtsamkeitsübungen einlädt, diese auch dokumentiert und, z. B. über einen Ohrclip- oder Fingersensor in dieser Übungszeit gleichzeitig auch eine HRV-Messung durchführt.

Um aber „Achtsamkeit im Unternehmen“ als vollwertige gesundheitspädagogische Förderungsmaßnahme nachhaltig einführen und implementieren zu können, ist es ebenfalls notwendig, die gewählten Modelle, Konzeptionen, Theorien, Maßnahmen und Methoden von „Erfolg kommt von Innen“ regelmäßig auch grundlegenden wissenschaftlichen Untersuchungskriterien zu unterziehen, die insbesondere theoriengeleitet und überprüfbar sind und deren Ergebnisse entsprechend zu evaluieren und dies, nach Baer et al. (2004), auch im Kontext wissenschaftlicher Studien zu erfassen. Dies sollte weiterhin zumindest an den beiden Ganztagesveranstaltungen zu Beginn und am Ende des Programmes geschehen, möglicherweise auch durch zukünftige Messungen im Verlauf des Trainings.

Die Zufriedenheit der Mitarbeiter geht sehr eng einher mit der gelebten Kultur in einem Unternehmen. Ist eine solche Kultur bereits in einem Unternehmen vorhanden, so fördert sie die Kreativität der Mitarbeiter und ihre Freude an der Arbeit. Sie gibt Raum, um eine Innovationskultur entstehen zu lassen, die wichtig für das Wachstum ist. Sie sorgt für eine Feedbackkultur, die konstruktive Kritik in beide Richtungen ermöglicht, also von der Führungskraft zum Mitarbeiter und umgekehrt. Sie bestimmt, wie Führungskräfte ihre Mitarbeiter für Leistungen loben und diese anerkennen. Eine gute Unternehmenskultur ist durch eine arbeitsintensive, aber positive Atmosphäre geprägt. Und sie ist Grundlage für die Umsetzung der Unternehmensstrategie. Fehlt hingegen eine positive Kultur, so kann dies zu hohen Krankenständen und einer hohen Fluktuation führen. Dann fühlen sich Mitarbeiter oft nicht wohl, sie trauen sich nicht, ihre Meinung zu äußern – der Austausch untereinander, aber auch das Engagement insgesamt bleibt auf einer oberflächlichen Ebene. Die Folge sind ideenlose, festgefahrene Führungskräfte und Teams, die schwer gute Ergebnisse erzielen können.

„Erfolg kommt von Innen“ hat gezeigt, dass gerade Achtsamkeit und achtsamkeitsbasierte Maßnahmen eine solch positive Wirkung im Unternehmen auslösen können. Um diese aber als ein zentrales Element in der Entwicklung einer erfolgreichen Unternehmens- und Führungskultur zu etablieren, bedarf es weiterer Überlegungen, in welcher Art und Weise dies *in praxi* auch geschehen kann?

Der Schlüssel dafür liegt im Bewusstsein der Führungskräfte. Sie sind die Architekten einer Unternehmenskultur. Die Führungskräfte müssen wissen, wohin es gehen soll, ihren Mitarbeitern davon ein klares Bild zeichnen zu können, sowie die Mitarbeiter auch selbst daran zu beteiligen. Alle müssen letztendlich wissen, weshalb es das wert ist, die neue Kultur mit zu gestalten und mitzutragen. Nur so kann sich die Unternehmenskultur in allen Köpfen verankern und in Taten münden. Das bedeutet für „Achtsamkeit im Unternehmen“, dass die Einsicht und

die (positive) Wirkung von Achtsamkeit zunächst bei den Führungskräften, - idealerweise und im Rahmen dieser Arbeit auch bei Unternehmen ‚A‘ so praktiziert - vom Vorstand über die nachfolgenden Hierarchieebenen, erprobt werden soll. Ziele sind dabei einmal natürlich eine „Außenwirkung“ auf die Beschäftigten des Unternehmens zu erreichen, zum anderen aber auch über die individuelle „Innenwirkung“ von Achtsamkeit jeden einzelnen in der Verantwortungskette zu unterstützen, Stress abzubauen, um Kreativität, Produktivität und Freude an der Arbeit zu fördern, und damit auch zur Reduktion von möglichen psychischen Belastungen oder Krankheiten beizutragen und die positive Wirkung des Programmes persönlich erfahrbar zu machen.

Die Verantwortlichen für das Betriebliche Gesundheitsmanagement im Unternehmen müssen in einem nächsten Schritt befähigt werden, die achtsamkeitsbasierten Trainingseinheiten für Ihre Mitarbeiter und Ihr Unternehmen zugeschnitten weiterzuentwickeln. Auf der Grundlage der ermittelten Implementierungsfaktoren muss die Maßnahme, je nach Unternehmensstruktur und Unternehmensgröße, angepasst bzw. modifiziert werden. Wichtig dabei ist die permanente wissenschaftliche Begleitung und Evaluation der Trainingseinheiten.

Wie kann man sich solche Umsetzungsszenarien in Unternehmen – auch unter Lerngesichtspunkten – vorstellen?

Wie bereits an anderer Stelle erwähnt, ist die Unternehmensstruktur von wesentlicher Bedeutung für eine weitere Implementierung des achtsamkeitsbasierten Programms. Aus diesem Grunde soll im Folgenden am Beispiel der verschiedenen Unternehmensstrukturen von Unternehmen ‚A‘ und von Unternehmen ‚B‘ mögliche Umsetzungsszenarien skizziert werden.

Gewisse Grundvoraussetzungen gelten für beide Unternehmenstypen: 1. Die beschriebenen Implementierungsfaktoren und Rahmenbedingungen für „Erfolg kommt von Innen“ müssen ausnahmslos gegeben sein. 2. Achtsamkeit muss als zentrales Element der Unternehmens- und Führungskultur gesehen werden. 3. Das Basisprogramm „Erfolg kommt von Innen“ soll möglichst umfänglich auf allen Hierarchieebenen zur Anwendung kommen.

Unternehmen ‚A‘ mit einer funktionalen, produktlinienorientierten, zentralen Struktur zeichnet sich aus durch eine Campus-ähnliche Architektur und damit verbunden „kurze Wege“. (Fast) alle Arbeitsplätze sind rechnergestützt und zentral vernetzt, sowie mit Bildschirmen ausgestattet. Die Fortsetzung und Vertiefung von Achtsamkeit könnte man sich in dieser Konstellation als folgenden „Dreiklang“ vorstellen: 1. Rechnergestützt: Arbeitstäbliche Einspielung einer achtsamkeitsbasierten Intervention, evtl. verbunden mit einer Übungseinheit

zum ergonomischen Sitzen am Bildschirmarbeitsplatz, immer mit dem gleichen Ritual beginnend (z. B. Gong einer Klangschale o. ä.), immer zum gleichen Zeitpunkt, idealerweise in definierten Arbeits- oder Organisationseinheiten (z. B. Großraumbüro, Abteilung) gleichzeitig (Lernen in der Gruppe). Um das Prinzip der Freiwilligkeit zu wahren, mit der individuellen Option, das Programm „wegklicken“ zu können. 2. Peergestützt: Durch Weiterqualifizierung (extern, ggf. auch bereits intern) von Laienanleitern aus den eigenen betrieblichen Reihen („Peer-Prinzip“, Lernen durch Lehren) Gründung und Förderung von firmeninternen Achtsamkeits- (Meditations)-Gruppen. 3. Tag der Achtsamkeit: Einmal pro Jahr das Angebot, möglichst „*offsite*“, also nicht im Unternehmen selbst, mit einem Mix aus theoretischen Informationen, Angeboten zu praktischen Interventionen (Coaching (Einzel-, Team-), Supervision), sowie Durchführung der psychometrischen und biometrischen Testungen zur Evaluation und Validierung des gesundheitspädagogischen Förderprogramms im zeitlichen Verlauf.

Unternehmen ‚B‘ mit einer sogenannten geographischen Unternehmensstruktur besitzt zum einen Bereiche mit zentralen Strukturmerkmalen (Unternehmenszentrale, regionale Verwaltungszentren), die Mehrzahl der Unternehmensteile sind aber in kleinen und mittleren Einheiten räumlich, zum Teil weitläufig verteilt. Nicht alle Arbeitsplätze sind rechnergestützt, teilweise wird in einem Mehrschichtbetrieb gearbeitet. Ein modifiziertes Basis-Trainingssetting wurde bereits an anderer Stelle reflektiert. Auf Grundlage dieser Modifikation lässt sich auch die weitere Fortsetzung und Vertiefung von Achtsamkeit denken: 1. Lokale Achtsamkeits-Gruppen: In den einzelnen Betriebsstätten, möglichst Peer-gestützt, falls nicht vorhanden oder möglich, zumindest Webinar-unterstützt, in wöchentlichen Sitzungen (Lernen in der (Klein-)Gruppe). 2. Regionale Achtsamkeitsgruppen: Etwa im vierteljährlichen Turnus, zwingend Peer-gestützt bzw. Trainerunterstützt von extern (Lernen durch Lehren, Lernen am Vorbild). 3. Einsatz von elektronischen Medien: z. B. iPod® mit entsprechender Achtsamkeits-App, für die tägliche individuelle Achtsamkeitsintervention (Selbststudium). 4. Tag der Achtsamkeit: Einmal pro Jahr das Angebot, möglichst „*offsite*“, also nicht im Unternehmen selbst, mit einem Mix aus theoretischen Informationen, Angeboten zu praktischen Interventionen (Coaching (Einzel-, Team-), Supervision), mit Durchführung der psychometrischen und biometrischen Testungen zur Evaluation und Validierung der Gesamtmaßnahme im zeitlichen Verlauf.

Diese Anpassungen sollten auch als permanenter Lernprozess im Sinne einer gelebten gesundheitspädagogischen Maßnahme gesehen werden, bei der neben den strukturellen Rahmenbedingungen

auch die inhaltlichen Faktoren ständig überprüft und angepasst werden: was kam inhaltlich/ thematisch gut an, was schlecht (und vielleicht auch, warum?). Dieser ständige Zyklus von Überprüfung, Anwendung und Aktualisierung stellt damit auch einen wichtigen Garanten für Haltbarkeit und Nachhaltigkeit der Methode dar.

Gerade die Nachhaltigkeitsdiskussion zum Thema Achtsamkeit ist im betrieblichen Kontext ein wichtiger Punkt. „Forscher am INSEAD, einer der größten Business Schools weltweit, wurden von der Europäischen Union beauftragt, Maßnahmen zur Steigerung der *Corporate Social Responsibility*, also unternehmerischer Gesellschaftsverantwortung, zu bewerten. Dabei sind sie auf überraschende Ergebnisse gestoßen: Die meisten Seminare zur Steigerung von gesellschaftlicher Verantwortung wirken nicht. Seminare aber, die nur Achtsamkeitsmeditation oder ähnliche Inhalte angeboten hatten, erhöhten die Wahrscheinlichkeit, dass sich Führungskräfte nachhaltig verhalten. Das überrascht eigentlich nicht. Denn jeder Mensch, jede Führungskraft hat ein Interesse, dass es seinen Mitarbeitern und der Umwelt gut geht, aber oft haben sie nicht den Kopf frei, um dafür zu sorgen oder sind so in ihrer Stressmühle verfangen, dass sie nicht nachhaltig handeln können. Nachhaltiges Handeln ist jedoch ein natürliches Bedürfnis der meisten Menschen. Sie müssen nur den Raum dafür haben, einen geistigen Raum, wie er sich durch Achtsamkeitsmeditation entwickeln lässt, um die Konsequenzen des eigenen Handelns zu reflektieren. Darum sind viele Menschen, nicht zuletzt die Verantwortlichen bei Google überzeugt, dass Achtsamkeitsmeditation einen wesentlichen Beitrag zu einer erfolgreichen Zukunft in der Unternehmenswelt leisten kann“ (Tamdjidi und Stephan, 2015x).

Abschließend soll an dieser Stelle die Maßnahme „Achtsamkeit im Unternehmen“ auch aus bildungsökonomischer Sicht reflektiert werden. „Rechnet“ sich die Implementierung überhaupt für das Unternehmen?

Dazu zunächst ein paar statistische Vorbemerkungen: Mit einer durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit von 14,1 Tagen je Arbeitnehmer ergaben sich in Deutschland im Jahr 2012 insgesamt 521,6 Millionen Arbeitsunfähigkeitstage. Ausgehend von diesem Arbeitsunfähigkeitsvolumen schätzte die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2014) die volkswirtschaftlichen Produktionsausfälle auf insgesamt 53 Milliarden Euro bzw. den Ausfall an Bruttowertschöpfung auf 92 Milliarden Euro (Die Schätzung der Produktionsausfälle (Lohnkosten) und Bruttowertschöpfungsausfälle (Verlust an Arbeitsproduktivität) durch Arbeitsunfähigkeit gibt volkswirtschaftlich gesehen ein Präventionspotenzial und mögliches Nutzenpotenzial an, Anm. d. A.). Die geschätzten Produktionsausfälle machten insgesamt einen Anteil von 1,9 % am

Bruttonationaleinkommen aus, der geschätzte Ausfall an Bruttowertschöpfung wies einen Anteil von 3,4 % am Bruttonationaleinkommen auf. Die Diagnosegruppe „Psychische und Verhaltensstörungen“ hatte dabei insgesamt einen Anteil von 0,2 % auf die Arbeitsunfähigkeit und 0,4 % am Bruttonationaleinkommen (insgesamt einen Betrag von 16,5 Milliarden Euro). Sieht man sich die Zahlen für dieses Präventions- bzw. mögliche Nutzenpotential allein für die Diagnosegruppe „Psychische und Verhaltensstörungen“ für die betroffenen Wirtschaftszweige der beiden für diese Untersuchung gewählten Großunternehmen ‚A‘ und ‚B‘ an, ergaben sich für das Jahr 2012 folgende Daten: Bei 17.107.000 Beschäftigten in diesen beiden Wirtschaftszweigen entfielen 25,7 Millionen Arbeitsunfähigkeitstage im Jahr 2012 (20,8 %) auf die Diagnosegruppe „Psychische und Verhaltensstörungen“. Daraus ergaben sich insgesamt 2,78 Milliarden Euro an Produktionsausfällen und 4,04 Milliarden Euro Ausfall an Bruttowertschöpfung, heruntergerechnet auf jeden Mitarbeiter wären das 393,41 Euro pro Jahr an Präventions- bzw. möglichem Nutzenpotential allein für die Diagnosegruppe „Psychische und Verhaltensstörungen“ (für alle Diagnosegruppen zusammen ergäbe sich für diese beiden Wirtschaftszweige sogar ein jährliches Präventionspotential von 3.957,44 Euro pro Beschäftigter)!

Weitere finanzielle Möglichkeiten im Rahmen arbeitgebergeförderter Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen wären außerdem, z. B. § 3 Einkommenssteuergesetz (EStG): „Steuerfrei sind: (...) 34. zusätzlich zum ohnehin geschuldeten Arbeitslohn erbrachte Leistungen des Arbeitgebers zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und der betrieblichen Gesundheitsförderung, die hinsichtlich Qualität, Zweckbindung und Zielgerichtetheit den Anforderungen der §§ 20 und 20a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genügen, soweit sie 500 Euro im Kalenderjahr nicht übersteigen“ oder auch das am 18. Juni 2015 verabschiedete „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG)“, welches u. a. die Krankenkassen und Pflegekassen dazu verpflichtet, künftig mehr als 500 Mio. Euro für Gesundheitsförderung und Prävention zu investieren. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Gesundheitsförderung in den Lebenswelten wie Kita, Schule, Kommunen, Betrieben und Pflegeeinrichtungen mit insgesamt mindestens rund 300 Mio. Euro jährlich (Bundministerium für Gesundheit, 2015).

Was kostet nun, auf der anderen Seite, die Implementierung eines achtsamkeitsbasierten, gesundheitspädagogischen Förderungsprogrammes, wie „Erfolg kommt von Innen“, für ein Unternehmen? Die Angaben hierzu können natürlich nur Erfahrungs- oder Richtwerte zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Dissertation wiedergeben (ohne jegliche Gewähr! Anm. d. Verf.), da sich auch Betriebliche

Gesundheitsförderungsmaßnahmen dem wirtschaftlichen Grundprinzip von „Angebot und Nachfrage“ unterwerfen.

Die Modellrechnungen basieren auf einer Gruppengröße von 20 Teilnehmern, wobei eine Mindestteilnehmerzahl von 12 Teilnehmern hierbei nicht unterschritten werden darf. Das achtsamkeitsbasierte gesundheitspädagogische Förderungsprogramm „Erfolg kommt von Innen“, wie es in dieser Arbeit konzeptionell beschrieben, durchgeführt und evaluiert wurde (ausgenommen der Telomerlängenbestimmung, welches ein Sondermodul darstellt und ggf. optional bei entsprechender Kostenübernahme durchgeführt werden kann), kostet (inklusive der Labor- und Sachkosten, exklusive der Kosten für Seminarräume, Tagungshotel, etc.) 33.400 Euro, das wären pro Teilnehmer 1.670 Euro. Die Fortsetzungen dieses Programms als feste Maßnahme im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagement würden für die oben dargestellten Umsetzungsszenarien sowohl beim Modell „Unternehmen ‚A‘“, wie auch beim Modell „Unternehmen ‚B‘“ folgende Kosten für das jeweilige Unternehmen generieren: 1. Firmeninternes (Jahres-) Programm bestehend aus zwei Trainermodule vor Ort, vier Webinare und der rechner- bzw. App-gestützten Achtsamkeitssoftware (ohne Hardware, z. B. iPod®) Grundpauschale (20 Personen) 7.000 Euro/ anno, sowie für jeden weiteren Teilnehmer im Unternehmen 150 Euro/ anno. 2. Tag der Achtsamkeit, „*offsite*“, ganztägige Veranstaltung mit Durchführung der jährlichen psychometrischen und biometrischen Testungen zur Evaluierung und Validierung des gesundheitspädagogischen Förderprogramms kostet (inklusive der Labor- und Sachkosten, exklusive der Kosten für Seminarräume, Tagungshotel, etc.) 10.800 Euro. Zusammengefasst würde ein Jahr „Achtsamkeit im Unternehmen“ nach erfolgreicher Teilnahme des Basisprogramms dem Unternehmen bei 20 Teilnehmern 17.800 Euro/ anno, d. h. für den einzelnen Teilnehmer 890 Euro/ anno, bei 100 Teilnehmern im Unternehmen jedoch pro Teilnehmer nur noch 660 Euro/ anno an Kosten entstehen.

Stellt man diesen Modellrechnungen nun die anfangs ermittelten Präventions- bzw. möglichen Nutzenpotentiale, die finanziellen Möglichkeiten nach dem Einkommenssteuergesetz und die Förderungsmöglichkeiten nach dem neuen Präventionsgesetz gegenüber, so könnte „Achtsamkeit im Unternehmen“ für das jeweilige Unternehmen bildungsökonomisch auf der Kostenseite im Idealfall eine „schwarze Null“ bedeuten, im Sinne einer nachhaltigen Führungskultur mit entsprechender Außenwirkung hingegen einen deutlichen Zugewinn darstellen.

7.ZUSAMMENFASSUNG

Der Arbeitsalltag in Unternehmen scheint zunehmend durch ständige Reizüberflutung, Hektik und Leistungsdruck geprägt. Die Beschäftigten reagieren oftmals mit anhaltender innerer Unruhe, Angespanntheit und Unkonzentriertheit. Immer mehr Unternehmen erkennen diese Herausforderungen und reagieren darauf mit mehr oder weniger innovativen Personal- und Gesundheitskonzepten. Aber gerade psychische Belastungen und Beanspruchungen am Arbeitsplatz zu erkennen und zu erfassen, sowie Möglichkeiten zur Prävention und Intervention im Unternehmen nachhaltig zu implementieren, stellen sich im Einzelfall oft schwierig dar.

Ausgehend von den Erfahrungen, die Jon Kabat-Zinn seit Mitte der 1970er Jahre mit Achtsamkeit als zentralem therapeutischen Prinzip im Rahmen seines Mindfulness-based Stress Reduction-Programms (MBSR) gewonnen hatte, gelangen Achtsamkeit und achtsamkeitsbasierte Maßnahmen auch zunehmend in den Fokus der Arbeitswelt.

Anliegen dieser Dissertation ist es, erste Hinweise und Anhaltspunkte zu finden, ob sich achtsamkeitsbasierte Methoden als gesundheitspädagogische Förderungsmaßnahme in den Unternehmensalltag integrieren lassen und ob Achtsamkeitstraining am Arbeitsplatz eine Antwort auf die Frage geben kann, wie Verbesserung der Zufriedenheit und kooperative Zusammenarbeit sowie Steigerung der persönlichen Resilienz möglichst pragmatisch in einem Unternehmen umgesetzt werden können?

Analog dem gesundheitspädagogischen Quartett: Idee, Konzeption, Implementierung und Evaluation gliedert sich die Arbeit in vier Teile. Teil eins entwickelt die Idee des Projektes: „Achtsamkeit und Unternehmen“. Dabei wird Achtsamkeit als gesundheitspädagogischer Präventionsansatz erschlossen und für den Bereich Unternehmen als „Baustein“ für gesunde Arbeit vorgestellt. „Achtsamkeit für Unternehmen“ ist der Titel für den zweiten Teil und zeigt die konzeptionelle Umsetzung der zuvor dargelegten gesundheitspädagogischen Idee. Basierend auf dem bereits erwähnten MBSR-Programm von Jon Kabat-Zinn wurde dafür von der Kalapa Leadership Academy Bergisch Gladbach eigens ein an die speziellen Anforderungen des Unternehmensalltags angepasstes, niederschwelliges und leicht zu implementierendes achtsamkeitsbasiertes Programm zur Verbesserung der Belastbarkeit, Zufriedenheit und kooperativen Zusammenarbeit mit dem Titel „Erfolg kommt von Innen“ entwickelt, welches dieser Arbeit zugrunde liegt. Erweitert und ergänzt wird die Evaluation des Programms im Rahmen dieser Promotion um den Bereich „Biometrie“ - dabei werden erstmals biometrische Daten der beteiligten Probanden zur Evaluation achtsamkeitsbasierter Maßnahmen als gesundheitspädagogische Intervention im Unternehmen erhoben. Die pragmatische Implementierung und

Umsetzung dieses Konzeptes in Unternehmen und Organisationen beschäftigt den dritten Teil dieser Arbeit mit dem Thema „Achtsamkeit ins Unternehmen“. Im vierten Teil „Achtsamkeit im Unternehmen“ wird das achtsamkeitsbasierte Programm „Erfolg kommt von Innen“, bestehend aus einer Einführungs- oder „Kickoff“-Veranstaltung, gefolgt von einem ganztägigen „Entschleunigungstag“ zu Beginn, den acht, wöchentlich stattfindenden Achtsamkeitstrainings in modularer Form sowie einem, wiederum ganztägigen „Vertiefungstag“ am Ende, mit 54 freiwilligen Teilnehmern (31 Männer, 23 Frauen) aus zwei weltweit tätigen deutschen Großunternehmen im Sinne einer gesundheitspädagogischen ganzheitlichen Fördermaßnahme durchgeführt und mittels eines Evaluationskonzeptes mit einem Prä-Post-Design mit psychometrischen und biometrischen Testverfahren untersucht.

Im Rahmen der Psychometrie werden sowohl kognitionspsychologische Testungen mittels objektiver Aufmerksamkeitstests (ANT), als auch Tests, die auf der Beantwortung psychometrischer Fragebogeninstrumente zu den Themen Stress (PSQ), Achtsamkeit (FMI und MAAS), Burnout (TS), Teamklima (LOTI), sowie der Zufriedenheit mit dem Programm beruhen, durchgeführt. Auf Seiten der Biometrie sind es die Messung der Herzratenvariabilität (HRV), um Aufschluss über die Funktionsweise des autonom-nervösen Regulationssystems der Teilnehmer zu erhalten und die Untersuchung von Biomarkern, welche die zwei, durch das autonome Nervensystem beeinflussten Haupt-Stress-Systeme im menschlichen Organismus, die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA) und das Sympatho-Adreno-Medulläre-System (SAM) repräsentieren, sowie den Einfluss des vegetativen Nervensystems auf das Immunsystem darstellen. Schließlich werden auch Einflüsse auf die individuelle Telomerlängenveränderung, eine der neun „Hallmarks of Aging“ im Rahmen dieser Arbeit untersucht. Ergänzt wird dieses Testprogramm durch die Bestimmung sogenannter präventivdiagnostischer Laborparameter. Im Sinne des gesundheitspädagogischen Handlungs- bzw. Theoriefeldes „Gesundheitsberatung“ ermöglicht die Bestimmung dieser Werte eine individuelle ärztliche Gesundheitsberatung für folgende präventivdiagnostische Gesundheitsbereiche: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Lebererkrankungen, Nierenfunktionsstörungen, sowie Infekte und Immunstörungen.

Folgende Ergebnisse und Erkenntnisse konnten nach der achtwöchigen Achtsamkeitsintervention im Unternehmen gewonnen werden:

Die Teilnehmer nahmen im Mittel an acht der zehn Modulveranstaltungen teil. Alle Probanden führten Achtsamkeitsmeditationen eigenverantwortlich neben den Modulveranstaltungen fort, zwei Drittel davon regelmäßig, an mehreren Wochentagen. Im Gegensatz zum klassischen MBSR-Training nach Kabt-Zinn mit einem täglichen Übungspensum von 45 Minuten, sechs Tage die Woche, lag die durchschnittliche Meditationsdauer pro Session bei den Studienteilnehmern im Mittel bei 8,64 Minuten, und dies nur meistens jeden zweiten Tag.

Die Achtsamkeit der Teilnehmer wurde formell über das Freiburger Mindfulness Inventory (FMI) und die Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) überprüft. Die zentralen Keynotes für die individuelle Achtsamkeit (FMI) ‚Präsenz‘ und ‚Akzeptanz‘ nahmen im Verlauf dieser Untersuchung hochsignifikant zu, im Gegenzug nahm das Maß für die persönliche ‚Un-Achtsamkeit‘ (MAAS) hochsignifikant ab. Die Teilnehmer nahmen also am Ende der Maßnahme eine messbare, statistisch relevante achtsamere Haltung gegen sich, aber auch anderen gegenüber, ein.

Auch die Fragenbogengestützten, psychometrischen Testbatterien zu den Themengebieten „Stress“ (PSQ), „Burnout“ (TS), sowie „intra- und interpersonelle Paarbeziehungen“ (LOTI) bestätigten die im Arbeitspostulat dieser Dissertation formulierten Annahmen in der Regel mit statistischer Signifikanz bzw. häufig sogar Hochsignifikanz gegenüber den Ausgangswerten bei den Probanden..

Analog zu diesen psychometrischen Ergebnissen zeigten auch die biometrischen Stress-Marker ‚Cortisol‘, ‚Alpha-Amylase‘ und ‚Herzratenvariabilität‘ deutliche, zum Teil ebenfalls signifikante Veränderungen im Sinne einer besseren Stressverarbeitung bzw. Resilienzsteigerung am Ende des Trainings.

Weitere Ergebnisse aus den Themenbereichen Beruf und Arbeit, wie etwa ‚fokussiertes und konzentriertes Arbeiten‘, ‚Teamfähigkeit‘, ‚Freude an der Arbeit‘, ‚Einstellung zu beruflichen Herausforderungen‘ oder ‚Stimmung und Kommunikation am Arbeitsplatz‘ zeigten messbare Verbesserungen. Während die tatsächliche Arbeitslast und die Zeit zur individuellen Erholung von den Teilnehmern zum Ende des achtsamkeitsbasierten Programms unverändert bewertet wurden, nahm deren Gefühl der ‚Arbeitsüberlastung‘ allerdings signifikant ab.

Im Rahmen dieser Dissertation konnten auch Untersuchungen von achtsamkeitsbasierten Maßnahmen auf die Telomeraseaktivität an den Telomerkappen der Chromosomenenden der Teilnehmer durchgeführt werden, eine der sogenannten neun „Hallmarks of Aging“. Allerdings zeigten sich nach acht Wochen Achtsamkeitsmeditation

noch keine Veränderungen an den Telomerlängen. Eine Langzeitstudie ist mit Teilnehmern dieser Pilotstudie aber geplant.

Insgesamt brachten die im Rahmen dieser Arbeit gewonnenen Ergebnisse valide Daten. Auch konnten damit erste Hinweise und Anhaltspunkte auf eine messbare Wirksamkeit des achtsamkeitsbasierten Programms „Erfolg kommt von Innen“ auf Körper und Geist der Projektteilnehmer erbracht werden. Einschränkungen der wissenschaftlichen Aussagekraft müssen allerdings, zum einen durch die geringe Probandenzahl bei dieser Pilotstudie und, zum anderen durch die fehlende Kontrollgruppe, eingeräumt werden. Weitere Untersuchungen mit einer größeren Probandenzahl und einem ergänzten und erweiterten Untersuchungssetting sollten folgen.

Neben den Wirkungen, die Achtsamkeit und Achtsamkeitstraining am Arbeitsplatz beim Umgang mit Stress und den Belastungen des Arbeitsalltages zeigten, wurde auch die Frage der Integration von achtsamkeitsbasierten Methoden als gesundheitspädagogische Förderungsmaßnahmen in den Unternehmensalltag, wie auch die Frage nach einer nachhaltigen, möglichst pragmatischen Umsetzung im Sinne einer gelebten Unternehmenskultur gestellt.

Grundsätzliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Implementierung des achtsamkeitsbasierten, gesundheitspädagogischen Förderungsprogrammes „Erfolg kommt von Innen“ ist die Festlegung allgemeingültiger Rahmenbedingungen. Einstellung, Verständnis und Zielvorstellung sollten bei allen Beteiligten auf einer gemeinsamen, für alle gültigen Grundlage bekannt sein. Die richtige Platzierung erhält eine solche Maßnahme im Unternehmen jedoch erst durch die Unterstützung der Führungskräfte aller Hierarchieebenen im Sinne einer „ganzheitlichen Führungsvision“.

Ein besonderes Augenmerk ist auch auf die grundsätzliche Unternehmensstruktur zu legen. Bei Unternehmen mit einer funktionalen oder produktlinienorientierten, zentralen Struktur lässt sich dieses Programm in der Regel gut in die Unternehmensprozesse implementieren und nachhaltig integrieren, bei Unternehmen mit sogenannter geographischer Struktur bedarf es dafür eines leitlinienorientierten, aber an die jeweiligen örtlichen Gegebenheiten modifizierten Settings.

Bei „Erfolg kommt von Innen“ handelt es sich also um ein niederschwelliges, leicht und auch nachhaltig in den Unternehmensalltag zu implementierendes, achtsamkeitsbasiertes gesundheitspädagogisches Förderprogramm. Im Rahmen dieser Arbeit konnten dabei erste Hinweise und Anhaltspunkte auf die anfangs

gestellte Frage gefunden werden, wie durch dieses Programm Verbesserung von Zufriedenheit und kooperativer Zusammenarbeit sowie Steigerung der persönlichen Resilienz möglichst pragmatisch in einem Unternehmen umgesetzt werden können.

8. ANHÄNGE



Ethik-Kommission
der Bayerischen Landesärztekammer

Ethik-Kommission der BLAK Mühlbauerstraße 16 · 81677 München

Herrn Dr. med. Christoph Hiendl
Pfarrgasse 3
85072 Eichstatt

Telefon: 089 4147-303
Fax: 089 4147-334
E-Mail: ethikkommission@blaek.de

Unser Zeichen: 13122 Dr.AB/schu
Ihre Zeichen:
Ihr Schreiben vom: 23.12.2013

30.12.2013

**Antrag auf Beratung durch die Ethik-Kommission gemäß § 15 der
Berufsordnung für die Ärzte Bayerns**

**Erfolg kommt von Innen - Stress- und Belastbarkeitsmanagement im
Unternehmensalltag**

Ethik-Kommission Nr. 13122 (bei Rückfragen angeben)

Sehr geehrter Herr Dr. Hiendl,

besten Dank für die Übermittlung Ihres Schreibens vom 23.12.2013 mit
den beigefügten Unterlagen.

Die Hinweise der Ethik-Kommission vom 19.12.2013 wurden berücksich-
tigt.

Somit bestehen keine Bedenken gegen die Durchführung des o. g. Vor-
habens.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Joerg Hasford
Vorsitzender der Ethik-Kommission

Die Ethik-Kommission ist bei der BLAK
eingerichtet, § 13a Satzung der Bayeri-
schen Landesärztekammer und Art. 29a
GDVG.

Bayerische Landesärztekammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Mühlbauerstraße 16
81677 München
Telefon 089 4147-0
www.blaek.de

Am besten erreichen Sie die BLAK
telefonisch montags bis donnerstags
von 9.00 bis 15.30 Uhr und
freitags von 9.00 bis 12.00 Uhr

Bayerische Landesbank München
BLZ 700 500 00 · Konto 24 801
IBAN DE 19 7005 0000 0000 0248 01
BIG : BYLADEM

Für den Probanden/ für die Probandin:

--	--	--	--	--



Anleitung zum Sammeln von Speichelproben

Bitte führen Sie die Speichelgewinnung zu folgenden Zeitpunkten durch:

- Probengefäß **rot** ① : direkt nach dem Aufstehen
- Probengefäß **gelb** ② : ½ Stunde nach dem Aufstehen
- Probengefäß **grün** ③ : ¾ Stunde nach dem Aufstehen
- Probengefäß **weiß** ④ : um 22 Uhr

Die morgendlichen Speichelproben sollten nüchtern genommen werden (Wasser trinken erlaub, jedoch kein Morgenkaffee oder –tee. Frühstücken erst nach dem Ende der morgendlichen Sammelperiode).

12 Stunden vorher sollten keine tierischen Produkte (z. B. Milch, Eier, Fleisch,...) gegessen werden.

Zähneputzen und Mundspülungen (z. B. mit desinfizierenden Lösungen) erst nach dem Ende der morgendlichen Sammelperiode bzw. nach der abendlichen Probenabgabe.

Den Mund vor dem Abgeben der Speichelprobe kräftig mit Wasser ausspülen, danach 5 Minuten warten.

Speichelfluss nicht künstlich anregen, keine Kaugummis, Zitronen, Bonbons während der Sammelzeit.

Den Speichel mit kurzem Trinkhalm in das Gefäß einfüllen (etwa 2/3 Füllung ohne Schaum).

Keine Blutbeimischung im Speichel! Bei rötlicher Färbung (Probe gegen einen hellen Hintergrund halten und auf Verfärbung prüfen) den Speichel verwerfen, das Probengefäß mit Wasser spülen und den Sammelvorgang nach 10 Minuten wiederholen.

Die festverschlossene Gefäße mit Probandencode beschriftet in das große Probengefäß geben. Dieses wiederum in den Plastikbeutel mit diesem Zettel und diesen ebenfalls fest verschließen.

Zwischen den Probenahmen die bereits getätigten Speichelproben im Kühlschrank lagern.

Bitte diesen Zettel wieder in die Tüte zu den Speichelproben! Danke!

8.3. ANHANG 3: KLEINES GLOSSAR DER PRÄVENTIVDIAGNOSTISCHEN LABORPARAMETER

Kleines Blutbild	gibt dem Arzt Informationen über den allgemeinen Gesundheitszustand. Das kleine Blutbild gibt Aufschluss über die Anzahl, die Größe und Form der roten Blutkörperchen (Erythrozyten) und weißen Blutkörperchen (Leukozyten), sowie die Blutplättchen (Thrombozyten). Durch die Anzahl der roten Blutkörperchen kann eine Aussage über die Sauerstoffversorgung getroffen werden. Sind zu wenig rote Blutkörperchen vorhanden, könnte dies ein Hinweis auf Blutarmut (Anämie) sein. Das bedeutet, dass der Körper nicht ausreichend mit Sauerstoff versorgt wird. Ein erhöhter Wert der weißen Blutkörperchen kann auf eine Infektion bedeuten.
Leukozyten	sind die weißen Blutkörperchen. Diese sind Blutzellen und sind Bestandteil des Immunsystems zur Abwehr von Infektionen.
Erythrozyten	enthalten Hämoglobin; das ist der Stoff, der dem Blut die rote Farbe verleiht. Die roten Blutkörperchen transportieren den Sauerstoff und Kohlendioxid. Sie werden im Knochenmark gebildet und in der Milz abgebaut. Bei zu wenig roten Blutkörperchen (Erythrozytenmangel) eine Mangelerscheinung, die sich zusammensetzt aus Eisenmangel, Folsäuremangel und Vitamin B12 Mangel. Diese ist allgemein bekannt als Anämie. Überhöhte Anteile an Erythrozyten im Blut werden als Polyglobulie bezeichnet. Ein vermehrter Abbau von roten Blutkörperchen kann durch das Vorkommen von Uribilinen im Harn entdeckt bzw. beobachtet werden.
Hämoglobin	der eisenhaltige rote Blutfarbstoff in den roten Blutkörperchen (Erythrozyten). Er ermöglicht den Sauerstofftransport im Körper.
Hämatokrit	ist der prozentuale Anteil der roten Blutkörperchen im Blut zum gesamten Blutvolumen. Hämatokrit hat einen großen Einfluss darauf, wie flüssig oder wie zäh (Viskosität) das Blut ist. Der Hämatokritwert gibt Aufschluss über den Erythrozytengehalt (Anzahl roter Blutkörperchen) des Bluts und den Wasserhaushalt des Patienten. Ein hoher Hämatokritwert kann bedeuten, dass der Erythrozytenanteil (Polyzythämie) hoch ist, oder es sich um einen Flüssigkeitsmangel (Exsikkose = Austrocknung, Abnahme von Körperflüssigkeit) handelt. Oft steht ein hoher Hämatokritwert in direkter Verbindung mit einer Störung der Blutsalzwerte (Elektrolyte).
MCV	ist das Volumen der roten Blutkörperchen (Erythrozyten) Ein zu hoher MCV kann Folsäure bzw. Vitamin B-12 Mangel bedeuten. Ein niedriger MCV Wert könnte Eisenmangel bedeuten.
MCH	des roten Blutkörperchens ist der durchschnittliche Gehalt an rotem Blutfarbstoff in den roten Blutkörperchen.
MCHC	gibt Auskunft über die durchschnittliche Konzentration des Hämoglobins in einem einzelnen roten Blutkörperchen. Der MCHC-Wert gibt Aufschluss darüber, ob genug Hämoglobin für den Sauerstoff- und Kohlendioxid-Transport vorhanden ist.
Thrombozyten	sind Blutplättchen, die im Knochenmark gebildet werden. Sie sind für die Blutgerinnung verantwortlich. Sie dichten verletzte Blutgefäße ab und setzen den Blutgerinnungsvorgang weiter fort. Ist die Anzahl der Thrombozyten im Blut zu niedrig, ist die Blutgerinnung gestört. Sollte eine Wunde unnormal lange bluten, bis die Gerinnung einsetzt, sollte ein Arzt aufgesucht werden, um sich einen Bluttest zu unterziehen. Dadurch wird festgestellt ob es sich um eine Gerinnungsstörung handelt oder nicht. Stoffe, wie z.B. Nikotin oder die Antibabypille oder beides in Verbindung führen zu einer Aktivierung der Thrombozyten. Dieses erhöht die Anzahl der Thrombozyten im Blut und erhöht das Thrombose-Risiko.
GPT/ ALAT (= Glutamat-Pyruvat-Transaminase; neue Bezeichnung = Alaninaminotransferase)	ist in den Leberzellen vorhanden und nimmt dort bestimmte Stoffwechselschritte vor; ein Anstieg der Transaminasen im Blut weist auf eine Zerstörung von Leberzellen hin, z.B. bei einer Abstoßung.

GGT	ist ein Enzym, das bei Schädigung von Leberzellen und Gallenwegen im Blut erhöht ist.
(= Gamma-Glutamyl-Transferase)	
Cholesterin	ist ein lebenswichtiges Molekül, das der Körper selbst herstellt, aber auch durch die Nahrung aufnimmt. Es ist Bestandteil der Zellwände und Ausgangsstoff für Hormone und Gallensäuren. Größter Cholesterinspeicherort ist die Leber. Von dort wird Cholesterin zu den Zellen transportiert und überschüssiges Cholesterin aus den Zellen gelagert. Die Ursachen für einen zu hohen Cholesterinspiegel können z.B. sein: Überhöhte Aufnahme von tierischen Fetten mit der Nahrung oder angeborene Fettstoffwechselstörungen (Erkrankungen der Schilddrüse, Nieren oder Leber)
(griech. chole = Galle und stereós = hart, fest. Übersetzt = Gallenfett)	
LDL	transportiert Cholesterin von der Leber in das Körpergewebe. Dort wird es in Vitamin D und Hormone umgewandelt. Allerdings wird auch Cholesterin ins Blut abgegeben, dies passiert vor allem bei einem Cholesterinüberschuss.
HDL	ist der Gegenspieler des LDL und transportiert überschüssiges Cholesterin aus der Peripherie zur Leber.
Triglyceride	sind eine Verbindung von Neutralfetten, die mit 3 Molekülen gleicher oder - meist - verschiedener Fettsäuren pro Glycerinmolekül verestert sind. Die Neutralfette werden aus Kohlenhydrate synthetisiert, um sie im Fettgewebe speichern zu können. Mit einer enzymatischen Hydrolyse (Spaltung einer chemischen Verbindung unter Anlagerung eines Wassermoleküls) werden freie Fettsäuren ins Blut freigesetzt.
Kreatinin	ist ein Abfallprodukt des Muskelstoffwechsels. Da es über die gesunde Niere fast vollständig ausgeschieden wird, gibt die Bestimmung des Kreatininwertes im Blut Auskunft über die Nierenfunktion. Ist diese eingeschränkt, steigt der Kreatininspiegel.
Harnsäure	ist ein Stoffwechsel-Endprodukt, das beim Abbau von Zellkernen (Purinen) entsteht und über die Nieren ausgeschieden wird. Der Gesamtgehalt des Organismus an Harnsäure - der Harnsäurepool - beträgt etwa ein Gramm. Die tägliche Harnsäureaufnahme in den Pool setzt sich zusammen aus dem Abbau und Umbau körpereigener Zellen (etwa 350 mg/Tag) und der Aufnahme von Purinen aus der Nahrung (über 300 mg/Tag).
Glukose	ist die Höhe des Zuckeranteils im Blut. Ein erhöhter Glucosespiegel kann auf Diabetes hindeuten. Auch ein zu niedriger Glucosewert kann eine ernsthafte Gefahr bedeuten.
hs-CRP	st ein Eiweißstoff, dessen Spiegel im Blut bei Infektionen, Entzündungen, aber auch bei Gewebsschäden steigt. CRP ist nicht spezifisch für eine bestimmte Krankheit. Die Höhe des CRP-Anstiegs erlaubt dagegen einen Rückschluss auf die Schwere der zugrunde liegenden Krankheit.
(= hochsensitives C-reaktives Protein)	
IgA	sind in ihrer chemischen Struktur Y-förmige Eiweiße, die zu der Familie der Immunglobuline gehören. Zusammen mit den verwandten Immunglobulinen D, E, G und M sorgen diese Antikörper dafür, dass Krankheitserreger abgewehrt werden. IgA ist nicht nur im Blut vorhanden, sondern wird auch von den Schleimhäuten als sogenanntes „sekretorisches IgA“ abgesondert. Schon in der Schleimhaut fangen die IgA-Moleküle Krankheitserreger ab, sodass sie möglichst erst gar nicht in den Körper gelangen.
(= Immunglobulin A)	
Serum Amyloid A	ist ein früh erkennbarer und sensibler Blut-Biomarker bei Gewebeschäden und Entzündungskrankheiten. Es ist bekannt, dass die Konzentration der SAA Zirkulation im Blut bei auftretenden Gewebeschäden und Entzündungskrankheiten dramatisch ansteigt; SAA wird daher als Akut-Phase-Protein klassifiziert. Dadurch eignet sich der Parameter zur Beobachtung von Krankheitsaktivitäten, Prognosen und der Erkennung einer Infektionsausbreitung.

Erfolg kommt von Innen – Resilienz, Zufriedenheit und kooperative Zusammenarbeit im Unternehmensalltag

Individuelle medizinische Probandeninformation

Persönlicher ID Code: **KR 8 JO**



Sehr geehrte Teilnehmerin,
Sehr geehrter Teilnehmer,

anbei erhalten Sie Ihre individuelle medizinische Test-Auswertung für das Projekt „Erfolg kommt von Innen – Resilienz, Zufriedenheit und kooperative Zusammenarbeit im Unternehmensalltag“, die von mednetwork.de® in Kooperation mit der Kalapa Leadership Academy, der Hochschule Coburg, der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt, der RWTH Aachen und der BioSign GmbH ausgewertet wurde.

Zunächst einmal einen herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft, an einer wissenschaftlichen Studie zu dem Thema teilzunehmen. Mit Ihren Daten leisten Sie einen wichtigen Beitrag zur wissenschaftlichen Erforschung von Achtsamkeit und Resilienz. In anonymisierter Form könnten Ihre Daten in wissenschaftlichen Fachpublikationen verwendet werden. Wenn dies der Fall sein sollte, werden wir Sie darüber natürlich informieren. Ihre hier berichteten persönlichen Ergebnisse werden selbstverständlich nur Ihnen zugänglich gemacht, und Ihre individuellen Daten nicht an Dritte weitergegeben. Die Unternehmensführung erhält lediglich eine Gruppenauswertung der Ergebnisse (basierend auf der Anzahl der teilgenommenen Projektteilnehmer), durch die keine Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich sind.

Diese Auswertung erlaubt es Ihnen, Ihre persönlichen Werte vor (T 1) und nach (T 2) dem achtsamkeitsbasierten Training zu vergleichen.

Die Ergebnisse unterteilen sich in vier Bereiche:

- Allgemeine Laborparameter
- Stress-Biomarker
- Telomere
- Herzratenvariabilität

[1]

Allgemeine Laborparameter

Kleines medizinisches Glossar:

Kleines Blutbild

gibt dem Arzt Informationen über den allgemeinen Gesundheitszustand. Das kleine Blutbild gibt Aufschluss über die Anzahl, die Größe und Form der roten Blutkörperchen (Erythrozyten) und weißen Blutkörperchen (Leukozyten), sowie die Blutplättchen (Thrombozyten). Durch die Anzahl der roten Blutkörperchen kann eine Aussage über die Sauerstoffversorgung getroffen werden. Sind zu wenig rote Blutkörperchen vorhanden, könnte dies ein Hinweis auf Blutarmut (Anämie) sein. Das bedeutet, dass der Körper nicht ausreichend mit Sauerstoff versorgt wird. Ein erhöhter Wert der weißen Blutkörperchen kann auf eine Infektion bedeuten.

Leukozyten

sind die weißen Blutkörperchen. Diese sind Blutzellen und sind Bestandteil des Immunsystems zur Abwehr von Infektionen.

Erythrozyten

enthalten Hämoglobin; das ist der Stoff, der dem Blut die rote Farbe verleiht. Die roten Blutkörperchen transportieren den Sauerstoff und Kohlendioxid. Sie werden im Knochenmark gebildet und in der Milz abgebaut. Bei zu wenig roten Blutkörperchen (Erythrozytenmangel) eine Mangelerscheinung, die sich zusammensetzt aus Eisenmangel, Folsäuremangel und Vitamin B12 Mangel. Diese ist allgemein bekannt als Anämie. Überhöhte Anteile an Erythrozyten im Blut werden als Polyglobulie bezeichnet. Ein vermehrter Abbau von roten Blutkörperchen kann durch das Vorkommen von Urobilinogen im Harn entdeckt bzw. beobachtet werden.

Hämoglobin

der eisenhaltige rote Blutfarbstoff in den roten Blutkörperchen (Erythrozyten). Er ermöglicht den Sauerstofftransport im Körper.

Hämatokrit

ist der prozentuale Anteil der roten Blutkörperchen im Blut zum gesamten Blutvolumen. Hämatokrit hat einen großen Einfluss darauf, wie flüssig oder wie zäh (Viskosität) das Blut ist. Der Hämatokritwert gibt Aufschluss über den Erythrozytengehalt (Anzahl roter Blutkörperchen) des Bluts und den Wasserhaushalt des Patienten. Ein hoher Hämatokritwert kann bedeuten, dass der Erythrozytenanteil (Polyzythämie) hoch ist, oder es sich um einen Flüssigkeitsmangel (Exsikkose = Austrocknung, Abnahme von Körperflüssigkeit) handelt. Oft steht ein hoher Hämatokritwert in direkter Verbindung mit einer Störung der Blutsatzwerte (Elektrolyte).

MCV

ist das Volumen der roten Blutkörperchen (Erythrozyten). Ein zu hoher MCV kann Folsäure bzw. Vitamin B-12 Mangel bedeuten. Ein niedriger MCV Wert könnte Eisenmangel bedeuten.

MCH

des roten Blutkörperchens ist der durchschnittliche Gehalt an rotem Blutfarbstoff in den roten Blutkörperchen.

MCHC

gibt Auskunft über die durchschnittliche Konzentration des Hämoglobins in einem einzelnen roten Blutkörperchen. Der MCHC-Wert gibt Aufschluss darüber, ob genug Hämoglobin für den Sauerstoff- und Kohlendioxid-Transport vorhanden ist.

Thrombozyten

sind Blutplättchen, die im Knochenmark gebildet werden. Sie sind für die Blutgerinnung verantwortlich. Sie dichten verletzte Blutgefäße ab und setzen den Blutgerinnungsvorgang weiter fort. Ist die Anzahl der Thrombozyten im Blut zu niedrig, ist die Blutgerinnung gestört. Sollte eine Wunde unnormal lange bluten, bis die Gerinnung einsetzt, sollte ein Arzt aufgesucht werden, um sich einen Bluttest zu unterziehen. Dadurch wird festgestellt ob es sich um eine Gerinnungsstörung handelt oder nicht. Stoffe, wie z.B. Nikotin oder die Antibabypille oder beides in Verbindung führen zu einer Aktivierung der Thrombozyten. Dieses erhöht die Anzahl der Thrombozyten im Blut und erhöht das Thrombose-Risiko.

GPT/ ALAT

(= Glutamat-Pyruvat-Transaminase; neue Bezeichnung = Alaninaminotransferase)

ist in den Leberzellen vorhanden und nimmt dort bestimmte Stoffwechselschritte vor; ein Anstieg der Transaminasen im Blut weist auf eine Zerstörung von Leberzellen hin, z.B. bei einer Abstoßung.

GGT

(= Gamma-Glutamyl-Transferase)

ist ein Enzym, das bei Schädigung von Leberzellen und Gallenwegen im Blut erhöht ist.

Cholesterin

(griech. chole = Galle und stereós = hart, fest. Übersetzt = Gallenfett)

ist ein lebenswichtiges Molekül, das der Körper selbst herstellt, aber auch durch die Nahrung aufnimmt. Es ist Bestandteil der Zellwände und Ausgangsstoff für Hormone und Gallensäuren. Größter Cholesterinspeicherort ist die Leber. Von dort wird Cholesterin zu den Zellen transportiert und überschüssiges Cholesterin aus den Zellen gelagert. Die Ursachen für einen zu hohen Cholesterinspiegel können z.B. sein: Überhöhte Aufnahme von tierischen Fetten mit der Nahrung oder angeborene Fettstoffwechselstörungen (Erkrankungen der Schilddrüse, Nieren oder Leber)

LDL

transportiert Cholesterin von der Leber in das Körpergewebe. Dort wird es in Vitamin D und Hormone umgewandelt. Allerdings wird auch Cholesterin ins Blut abgegeben, dies passiert vor allem bei einem Cholesterinüberschuss.

HDL

ist der Gegenspieler des LDL und transportiert überschüssiges Cholesterin aus der Peripherie zur Leber.

Triglyceride

sind eine Verbindung von Neutralfetten, die mit 3 Molekülen gleicher oder - meist - verschiedener Fettsäuren pro Glycerinmolekül verestert sind. Die Neutralfette werden aus Kohlenhydrate synthetisiert, um sie im Fettgewebe speichern zu können. Mit einer enzymatischen Hydrolyse (Spaltung einer chemischen Verbindung unter Anlagerung eines Wassermoleküls) werden freie Fettsäuren ins Blut freigesetzt.

Kreatinin

ist ein Abfallprodukt des Muskelstoffwechsels. Da es über die gesunde Niere fast vollständig ausgeschieden wird, gibt die Bestimmung des Kreatininwertes im Blut Auskunft über die Nierenfunktion. Ist diese eingeschränkt, steigt der Kreatininspiegel.

Harnsäure

ist ein Stoffwechsel-Endprodukt, das beim Abbau von Zellkernen (Purinen) entsteht und über die Nieren ausgeschieden wird. Der Gesamtgehalt des Organismus an Harnsäure - der Harnsäurepool - beträgt etwa ein Gramm. Die tägliche Harnsäureaufnahme in den Pool setzt sich zusammen aus dem Abbau und Umbau körpereigener Zellen (etwa 350 mg/Tag) und der Aufnahme von Purinen aus der Nahrung (über 300 mg/Tag).

Glukose

ist die Höhe des Zuckeranteils im Blut. Ein erhöhter Glucosespiegel kann auf Diabetes hindeuten. Auch ein zu niedriger Glucosewert kann eine ernsthafte Gefahr bedeuten.

CRP

(= C-reaktives Protein)

ist ein Eiweißstoff, dessen Spiegel im Blut bei Infektionen, Entzündungen, aber auch bei Gewebsschäden steigt. CRP ist nicht spezifisch für eine bestimmte Krankheit. Die Höhe des CRP-Anstiegs erlaubt dagegen einen Rückschluss auf die Schwere der zugrunde liegenden Krankheit.

IgA

(= Immunglobulin A)

sind in ihrer chemischen Struktur Y-förmige Eiweiße, die zu der Familie der Immunglobuline gehören. Zusammen mit den verwandten Immunglobulinen D, E, G und M sorgen diese Antikörper dafür, dass Krankheitserreger abgewehrt werden. IgA ist nicht nur im Blut vorhanden, sondern wird auch von den Schleimhäuten als sogenanntes „sekretorisches IgA“ abgesondert. Schon in der Schleimhaut fangen die IgA-Moleküle Krankheitserreger ab, sodass sie möglichst erst gar nicht in den Körper gelangen.

Serum Amyloid A

ist ein früh erkennbarer und sensibler Blut-Biomarker bei Gewebeschäden und Entzündungskrankheiten. Es ist bekannt, dass die Konzentration der SAA Zirkulation im Blut bei auftretenden Gewebeschäden und Entzündungskrankheiten dramatisch ansteigt; SAA wird daher als Akut-Phase-Protein klassifiziert. Dadurch eignet sich der Parameter zur Beobachtung von Krankheitsaktivitäten, Prognosen und der Erkennung einer Infektionsausbreitung.

Ihr individuelles Laborprofil

vor (T1) und nach (T2) dem achtwöchigen Achtsamkeitstraining:

Anmerkung:

Die erfassten Laborwerte stellen jeweils „Momentaufnahmen“ zum jeweiligen Abnahmezeitpunkt dar. Einflüsse, wie gesundheitliche Situation, Ernährungsstatus oder sonstige, medizinisch relevante Faktoren wurden zum Entnahmezeitpunkt nicht erfasst und müssten ggf. gesondert beurteilt werden.

Allgemeinwerte:

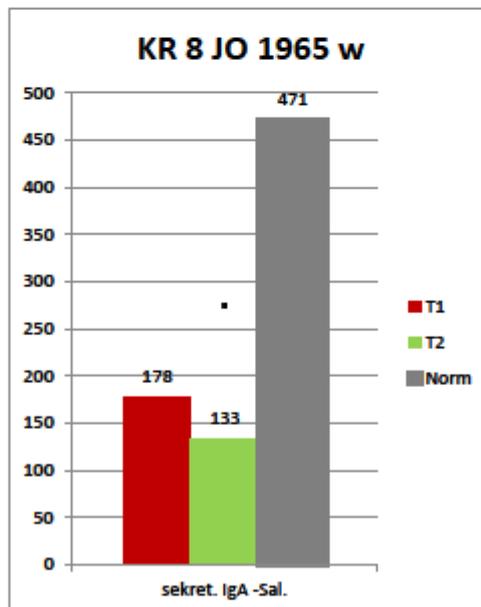
KR 8 JO	1965, w		Normalwerte
	T1	T2	
Leukozyten	7560	6860	4.000-10.000/ μ l
Erythrozyten	4,76	4,11-	4,20-5,40 Mio/ μ l
Hämoglobin	13,6	13	12,0-16,0 g/ dl
Hämatokrit	42,6	41,3	37,0-47,0 %
MCV	90	100+	80-99 fl
MCH	29	32	28-32 pg
MCHC	32	32	32-36 g/ dl
Thrombozyten	275	250	130-450 T/ μ l
GPT	48+	30	< 35 U/ l
GGT	70+	35	< 38 U/ l
Cholesterin	283+	235+	< 200 mg/ dl
Triglyceride	223+	145	< 150 mg/ dl
HDL-Cholesterin	55	50	> 40 mg/ dl
LDL-Cholesterin	199+	145+	< 130 mg/ dl
Kreatinin	0,69	0,89	0,50-1,10/ mg/ dl
Harnsäure	4,7	4,6	2,3-6,1 mg/ dl
Glukose (NaF-Plasma)	85	81	74-106 mg/dl

Entzündungs- und Immunwerte:

KR 8 JO	1965, w		Normalwerte:
	T1	T2	
Leukozyten	7560	6860	4.000-10.000/ μ l
hs-CRP	3,7+	0,3	< 0,3 mg/ dl
Serumamyloid A	16+	24+	< 10 mg/ l
Immunglobulin A	211	223	40-350 mg/ dl

Sekretorisches IgA im Speichel

Die Bestimmung des sekretorischen IgA (sIgA) vermittelt einen ersten Überblick über den Funktionszustand des darmassoziierten Immunsystems (GALT). Hierbei wird die Sekretionsleistung und der Stimulationsgrad der Plasmazellen in der Submukosa des Intestinums erfasst.



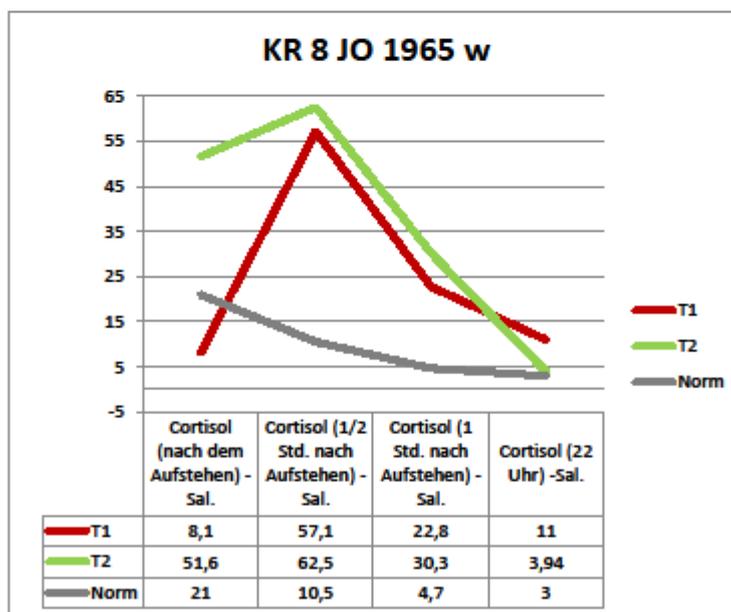
Stress-Biomarker

Cortisol

Das Steroidhormon Cortisol ist das wichtigste Glukokortikoid beim Menschen. Es leitet sich ebenso wie die anderen Steroidhormone vom Cholesterin ab. Bildung und Ausschüttung von Cortisol in der Nebenniere unterliegen einer fein abgestimmten Regulation über eine Hormonkaskade, die als Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse, auch Cortisolachse genannt, bezeichnet wird. Die Hormonausschüttung zeigt eine natürliche zirkadiane Rhythmik mit einem Maximum am Morgen und einem Minimum um Mitternacht.

Cortisol ist neben den Katecholaminen das wichtigste Stress-Hormon, das in Stress-Situationen auf das 5- bis 10- fache des Ausgangswertes ansteigt. Normalerweise kommt es durch die gegenseitige Beeinflussung von autonomen Nervensystem und Cortisolachse zu einer raschen Down-Regulation der Stress-Antwort. Dauerbelastung kann jedoch zu einer Überaktivierung der Cortisolachse und damit zu einer dauerhaften hormonalen Stresskonstellation führen. Dauerhaft hohe Stressniveaus sind, laut der bisher bekannten Forschungsergebnisse, auch signifikant mit verschiedenen Erkrankungen und gesundheitlichen Störungen assoziiert. Beispiele reichen von chronischen Schmerzzuständen, atopischen Erkrankungen, wie Neurodermitis oder Heuschnupfen, ebenso, wie Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes oder des Herz-Kreislaufsystems. Abfall der kognitiven und körperlichen Leistungsfähigkeit und Störungen in den Sexualfunktionen werden ebenfalls beobachtet. Auch besteht eine enge Verbindung zwischen Cortisolspiegel und dem Essverhalten: Ein stressbedingt dauerhaft erhöhter Cortisolspiegel bewirkt eine Steigerung der Nahrungsaufnahme und kann, zusammen mit noch anderen Faktoren, zu deutlicher Gewichtszunahme führen.

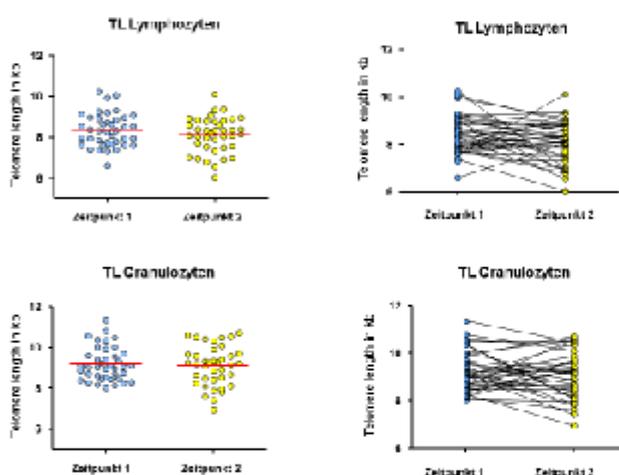
Ihr persönliches Cortisolprofil:



Telomere

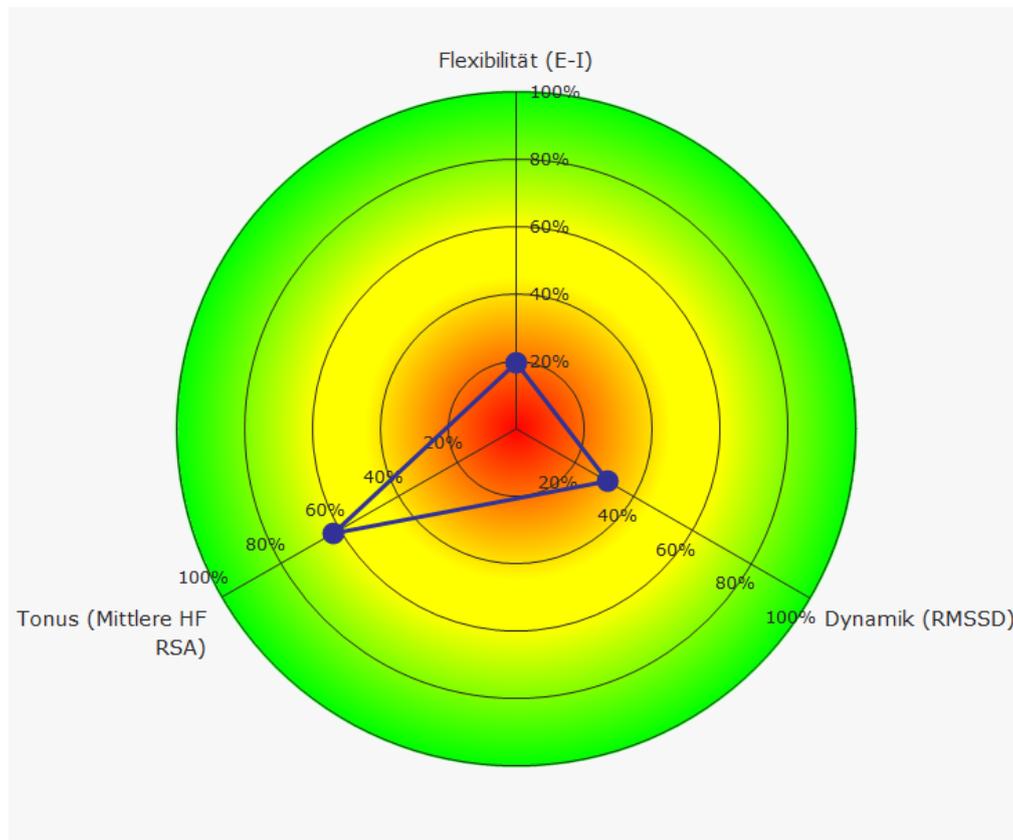
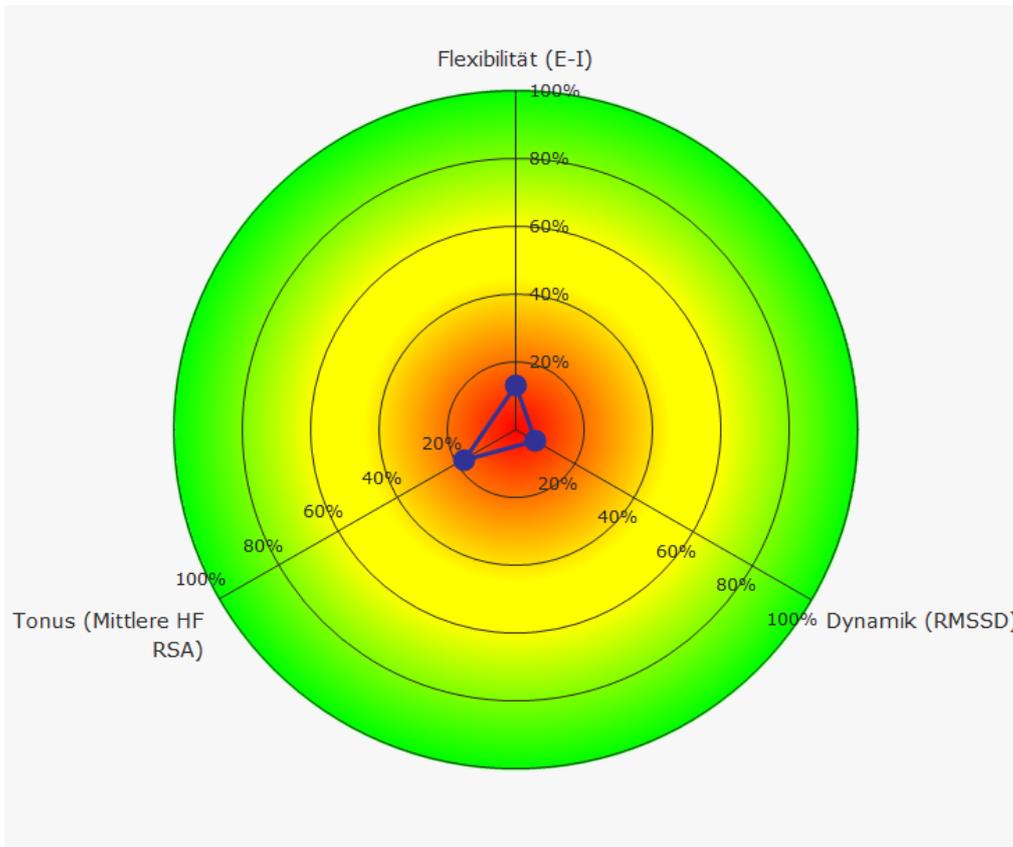
(griechisch für End-Teile) sind die einzelsträngigen Enden der Chromosomen. Die Telomere sind Strukturelemente der DNA, die für ihre Stabilität verantwortlich sind. Mit jeder Zellteilung werden die Telomere verkürzt. Unterschreitet die Telomerlänge ein kritisches Minimum von 4 kbp, kann sich die Zelle nicht mehr teilen. Oft tritt danach der programmierte Zelltod oder ein Wachstumsstopp ein. Das Enzym Telomerase kann diese Verkürzung wieder ausgleichen, jedoch ist es bei mehrzelligen Organismen nur in Keimzellen, Stammzellen, Zellen des Immunsystems und in Krebszellen aktiv.

Die Telomerlänge ist ein genereller Marker für Aging, **allerdings korreliert die Telomerlänge nicht direkt mit der Lebensdauer! Erst ein Längenvergleich über Jahre ergibt Erkenntnisse dazu!**

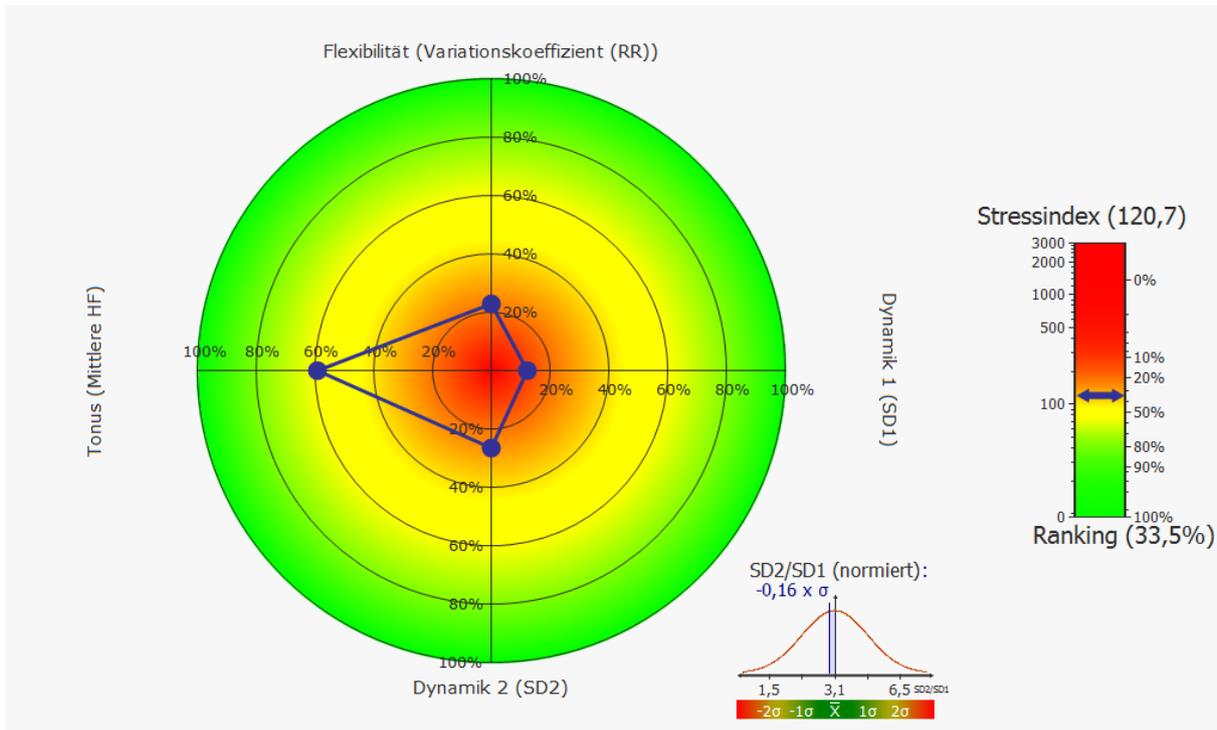
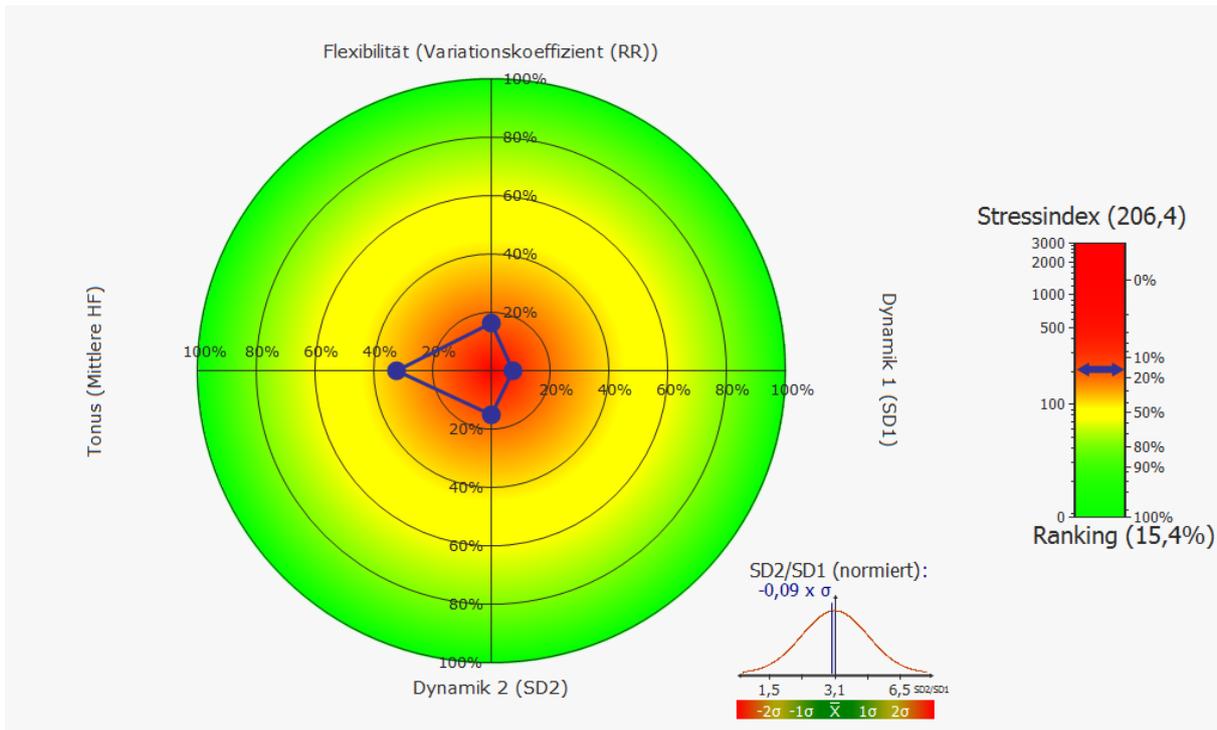


Die Ergebnisse in dieser Studie zeigten, dass der Abstand der Messzeitpunkte T1 und T2 (3 Monate) zu gering war, um signifikante Veränderungen bei der individuellen Telomerlänge zu sehen. Es wurde deshalb der jeweilige Mittelwert (MW) der Probanden gebildet und deren Zugehörigkeitsbereich in der Gauß'schen Normalverteilung angegeben (unabhängig vom tatsächlichen Messwert beinhaltet jedes Telomer eine mathematisch-theoretische Basenpaarreserve von 55-60 Jahren!)

KR 8 JO	1965, w	
	MW	Perzentile:
TL-Lymphozyten	7,95	50-75 %
TL-Granulozyten	9,235	50-75 %



KR 8 JO (RSA, prae, post)



KR 8 JO (Kurzzeit HRV, prae, post)

Biometrische Werte:

KR 8 JO	1965, w	
	T1	T2
Blutdruck	133/90 mmHg	116/ 77 mmHg
Mittlere Herzfrequenz	75,02/ min	68,46/ min

Persönliche Bemerkungen/ Empfehlungen des ärztlichen Studienleiters:

[Empty box for personal remarks and recommendations]



(Dr. med. Christoph O. Hiendl M. A.)

Dr. Hiendl:

Sie sind seit Jahren Achtsamkeitstrainer in Unternehmen, seit wann machen Sie das genau?

Antwort Achtsamkeitstrainer:

Ich habe mich seit dem Jahr 1990 mit Achtsamkeit beschäftigt und habe Seminare auch für Firmen angeboten seit dem Jahr 2008 – also sind jetzt fünf Jahre.

Dr. Hiendl:

Sehr lange Zeit... Welche Intention steckt für Sie persönlich dahinter, warum machen Sie das? Warum sagen Sie Achtsamkeit ist ein wichtiges Thema und Achtsamkeit im Unternehmen ist ein wichtiges Thema?

Antwort Achtsamkeitstrainer:

Ich glaube bei mir steckt sowohl ein pragmatische als auch eine idealistische Motivation dahinter. Aber pragmatisch einfach die Erkenntnis das sind hilfreiche Methoden und wir müssen einfach etwas für unsere geistige Gesundheit tun ob das im privaten Alltag ist als auch im beruflichen Alltag. Und idealistisch ist auch klar, ich denke einfach das die Unternehmen einfach sehr stark die Wirtschaft und sehr stark auch die ökologische und auch geistige Landschaft bestimmen. Also sozial ökologisch fast die Landschaft bestimmen könnte man fast sagen. Also Unternehmen haben großen Einfluss und ich denke je mehr man ein Thema wie Achtsamkeit, Entschleunigung, Besinnung in den Alltag reinbringen kann ist das einfach für unsere Gesellschaft sehr hilfreich. Also wie gesagt ich denke es ist doppelt pragmatisch und es ist eine idealistische Motivation.

Dr. Hiendl:

Welche Erfahrungen haben Sie dabei gemacht in Firmen oder auch im Umfeld?

Antwort Achtsamkeitstrainer:

Also ich bin überrascht das die Firmen nicht nur rein wirtschaftlich denken. Also man könnte sich denken, ok es ist eine Gefahr das man hier mit so einem Thema kommt in die Firma, das es rein um die Produktivität, um geistiges um sozusagen einordnen. Ich war eigentlich sehr positiv überrascht dass die meisten Firmen vom Blickwinkel des Mensch-seins drauf reagieren. Das ist wichtig das wir das unseren Mitarbeitern anbieten, sowohl um das Thema Stress zu bekämpfen, Gesundheit zu fördern aber auch als das Thema Emotionen, Mensch-sein in der Führung zu stärken. Also ich glaube es ist den Firmen schon bewusst, dass die Gefahr groß ist das die Mitarbeiter, das die Führungskräfte eindimensional werden, also eben nur zahlenfokussiert, nur Ergebnis und wenig die menschliche Aspekte den Raum geben und ich glaube da ist auch eine Sehnsucht dahinter dem mehr Raum zu geben, also das ist so die Motivation die ich bei den Firmen entdeckte.

Dr. Hiendl:

Welchen Vorteile, welche Möglichkeiten sehen Sie für die Firmen die mit einer Implementierung von Achtsamkeit verbunden sein können im Unternehmen?

Antwort Achtsamkeitstrainer:

Ich denke Firmen eröffnen sich dem Thema weil sie ein wissenschaftlicher Ansatz interessiert um mit Stress um mit der Geschwindigkeit der heutigen Arbeitswelt besser umzugehen. Also ich glaube das ist immer so der Eröffnungspunkt, sozusagen diese Fragestellung was können wir an Stress, was können wir an Gesundheit machen. Ich glaube aber das sie relativ schnell bemerken das ist mehr als rein nur eine Stressthematik ist oder eine Gesundheitsthematik ist. Sondern ich glaube sie merken es einfach mit Authentizität in der Führung oder auch Mensch-sein in der Führung zu tun, so dass sie einfach merken, jemand der mit sich selbst mehr Achtsam ist, präsent ist, kann nicht nur sozusagen gegen Stress vorbeugen sondern ist auch einfach emotional präsenter. Die Resonanz entsteht einfach in der Führung im menschlichen und hat dann auch mehr die Fähigkeiten vorbildliche Führungskraft zu sein. Also vereinfacht gesagt ganzheitliche Führung glaub ich wird dadurch gefördert. Und ich glaube das Erkennen Unternehmen relativ schnell, also sie erkennen sowohl die gesundheitliche Komponente als auch das Potential der Führung die da drin steckt.

Dr. Hiendl:

Gibt es vielleicht auch Risiken, Gefahren die mit einer solchen Implementierung von Achtsamkeit im Unternehmen verbunden sein können?

Antwort Achtsamkeitstrainer:

Also ich denke prinzipiell nicht, weil ich glaube Achtsamkeit macht weniger die brachial Methode sondern es ist einfach eine sehr sanfte Methode um das Thema Gesundheit im breiteren Sinne zu fördern, Gesundheit in der Habenskultur, Gesundheit im persönliche und Gesundheit in der Unternehmenskultur und ich kann mir aber schon vorstellen, es gibt Unternehmen die einfach eine wenig Transparenz, wenig offenen Austausch zu lassen und das ist dann schon herausfordernd für die sich mit diesem Thema zu beschäftigen, mit Achtsamkeit. Weil Achtsamkeit funktioniert nur mit ja Achtsamkeit. Ich muss halt auch Achtsam sein im Training als Unternehmen wie ich mit dem Thema umgehe sonst funktioniert es nicht. Und Achtsam zu sein geht halt entgegen einiger Muster die schon vorherrschen, die halt sehr emotional sind, sehr mit Druck funktionieren. Ich glaube bei solchen Unternehmen kann es schon unerwartete Konsequenzen haben, ich weiß jetzt nicht ob das Nachteile sind, ja aber schon unerwartete Konsequenzen sind möglich.

Dr. Hiendl:

Jetzt ganz konkret, was sind Ihrer Erfahrung nach die Erfolgs- bzw. die Misserfolgs Faktoren um Achtsamkeit in einem Unternehmen zu implementieren?

Antwort Achtsamkeitstrainer:

Also ich glaube erst einmal muss gemeinsam die richtige Einstellung herrschen zwischen dem der das Training anbietet und dem Auftraggeber, Was wollen wir erreichen, warum machen wir das? Und je besser ein gemeinsames Verständnis herrscht über eben das ganze Thema Gesundheit, Mensch sein uns auch emotionale Intelligenz in der Führung, je mehr der richtige Rahmen gesetzt werden kann also das

ist einmal eine Voraussetzung. Ich glaube es müssen bei dem Trainer die richtigen Fähigkeiten vorhanden sein. Achtsamkeit ist nicht nur eine Methode im Sinne von ich übermittele jetzt eine Methode die man sich aufschreibt und dann übt. Sondern ich glaube man vermittelt eine Essenz, eine energetische Essenz. So wie einen Funken und man muss diesen Funken auch weitergeben können. Und das hat auch mit der eigenen Achtsamkeit zu tun, das man sich selbst mit diesem Thema beschäftigt und das man sich auch selbst wirklich damit auseinandersetzt – nicht im Sinne von ich muss der perfekt praktizierende sein aber ich muss es üben, ich muss es auch ernst nehmen. Also ich glaube das ist auch auf Seitens der Trainer das man sozusagen auch die Kompetenzen besitzt um diesen Funken Achtsamkeit zu vermitteln. Und natürlich muss der Trainer auch die klassischen Komponenten mitbringen im Sinne von einfach die Fähigkeit Präsentationen zu halten, die Fähigkeit zu moderieren, die Fähigkeit auch um Großgruppengespräche zu leiten. Es ist also eine Reihe von klassischen Fähigkeiten die der Trainer mitbringen muss zusätzlich zu diesen Achtsamkeitsfähigkeiten. Es ist also sozusagen der Trainer und dann muss die Firma natürlich auch die richtigen Bedingungen, die richtigen Voraussetzungen schaffen. Unter anderem ist das die Unterstützung der Führungskräfte, guten physischen und zeitlichen Raum schaffen für das Thema. Auch Unterstützung bieten im Sinne von die Mitarbeiter zeitig unterstützen das die das machen können und einfach insgesamt den Rahmen von der Personalentwicklungsseite her den Rahmen schaffen dafür das man einfach. Und auch ein fünfter Punkt ist, generell muss eine Firma auch die Kompetenz haben für das Training. Also einige Firmen haben auch wenig Kompetenz in der Personalentwicklung selbst, dass sie also nicht den richtigen Rahmen schaffen für ihre Mitarbeiter so das zu machen. Das ist auch eine wichtige Kompetenz die man einfach hat das man weiß, ok, wenn wir Trainings machen dann machen wir sie auch die auch die Teilnahme sicherstellen soll der Mitarbeiter. Also das ich glaub ich auch seitens der Firma auch wichtig das eine Firma die klassischen Kompetenzen mitbringt. Auch den zeitlichen Rahmen schafft, physischen Rahmen schafft, Unterstützenden Rahmen schafft und die Führungskraft natürlich auch die Kompetenz hat wie tun wir überhaupt Personalentwicklung machen im Unternehmen. Das sind so die Sachen die wichtig sind.

Dr. Hiendl:

Gut, das sind jetzt Erfolgsfaktoren. Was sind eher Faktoren die kontraproduktiv, die einen Misserfolg von dem Training provozieren?

Antwort Achtsamkeitstrainer:

Also einmal ist es ganz klar die falsche Erwartungshaltung, das man das viel zu sehr auf irgendwelche produktivitäts- und Fehlerfaktoren reduziert. Das man sagt, „Hey, das ist ein Training, machen Sie damit. Das ist mentale Fitness, da kommen Sie dann produktiver raus und mit weniger Fehlern.“ Das funktioniert nicht, weil Achtung auch sehr viel mit Entspannung zu tun hat. Also einmal ist es glaube ich die richtige Erwartungshaltung oder die falsche Erwartungshaltung. Die falsche Erwartungshaltung kann eben zu Fehlern führen. Das zweite ist dann auch von den Führungskräften, dass man den Führungskräften auch nicht direkt die Unterstützung anbietet im Sinne von wir finden das wichtig, wir unterstützen das was sie machen. Also manchmal kann eine Führungskraft die Atmosphäre schaffen „Aha, Du hast ein Problem, wenn Du da mitmachen willst, was hast Du nicht im Griff. Warum willst Du das überhaupt mitmachen?“ Also das zweite wie gesagt ist, fehlendes Interesse der Führungskräfte, fehlende Unterstützung der Führungskräfte. Was ich auch oft erlebt habe ist das die Firmen das zeitliche nicht richtig hinkriegen. Das sie einfach nicht den Raum schützen, den zeitlichen und den physischen Raum. Also man muss wie gesagt den richtigen physischen Rahmen haben und ich habe Firmen erlebt die einfach den falschen physischen Rahmen schaffen für den Start und auch den falschen zeitlichen Rahmen. Dass sie nicht wirklich klar machen wenn Sie da mitmachen dann sind Sie für diese Zeit auch nicht am Arbeitsplatz. Sondern ich habe Sachen erlebt bei denen wir immer wieder rausspringen müssen, das geht dann auch überhaupt nicht. Also das sind so, also Problem ist das man einfach diesen Rahmen zeitlich und physisch nicht schützt, nicht gut herstellt und das man

auch nicht wie jedes Training, wie jede Veränderung ist es auch schmerzhaft manchmal, das man auch nicht dranbleibt. Das dann auch keine Kontinuität gegeben wird ja ok, wir bleiben dran. Also das sind so typische Sachen die ich erlebt hab die dann eben schief gehen können, wo dann einfach, und was habe ich auch noch dazukommt es gibt Firmen einfach die haben einfach eine ganz andere Arbeitskultur, also das ist auch schwierig für die.

Dr. Hiendl:

Welche Voraussetzungen müssen die Leute mitbringen?

Antwort Achtsamkeitstrainer:

Also ich glaube vor allem müssen sie Offenheit mitbringen um sich mit diesem Thema auseinander zu setzen. Das ist ein Punkt. Diese Offenheit ist meistens genährt aus zwei Sachen. Entweder aus genereller Neugier, ich habe davon gehört, ich habe davon in der Presse gelesen, ich bin neugierig. Oder aus Leiden, ich habe ein Problem, ich muss was verändern, ich bin offen. Also das sind so irgendwie zwei Faktoren die zu dieser Offenheit beitragen. Die sind ganz wichtig. Das zweite ist das ein sozusagen eine Bereitschaft haben muss, und auch das Wissen haben muss zu üben. Das man merkt ok, es ist nicht so ich hör mir das an wie fernsehen, ich kuck fernsehen und dann geht's mir besser, ich muss wirklich üben. Also diese Bereitschaft muss da existieren. Drittens muss ein Mitarbeiter auch ausreichend sich selbst den geistigen und zeitlichen Raum schützen können mitzumachen. Also wenn Mitarbeiter das nicht im Griff haben ihre Arbeit einzuteilen das sie jetzt sagen ich bin jetzt 1,5 Stunden weg und so dann geht's natürlich auch nicht. Also das sind so drei Voraussetzungen die Mitarbeiter mitbringen sollen. Sie müssen nicht unbedingt Interesse an Achtsamkeit haben im Sinne von ich wollte immer schon meditieren – ist nicht wichtig. Sie müssen auch nicht unbedingt Interesse an neuer Physiologie haben, oder bestimmt irgendwelche kognitiven Sachen verstehen wollen das ist weniger wichtig sondern einfach nur konkret, Offenheit Bereitschaft zu üben und dann auch eine gewisse Konsequenz in die Umsetzung.

Dr. Hiendl:

Welche Voraussetzungen muss evtl. das Unternehmen mitbringen?

Antwort Achtsamkeitstrainer:

Ja, also wie gesagt, es gibt Unternehmen die eine sehr schwierig zeitliche oder auch generelle atmosphärische Unternehmenskultur haben. Die einfach wahnsinnig unter Zeitdruck stehen und die generell für interne Prozesse null Kontinuität haben. Das sind oft solche Start-up Firmen also solche Firmen die sozusagen frische in dem Gründungsprozess sind oder auch oft solche Beratungs- oder auch Investmentbanken die irgendwie sehr stark Projektbetrieben sind. Dass die überhaupt keine Regelmäßigkeit garantieren können. Also das sind sozusagen glaub ich Faktoren die es erschweren für Firmen mitzumachen. Und dann ist es natürlich auch eine Frage der Diskussionskultur. Also einige Firmen haben eine sehr geschlossene, also keine offene Diskussionskultur Das macht das auch natürlich schwer so ein Thema zu präsentieren, umzusetzen.

Dr. Hiendl:

Geht das in manchen Branchen besonders gut bzw. eher schlecht? Gibt es da bevorzugte Branchen?

Antwort Achtsamkeitstrainer:

Also ich hab natürlich nur beschränkte Erfahrungen mit den W-10-Firmen (???) ich erlebe es das Branchen die sehr prozessorientiert sind auch industrieorientiert sind das eigentlich gut geht. Auch wenn es nur männliche Ingenieure sind die eigentlich kein Interesse an solchen Themen haben. Aber das diese Prozessorientierung, diese generelle „Wir machen Sachen gründlich, Wir bleiben dran“ also wenn diese Kultur herrscht dann ist es einfacher. Also deshalb solche Industrien wie eben Automobilindustrie, chemische Industrie, erzeugende Industrie, also Maschinenbau also bei solchen Firmen kann ich es mir sehr gut vorstellen. Beim gesamten Finanzsektor Bereich kenne ich mich noch nicht so gut aus, ich könnte mir vorstellen da geht's auch ist aber ein bisschen schwieriger weil die weniger, wobei die haben wahrscheinlich auch eine gute Trainingslandschaft, wird wahrscheinlich auch gut funktionieren und wo es sicherlich ein bisschen schwerer ist, ist halt solche sehr schnelllebigen Industrien. Also Hightech, Start-up, sehr junge Unternehmen ich glaube auch das generell Dienstleistungsfirmen die sehr sehr stark kundengetrieben sind, das heißt sie haben wenig Steuerung über ihre eigenen Termine, für die ist es schwieriger auch. Ich glaube das sind auch erschwerende Faktoren also das sind so Bereiche wo ich es mir schwierig vorstellen kann. Bekannt ist schon das es in Krankenhäusern, in öffentlichen Verwaltungen, in Schulen auch sehr gut geht, Also das es dort schon sehr präsent ist und ja das sind so die Bereiche die mir einfallen. Konsumgüter die kenne ich noch nicht, diese Industrien müssen wir mal schauen.

Dr. Hiendl:

Nun haben Sie im Rahmen des Pilotprojektes „Achtsamkeit im Unternehmen“ Achtsamkeit in mehreren Firmen bereits implementiert und ich kontrastiere im Rahmen meiner Masterarbeit das Unternehmen, in dem es am besten ging mit dem wo es am schwierigsten bisher war. Sie haben beide Unternehmen als Achtsamkeitstrainer durch das achtwöchige Programm aktiv begleitet. Können Sie zu den beiden Unternehmen etwas sagen?

Antwort Achtsamkeitstrainer:

Zu den Faktoren der Achtsamkeit oder wie (Dr. Hiendl: erst mal generell zu den Unternehmen ich nenne es jetzt mal B und M) ja, ja gerne. Also zu dem Unternehmen B ist ein sehr großes, weltweit agierendes deutsche Technologie Konzern sehr stark in der Automobilbranche aber auch in anderen Branchen tätig, sehr ingenieursgetrieben, die Teilnehmer waren fast überwiegend Ingenieure, durchschnittliches Alter, als ich würde sagen zwischen 35 und 50 waren die Teilnehmer im Durchschnitt, also durchschnittliches Alter für deutsche Arbeitnehmer. Sehr viel, sehr männlich und die Menschen waren ja klar auch sehr gebildet und das Unternehmen M ein sehr junges Unternehmen eben sozusagen im graphisch Medienbereich tätig. Sehr jung, sehr junge Mitarbeiter auch sehr junges Unternehmen sehr junge Mitarbeiter also ich glaube das Durchschnittsalter wäre da so bei um die 30 gewesen, zwischen 25 und 35 waren so die Teilnehmer und auch klein auch kleines Unternehmen, und auch ein Unternehmen das noch keine gesetzten internen Strukturen hat. Also sehr stark vom Kunden her getrieben auch die Kundenprozesse sind schon etabliert aber nicht die eigenen Fortbildungs-, Führungsprozesse. Die ganze Struktur war noch nicht vorhanden wirklich. Das waren sozusagen zwei Beschreibungen von diesem B und M

Dr. Hiendl:

Was waren die Gründe und Motive für die Unternehmen an diesem Pilotprojekt „Achtsamkeit im Unternehmen“ überhaupt teilzunehmen?

Antwort Achtsamkeitstrainer:

Unternehmen B, sehr nüchtern, das wissenschaftliche hat sie interessiert, sie haben auch natürlich viel Macht in das Thema Werte und Stress und gute Führung also sie hatten eine Affinität für diese Themen und haben glaub ich drei Sachen interessant gefunden. Einmal ok, Achtsamkeitsmethoden, sie haben von dem Buch von Google gehört, also einmal war Interesse an Achtsamkeitsmethoden. Zweitens war es der wissenschaftliche Aspekt, ein wissenschaftliches Projekt. Und das dritte war der Übungscharakter im Sinne von Veränderung passiert nicht in dem man jetzt einfach mal was hört und dann zwei Wochen später das umsetzt sondern Veränderung passiert aus der Übung und das fanden Sie auch sehr interessant an diesen Trainingsinhalten und diesem Forschungsprojekt das sie sozusagen ins Üben kommen. Und das heißt es war nicht unbedingt von einer Person getrieben, es war von einer Gruppe getrieben die sich das angehört haben, die nicht unbedingt in der Personalentwicklung waren sondern einfach Ingenieure die Abteilungsverantwortung hatten, Gruppenverantwortung hatten, und sich aber schon mit Personalentwicklungsprozessen auskannten. Bei der anderen Firma war es einer der Vorstände die sozusagen gesagt haben sie wollen das, sie hatte sich persönlich mit den Thema Achtsamkeit beschäftigt, wollte es eben auch in ihrer Firma anbieten. Es kam von einem primären Wunsch der Führungskraft und dann eben wie gesagt gab es eine Präsentation für die Mitarbeiter, die haben natürlich sehr stark reagiert auf das Stressthema, die hatten sehr viel Stress, ein sehr geschwindes Arbeitsleben, die wollten eben Lösungen haben für Stress. Und deshalb war auch bei denen eine hohe Resonanz und Interesse, also es heißt dort kam die Treibung, das Interesse kam sehr stark von der Führungskraft aber es gab eben auch Resonanz bei den Mitarbeitern mitzumachen.

Dr. Hiendl:

Was waren Ihrer Ansicht nach die Hauptgründe für ein gutes bzw. schlechtes Abschneiden dieser Unternehmen bei diesem Pilotprojekt?

Antwort Achtsamkeitstrainer:

Also bei Unternehmen B war es wirklich es waren die ganzen klassischen Punkte waren vorhanden. Unternehmen B hatte einmal gute Erfahrungen, gute Basis in prozessorientierten Trainings, also die wussten wie die das machten, die wussten auch wenn die Mitarbeiter mitmachen müssen die mit Konsequenz mitmachen. Dann haben sie auch den richtigen zeitlichen Rahmen ausgewählt, die haben den Nachmittag ausgesucht an einem bestimmten Tag der Woche wo sie sowieso schon weniger hatten als normal. Die haben auch Unterstützung der Führungskräfte gehabt, die Führungskraft war auch dabei, also bei dem Training selbst sozusagen die Hauptführungskraft das hat auch eine Signalwirkung gehabt und sie waren auch ganz, also die Teilnehmer waren auch reifer, also die waren eben nicht so jung sondern die haben auch gemerkt Stress gibt's immer, Stress kommt aber nicht nur von außen sondern ich hab auch einen großen Einfluss darauf und wenn ich was machen will muss ich auch an mir selbst arbeiten. Also es heißt für mich waren alle die klassischen Punkte Offenheit, Bereitschaft und auch Disziplin waren vorhanden. Und bei der anderen Firma war es eben so, A der zeitliche Rahmen war schwieriger, wöchentlich ging es nicht also es ging nur alle zwei oder drei Wochen das heißt man hatte mehr zu tun innerhalb von diesen Termine. Zweitens war es in der Früh was für die dort sehr schwer war weil sie dann viereinhalb Stunden in der Früh dort nicht vorhanden waren das heißt deren Arbeitsalltag hat sich aufgetürmt während sie in dem Training waren. Das dritte war das sie auch sehr junge Mitarbeiter waren, das sie eigentlich nicht immer erkannt haben es liegt an mir selbst etwas zu tun sondern die haben sich auch, es war schwer für die das umzusetzen weil sie auch keine Erfahrung hatten mit Selbstveränderungsprozessen und dann insgesamt wie gesagt, die Firmenkultur war noch sehr jung, also wenig richtige Einschätzung von Trainings also auch das die Mitarbeiter selbst einschätzen können was ist überhaupt ein Training, was bringt mir das, wie bringt mir das was, wie kann ich konsequent mitmachen also generell wenig Erfahrung in der

Trainingslandschaft und dann eben auch ein rasant wachsendes Unternehmen das jeden Tag irgendwie oder jedes Jahr mit 40/50 Prozent wächst. Das heißt jeder Mitarbeiter ist sowieso immer an der Kapazitätsgrenze was er machen kann und das ist dann auch nicht einfach diesen Schritt zu machen zurückzuschrauben.

Dr. Hiendl:

Welche Voraussetzungen sollten in einem Unternehmen geschaffen werden um eine möglichst positive Implementierung von Achtsamkeit zu erreichen?

Antwort Achtsamkeitstrainer:

Ich glaube es sind sehr wenige Erfolgsfaktoren. Also einmal eben ist es ein richtiger zeitlicher Rahmen gesetzt werden, ein richtiger physischer Rahmen, ein richtiger unterstützender Prozess also Personalentwicklungsprozess oder Mitarbeiterprozess. Die Führungskräfte sollten Interesse zeigen, das hilft und es sollte auch ein klares Interessesignal geben das man an Offenheit interessiert ist, offener Austausch, das man das unterstützt und dann glaube ich sind das die Faktoren die wichtig sind.

Dr. Hiendl:

Welche Maßnahmen sollten aus Ihrer Erfahrung heraus von Unternehmen ergriffen werden um die erlernten und trainierten Techniken nachhaltig im Berufsalltag zu integrieren?

Antwort Achtsamkeitstrainer:

Das ist sehr wichtig, also einmal glaub ich ist es ein neues Thema und ich glaube nicht alle Antworten sind klar. Also ich glaube Firmen arbeiten erstens mal in der Richtung OK wir müssen organisatorische Änderungen einführen z. B. ein Meditationsraum haben, oder eben tagungsfreie Zeiten oder störfreie Zeiten also das man sich sozusagen organisatorische Gedanken macht. Man kann sich auch Gedanken machen zum Thema E-Mail, das man halt nicht so oft E-Mails anschauen soll. Also es gibt eine Reihe von Maßnahmen die man eben im Organisationsablauf implementieren kann. Dann gibt es eine Reihe von Trainingsmaßnahmen das man einfach auch sagt OK, wir trainieren weiter zum Thema Achtsamkeit oder zum Thema Achtsam im Meeting oder zum Thema Achtsamkeit im Umgang mit E-Mails, das ist der zweite Bereich und das Dritte ist auch das Thema Führungskräfte dafür sensibilisieren und auch das die Führungskräfte das voran treiben. Und alle diese drei haben wir bei uns im Unternehmen in unterschiedliche Maße gesehen.

Dr. Hiendl:

Jetzt habe ich noch zwei, drei Zusatzfragen. In Kenntnis der bisherigen Ergebnisse gibt es da eine bevorzugte Zielgruppe was z. B. Alter, Geschlecht, Bildungsstand betrifft für Achtsamkeitstrainings?

Antwort Achtsamkeitstrainer:

Genau, also meine Erfahrung ist eben mittleres Alter ist gut, also Menschen die schon die ersten Stressphasen hinter sich haben und erkennen OK ich muss selbst dran arbeiten. Also nicht zu jung, also ich würde sagen ab 30 ist wahrscheinlich hilfreicher, 30 bis 32. Interessanterweise sind Führungskräfte auch sehr gut. Also die haben auch mehr Erfahrung im Umgang mit Disziplin und Prozessen, also Führungskräfte sind für

mich sehr willkommen. Geschlecht hätte ich gedacht Frauen sind affiner, aber ist eigentlich nicht der Fall. Wenn man diese Sachen präsentiert finde ich sind die Männer genauso affin wie die Frauen und das Alter, Führungskräfte genau und dann klar also typischerweise Bildungsstand es ist schon so, ich erlebe auch Facharbeiter sind sehr offen auch für diese Themen aber es ist nicht jeder Facharbeiter weil es geht nicht um die kognitive Intelligenz sondern es geht einfach um die Bereitschaft sich auf so etwas einzulassen. Und da ist dann oft bei den Facharbeitern weniger Bereitschaft also das heißt wir haben die Erfahrung technische Mitarbeiter, kaufmännische Mitarbeiter sind offener. Facharbeiter können genauso profitieren aber sind tendenzielle weniger offener im ersten Schritt für solche Sachen.

Dr. Hiendl:

Noch eine Frage zur Häufigkeit der Achtsamkeitstrainings, wenn man B und M miteinander vergleicht hat M insgesamt weniger aber dafür länger meditiert ebenso haben bei M insgesamt weniger am Gesamttraining teilgenommen, bei M nur fünf und bei B acht Sitzungen im Schnitt die häufigste. Gibt es da irgendeine Empfehlung?

Antwort Achtsamkeitstrainer:

Genau, also wir haben eben versucht zwei Modelle, einmal eben diese Modelle zwei Stunden, zweieinhalb Stunden Termine acht Mal und einmal eben viereinhalb Stunden Termine vier Mal. M hat viereinhalb Stunden Termine vier Mal gewählt, B hat acht Termine mal zweieinhalb Stunden und das ist schon ein klarer Unterschied, vor allem weil es mit Übung zu tun hat. Also wie gesagt, bei acht Terminen kommt man halt mehr in die Übung wird weniger kognitiv belastet innerhalb eines Termins und kommt man halt mehr in die Übung auch zwischen den Terminen, das ist ja das wichtigste. Bei vier Terminen ist halt die Gefahr das ich in den drei Wochen zwischen den Terminen total vergesse worum es ging wieder. Oder man verpasst einen Termin, dann sind schon fünf, sechs Wochen dazwischen und man ist total außerhalb des Prozesses. Das heißt wir haben auch selbst daraus gelernt, wir haben gesagt wir wollen nicht mehr diese vier Termine anbieten. Sondern wir wollen eher acht Termine anbieten weil die Regelmäßigkeit im Üben ist das wichtigste und vor allem diese Verbindung zum Alltag das ich es immer wieder schaffe in den Alltag zu integrieren.

Dr. Hiendl:

Sie beschäftigen sich seit Jahren mit Achtsamkeit und fungieren auch als Achtsamkeitstrainer in Unternehmen, seit wann machen Sie das ganz genau?

Antwort Achtsamkeitstrainer:

Das erste Training das ich gemacht habe war 2008 im Oktober. Also Achtsamkeit beschäftigt mich schon länger, seit 1990 aber im Unternehmenskontext seit 2008.

Dr. Hiendl:

Und warum gerade Achtsamkeit und nicht eine andere Methode?

Antwort Achtsamkeitstrainer:

Weil ich war ja, ich habe ja als Unternehmensberater gearbeitet und dann bin ich ja ausgestiegen und habe sieben Jahre buddhistische Meditationszentren geleitet und da ist ja natürlich die soziale Idee der Achtsamkeit präsent. Also ich habe ja sieben Jahre hatte ich die Verantwortung der Ausbildung von Meditationsleiter, für Meditationsangebote in Meditationszentren und so weiter. So und ich habe gedacht das das einfach sehr relevant ist für die heutige Zeit diese Methoden anzuwenden.

Dr. Hiendl:

Wie kamen Sie selbst zur Achtsamkeit? Welche Intention steckt für Sie persönlich dahinter? Warum machen Sie das?

Antwort Achtsamkeitstrainer:

Ich habe eine Weltreise gemacht in 1990 nach meinem ersten Studium und da macht man alle Arten von Sachen und da bin ich dann auch in ein Kloster gegangen und war hab so ein 10-Tages-Schweige-Retreat gemacht in Thailand und das hat mich natürlich sehr bewegt also fand ich sehr interessant also ich hab ja dann seit 1990 hab ich dann immer wieder Retreats gemacht ich hab als Unternehmensberater immer wieder Projektweise gearbeitet und konnte dann immer wieder Zeit ausnehmen also ich hab einmal drei Monate Pause gemacht, einmal ein Jahr Pause gemacht und war dann immer wieder in Retreats, Drei Monate Retreats, ein Monat, zehn Tage, Einzel Retreat, ein Monat Einzel Retreat. Also ich habe relativ viele Retreats gemacht. Und hab mich in dem Thema vertieft und ich glaub ich mach das, weil ich glaub das erste was mich getroffen hat, was mich bewegt hat, ist das es so vernünftig ist. Also meine Freundin wurde auch immer gefragt „Warum macht der das?“ und sie hat gesagt weil ich vernünftig bin. Und ich glaub das ist eine ganz solide Antwort. Es ist einfach so, es ist einfach hilfreich und es ist auch, ich glaube es Achtsamkeit schärft ein akkurates Weltbild und das fand ich auch hilfreich einfach die Welt wirklich

akkurat zu sehen so wie sie ist und nicht mit Verblendungen also das ist sozusagen Vernunft und auch natürlich etwas Gutes für mich und meine Umwelt zu tun.

Dr. Hiendl:

Wie praktizieren Sie selbst Achtsamkeit? Und wie häufig machen Sie das?

Antwort Achtsamkeitstrainer:

Ich hab, ich bin Buddhist, tibetisch Buddhistischer Tradition. Da gibt es so eine aufbauende Serie von Praxen. Ich mach jetzt ein Zyklus von Praxen die so über sechs, sieben Jahre gehen. Wo man so je, ja wo man so ca. fünf Stunden die Woche machen muss und ich mach so, zur Zeit häng ich ein bisschen hinter her, aber ich mach so ca. Vier Mal eine Stunde pro Woche und dann an den anderen Tagen wo ich das nicht die ganze Stunde mache, mache ich so 20 Minuten Achtsamkeit, also die Stundenpraxis die ein bisschen mehr als eine Stunde sind eine Kombination von Reflexion, Visualisation, Kultivierung von Mitgefühl und auch klassische Achtsamkeitsübungen.

Dr. Hiendl:

Warum sagen Sie Achtsamkeit ist ein wichtiges Thema?

Antwort Achtsamkeitstrainer:

Ich glaube aus verschiedenen Gründen. Also ich glaube einmal, ich glaube wenn man sich mit Achtsamkeit beschäftigt, wie gesagt hat es sehr viel zu tun mit dem akkuratem und geschärftem Blick auf die Realität, ich glaube es ist generell einfach sehr wichtig das man wirklich die Realität so sieht wie sie ist ohne Ausschweifungen ohne was auch immer. Und ich glaube es gibt sehr viel Leiden im Unternehmensalltag also sehr viele Menschen die unter Stress oder die auch sozial nicht zurechtkommen oder die auch erschöpft sind also ich glaube Achtsamkeit kann helfen erstens Mal ein richtiges Leiden zu adressieren das die Menschen einfach sich wohler fühlen. Ich glaub was hier heutzutage passiert ist das die Menschen ja sehr nach außen orientiert sind. D. h. ich muss sehr komplexe Prozesse managen, ich muss dauernd erreichbar sein, ich muss immer auf Reize im äußeren reagieren können und ich glaube dadurch kommt die innere Entwicklung relativ zu kurz. Also ich glaube das ist sozusagen, Achtsamkeit bietet einen sozusagen erstens einmal einen transformativen Ansatz zur inneren Wandlung der aber nicht irgendwie psychologisch ist oder irgendwie theoretisch, sondern sehr pragmatisch und sehr nüchtern ist. Also es ist, glaub ich, ein sozusagen was Achtsamkeit bietet eine innere Wandlung an, in einem Umfeld, wo innere Wandlung sehr erschwert ist. Also das ist, glaub ich, ein Aspekt und das zweite ist auch, dass Achtsamkeit durch diese innere Wandlung, durch diese Schärfung des Blickes auf die Realität und durch die Stärkung, glaub ich, der Präsenz von jemanden auch ein exzellentes Führungsinstrument ist. Und es gibt ja auch Studien die, eine ganz interessante Studie EU finanziert, die Menschen, die geschaut hat, wie gut funktionieren Nachhaltigkeitsprogramme, Trainings im Unternehmen für Führungskräfte, und die haben gesagt ok, wir brauchen Kontrollgruppen, lasst uns doch als Kontrollgruppen Leute nehmen, die nur meditieren, weil die machen ja nix, die sind doch die beste Kontrollgruppe die es gibt. Und da haben die eben festgestellt in der Studie, das ist schon eine heftige Aussage, die haben gesagt also die Hauptansätze, die die geprüft worden sind, funktionieren überhaupt nicht, die zeigen keine Wahrscheinlichkeit, dass Menschen nachhaltiger handeln, aber die Kontrollgruppe von Menschen, die nur meditiert haben zeigt, eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit von nachhaltigem Handeln. Ich glaube, das ist eben also,

das ist für mich das Thema, wenn Menschen Zeit haben zu reflektieren, wenn sie in sich sind, dann haben die viel mehr auch in der Tendenz Weitsichtiger und Nachhaltiger zu handeln, weil sie, wenn sie nur im Druck sind und unter irgendwie eindimensionalem finanziellen Druck sind und deshalb glaub ich, auch das Achtsamkeit nicht nur zur inneren Heilung beitragen kann des einzelnen im Sinne von Stress im Sinne von Überlastung und so weiter, sondern auch helfen kann, dass wir präsenter, nachhaltiger, menschlicher miteinander umgehen.

Dr. Hiendl:

Was hat Sie dazu bewogen die Themen Achtsamkeit und Unternehmen zusammenzubringen?

Antwort Achtsamkeitstrainer:

Ich war, wie gesagt sehr vertieft im Thema Achtsamkeit. Vollzeit sozusagen drinnen und hatte natürlich die Sehnsucht dieses Thema verfügbarer zu machen und ich hatte auch das Gefühl, dass es eigentlich sehr Unternehmensrelevant war, aber ein bisschen esoterisch behaftet ist. So deshalb war es mir wichtig, es aus dem esoterischen rauszubewegen und natürlich ich war auch sozusagen ehemaliger Berater sehr aktiv in der Unternehmenswelt, ich hab gedacht, ok da gibt es auch einen Bedarf, also ein Interesse daran, also einmal die Sehnsucht in mir das zusammen zu bringen und auch mal die Erkenntnis, das da wahrscheinlich ein Bedarf ist.

Dr. Hiendl:

Achtsamkeit im Unternehmen, welcher theoretische Hintergrund und welche Tradition des Achtsamkeitsbegriffs liegen Ihrem Trainingskonzept zugrunde?

Antwort Achtsamkeitstrainer:

Das ist ganz wichtig also es gibt eben verschiedene Sichtweisen auf Achtsamkeit. Also erstens mal generell, ich bin geschult in der Buddhistischen Tradition das ist, 80 – 90 Prozent der Achtsamkeitsströmung kommt aus der buddhistischen Tradition. Es gibt aber auch andere Traditionen der Achtsamkeit. Es gibt hier was Ähnliches in der nicht ganz in der transzendentalen Meditation und es gibt auch solche Sachen in der christlichen Tradition wie Centering Prayer, also die sind ähnlich aber nicht sozusagen so umfassend. Innerhalb der Buddhistischen Tradition könnte man sagen man kann es einordnen in drei Strömungen die Achtsamkeitsmethodik. Einmal nennt man es das Hinayana, das ist sehr präzise, sehr diszipliniert, die Tradition der Achtsamkeit. Als zweites könnte man sagen es ist das Mahayana, das ist eine sehr umfassendere Tradition der Achtsamkeit, viel mehr Methodik, viel mehr Methoden und auch viel mehr mit Einsicht zu tun. Also man könnte sagen im Mahayana ist Achtsamkeit die Basis für Einsicht. Und dann gibt es noch die Vajrayana und dort sind Achtsamkeitsmethoden viel mehr transformativ also im Sinne von Umwandeln von. Und ich würde sagen die Tradition die wir benutzen, ist eine Kombination von die die einen sich kultivieren und die auch die Umwandlung erlauben. Also wie gesagt das ist Teilweise eine Frage von Betonung aber ist ja ist schon noch relevant. Und ich glaube, man sieht es auch, wenn man sozusagen auch MBSR anschaut. MBSR ist eine Tradition der Achtsamkeit und das ist teilweise aus Vipassana genommen und teilweise aus Zen genommen und vielleicht noch ein bisschen aus dem tibetischen Buddhismus. Also es hat eine ähnliche Geschmacksrichtung ich würd sagen, wir haben leicht mehr Betonung auf des transformative Elemente der Achtsamkeit, weil wir einfach, sozusagen dort ein bisschen mehr Erfahrung haben. Aber trotzdem also innerhalb drei Strömungen eine Kombination von dieser Mahayanja und Vajrayana mit einem Betonung sozusagen eher transformativen Teil von Achtsamkeit.

Dr. Hiendl:

Achtsamkeitstraining, was waren hierbei die Anfänge, die ersten Gedanken, die ersten Schritte?

Antwort Achtsamkeitstrainer:

Bei uns oder generell?

Dr. Hiendl:

Bei Ihnen.

Antwort Achtsamkeitstrainer:

Also wir haben ja angefangen, ich habe ja ein Hotel, das ich betreibe, und wir haben zwei Sachen angefangen. Erstens wir haben angefangen Wochenendseminare anzubieten, einfach für Einzelkunden und da sind am Anfang ein, zwei Leute gekommen. Also ich hab teilweise Wochenendseminare gemacht das ganze Wochenende mit einem Teilnehmer. Das waren so die frühen Zeiten. Das machen wir weiter, wir machen so jetzt 35 – 40 pro Jahr zurzeit. Und dann haben wir auch ein Angebot gemacht für Tagungen. Also wir haben Tagungen im Haus und wir haben dann einfach in unser Tagungspaket angeboten das sie sich mit Stressbewältigung oder mit Burnout Prävention oder so mit Achtsamkeit beschäftigen können. Und das haben dann immer wieder Firmen in Anspruch genommen, haben sich da vertieft. Also das waren so zwei Sachen und daraus entstanden erstens mal Kontakte zu Firmen die gesagt haben „Oh das ist interessant“ und daraus entstanden auch Einzelpersonen die gesagt haben „OK das ist auch interessant“ Also wir wollten es vertiefen und das waren sozusagen die ersten Ansätze und dann haben wir das Forschungsprojekt initiiert also dann hatten wir auch vereinzelt Firmen die direkt angefragt haben „Können Sie was bei uns machen?“ aber das war noch nicht so viel und dann also und dann mit dem Forschungsprojekt haben wir dann konkret gestartet.

Dr. Hiendl:

Gab es für Sie diesbezüglich bereits Vorbilder, Konzepte, Programme die Sie für Ihre eigene Unternehmung inspirierten? Vielleicht auch Teile davon, welche Sie in das eigene Konzept implementieren konnten und was war neu?

Antwort Achtsamkeitstrainer:

Ja also, erstens mal MBSR, MBSR Training ist bekannt das ist aufgebaut. Ich glaub MBSR hat generell diesen Ansatz gebracht und das war ganz wichtig das Achtsamkeit über ein Training laufen kann. D. h. ein wiederkehrendes Training, MBSR hat sieben Termine oder acht glaub ich sogar und das war erstens mal ein Durchbruch geistig zu sagen ok wenn man Meditation nicht im spirituellen Kontext lernen will sondern eben sozusagen im Selbsthilfe, transformativen, heilenden Kontext dann muss es ja Wiederholung geben, ja genauso wie Sport. Man kann ja Sport nicht einfach einmal so und einmal so sondern es muss eine Wiederholung geben und das war einmal MBSR hat das etabliert diese Art von sozusagen fortlaufende Sache. Dann kamen solche Firmen wie „Search Inside Yourself“ die haben bei Google intern ab 2007/2008 so ein Training entwickelt das eben auch mit mehreren Terminen waren und Search Inside Yourself hat das erste Mal Stärke Neurophysiologie interpretiert. Also MBSR basiert zwar teilweise auf heilende Erkenntnisse, ärztliche Erkenntnisse aber hat es nicht explizit für den Kunden als Erklärung parat. Und Search Inside Yourself waren die Ersten die sozusagen gesagt haben: Erstens wir wollen neue Physiologien entwickeln und zweitens wir wollen uns positionieren als Unternehmenstraining und nicht als Individuums Training unbedingt. Also im

Unternehmenskontext. Und das waren so ich die zwei Hauptinspirationen und wir haben im Vergleich zu ich glaub die einigen Änderungen die wir gemacht haben im Vergleich zu jetzt auch diesen zweien erstens mal ist das wir es intensiver machen, mehr Termine, mehr Vertiefung als sowohl MBSR und Search Inside Yourself. Zweitens das wir es immer mit Forschung kombinieren. Also das wir sagen es geht nicht darum zu beweisen funktioniert Achtsamkeit, es ist schon bewiesen. Aber es geht darum immer in jedem Kontext, jeden Teilnehmer das spürbar ersichtlich zu machen jeder Firma spürbar ersichtlich zu machen. Und das dritte ist was wir auch noch gemacht haben, wir haben mehr Betonung auf Social Neuroscience gelegt. Also Social Neuroscience ist ein neues Feld was auch grade im Entstehen ist die letzten fünf, acht Jahre und wir haben viel mehr Betonung auf dieses Thema, auf die Kollaboration, gemeinsame Zusammenarbeit als jetzt vielleicht die anderen Programme. Das sind so die drei.

Dr. Hiendl:

Wie wurde sichergestellt dass das Training als Umsetzung eines Konzeptes von Achtsamkeit gelten kann?

Antwort Achtsamkeitstrainer:

Ja, weil wir natürlich halt ganz klar betonen, also Achtsamkeit ist die Zentralpraxis und wir bitten auch die Teilnehmer ihre Achtsamkeitspraxis zu kontrollieren. Also da merken sie, also wir erklären vieles und sagen aber alles dieses werden sie nur erforschen, erleben, selbst prüfen können wenn sie Achtsamkeit umsetzen. Also das ist ein sehr zentral gestalteter Punkt unserer Kurse.

Dr. Hiendl;

Also um jetzt da vielleicht nachzuhaken es geht so ein bisschen auch um die Validierung welches dass es eben Achtsamkeit ist. Gibt's da eine Möglichkeit des sicherzustellen? Das man sagt, das ist jetzt eben Achtsamkeit?

Antwort Achtsamkeitstrainer:

Schwer zu, also wenn man im Sinne von Validierung ist es ganz klar gegeben Achtsamkeits-Anweisungen. Wir sagen den Leuten sie müssen meditieren und wir bitten Sie das zu protokollieren was sie meditieren. Also ähm pfff...

Dr. Hiendl;

Wie sah Ihr erstes Trainingsprogramm im Detail aus?

Antwort Achtsamkeitstrainer:

Sieht aus wie es heute auch noch so ist. Wir haben ein Pilot gemacht mit der Hochschule mit der ähm German Business School, German School of Business in Heilbronn gibt's eine Business Schule dort haben wir ein Pilot Programm gemacht. Das heißt wir haben dreizehn Teilnehmer rekrutiert aus dem Umfeld Heilbronner Geschäftswelt und so weiter und haben einfach das Training durchgeführt mit denen.

Und es war aber inhaltlich eigentlich schon relativ klar. Das heißt zwei volle Tage, acht Mal zweieinhalb Stunden und die Themen so wie sie *auch heute sind*.

Dr. Hiendl;

Wann und wie ging es dann los und wer war alles daran beteiligt?

Antwort Achtsamkeitstrainer:

Genau das war 2012, September bis Ende Dezember, sogar bis Januar. Nee also Oktober bis Januar zweitausend... Also Oktober 2012 bis Januar 2013 ging das Pilotprogramm los und da waren eben Bekannte, diverse Leute die Interesse hatten Kunden von Schloss Rheinstein also ein buntes Gemisch.

Dr. Hiendl:

Welche Erfahrungen haben Sie bei dieser ersten Veranstaltung, diesem ersten Training gemacht? Für sich selbst, in der Firma oder auch im Umfeld?

Antwort Achtsamkeitstrainer:

Also das interessanteste war für sich zu merken Ja es wirkt. Also die Leute sind berührt, haben ein Verhalten gelernt, geübt. Das war sehr interessant. Das zweite war auch sehr interessant das dieses Neurophysiologie für sie sehr interessant war, auch geholfen hat. Also nicht im Sinne von nur als irgendwelches Wissen sondern konkret es hat mir geholfen die Sachen einzuordnen, die Sachen besser zu verstehen. Und die Leute haben natürlich auch selbst für sich gelernt, Übungen mitgenommen die sie in ihren Alltag einbinden.

Dr. Hiendl:

War von Anfang an klar dass aus dieser Unternehmung ein Pilotprojekt „Achtsamkeit im Unternehmen“ entstehen soll? Oder wie kam es dazu?

Antwort Achtsamkeitstrainer:

Ja das war klar. Also ich hatte irgendwie den Plan gefasst im Sommer 2012 das zu machen und ich wollte eben mit zehn Firmen starten und ich war schon parallel dabei eben diese zehn Firmen zu rekrutieren und hab dann eben das Pilot gemacht um das zu testen.

Dr. Hiendl:

Das Pilotprojekt „Achtsamkeit im Unternehmen“ ist ja modular aufgebaut, wie sind diese Module inhaltlich und konzeptionell entstanden?

Antwort Achtsamkeitstrainer:

Also es gibt einmal den strukturellen Aspekt, das wir einfach gesagt haben, weil wir neu physiologisch testen wollen brauchen wir eine gute Testlandschaft. Dann haben wir gesagt ok, wir brauchen am Anfang und am Ende einen ganzen Tag. Das war einfach strukturell für uns klar

relativ schnell und wir wussten das wir auch Trainingsinhalte liefern wollten, das heißt das wir etwas fortlaufendes machen wollten das im Arbeitsalltag stattfinden sollte und deshalb musste es auch irgendwie nicht zu lange sein also das war sozusagen klar ok Anfang und Ende jeweils ein Tag und dann dazwischen acht Mal zweieinhalb Stunden. Das war relativ schnell klar. Und dann die Logik, die innere Logik, würd ich sagen ist ein Gemisch aus Erkenntnisse aus zweieinhalbtausend Jahren Achtsamkeit im Sinne von man kann Achtsamkeit nicht anfangen wenn man nicht irgendwie zuerst mal seinen eigenen Geist wirklich anschaut, ja. Das heißt die ersten Module sind eher nach innen gerichtet, ich schau an meine Erfahrung, ich merke wie das so läuft, und dann die nächsten Module sind eher dann ok wie setz ich das um im Alltag, wie setz ich das mit anderen um. Also das war sozusagen eine klassische Logik in jedem Achtsamkeitsprogramm. Und dann die sozusagen Aneinanderreihen von bestimmten Themen wie wir das machen. Das ergibt sich eigentlich daraus das man sagt ok ich muss zuerst mit dem Thema Aufmerksamkeit anfangen weil das ist ja das zentrale Steuerungselement das ich habe und dann kann man das ausdehnen in die verschiedenen Aspekte ja.

Dr. Hiendl:

Welcher fachliche, didaktische und/oder pädagogische Hintergrund steckt hinter diesem modularen Konzept und in den Modulen selbst?

Antwort Achtsamkeitstrainer:

Also wir haben da sehr viel Zeit damit verbracht. Wir haben uns sehr viel beschäftigt mit jemand der 30 Jahre Erfahrung hat in didaktischen Aufbau von Trainingskonzepten.

Dr. Hiendl:

Wer war das?

Antwort Achtsamkeitstrainer:

Ron Lacoste, Dr. Ron Lacoste. Das ist einer von unseren Trainern der war 20 Jahre lang sozusagen Cheftrainer bei BASF und hat eben sehr viel Erfahrung damit wie man solche Sachen aufbaut. Und da, also das heißt sowohl die Entwicklung der Gesamtlogik also man könnte sagen die Entwicklung der Gesamtlogik ist vor allem aus dem Gesichtspunkt der Sozial Neuroscience das wir gesagt haben ok in Sozial Neuroscience ist Gesundheit im persönlichen und im sozialen Kontext neuronale Integration das heißt also das Gehirn sozusagen hat ja bestimmte Einzelteile die alle irgendwie funktional spezialisiert sind, die aber im Netzwerk zusammenarbeiten das heißt die Integration, die Verlinkung von separaten Einheiten zu einem funktionierenden ganzen ist aus der Neurophysiologie. Gesundheit, das ist ja auch eigentlich im gesamten sozialen Kontext eigentlich Gesundheit wenn unser soziales Umfeld integriert ist. Also das war sozusagen die übergreifende Logik die wir eingesetzt haben und pro Modul haben wir ganz bestimmte didaktische Elemente die immer wiederkehrend sind. Also sehr viel Abwechslung zwischen kognitiven Input, zwischen Übungen, zwischen Austausch, nicht zu lange Einheiten, immer am Anfang Thesen, Zeit zum Check-in alle z. B. was wir auch machen ist ganz wichtig wir bitten immer jeden Teilnehmer jedes Mal zu sagen wie es ihm geht mit der Praxis, mit den Übungen. Und das schafft z. B. ein ganz klares Commitment ja. Es kann sich nicht jemand hinsetzen nach hinten und wochenlang nichts

sagen. Und dieses sich zeigen, und auch sich als Übender zu zeigen schafft eine ganz tolle Atmosphäre das alle merken, ja stimmt, wir sind im selben Boot zusammen, wir üben zusammen. Also das sind so ganz spezifische didaktische Komponenten die wir da eingebaut haben. Die vor allen Dingen der Präzisierung der Inhalte und die vor allem dazu dienen dass es verdaulich ist.

Dr. Hiendl:

Welches Ziel wird insgesamt mit dem Projekt Achtsamkeit im Unternehmen verfolgt?

Antwort Achtsamkeitstrainer:

Also Projektziele heißen ja Resilienz, Zufriedenheit, Zusammenarbeit und das sind sozusagen die gemessenen Ziele. Ich würd sagen also einmal müssen wir natürlich das hervorheben was wir einfach messen wollen, was passiert bei der persönlichen Widerstandsfähigkeit, Stressbewältigungsfähigkeit der Teilnehmer, was passiert mit der Zusammenarbeit der Teilnehmer und was passiert einfach auch mit der Freude an der Arbeit bei den Teilnehmern ja und bei allen sehen wir natürlich Ergebnisse und was noch dazukommt ist das wir ich sag jetzt einfach ganz nüchtern einmal Teilnehmern klar zu machen und Vertrauen zu geben und Wirksamkeit zu unterstützen das sie merken ja sie können an sich arbeiten im Unternehmenskontext, sie können eine innere Wandlung angehen und das das sehr hilfreich ist für die äußere Wandlung das ist mal eine weitere Erkenntnis. Ich glaub eine zweite Erkenntnis ist auch wichtig ist das die Firmen und die Gruppen als Ganzes merken auch obwohl diese Sachen intern sind wenn wir auch mit diesen Erkenntnissen im Äußeren miteinander arbeiten hat das auch einen starken Benefit also in der Zusammenarbeit und dann insgesamt würd ich auch einfach sagen das Thema Achtsamkeit bekannter zu machen im Unternehmensalltag ist das es etwas bringt, das es wirkt, das es hilfreich ist.

Dr. Hiendl:

Nun haben Sie im Rahmen des Pilotprojektes Achtsamkeit im Unternehmen, Achtsamkeit in mehreren Firmen bereits implementiert. Wurde dabei immer das ursprüngliche Konzept beibehalten, oder ergaben sich im Verlauf Gründe das bestehende Grundkonzept zu modifizieren?

Falls ja, welche Gründe waren das und wie sehen diese Veränderungen konkret aus?

Antwort Achtsamkeitstrainer:

Also wir haben das nicht fundamental modifiziert, was wir gemacht haben ist, wir haben die Reihenfolge von zwei Modulen geändert und wir haben in einem Modul ein bisschen andere Inhalte jetzt gemacht.

Dr. Hiendl:

Welche Module waren das?

Antwort Achtsamkeitstrainer:

Wir haben das Modul bisher was Nummer sechs war haben wir an dritter Stelle gebracht und haben ein anderes nach hinten geschoben. Das hat verschiedene Gründe. Wir haben ein das Modul drei was vorher Modul drei war das hat eben mit Kommunikation und Dialoge haben wir nach vorne hatten wir vorne gebracht weil es natürlich eine grundsätzliche Methode geht im Training sich auszutauschen aber von der Logik des Trainings hätte es eigentlich erst später kommen sollen. Wir haben jetzt gedacht ok wir trennen das wir bewegen es nach hinten und

sonst haben wir eben im Modul fünf haben wir uns entschieden also es war immer so klar, dass wir ein Review machen in den Modulen also einfach Sachen brauchen Zeit um zu sacken. Wie auch wenn man auch an einen U-Prozess denkt, Otto Scharmer, ich weiß nicht ob das ein Begriff ist aber einfach wie passiert Veränderung in uns allen, gibt's immer einen Moment wo man sackt und reflektiert und das haben wir eben immer schon im Modul 5 gehabt. Also keine neuen Inhalte sondern nur Reflektion und Austausch und das haben wir jetzt verstärkt in dem auch die Kisten, Meditationskisten auf Video mitbringen, das heißt Modul null sozusagen Abschlussmodul haben wir eben die Meditationskisten dabei und jetzt haben wir eben auch die fünf wieder dabei und das hat einen starken Effekt also die Leute wieder in diesen stark meditativen Kontext zu bringen hat eine deutliche Wirkung.

Dr. Hiendl:

Gab es bei der Durchführung des Trainingsprogramms im Unternehmen auch schon mal Schwierigkeiten oder gar Komplikationen? Falls ja wie sahen diese aus und wie wurden sie gelöst?

Antwort Achtsamkeitstrainer:

Also von Seiten Kunden oder Teilnehmer überhaupt nicht. Die einzigen Komplikationen waren hinter sozusagen den Szenen einfache logistische Komplikationen. Wie schaffen wir es jetzt zum Beispiel wir hatten eine Gruppe, eine Firma wo wir mit drei Gruppen parallel gestartet haben 60 Teilnehmer und da hatten wir eben mussten wir auch die Laptops sicherstellen für 60 Leute, die Zeitabläufe für 60 Leute oder eben auch in der Kollaboration von mednetwork.de, wenn die dann eben plötzlich an einem Tag 40 Leute irgendwie testen müssen das ja sehr individuell auch ist also es gab nur solche Themen also keine inhaltlichen oder Akzeptanz.

Dr. Hiendl:

Was wird an diesem Programm von den Teilnehmern ausdrücklich gelobt, was eventuell aber auch kritisiert?

Antwort Achtsamkeitstrainer:

Also gelobt ist sehr vieles: die Art, der Austausch, die Inhalte, die Methoden, die Relevanz für den Alltag also da gibt es sehr viel positives sehr starkes positives Feedback. Ich glaube konkret bemängelt werden höchstens die Handouts, die haben wir geschrieben vor einem Jahr und die passen nicht mehr ganz zum energetischen Fluss von dem Ganzen. Also die sind sozusagen, müssen wir wieder umschreiben die sind irgendwie nicht mitgereift. Also was die Leute auch loben sehr stark ist die Postkarten, die sind sehr beliebt. Da kriegen wir auch Bestellungen davon nachträglich und ob generell Kritik gibt's wirklich sehr wenig. Also genau Handouts ist ein Punkt sonst fällt mir kaum was auf also wir haben irgendwie 80 bis 90 % der Teilnehmer sagen das war eins der besten Trainings die sie je gemacht haben also das heißt oder eins der interessantesten Trainings die sie je gemacht haben. Also da ist irgendwie sehr viel positive Resonanz.

Dr. Hiendl:

Aufgrund der Erkenntnisse die Sie aus dem Pilotprojekt bislang gewonnen haben, gibt es eine Entwicklungslinie Ihres Programms? Was war die Vergangenheit, was ist die Gegenwart und wie sieht die Zukunft aus?

Antwort Achtsamkeitstrainer:

Also ja zwei Sachen, erst einmal wir haben erkannt natürlich das wir auch die Leute zwei Jahre begleiten wollen da sind wir gerade dabei das zu definieren, ein Zwei-Jahresprogramm. Das zweite ist das wir einfach gemerkt haben am Anfang war es ok funktioniert das oder nicht, jetzt wissen wir es funktioniert und das heißt wir können jetzt ab Modul fünf viel mehr Übungen einsetzen das wir also so ab der Mitte sagen ok jetzt wissen Sie alle es funktioniert und jetzt wirklich lasst uns mal überlegen was das heißt wenn wir hier weg sind weil wir werden in fünf, sechs Wochen weg sein. Was nehmen Sie jetzt mit und vor allem wie üben Sie das im Alltag also in ihren Gruppen. Wir haben überwiegend mit Führungskräften zu tun also wir haben jetzt viel stärkere Betonung auf die Umsetzung im Führungsalltag. Es gibt sozusagen zwei Betonungen und das dritte ist das wir jetzt auch ein Projekt aufsetzen und Nachhaltigkeit ist ein Thema. Das wir sozusagen schauen ok wie können wir nachhaltiger handeln im Unternehmensalltag also das wir kombinieren die innere Transformation mit der sozusagen Konsequenzen für Organisation und gesamt.

Dr. Hiendl:

Vielen Dank!

9. VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN UND TABELLEN

- Abbildung 1: Jährliche Anzahl wissenschaftlicher Publikationen mit dem Stichwort „Mindfulness“, Datenbankrecherche unter www.mindfulexperience.org (persönliche Mitteilung Tamdjidi, 2015) → S. 15
- Abbildung 2: Achtsamkeit (engl. *mindfulness*) in aller Munde aus Präsentationsfolie „Kick-off“ der Kalapa Leadership Academy (2015) → S. 16
- Abbildung 3: Das Biopsychosoziale Modell und dessen Folge-Konzepte (aus Präsentation Ringvorlesung „Gesundheit-Modelle und Konzepte“, WS 2012/13 des Lehrstuhls für Sonderpädagogik der Universität Würzburg) → S. 58
- Abbildung 4: Das Health-Belief-Modell (aus Seibt, 2010) → S. 59
- Abbildung 5: Das Resilienzmodell nach Gruhl und Körbächer (aus www.resilienzzentrum.de) → S. 61
- Abbildung 6: Salutogenese-Modell nach Antonovsky → S. 62
- Abbildung 7: Sense of Coherence (nach Antonovsky, 1997) → S. 64
- Abbildung 8: Wahrnehmung im Konstruktivismus → S. 66
- Abbildung 9: Modell der empirischen Theoriebündel (nach Tritschler, 2012) → S. 68
- Abbildung 10: Zusammenhang zwischen den Handlungsfeldern der Gesundheitspädagogik in der Prävention und Gesundheitsförderung (aus Siebert und Hartmann, 2008) → S. 72
- Abbildung 11: Einflussmöglichkeiten der Gesundheitsbildung (aus Blättner, 2014) → S. 73
- Abbildung 12: Gesundheitsförderung und Prävention (aus Waller, 2006, zitiert in Kaba-Schönstein, 2011) → S. 79
- Abbildung 13: Konzepttypologie (aus Christen et al., 2015) → S. 82
- Abbildung 14: Implementierungsphasen (aus Albers, 2014) → S. 83
- Abbildung 15: Evaluations-Zyklus → S. 85
- Abbildung 16: Die drei Säulen des Betrieblichen Gesundheitsmanagement → S. 98
- Abbildung 17: Qualitätsdimensionen und Indikatoren im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (nach Uhle und Treier, 2011) → S. 101
- Abbildung 18: Lernzyklus im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (nach Badura, 1999) → S. 102
- Abbildung 19: Die Erfolgsfaktoren des Betrieblichen Gesundheitsmanagement (nach Uhle und Treier, 2011) → S. 105
- Abbildung 20: Übersicht über den Projektumfang „Erfolg kommt von Innen“ → S. 116
- Abbildung 21: Erinnerungs-Postkarte „Achtsames Mailen“ (Vorder- und Rückseite) → S. 118
- Abbildung 22: Präsentationsfolie „Kick-off“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015a): „Wie wird Achtsamkeit eingesetzt?“ → S. 121

- Abbildung 23: Präsentationsfolie „Kick-off“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015a): „Achtsamkeit: Wie geht das?“ → S. 121
- Abbildung 24: Präsentationsfolie „Kick-off“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015a): „Effektstärken im Rahmen des Projekts“ → S. 123
- Abbildung 25: Präsentationsfolie „Entschleunigungstag“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015b): „Projektziele“ → S. 124
- Abbildung 26: Präsentationsfolie „Entschleunigungstag“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015b): „Ziele für den Entschleunigungstag“ → S. 125
- Abbildung 27: Präsentationsfolie „Entschleunigungstag“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015b): „Achtsamkeit ist zentral in der Integration unserer Erfahrung“ → S. 126
- Abbildung 28: Präsentationsfolie „Entschleunigungstag“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015b): „Dynamik in der Achtsamkeitspraxis“ → S. 129
- Abbildung 29: Präsentationsfolie „Entschleunigungstag“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015b): „Basis schaffen“ → S. 131
- Abbildung 30: Präsentationsfolie „Entschleunigungstag“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015b): „Folgende Herausforderungen können Ihnen u. a. begegnen“ → S. 131
- Abbildung 31: Präsentationsfolie „Modul 1“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015c): „Wackelstein ...vom letzten Treffen“ → S. 132
- Abbildung 32: Präsentationsfolie „Modul 1“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015c): „Übung 1“ → S. 133
- Abbildung 33: Präsentationsfolie „Modul 1“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015c): „Übung 2“ → S. 133
- Abbildung 34: Präsentationsfolie „Modul 1“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015c): „Unterbrechungen verursachen Stress“ → S. 134
- Abbildung 35: Präsentationsfolie „Modul 1“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015c): „Der Umgang mit e-Mails ist eine Hauptquelle von Unterbrechungen“ → S. 135
- Abbildung 36: Präsentationsfolie „Modul 1“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015c): „Achtsamkeitspraxis bietet die Basis für den achtsamen Umgang im Alltag“ → S. 135
- Abbildung 37: Präsentationsfolie „Modul 2“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015d): „Emotionen sind kulturübergreifend“ → S. 136
- Abbildung 38: Präsentationsfolie „Modul 2“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015d): „Emotionen wirken unterschiedlich“ → S. 137
- Abbildung 39: Präsentationsfolie „Modul 2“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015d): „Körperliche Achtsamkeit hilft uns im Umgang mit unseren Emotionen“ → S. 140
- Abbildung 40: Präsentationsfolie „Modul 2“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015d): „4-Schritte EXPERIMENT zum achtsamen Umgang mit Emotionen“ → S. 141

- Abbildung 41: Präsentationsfolie „Modul 2“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015d): „Journal“ → S. 141
- Abbildung 42: Präsentationsfolie „Modul 3“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015e): „Freude ein Überlebens-Mechanismus“ → S. 142
- Abbildung 43: Präsentationsfolie „Modul 3“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015e): „Freude ist ein essentieller Antreiber für Leistung“ → S. 143
- Abbildung 44: Präsentationsfolie „Modul 3“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015e): „Achtsamkeit kann Freude stark beeinflussen“ → S. 144
- Abbildung 45: Präsentationsfolie „Modul 3“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015e): „Fünf Übungen, die zum Glücklich Sein beitragen“ → S. 145
- Abbildung 46: Postkarte „Modul 3“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015e): „ACHTSAMKEIT und FREUDE“ (Rück- und Vorderseite) → S. 146
- Abbildung 47: Präsentationsfolie „Modul 4“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015f): „Zeitgefühle“ → S. 147
- Abbildung 48: Präsentationsfolie „Modul 4“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015f): „In uns allen steckt der gute Samariter“ → S. 148
- Abbildung 49: Präsentationsfolie „Modul 4“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015f): „Wenn wir im Stress sind, sind wir wie „Aus der Zeit““ → S. 149
- Abbildung 50: Präsentationsfolie „Modul 4“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015f): „Das Flow-Phänomen“ → S. 150
- Abbildung 51: Präsentationsfolie „Modul 5“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015g): „Ziele für heute“ → S. 152
- Abbildung 52: Präsentationsfolie „Modul 5“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015g): „Was ist noch einmal Achtsamkeit genau?“ → S. 153
- Abbildung 53: Präsentationsfolie „Modul 5“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015g): „Mittelpunkt des Projekts – von Ich zu Wir“ → S. 154
- Abbildung 54: Präsentationsfolie „Modul 5“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015g): „Achtsamkeit vertiefen am Ende des Projekts“ → S. 155
- Abbildung 55: Präsentationsfolie „Modul 6“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015h): „Ziele für heute“ → S. 156
- Abbildung 56: Präsentationsfolie „Modul 6“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015h): „Wir verdanken diese Fähigkeit den Spiegelneuronen“ → S. 157
- Abbildung 57: Präsentationsfolie „Modul 6“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015h): „Die moderne Arbeitswelt passt nicht immer mit unseren sozialen Bedürfnissen zusammen“ → S. 158

- Abbildung 58: Präsentationsfolie „Modul 6“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015h): „Übung Kommunikation – Reden und Zuhören 1“ → S. 159
- Abbildung 59: Präsentationsfolie „Modul 6“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015h): „Übung Kommunikation – Reden und Zuhören 2“ → S. 159
- Abbildung 60: Präsentationsfolie „Modul 6“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015h): „Übung – achtsame Dialoge“ → S. 160
- Abbildung 61: Präsentationsfolie „Modul 7“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015i): „Kollektive Intelligenz ist zentral für den Erfolg von Teams“ → S. 161
- Abbildung 62: Präsentationsfolie „Modul 7“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015i): „Wie entsteht Vertrauen und Zusammenhalt?“ → S. 162
- Abbildung 63: Präsentationsfolie „Modul 7“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015i): „SCARF-Modell wirkt vielschichtig“ → S. 162
- Abbildung 64: Präsentationsfolie „Modul 7“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015i): „Grundlagen achtsamer Besprechungen“ → S. 163
- Abbildung 65: Präsentationsfolie „Modul 7“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015i): „Übung Bedürfnisse erkennen“ → S. 164
- Abbildung 66: Präsentationsfolie „Modul 7“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015i): „Perspektivwechsel“ → S. 164
- Abbildung 67: Postkarte „Modul 7“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015i): „ACHTSAME MEETINGS“ → S. 165
- Abbildung 68: Präsentationsfolie „Modul 8“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015j): „Führung hat verschiedene Ebenen und Leitfragen“ → S. 166
- Abbildung 69: Präsentationsfolie „Modul 8“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015j): „Unser Handeln wird von zwei „Systemen“ gesteuert“ → S. 167
- Abbildung 70: Präsentationsfolie „Modul 8“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015j): „Selbstführung entsteht aus diesen Komponenten“ → S. 168
- Abbildung 71: Präsentationsfolie „Modul 8“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015j): „Basar“ → S. 168
- Abbildung 72: Präsentationsfolie „Modul 8“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015j): „Andere führen braucht Achtsamkeit“ → S. 169
- Abbildung 73: Präsentationsfolie „Modul 8“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015j): „Entwicklung von authentischer Präsenz“ → S. 170
- Abbildung 74: EKG-Kurve eines gesunden Menschen mit unterschiedlichen Abständen zwischen den R-Zacken (Abbildung BioSign GmbH) → S. 184
- Abbildung 75: Optimale parasympathische Regulation der Herzfrequenz eines gesunden sportlichen Menschen (Abbildung: BioSign GmbH) → S. 186

- Abbildung 76: Herzfrequenzkurve eines Menschen mit hohem chronischen Stress (Abbildung: BioSign GmbH) → S. 186
- Abbildung 77: RSA-Messung, Messfenster (Abbildung: BioSign GmbH) → S. 187
- Abbildung 78: Rang-Diagramm einer RSA-Messung → S. 188
- Abbildung 79: Herzfrequenzverlauf während einer Kurzzeit-HRV-Messung (Abbildung: BioSign GmbH) → S. 190
- Abbildung 80: Rang-Diagramm einer Kurzzeit-HRV-Messung → S. 191
- Abbildung 81: ANS-Status-Diagramm bei einer Kurzzeit-HRV-Messung → S. 194
- Abbildung 82: Der Qiu („rot“ = Sympathikusaktivität ↑, „grün“ = Parasympathikusaktivität ↑) → S. 195
- Abbildung 83: Die stressreponsiven Systeme des Körpers (links: Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HNNA), rechts: Sympatho-Adreno-Medulläres System (SAM)) → S. 196
- Abbildung 84: Testkit zur Gewinnung der Speichelproben → S. 198
- Abbildung 85: Der cholinerge anti-inflammatorische Reflex (aus Tracey, 2002) → S. 200
- Abbildung 86: Schleifenförmiger Aufbau von Telomeren (aus Brümmendorf, 2013) → S. 202
- Abbildung 87: Telomerenlängenbestimmung (aus Brümmendorf, 2013) → S. 203
- Abbildung 88: Altersverteilung der Teilnehmer → S. 225
- Abbildung 89: Smartphone App „Insight Timer“ (Screen shot) → S. 225
- Abbildung 90: Engagement und Mitarbeit → S. 226
- Abbildung 91: Attention Network Test (ANT) → S. 229
- Abbildung 92: ANT: Fehlerquote in Prozent → S. 230
- Abbildung 93: ANT: Mittlere Reaktionszeit → S. 231
- Abbildung 94: Perceived Stress Questionnaire (PSQ) → S. 233
- Abbildung 95: Freiburger Mindfulness Inventory (FMI) → S. 234
- Abbildung 96: Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) → S. 235
- Abbildung 97: Überdruss Skala (Tedium Scale) → S. 236
- Abbildung 98: Konzentrations- und Verhaltensfragen nach LOTI, allgemein → S. 237
- Abbildung 99: Konzentrations- und Verhaltensfragen nach LOTI, die Arbeit betreffend → S. 240
- Abbildung 100: Anzahl der besuchten Trainingsintervalle → S. 243
- Abbildung 101: Selbsteinschätzung zur regelmäßigen Meditationspraxis → S. 244

Abbildung 102: Zukünftiges Verhalten in Bezug auf die eigene Achtsamkeitspraxis → S. 245

Abbildung 103: Wochenarbeitszeit → S. 246

Abbildung 104: Arbeitszeitgestaltung → S. 247

Abbildung 105: Arbeitsbelastung → S. 248

Abbildung 106: Erholungszeit → S. 248

Abbildung 107: Arbeitsüberlastung → S. 249

Abbildung 108: Angemessene Strategien zur Stressbewältigung → S. 249

Abbildung 109: Auswertung Projektteilnahme Teil 1 → S. 251

Abbildung 110: Auswertung Projektteilnahme Teil 2 → S. 251

Abbildung 111: Benefit für die Firma → S. 253

Abbildung 112: Interessantestes Training → S. 254

Abbildung 113: Bewertung der Projektkomponenten → S. 256

Abbildung 114: Persönlicher Nutzen der verschiedenen Achtsamkeitsübungen Teil 1 → S. 258

Abbildung 115: Persönlicher Nutzen der verschiedenen Achtsamkeitsübungen Teil 2 → S. 259

Abbildung 116: E-I Differenz. Gesamt, Unternehmen ,A', Unternehmen ,B' → S. 267

Abbildung 117: MCR. Gesamt, Unternehmen ,A', Unternehmen ,B' → S. 268

Abbildung 118: HF_{mean} . Gesamt, Unternehmen ,A', Unternehmen ,B' → S. 269

Abbildung 119: RMSSD. Gesamt, Unternehmen ,A', Unternehmen ,B' → S. 270

Abbildung 120: HF_{mean} . Gesamt, Unternehmen ,A', Unternehmen ,B' → S. 274

Abbildung 121: Power HF. Gesamt, Unternehmen ,A', Unternehmen ,B' → S. 275

Abbildung 122: Power LF. Gesamt, Unternehmen ,A', Unternehmen ,B' → S. 276

Abbildung 123: Total Power. Gesamt, Unternehmen ,A', Unternehmen ,B' → S. 276

Abbildung 124: SD1. Gesamt, Unternehmen ,A', Unternehmen ,B' → S. 277

Abbildung 125: SD2. Gesamt, Unternehmen ,A', Unternehmen ,B' → S. 278

Abbildung 126: SD2/SD1. Gesamt, Unternehmen ,A', Unternehmen ,B' → S. 278

Abbildung 127: SDNN. Gesamt, Unternehmen ,A', Unternehmen ,B' → S. 279

Abbildung 128: Stressindex. Gesamt, Unternehmen ,A', Unternehmen ,B' → S. 280

- Abbildung 129: Qiu®-beispielhafter Verlauf während des achtwöchigen Achtsamkeitstrainings bei Unternehmen ‚B‘ (TN-Nrn. KMB19, AEF18) → S. 281
- Abbildung 130: Tagesverlaufprofil Speichel-Cortisol vor (T1) und nach (T2) dem achtwöchigen Achtsamkeitstraining → S. 286
- Abbildung 131: Alpha-Amylase im Speichel zu Beginn (T1 in rot) und am Ende (T2 in grün) des Achtsamkeitsprojektes (grau: Normbereich) → S. 287
- Abbildung 132: Sekretorisches IgA in Speichel, Probennahme direkt morgens nach dem Aufstehen zu den Zeitpunkten T1 (rot) und T2 (grün) (grau. Normalbereich) → S. 288
- Abbildung 133: Hochsensitives C-reaktives Protein im Serum vor (T1 in rot) und nach (T2 in grün) dem achtwöchigen Achtsamkeitstraining (grau: Normalbereich) → S. 289
- Abbildung 134: Telomerlängen in [kb] in Lymphozyten und Granulozyten jeweils zum Zeitpunkt T1 und T2 (aus Brümmendorf, 2014) → S. 292
- Abbildung 135: Verteilung der Telomerenlängendifferenz von Zeitpunkt T1 zu T2 (aus Brümmendorf, 2014) → S. 294
- Abbildung 136: Gemessene Telomerenlängenverteilung in 25 % Perzentilen (aus Brümmendorf, 2014) → S. 295
- Abbildung 137: Anzahl der Erythrozyten [in Mio/μl] vor (rot) und nach (grün) dem Achtsamkeitstraining (grau: Referenzbereich) → S. 299
- Abbildung 138: Hämoglobingehalt im Blut zu den Zeitpunkten T1 (rot) und T2 (grün) (grau: Referenzbereich) → S. 299
- Abbildung 139: MCV (Erythrozyten-Volumen) vor (rot) und nach (grün) den Achtsamkeitsmodulen (grau: Referenzbereich) → S. 300
- Abbildung 140: MCH (Anteil an Hämoglobin pro Erythrozyt) zu T1 (rot) und t2 (grün) (grau: Referenzbereich) → S. 300
- Abbildung 141: Kreatinin vor (rot) und nach (grün) der Achtsamkeitsintervention (grau: Referenzbereich) → S. 301
- Abbildung 142: Glomeruläre Filtrationsrate zu T1 (rot) und T2 (grün) (grau: Referenzbereich) → S. 301
-
- Tabelle 1: MBSR Acht-Wochen-Plan (nach Kabat-Zinn, 2011) → S. 35
- Tabelle 2: Synopse der Charakteristika des Achtsamkeitsbegriffs in Buddhismus, Christentum, med./psych. Therapie und Pädagogik, sowie deren jeweilige Ziele und Alleinstellungsmerkmale → S. 44
- Tabelle 3: Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union vom 28.11.1997 (in der Fassung von 2007) → S. 90

- Tabelle 4: „Erfolg kommt von Innen“ – Inhaltsübersicht → S. 119
- Tabelle 5: Tipps für die eigene Achtsamkeitspraxis im Alltag (aus Tamdjidi und Stephan, 2015b) → S. 130
- Tabelle 6: Auszüge aus dem Handout „Modul 2“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015d): „Body Scan“ → S. 139
- Tabelle 7: Tipps für den achtsamen Umgang mit Zeit und das Fördern von Flow (aus Tamdjidi und Stephan, 20015f) → S. 151
- Tabelle 8: Handout „Modul 8“ der Kalapa Leadership Academy (Tamdjidi und Stephan, 2015j): „Achtsamkeit und Führung“ → S. 172
- Tabelle 9: Parameter bei einer RSA-Messung (Die Herzschläge berechnen sich aus dem EKG (1-Kanal-Ableitung), die Samplingfrequenz beträgt 500 Hz, die Dauer der Messung ist 1 Minute) → S. 189
- Tabelle 10: Parameter bei einer Kurzzeit-HRV-Messung (Die Herzschläge berechnen sich aus dem EKG (1-Kanal-Ableitung), die Samplingfrequenz beträgt 500 Hz, die Dauer der Messung ist 1 Minute) → S. 193
- Tabelle 11: Persönliches „Ranking“ der angebotenen Achtsamkeitsübungen → S. 214
- Tabelle 12: (Einfluss-)Faktoren für eine (positive) Implementierung von Achtsamkeit im Unternehmen → S. 219
- Tabelle 13: RSA-Messung Gesamtkollektiv → S. 265
- Tabelle 14: RSA Messung Unternehmen ‚A‘ → S. 266
- Tabelle 15: RSA Messung Unternehmen ‚B‘ → S. 266
- Tabelle 16: Kurzzeit-HRV-Messung Gesamtkollektiv → S. 271
- Tabelle 17: Kurzzeit-HRV-Messung Unternehmen ‚A‘ → S. 272
- Tabelle 18: Kurzzeit-HRV-Messung Unternehmen ‚B‘ → S. 273
- Tabelle 19: Qiu®: Compliance Unternehmen ‚A‘ vs. Unternehmen ‚B‘ → S. 281
- Tabelle 20: Cortisol in Speichel im diesem Projekt zugrundeliegenden Tagesprofil zu den Zeitpunkten T1 und T2 (alle Werte in [nmol/l]) → S. 285
- Tabelle 21: Telomerlängenverteilung in Perzentilen bei Lymphozyten und Granulozyten vor (T1) bzw. nach dem achtwöchigen Achtsamkeitstraining (aus Brümmendorf, 2014) → S. 293
- Tabelle 22: Telomerlängen-Differenzverteilung in Perzentilen bei Lymphozyten und Granulozyten von Zeitpunkt T1 zu T2 (aus Brümmendorf, 2014) → S. 294
- Tabelle 23: Präventivdiagnostische Laborwerte (Mittelwerte mit Standardabweichungen und Signifikanz) → S. 298

10. LITERATURVERZEICHNIS

10.1. PRINT-LITERATUR

Adolphs, R. (2009):

The Social Brain: Neural basis of social knowledge.

Annual Review of Psychology, 60, 693-716.

Ahl, T., Reinholdt, J. (1991):

Subclass distribution of salivary secretory immunoglobulin A antibodies to oral streptococci.

Infection and Immunity 59: 3619-3625.

Altner, N. (2004):

Achtsamkeitspraxis als Weg zu einer integralen Salutogenese.

In Heidenreich, T., Michalak, J. (2004). Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. dgvt-Verlag, Tübingen.

Altner, N. (2006):

Achtsamkeit und Gesundheit. Auf dem Weg zu einer achtsamen Pädagogik.

Prolog Verlag Immenhausen bei Kassel, 2006.

Altner, N. (2009):

Achtsam mit Kindern leben.

Kösel-Verlag München, 2009.

Anderssen-Reuster, U. (Hrsg.) (2011):

Achtsamkeit in Psychotherapie und Psychosomatik. Haltung und Methode.

Schattauer Verlag Stuttgart, 2. Auflage, 2011.

Antonovsky, A. (1997):

Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit.

dgvt Tübingen, 1997.

Armanios, M. (2013):

Telomeres and age-related disease: how telomere biology informs clinical paradigms.

J Clin Invest 2013 Mar 1;123(3):996-1002.

Badura, B., Ritter, W., Scherf, M. (1999):

Betriebliches Gesundheitsmanagement-ein Leitfaden für die Praxis.

Edition Sigma Berlin, 1999.

Badura, B., Walter, U., Hehlmann, T. (2010):

Betriebliche Gesundheitspolitik.

Springer Verlag Berlin Heidelberg, 2. Auflage, 2010.

Bäumer, R., Plattig, M. (2012):

Aufmerksamkeit ist das natürliche Gebet der Seele. Geistliche Begleitung in der Zeit der Wüstenväter und der personenzentrierte Ansatz nach Carl R. Rogers – eine Seelenverwandschaft?!

Echter Verlag Würzburg, 1. Auflage, 2012.

Baer, R. (2003):

Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review.

Clin Psychol-Sci Pr 10, 125 – 143.

Baer, R. A., Smith, G. T., Allen, K. B. (2004):

Assessment of mindfulness by self report.

Assessment, 11, 191-206, 2004.

Baevsky, R. M. (1997):

Noninvasive methods in space cardiology.

J Cardiovasc Diagn Proced 1997; 14 (3) 161-71.

Baevsky, R. M. (2007):

Autonomic cardiovascular and respiratory control during prolonged spaceflights aboard the International Space Station.

J Appl Physiol. 2007; 103 (1) 156-61.

Bals, T., Hanes, A., Melzer, W. (2008):

Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings.

Juventa verlag Weinheim und München, 2008.

Bamberg, E., Ducki, A., Metz, A.-M. (Hrsg.) (2011):

Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement. Ein Handbuch.

Hogrefe Verlag GmbH & Co.KG Göttingen, 2011).

Barrett, L. F., Mesquita, B., Ochsner, K. N., Gross, J. J. (2007):

The experience of emotion.

Annual Review of Psychology, 2007.

Beise, R. (2014):

Dokumentation zum HRV-Scanner.

BioSign GmbH, Ottenhofen. Selbstverlag.

Berndt, C. (2015):

Resilienz: Das Geheimnis der psychischen Widerstandskraft. Was uns stark macht gegen Stress, Depressionen und Burn-out.

dtv München, 2. Auflage, 2015.

Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J. et al. (2004):

Mindfulness. A proposed operational definition.

Clin Psychol: Science and Practice; V11N3: 230-241.

Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., Cuijpers, P. (2010):

The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis.

J Psychosom Res 2010 Jun;68(6):539-44.

Bohus M., Bathruff, H. (2000):

Dialektisch Behaviorale Therapie der Borderline-Störung im stationären Setting.

Psychotherapie im Dialog, 2000, 1(4), S. 55-66.

Botvinick, M., Nystrom, L. E., Fissell, K., et al. (1999):

Conflict monitoring versus selection-for-action in anterior cingulate cortex.

Nature. 402(6758): 179-181.

Boyatzis, R., McKee, A. (2007):

Mindfulness. An Essential Element of Resonant Leadership.

Harvard Business School Press.

Brandstädter, J., Baltes-Götz, B., Kirschbaum C., Hellhammer C. H. (1991):

Developmental and personality correlates of adrenocortical activity as indexed by salivary cortisol: observations in the age range of 35 to 65 years.

Journal of Psychosomatic Research 35: 173-185.

Brown, J., Isaacs, D. (2007):

Das World Cafe: Kreative Zukunftsgestaltung in Organisationen und Gesellschaft.

Carl Auer Verlag Heidelberg, 1. Auflage, 2007.

Brown, K. W., Ryan, R. M. (2003):

The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being.

J Pers Soc Psychol 2003 Apr; 84(4): 822-48.

Brown, K. W., Creswell, J. D., Ryan, R. M. (2016):

Handbook of Mindfulness. Theory, Research, and Practice.

The Guilford Press New York, London, Paperback edition 2016.

Brümmendorf, T. H., Balabanov, S. (2006):

Telomere length dynamics in normal hematopoiesis and in disease states characterized by increased stem cell turnover.

Leukemia (2006) 20, 1706-1716.

Buchheld, N., Walach, H. (2004):

Die historischen Wurzeln der Achtsamkeitsmeditation –ein Exkurs in Buddhismus und christliche Mystik-.

In: Heidenreich, T. & Michalak, J.; Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Tübingen: dgvtv: 25-46.

Büssing, A., Kohls, N. (Hrsg.) (2011):

Spiritualität transdisziplinär. Wissenschaftliche Grundlagen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit.

Springer Verlag Berlin Heidelberg.

Bush, G., Luu, P., Posner, M. I. (2000):

Cognitive and emotional influences in anterior cingulate cortex.

Tr Cog Sci. 4: 215-222.

Cacioppo, J. T., Decety, J. (2011):

Social neuroscience: Challenges and opportunities in the study of complex behavior.

Annals of the New York Academy of Sciences, 2011.

Carver, C. S., Scheier, M. F. (1981):

A control-systems approach to behavioral self-regulation.

in: Weeler (Ed.): Review of personality and social psychology (Vol. 2). Beverly Hill, CA: Sage Publishing: 107-140.

Cassens, M. (2014):

Einführung in die Gesundheitspädagogik.

Verlag Barbara Budrich Opladen und Toronto, 2014.

Chatterton, R. T. Jr., Vogelsong, K. M., Lu, Y. C., Ellman, A. B., Hudgens, G. A. (1996):

Salivary alpha-amylase as a measure of endogenous adrenergic activity.

Clin Physiol1996 Jul;16(4):433-48.

Christes, J. (1997):

Bildung.

In: Canzik, H., Schneider, H., Pauly, A. F.: Der neue Pauly, Bd. 2, J. B. Metzeler Verlag, 1. Auflage 2003.

Codd, V., Nelson, C. P., Albrecht, E., Mangino, M., Deelen, J., Buxton, J. L., Hottenga, J. J., Fischer, K., Esko, T., Surakka, I., Broer, L., Nyholt, D. R., Mateo Leach, I., Salo, P., Hagg, S., Matthews, M. K., Palmen, J., Norata, G. D., O'Reilly, P. F., Saleheen, D., Amin, N., Balmforth, A. J., Beekman, M., de Boer, R. A., Bohringer, S., Braund, P. S., Burton, P. R., de Craen, A. J., Denniff, M., Dong, Y., Douroudis, K., Dubinina, E., Eriksson, J. G., Garlaschelli, K., Guo, D., Hartikainen, A. L., Henders, A. K., Houwing-Duistermaat, J. J., Kananen, L., Karssen, L. C., Kettunen, J., Klopp, N., Lagou, V., van Leeuwen, E. M., Madden, P. A., Magi, R., Magnusson, P. K., Mannisto, S., McCarthy, M. I., Medland, S. E., Mihailov, E., Montgomery, G. W., Oostra, B. A., Palotie, A., Peters, A., Pollard, H., Pouta, A., Prokopenko, I., Ripatti, S., Salomaa, V., Suchiman, H. E., Valdes, A. M., Verweij, N., Vinuela, A., Wang, X.,

Wichmann, H. E., Widen, E., Willemsen, G., Wright, M. J., Xia, K., Xiao, X., van Veldhuisen, D. J., Catapano, A. L., Tobin, M. D., Hall, A. S., Blakemore, A. I., van Gilst, W. H., Zhu, H., Consortium, C., Erdmann, J., Reilly, M. P., Kathiresan, S., Schunkert, H., Talmud, P. J., Pedersen, N. L., Perola, M., Ouwehand, W., Kaprio, J., Martin, N. G., van Duijn, C. M., Hovatta, I., Gieger, C., Metspalu, A., Boomsma, D. I., Jarvelin, M. R., Slagboom, P. E., Thompson, J. R., Spector, T. D., van der Harst, P., Samani, N. J. (2013):

Identification of seven loci affecting mean telomere length and their association with disease.
Nat Genet 2013 Apr;45(4):422-7, 7e1-2.

Corbetta M., Shulman G. L. (2002):

Control of goal-directed and stimulus-driven attention in the brain.
NatRev Neurosci. 3(3): 201-215.

Csikszentmihalyi, M. (2010):

Das flow-Erlebnis. Jenseits von Angst und Langeweile: im Tun aufgehen.
Klett-Cotta Stuttgart, 10. Auflage, 2010.

Darley, J. M., Batson, C. D. (1973):

„From Jerusalem to Jericho“: A Study of Situational and Dispositional Variables in Helping Behavior.
JPSP, 1073, 27, 100-108.

Davidson, R. J., Begley, S. (2012):

Warum wir fühlen, wie wir fühlen. Wie die Gehirnstruktur unsere Emotionen bestimmt – und wie wir darauf Einfluss nehmen können.
1. Auflage, Arkana München.

Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J. et al. (2003):

Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation.
Psychosom Med; 65: 564-570.

Deinzer, R., Kleineidam, C., Stiller-Winkler, R., Idel, H., Bachg, D. (2000):

Prolonged reduction of salivary immunoglobulin A (sIgA) after a major academic exam.
Int J Psychophysiol 2000 Sep;37(3):219-32.

Dilger, M. (1998):

Kurzer Abriss der geisteswissenschaftlichen, der empirisch-analytischen und der gesellschaftskritischen Richtung der Erziehungswissenschaft. Hausarbeit nach Sitzungsgestaltung.
Universität Tübingen, Institut für Erziehungswissenschaft, Proseminar „Hermeneutik – Empirie – Ideologiekritik. Einführung in Methoden der Erziehungswissenschaft“, 1998.

Ehlert, U., Erni, K., Hebisch, G., Nater, U. (2006):

Salivary alpha-amylase levels after yohimbine challenge in healthy men.
J Clin Endocrinol Metab 2006 Dec;91(12):5130-3.

Eichenmüller, H. (2007):

Was führt Sie zu mir? Die Kunst der chronischen Anamnese und Gesprächsführung in der Homöopathie.
Verlag Peter Irl Buchendorf, 1. Auflage, 2007.

Engel, G. L. (1977):

The need for a new model: a challenge for biomedicine.
Science 196, pp. 129-137.

Epel, E. S., Blackburn, E.H., Lin, J., Dhabhar, F. S., Adler, N. E., Morrow, J. D., Cawthon, R. M. (2004):

Accelerated telomere shortening in response to life stress.
Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA 101 (2004), 17312–17315.

Erikson B. A., Erikson C. W. (1974):

Effects of noise letters upon the identification of a target letter in a nonsearch task.
Percept Psychophys. 16: 143-149.

Faller, G. (2012):

Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung.

Verlag Hans Huber Bern, 2. Auflage, 2012.

Fan, J., McCandliss, B. D., Sommer, T., Raz, A., Posner, M. I. (2002):

Testing the efficiency and independence of attentional networks.

J Cogn Neurosci 2002 Apr 1; 14(3): 340-7.

Fan J., Flombaum J. I., McCandliss B. D., et al. (2003a):

Cognitive and brain consequences of conflict.

Neuroimage. 18(1): 42-57.

Fan J., Fossella J., Sommer T., et al. (2003b):

Mapping the genetic variation of executive attention onto brain activity.

Proc Natl Acad Sci U S A. 100(12): 7406-7411.

Fan J., McCandliss B. D., Fossella J., et al. (2005):

The activation of attentional networks.

Neuroimage. 26(2): 471-479.

Fan J., Gu X., Guise K. G., et al. (2009):

Testing the behavioral interaction and integration of attention networks.

Brain and Cognition. 70: 209-220.

Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., Wallace, F. (2005):

Implementation Research: A Synthesis of the Literature.

University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network, FMHI Publication #231, 2005.

Fliege, H., Rose, M., Arck, P., Walter, O. B., Kocalevent, R. D., Weber, C., Klapp, B. F. (2005):

The Perceived Stress Questionnaire (PSQ) reconsidered: validation and reference values from different clinical and healthy adult samples.

Psychosom Med 2005 Jan-Feb;67(1):78-88.

Franck, A. (2007):

Der Gesundheitsbegriff des Jedermanns. Studien zum Wandel des Gesundheitsbegriffs anhand der deutschen Literatur vom Mittelalter bis heute.

Dissertation, Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg an der Lahn, 2007.

Franke, A., Witte, Maibritt (2009):

Das HEDE-Training®. Manual zur Gesundheitsförderung auf der Basis der Salutogenese.

Verlag Huber Bern, 2009.

Frankl, V. E. (2010):

...trotzdem Ja zum Leben sagen.

Kösel Verlag, 2010.

Gardner-Nix, J., Costin-Hall, L. (2012):

Der achtsame Weg durch den Schmerz. Das Praxisprogramm gegen chronische Schmerzen.

Arkana München, 1. Auflage, 2012 .

Germer, C., Siegel, R., Fulton, P. (Hrsg.) (2009):

Achtsamkeit in der Psychotherapie.

Arbor-Verlag Freiburg im Breisgau, 1. Auflage, 2009.

Gloger, S. (2012):

Die Entdeckung der Achtsamkeit. Meditierende Manager.

Sonderdruck von managerSeminare, Heft 177, Dezember 2012.

Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., Walach, H. (2004):

Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis.

J Psychosom Res: 57 (1): 35-43.

Gruber, H. (2011):

Die ursprüngliche Achtsamkeit.

Buddhismus aktuell 4/11, S. 38-41.

Gruhl, M., Krumm, B., Freitag, A. (2013):

Innere Kräfte wecken-Schwierigkeiten meistern.

JuKiP 2013; 2(03): 136-139.

Gruschke, A. (1999):

Das Leben Buddhas.

Herder Verlag Freiburg im Breisgau, 1999.

Hanson R., Mendius, R. (2012):

Das Gehirn eines Buddha. Die angewandte Neurowissenschaft von Glück, Liebe und Weisheit.

Arbor Verlag Freiburg im Breisgau, 4. Auflage, 2012.

Hartmann, U., Beier, F., Brümmendorf, T. H. (2004):

Telomere length analysis by fluorescence in situ hybridization and flow cytometry (Flow-FISH).

J Lab Med 2004;28(4):307-316.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G. (1999):

Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change.

Guilford, New York 1999.

Hecker, H. (2006):

Die Reden des Buddha - Anguttara-nikaya.

Verlag Beyerlein und Steinschulte, 2006.

Heidenreich, Th., Michalak, J. (2003):

Achtsamkeit («Mindfulness») als Therapieprinzip in Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin.

Verhaltenstherapie. 13, 2003, S. 264-274.

Heidenreich, Th., Ströhle, G., Michalak, J. (2006):

Achtsamkeit: Konzeptionelle Aspekte und Ergebnisse zum Freiburger Achtsamkeitsfragebogen.

Verhaltenstherapie; 16, 2006, S. 33-40.

Herbert, W. (2012):

Buddha, Zen und Achtsamkeit.

Oldib-Verlag Essen, 2012.

Hiendl, C. (2014b):

Achtsamkeit im Unternehmen - Analyse von Erfolgs- und Misserfolgskriterien an Hand von 2 Fallbeispielen.

Master-Thesis, Europa Universität Viadrina Frankfurt (Oder), 2014.

Hörmann, G. (2002):

Die Krise des Gesundheitssystems: eine verkannte Bildungskrise.

bildung! 1/2002, 24-30.

Hottenrott, K., Hoos, O., Esperer, H. D. (Hrsg.) (2009):

Herzfrequenzvariabilität: Risikodiagnostik, Stressanalyse, Belastungssteuerung.

Schriften der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft, Band 192.

Hucklebridge, F., Clow, A., Evans, P. (1998):

The relationship between salivary secretory immunoglobulin A and cortisol: neuroendocrine response to awakening and the diurnal cycle.

International Journal of Psychophysiology 31: 69-76.

Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J. (2014):

Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung.

Verlag Hans Huber Bern, 4. Vollständig überarbeitete Auflage, 2014.

Le, A., Ngnoumen C. T., Langer, E. J. (2014a):

The Wiley Blackwell Handbook of Mindfulness, Volume I.

Wiley Blackwell, 2014.

Le, A., Ngnoumen C. T., Langer, E. J. (2014b):

The Wiley Blackwell Handbook of Mindfulness, Volume II.

Wiley Blackwell, 2014.

Jank, A., Schmieder, C., Zaunseder, S., Malberg, H., Stepan, H. (2011):

Nicht-invasive Analyse der fetalen Herzfrequenzvariabilität.

Geburtsh Frauenheilk 2011;71:5-15.

Joiko, K., Schmauder, M., Wolff, G. (2010):

Psychische Belastung und Beanspruchung im Berufsleben, Erkennen-Gestalten.

Baua, Selbstverlag.

Jordan J., Hofer M., Beise R. (2013):

Die Gesundheit fördern mit dem Qiu.

BoD. Books on Demand.

Jordan, S., Schlüter, M. (2015):

Lexikon Pädagogik. Hundert Grundbegriffe.

Philipp Reclam jun. GmbH & Co.KG Stuttgart, 2015.

Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., Burney, R. (1985):

The Clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain.

J Behav Med; 8(2): 159-173.

Kabat-Zinn, J. (1995):

Heilsame Umwege. Meditative Achtsamkeit und Gesundheit.

Piper Verlag München, 1995.

Kabat-Zinn, J. (2011):

Gesund durch Meditation, Das große Buch der Selbstheilung.

Knauer München, 2011.

Kahlert, J., Sigel, R., Göb, M., Kajanne, M., Rechtenbacher, B., Roth, J., Schuster, B., Teschner, I. (2002):

Achtsamkeit und Anerkennung. Materialien zur Förderung des Sozialverhaltens in der Grundschule.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Köln (Hrsg.), 1. Auflage, November 2002.

Kaltwasser, V. (2008):

Achtsamkeit in der Schule.

Beltz Verlag Weinheim und Basel, 2008.

Killingworth, M. A., Gilbert, D. T. (2010):

A Wandering Mind is an Unhappy Mind.

Science.330, 932 (2010).

Kinomura, S., Larsson, J., Gulyás, B., et al. (1996):

Activation by attention of the human reticular formation and thalamic intralaminar nuclei.

Science. 271(5248): 512-515.

Kirschbaum, C., Hellhammer, D. H. (1994):

Salivary cortisol in psychoneuroendocrine research: recent developments and applications.

Psychoneuroendocrinology1994;19(4):313-33.

Köhle, K. (2010):

Manual zur Ärztlichen Gesprächsführung und Mitteilung schwerwiegender Diagnosen.

5. Auflage, 2010, Selbstverlag.

Kohler, R. (2008):

Jean Piaget.

UTB, Stuttgart, 2008.

Kohls, N. B. (2004):

Außergewöhnliche Erfahrungen – Blinder Fleck der Psychologie? Eine Auseinandersetzung mit außergewöhnlichen Erfahrungen und ihrem Zusammenhang mit geistiger Gesundheit.

LitVerlag Münster, 2004.

Kohls, N., Berzlanovich, A., Sauer S. (2013):

Achtsamkeit in Organisationen: Vom Stressmanagement über das achtsame Interagieren und Führen zur bewussten Gestaltung von Veränderungsprozessen.

Kompetenz, Interdisziplinarität und Komplexität in der Betriebswirtschaftslehre2013:163-77.

Kohls, N., Büssing, A., Sauer, S., Rieß, J., Ulrich, C., Vetter, A., Jurkat, H. B. (2012):

Psychische Belastungen von Medizinstudierenden an den Universitäten München und Witten/ Herdecke-ein Vergleich.

Z Psychosom Med Psychother 58, 409-416

Kohls, N., Sauer, S., Walach, H. (2009):

Facets of mindfulness - results of an online study investigating the Freiburg mindfulness inventory.

Personality Individual Differences; 46: 224-30.

Kohls, N., Berzlanovich, A., Sauer, S. (2013):

Achtsamkeit in Organisationen: Vom Stressmanagement über das achtsame Interagieren und Führen zur bewussten Gestaltung von Veränderungsprozessen.

Kompetenz, Interdisziplinarität und Komplexität in der Betriebswirtschaftslehre: 163-77.

Kothes, P. J. (2006):

Sie wartet schon vor deiner Tür.

Kamphausen Verlag Bielefeld, 2006.

Langer, E. J. (1989):

Mindfulness: Choice and Control in Everyday Life.

Tom Butler-Bowdon, 1998

Laurenz, L. (2012):

Auf der Suche nach den christlichen Wurzeln der Achtsamkeit.

HR2/ Camino/ Redaktion: Klaus Hofmeister, Manuskript der Sendung vom 22. Juli 2012, 11:30 Uhr.

Lazarus, R. S., Folkman S. (1984):

Stress, Appraisal, and Coping.

Springer Publishing Company, New York.

Lazarus, R. S. (1999):

Stress and Emotion. A new Synthesis.

Free Association Books, London (Nachdruck).

Leppin, V. (2007):

Die christliche Mystik.

C. H. Beck Verlag München, 2007.

Linden, M., Hautzinger, M. (Hrsg.) (2001):

Verhaltenstherapiemanual.

Springer Verlag Berlin, 7. vollst. überarb. und erw. Auflage, 2011.

Linehan, M. M. (1987):

Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder: Theory and Method.

Bull Menninger Clin, 1987, 51, S. 261-76.

Lyubomirsky, S., King, L., Diener, E. (2005).

The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success?

Psychological Bulletin 2005, Vol. 131, No. 6, 803-855.

MacLeod, C. M. (1992):

The Stroop task: the "gold standard" of attentional measures.

J Exp Psychol Gen. 121: 12-14.

Malik, M. (1996):

Heart rate variability. Standards of measurement, physiological interpretation, and clinical use. Task Force of the European Society of Cardiology and the North American Society of Pacing and Electrophysiology.

Eur Heart J1996;17:354-81.

Mattingly, D. (1962):

A simple fluorimetric method for the estimation of free 11-hydroxycorticoids in human plasma.

J Clin Pathol1962 Jul;15:374-9.

Mayring, P. (2010):

Qualitative Inhaltsanalyse.

11., aktualisierte und überarbeitete Auflage, Beltz Verlag Weinheim und Basel.

McGrath, M., Wong, J. Y., Michaud, D., Hunter, D.J., De Vivo, I. (2007):

Telomere length, cigarette smoking, and bladder cancer risk in men and women.

Cancer Epidemiol Biomarkers Prev2007 Apr;16(4):815-9.

Mestecky, J. (1993):

Saliva as a manifestation of the common mucosal immune system.

Ann N Y Acad Sci1993 Sep 20;694:184-94.

Michalak, J., Heidenreich, Th., Williams, J. (2012):

Achtsamkeit.

Hogrefe Verlag Göttingen.

Müller, C. (2004):

Achtsamkeit – eine Kompetenz und ihre Bedeutung in der professionellen Sozialarbeit am Beispiel der Beratung.

Vordiplomarbeit am Fachbereich Sozialwesen der Fachhochschule Fulda, Dezember 2004.

Müller, G. F. (2002):

Landauer Organisations- und Teamklima-Inventar (LOTI). Dokumentation incl. Auswertungshinweise.
Universität Koblenz-Landau, Campus Landau. Selbstverlag.

Nachreiner, F., Schultetus, W. (2002):

Normung im Bereich der psychischen Belastung – die Normen der Reihe DIN EN ISO 10075.
DIN-Mitteilungen 81., Nr. 8, S. 519-533.

Nicolaus, J., Ritterbach, U., Spörhase, U., Schleider, K. (Hrsg.) (2009):

Leben nach Herzenslust? Lebensstil und Gesundheit aus psychologischer und pädagogischer Sicht.
Centaurus Verlag & Media KG Freiburg im Breisgau, 1. Auflage, 2009.

Opgenoorth, W. P. (1985):

Informationsbedarf in der Personalführung – Die Mitarbeiterbefragung als Instrument in unterschiedlichen Problemfeldern.

In A. Töpfer & E. Zander (Hrsg.), Mitarbeiter-Befragungen (S. 170-231). Frankfurt/M.: Campus.

Ornish, D., Lin, J., Chan, J. M., Epel, E., Kemp, C., Weidner, G., Marlin, R., Frenda, S. J., Magbanua, M. J., Daubenmier, J., Estay, I., Hills, N. K., Chainani-Wu, N., Carroll, P. R., Blackburn, E. H. (2013):

Effect of comprehensive lifestyle changes on telomerase activity and telomere length in men with biopsy-proven low-risk prostate cancer: 5-year follow-up of a descriptive pilot study.

Lancet Oncol2013 Oct;14(11):1112-20

Ostafin, B. D., Robinson, M. D., Meier, B. P. (2015):

Handbook of Mindfulness and Self-Regulation.

Springer New York Heidelberg Dordrecht, London, 2015.

Pieper, R. (2012):

ArbSchR Arbeitsschutzrecht. Arbeitsschutzgesetz, Arbeitssicherheitsgesetz und andere Arbeitsschutzvorschriften.

Bund Verlag GmbH Frankfurt am Main, 5. erweiterte und überarbeitete Auflage, 2012.

Pines, A. M., Aronson, E., Kafry, D. (1981):

Burnout: From Tedium to Personal Growth.

New York: Free Press.

Poppelreuter, S., Mierke, K. (2012):

Psychische Belastungen am Arbeitsplatz, Ursachen-Auswirkungen-Handlungsmöglichkeiten.

4. Auflage, Erich Schmidt Verlag, Berlin.

Posner, M. I., Petersen, S.E. (1990):

The attention system of the human brain.

Annu Rev Neurosci 1990; 13: 25-42.

Posner, M. I., Rothbart, M. K. (2007):

Research on attention networks as a model for the integration of psychological science.

Annu Rev Psychol. 58: 1-23.

Rai, B., Kaur, J., Foing, B. H. (2012):

Salivary amylase and stress during stressful environment: three Mars analog mission crews study.

Neurosci Lett2012 Jun 14;518(1):23-6.

Richter, G. (2010):

Toolbox Version 1.2, Instrumente zur Erfassung psychischer Belastungen.

baua, 5. Auflage.

Riedel, S. (2015):

Kurz mal innehalten: Achtsamkeit und Achtsamkeitspraxis im Alltag.

Verlag diplom.de, 2015

Rizzolatti, FG., Fabbri-Destro, M. (2010):

Mirror neurons: from discovery to autism.

Experimental brain research, Band 200, Nummer 3-4, Januar 201.

Rock, D. (2008):

SCARF: a brain-based model for collaborating with and influencing others.

NeuroLeadershipJournal, Issue One, 2008.

Rösler, U., Gebele, N., Hoffmann, K., Morling, K., Müller, A., Rau, R., Stephan, U. (2010):

Cortisol-ein geeigneter physiologischer Indikator für Belastungen am Arbeitsplatz?

Zeitschrift für Arbeits- u. Organisationspsychologie (2010) 54 (N. F. 28) 2, 68-82.

Rohr, R. (2012):

Entscheidend ist das UND: Kontemplativ leben UND engagiert handeln.

Claudius Verlag München, 2012.

Rothenfluh, E. (1992):

Gesundheitserziehung in den Schulen. Ziele und Inhalte für Kindergarten, Volksschule, Gymnasium und Berufsschule.

Sauerländer, 1992.

Rudow B. (2004):

Das gesunde Unternehmen: Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz und Personalpflege in Organisationen.

Oldenbourg Wissenschaftsverlag München.

Ruess, A., Mai, J. (2007):

Stress–und kein Ende.

Handelsblatt, 28. Jg..

Sales, F. v. (2003):

Philothea.

Franz-Sales-Verlag Eichstätt, 4. Auflage, 2003.

Sarkar, P. L., Zeng, L., Chen, Y., Salvante, K. G., Nepomnaschy, P. A. (2013):

A Longitudinal Evaluation of the Relationship between First Morning Urinary and Salivary Cortisol.

American Journal of Human Biology 25:351-358.

Sauer, S., Andert, K., Kohls, N., Müller, F. (2011):

Mindful Leadership: Sind achtsame Führungskräfte leistungsfähigere Führungskräfte?

Gruppendynamik und Organisationsberatung 2011; 42(4): 339-49.

Schaufeli, W. B., van Dierendonck, D. (1993):

The construct validity of two burnout measures.

Journal of Organizational Behaviour, Vol. 14, 631-647.

Schellig, D., Drechsler, R., Heinemann, D., Sturm, W. (Hrsg.) (2009):

Handbuch neuropsychologischer Testverfahren.

Hogrefe Verlag Göttingen Bern Wien Paris Oxford Prag.

Schleider, K., Huse, E. (2011):

Problemfelder und Methoden der Beratung in der Gesundheitspädagogik.

VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, 1. Auflage 2011.

Schmidt, S. (2013):

Achtsamkeit. Ein buddhistisches Konzept erobert die moderne Gesundheitsforschung.
Freiburger Universitätsblätter, 201, 107–126.

Schmidt, S. (2015):

Vom Meditieren in der beschleunigten Leistungsgesellschaft. Kulturveränderung oder Konsumprodukt?
Buddhismusaktuell, 2/15, 22-25.

Schmiemann, G. (2001):

Studium: Patientengespräche immer unwichtiger.
Ärzte Zeitung, 30.05.2001.

Schneider, V. (2013):

Gesundheitspädagogik. Einführung in Theorie und Praxis.
Centaurus Verlag Freiburg, 2013.

Schöner, J. (2013):

Gefühle im Job. Das Innerste geht keinen etwas an.
Die Zeit, Nr. 20, 02.06.2013.

Schulz, J., Wiesmann, U. (2007):

Zur salutogenetischen Denkweise bei der Betrachtung des Menschen in Salutogenese.
Der Mensch als biopsychosoziale Einheit, Editorial Nr. 1, 2007.

Schweitzer, A. (1965):

Die Weltanschauung der indischen Denker. Mystik und Ethik.
C. H. Beck Verlag München, 2. neugefasste Auflage, 1965.

Sedlmeier, P., Eberth, J., Schwarz, M., Zimmermann, D., Haarig, F., Jaeger, S., Kunze, S. (2012):

The psychological effects of meditation: a meta-analysis.
Psychol Bull 2012 Nov;138(6):1139-71.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Teasdale J. D. (2001):

Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse.
The Guilford Press, 1. Aufl., 2001.

Semple, R. J. (2010):

Does Mindfulness Meditation Enhance Attention? A Randomized Controlled Trial.
Mindfulness, June 2010, Volume 1, Issue 2, pp 121-130.

Shin, I.-Y., Ahn, R.-S., Chun, S.-I., Lee, Y.-J., Kim, M.-S., Lee, C.-K., Sung, S. (2011):

Cortisol Awakening Resonance and Nighttime Salivary Cortisol Levels in Healthy Working Korean Subjects.
Yonsei Med J 52(3): 435-444.

Siebert, D., Hartmann, T. (2007):

Basiswissen Gesundheitsförderung/ Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung.
Hochschule Magdeburg-Stendal (FH), Sig. B2_1-18, 02. Dezember 2007.

Siebert, D., Hartmann, T. (2008):

Themen Gesundheitsfördernder Hochschulen/ Gesundheitspädagogik.
Hochschule Magdeburg-Stendal (FH), Sig. G10_1-23, 25. März 2008.

Siegel, D. J. (2007):

The mindful brain: Reflection and attunement in the cultivation of well-being.
Norton New York.

Siegel, D. J. (2007):

Mindfulness training and neural integration: differentiation of distinct streams of awareness and the cultivation of well-being.

SCAN (2007) 2, 259-263.

Singer, T., Lamm, C. (2009):

The social neuroscience of empathy.

The Year in Cognitive Neuroscience 2009: Annals of the New York Academy of Sciences, 1156, 81–96.

Sobolewski, A., Holt, E., Kublik, E., Wrobel, A. (2011):

Impact of meditation on emotional processing--a visual ERP study.

Neurosci Res 2011 Sep;71(1):44-8.

Sokoll, I., Kramer, I., Bödeker, W. (2007):

Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000 bis 2006.

o. A., 2007

Soo-Quee Koh D., Choon-Huat Koh G. (2007):

The use of salivary biomarkers in occupational and environmental medicine.

Occup Environ Med 2007;64:202-10.

Stein, M. (2013):

Allgemeine Pädagogik.

Ernst Reinhardt Verlag München Basel, 2. überarbeitete Auflage, 2013.

Stephan, L., Tamdjidi, C. (2012):

Achtsamkeit im Unternehmensalltag. Webinar.

Kalapa Leadership Academy, Bergisch Gladbach, Selbstverlag.

Steptoe, A., Hamer, M., Chida, Y. (2007):

The effects of acute psychological stress on circulating inflammatory factors in humans: a review and meta-analysis.

Brain Behav Immun 2007 Oct;21(7):901-12.

Sturm W., Willmes K. (2000):

On the functional neuroanatomy of intrinsic and phasic alertness.

Neuroimage. 14: 76-84.

Ta T. M. T. (2013):

Test-Retest Reliabilität des Attention-Network-Test bei Schizophrenie.

Dissertation, Medizinische Fakultät Charité-Universitätsmedizin Berlin.

Takai, N., Yamaguchi, M., Aragaki, T., Eto, K., Uchihashi, K., Nishikawa, Y. (2004):

Effect of psychological stress on the salivary cortisol and amylase levels in healthy young adults.

Arch Oral Biol 2004 Dec;49(12):963-8.

Tamdjidi, C., Kohls, N. (2012a):

Projektvorschlag: Belastbarkeit, Zufriedenheit und kooperative Zusammenarbeit im Unternehmensalltag.

Bad Rappenau, Selbstverlag.

Tamdjidi, C., Kohls, N. (2012b):

Pilotprojekt: Resilienz und Achtsamkeit im Unternehmensalltag.

Bad Rappenau, Selbstverlag.

Tan, Ch.-M. (2012):

Search Inside Yourself. Das etwas andere Glücks-Coaching.

Arkana Verlag München, 1. Auflage, 2012.

Tang, Y. Y., Rothbart, M. K., Posner, M. I. (2012):

Neural correlates of establishing, maintaining and switching brain states.

Trends in Cognitive Sciences, 16, 330-337.

Thissen, F. (1997):

Das Lernen neu erfinden: konstruktivistische Grundlagen einer Multimedia-Didaktik.

In: Beck, U., Sommer, W. (Hrsg.): Learntec 97: Europäischer Kongress für Bildungstechnologie und betriebliche Bildung, Tagungsband; S. 69-80; Schriftenreihe der KKA; Karlsruhe, 1997.

Tracey, K. J. (2002):

The inflammatory reflex.

Nature 2002 Dec 19-26;420(6917):853-9.

Uhle, T., Treier, M. (2011):

Betriebliches Gesundheitsmanagement.

Springer Verlag Berlin Heidelberg, 2011.

Van Leeuwen, S., Singer, W., Melloni L. (2012):

Meditation increases the depth of information processing and improves the allocation of attention in space.

Front Hum Neurosci 2012;6:133.

Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N., Grossmann, P., Schmidt, S. (2004):

Empirische Erfassung der Achtsamkeit – Die Konstruktion des Freiburger Fragebogens zur Achtsamkeit (FAA) und weitere Validierungsstudien.

In: Heidenreich, T. & Michalak, J.; Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Tübingen: dgvtv: 729-72.

Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N., Schmidt, S. (2006):

Measuring mindfulness - the Freiburg mindfulness inventory (FMI).

Personality Individual Differences; 40: 1543-55.

Warner, J. (2012):

Lektionen der Stille. Klassische Zen-Texte.

Deutscher Taschenbuch Verlag, München, 2012, in Bayerischer Rundfunk, Religion und Kirche: Gedanken zum Tag, Dienstag, 19. November 2013.

Weber, C. S. (2010):

Psychologische und biologische Marker von Stress und autonomer Imbalance als Risikofaktoren für kardiovaskuläre und andere chronische Erkrankungen.

Habilitationsschrift, Medizinische Fakultät Charité-Universitätsmedizin Berlin, 2010.

Weber, Th. (2003-2015):

Ethische Aspekte der betriebsärztlichen Tätigkeit.

In: Hofmann F., Kralj, N.: Handbuch der betriebsärztlichen Praxis. Grundlagen-Diagnostik-Organisation-Prävention-Rechtskommentare, ecomedMEDIZIN, Landsberg/ Lech, 2003-2015.

Weber, A., Hörmann, G. (Hrsg.) (2007):

Psychosoziale Gesundheit im Beruf, Mensch-Arbeitswelt-Gesellschaft.

Gentner Verlag Stuttgart, 1. Auflage, 2007.

Werner, E., Smith, R. (1977):

The children of Kauai. A longitudinal study from the prenatal period to age ten.

University of Hawai'i Press, ISBN 0-8248-0475-9.

Wetzig-Würth, H., Müller, P. (2000):

Das psychotherapeutische Gespräch. Therapeutisch wirksame Dialoge in der Arztpraxis.

Springer Verlag Heidelberg, Berlin, New York et al.

WHO (2014):

Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO), deutsche Übersetzung.
AS 1948 1015; BBl 1946 III 703, Stand 08. Mai 2014.

Wittling W., Wittling R. A. (2012):

Herzschlagvariabilität: Frühwarnsystem, Stress- und Fitnessindikator.
Eichsfeld Verlag, Heiligenstadt, 2012.

Wulfhorst, B. (2002):

Theorie der Gesundheitspädagogik. Legitimation, Aufgabe und Funktion von Gesundheitserziehung.
Juventa Verlag Weinheim und München, 2002.

Wulfhorst, B., Hurrelmann, K. (2009):

Handbuch Gesundheitserziehung.
Verlag Hans Huber, Hogrefe AG Bern, 1. Auflage, 2009.

Yehuda R., Halligan S. L., Yang R. K., Guo L. S., Makotkine I., Singh B., Pickholtz D. (2003):

Relationship between 24-hour urinary-free cortisol excretion and salivary cortisol levels sampled from awakening to bedtime in healthy subjects.
Life Sci 2003 Jun 6;73(3):349-58.

Zurawska, D. (2012):

Ein Vergleich unterschiedlicher Trainingsmethoden bezüglich des Zusammenhangs zwischen Achtsamkeit und Wohlbefinden und den zugrundeliegenden Wirkmechanismen.
Diplomarbeit Universität Wien, 2012.

Zwick, E. (2004):

Gesundheitspädagogik. Wege zur Konstituierung einer erziehungswissenschaftlichen Teildisziplin.
LIT Verlag Münster-Hamburg-Berlin-Wien-London, 2004.

10.2. INTERNET-LITERATUR

Albers, B. (2014):

Implementierung -Eine Zusammenfassung ausgewählter Forschungsergebnisse.
In: http://www.wegweiser-praevention.de/files/pdf/2014-05-0_bericht-albers.pdf (Abgerufen: 19.07.2015).

Blättner, B. (2014):

Gesundheitsbildung.
In: <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/?idx=28> (Abgerufen: 17.07.2015).

Boff, L. (2011):

Was uns die Richtung weist: Nachhaltigkeit und Achtsamkeit.
In: <https://traductina.wordpress.com/2011/06/23/was-uns-die-richtung-weist-nachhaltigkeit-und-achtsamkeit-2/> (Abgerufen: 24.07.2015).

BPtK (2012):

BPtK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen und Burnout. 2012.
In: http://www.bptk.de/uploads/media/20120606_AU-Studie-2012.pdf (Abgerufen 22.08.2015).

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2014):

Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2012.

In: http://www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Statistiken/Arbeitsunfaehigkeit/pdf/Kosten-2012.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (Abgerufen: 22.08.2015)

Bundesministerium für Gesundheit (2015):

Entwurf des „Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG)“.

In: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Praeventionsgesetz/141217_Gesetzentwurf_Praeventionsgesetz.pdf (Abgerufen: 23.08.2015).

Christen, B., Schöpfer, H., Kurz, R. (2015):

Was ist ein Konzept und wie werden Konzepte entwickelt?

In: http://www.adhoc-beratung.ch/PDF_Files/4-Seminare/GrundlagenWasisteinKonzept.pdf (Abgerufen: 19.07.2015)

Dauber, H. (2010):

Achtsamkeit in der Pädagogik.

In: http://www.humanistische-paedagogik.de/mediapool/92/927547/data/Vortrag_Lueneburg.pdf (Abgerufen 24.04.2015).

Deutsche Rentenversicherung Bund (2010):

Betriebliches Eingliederungsmanagement.

In: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/203202/publicationFile/37514/handlungsleitfaden_download.pdf (Abgerufen: 01.08.2015).

DGUV (2008):

Erläuterung von Begriffen zur Verwendung in der Ausbildung zu Fachkräften für Arbeitssicherheit.

In: <http://www.dguv.de/medien/sifa-online/service/login/documents/begriffepapier.pdf> (Abgerufen: 24.08.2015).

DGUV (2014):

Stress Pilot. Anleitung HRV-Messung & HRV-Biofeedback.

In: http://www.deinruecken.de/media/download/anleitungen_veranstaltungsmodule/anleitungen/HRV-Biofeedback.pdf (Abgerufen: 22.12.2014)

Dhamma-dana (2008):

Sutten zum Thema Geistesentfaltung (bhāvanā).

BGM-Workshop Juli 2008. In: <http://www.dhamma-dana.de/buecher/BGM%20-%20Sutten%20zum%20Thema%20Geistesentfaltung.pdf> (Abgerufen: 15.05.2015)

Duden (2015):

Achtsamkeit.

In: <http://www.duden.de/node/674594/revisions/1125322/view> (Abgerufen: 24.04.2015).

Esch T. (2003):

Die Bedeutung von Stress für das Herz-Kreislauf-System.

In: <http://www.uni-duesseldorf.de/kojda-pharmalehrbuch/apothekenmagazin/Fortbildungsartikel/2003-05.pdf> (Abgerufen: 28.12.2014)

Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (ENBGF) (2001):

Lissabonner Erklärung zur Gesundheit am Arbeitsplatz in kleinen und mittleren Unternehmen (KMU).

In: [http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/B_Basiswissen_GF/B9_Materialien/B9_Dokumente/Dokumente_international/2001lissabonner_erklaerung\[1\].pdf](http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/B_Basiswissen_GF/B9_Materialien/B9_Dokumente/Dokumente_international/2001lissabonner_erklaerung[1].pdf) (Abgerufen: 27.07.2015).

Farb, N. A. S., Segal, Z. V., Anderson, A. K. (2012):

Mindfulness meditation training alters cortical representations of interoceptive attention.

In: <http://scottbarrykaufman.com/wp-content/uploads/2012/10/Farb-et-al.-2012.pdf> (Abgerufen: 22.12.2014)

Geisler, L. S. (2003):

Das ärztliche Gespräch – eine vernachlässigte Aufgabe.

Vortrag am 16.06.2003 in der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, in <http://www.linus-geisler.de/vortraege/0306kommunikation.html> (Abgerufen: 03.01.2015)

Goldstein, J. (1978):

Vipassana-Meditation: die Entfaltung d. Bewusstseinsklarheit.

Schickler-Verlag Berlin, 1978, in: <http://www.palikanon.com/vipassana/goldstein/goldstein26.htm> (Abgerufen: 14.05.2015).

Gruber, H. (2002):

Die Achtsamkeits- bzw. Einsichtspraxis Vipassanâ, eine Kernmeditation und –tradition.

In: <http://www.buddha-heute.de/downloads/vipassana.pdf> (Abgerufen: 23.05.2015)

Gunkel, H. (1996):

Die Lehrrede von den Grundlagen Achtsamkeit, Kommentar des Menschen.

In: <http://www.kommundsieh.de/8SAMGRDL.pdf> (Abgerufen: 15.05.2015)

Hagenunterwegs (2015):

Der Weg im Auge des Sturms. Ein Kommentar, 31. März 2015.

In: <https://hagenunterwegs.wordpress.com/tag/achtsamkeit/> (Abgerufen: 30.04.2015).

Harrer, M. (2013):

Das bio-psycho-soziale Modell.

In: <http://burnoutundachtsamkeit.at/menschenbild/bio-psycho-soziales-modell/> (Abgerufen: 05.07.2015).

Hasselmann, M. (o. A.):

Gesundheitserziehung – was ist das eigentlich?

In: http://www.lis.bremen.de/sixcms/media.php/13/Microsoft%20Word%20-%20Gesundheitserziehung%20-%20was%20ist%20das_doc.pdf (abgerufen: 17.07.2015).

Hepe, H. P. (2015):

Das bio-psycho-soziale Modell. Wissenschaftliche Grundzüge eines ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit.

In: <http://simplepower.de/lebens Themen/regus-lipo/stoffwechselwissen/bio-psycho-soziales-modell> (Abgerufen: 05.07.2015).

Hörning, M (2010):

Prävention und Gesundheitsförderung.

In: http://www.sozialmedizin.org/LT_01_praevention.pdf (Abgerufen: 18.07.2015).

Hofmann, J. (2012):

Buddhistische Achtsamkeit für Christen.

In: <https://www.evangelisch.de/inhalte/21275/07-10-2012/buddhistische-achtsamkeit-fuer-christen> (Abgerufen: 10.05.2015).

Igelmann, M. (2013):

Coping mit E-Mails.

GRIN Verlag GmbH München, in <http://www.hausarbeiten.de/faecher/vorschau/232551.html> (Abgerufen: 20.10.2013)

Infozentrum für Prävention und Früherkennung (2015):

Vorsorgen mit Labortests.

In: <http://www.vorsorge-online.de/patienten/vorsorgen-mit-labortests/> (abgerufen: 17.05.2015).

Jahn, D. (2015):

Eine Einführung in die Kritische Pädagogik.

In: <http://service.e-learning.imb-uni-augsburg.de/node/1692> (Abgerufen: 17.07.2015).

Jalics, F. (1998):

Die kontemplative Phase der ignatianischen Exerziten und das Jesusgebet.

In: <http://www.gul.echter.de/component/.../doc.../3577-71-1998-1-011-025-jalics-0.htm> (Abgerufen: 09.05.2015)

James, W. (1910):

Psychologie Und Erziehung: Ansprachen an Lehrer.

In: https://books.google.de/books?id=0dYMAwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=de&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false (Abgerufen: 29.05.2015)

Johnston, G. R., Webster, N. R. (2009):

Zyokine und die immunmodulatorische Funktion des Vagusnervs.

Britische Zeitschrift für Anästhesie 102 (4): 453-62 (2009), in http://www.p-stim.com.ua/files/16318_zytokine_20und_20die_20immunmodulatorische_20funktion_20des_20vagusnervs.pdf (Abgerufen: 02.01.2015)

Kelly, C. (2012);

O. K., Google, Take a Deep Breath.

The New York Times, April 28, 2012 in www.nytimes.com , (Abgerufen: 02.08.2012)

Klees, M. (2014):

Zur Eröffnung der Ausstellung „Das Gebet“.

Rede am 09. März 2014, in <http://cms.bistum-trier.de/bistum-trier/Integrale?SID=CRAWLER&MODULE=Frontend.Media&ACTION=ViewMediaObject&Media.PK=43454&Media.Object.ObjectType=full> (Abgerufen: 08.05.2015).

Legewie, H. (2013):

Interviewformen in der Forschung.

In: http://www.ztg.tu-berlin.de/download/legewie/Dokumente/Vorlesung_9.pdf (Abgerufen: 20.10.2013)

Loellgen, D. (1999):

Herzfrequenzvariabilität.

In: <https://www.aerzteblatt.de/pdf/96/31/a2029-2.pdf> (Abgerufen: 23.12.2014)

Müsseler, J. (2014):

Aufmerksamkeit.

In: <http://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/aufmerksamkeit/1655> (Abgerufen: 02.10.2014)

Nöcker, G. (2010):

Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung.

In: <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsliche-aufklaerung-und-gesundheitserziehung/> (Abgerufen: 18.07.2015).

Oerder, U. (o. A.):

Betriebliches Gesundheitsmanagement –gemeinsam Erfolge sichern.

In: http://www.corporate-health-award.de/fileadmin/templates/downloads/CH_Jahrbuch_Beitrag_TK.pdf (Abgerufen: 02.08.2015).

Sawczak, W. (2009):

Gesundheitsmanagement I Was ist BGF?

In: <https://www.uni-klu.ac.at/gm/inhalt/268.htm> (Abgerufen: 26.07.2015).

Scheuch, K., Letzel, S. (2013):

Selbstverständnis in den zukunftsorientierten Systemen des Arbeitsschutzes und des Gesundheitsversorgungssystems.

in http://www.zlw-ima.rwth-aachen.de/forschung/projekte/starg/download/2020/Workshops/Praevention_als_Wettbewerbsfaktor/Scheuch_Knetschke.pdf (Abgerufen: 20.10.2013)

Schöpfer, M. (2013):

Halbstrukturiertes Interview durchführen – so klappt es.

In: www.helbster.de/halbstrukturiertes-interview-durchfuehren-so-klappt-es_79677 (Abgerufen: 10.11.2013)

Schulz, K. H. (2009):

Zur Bedeutung chronischer Belastung und sozialer Unterstützung für die Entwicklung körperlicher Erkrankungen.

in http://www.kas.de/upload/dokumente/verlagspublikationen/Volkskrankheiten/Volkskrankheiten_schulz.pdf (Abgerufen: 03.01.2014)

Seibt, A. C. (2010):

Modell der Gesundheitsüberzeugungen / Health Belief Model.

In: <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/?idx=51> (Abgerufen am 08.07.2015).

Statistisches Bundesamt (2015a):

Entwicklung der Arbeitszeitanforderungen von abhängig Erwerbstätigen in Deutschland in den Jahren 2005 und 2012.

In: de.statista.com (Abgerufen: 14.08.2015)

Statistisches Bundesamt (2015b):

Durchschnittliche Arbeitszeit pro Vollzeitbeschäftigten in Deutschland vom 1.Quartal 2012 bis 1. Quartal 2015.

In: de.statista.com (Abgerufen: 14.08.2015)

Stauß, J. F. (2012):

Achtsamkeit und ihre Bedeutung für das Lernen in der Schule – Unter besonderer Berücksichtigung von Kindern mit Sprachstörungen.

In: <http://epub.ub.uni-muenchen.de/14297/1/Stauss%20%282012%29.%20Achtsamkeit%20f%C3%BCr%20epub.pdf> (Abgerufen: 26.05.2015).

Tambour, H.-J. (2013):

Achtsamkeit – Leben im Hier und Jetzt.

In: http://www.systemische-exerziten.de/mediapool/78/786918/data/Achtsamkeit_christlich_1_.pdf (Abgerufen: 10.05.2015).

Textor, M. R. (2015):

Der konstruktivistische Ansatz.

Kindergartenpädagogik, Online-Handbuch, 2000-2015, in: <http://www.kindergartenpaedagogik.de/145.html> (Abgerufen: 11.07.2015)

Theil, C., Schröder, T. (2009):

Was ist kritische Erziehungswissenschaft?

In: [http://dtserv3.compsy.uni-jena.de/_c1257655005f1497.nsf/0/D6FEED720315665BC125767A003A0196/\\$FILE/Was%20ist%20kritische%20Erziehungswissenschaft.ppt](http://dtserv3.compsy.uni-jena.de/_c1257655005f1497.nsf/0/D6FEED720315665BC125767A003A0196/$FILE/Was%20ist%20kritische%20Erziehungswissenschaft.ppt) (Abgerufen: 17.07.2015)

Tritschler, A. (2012):

Empirische Erziehungswissenschaft. Übungen zu BWPI.

In: <https://prezi.com/czyk7dvx2v72/empirische-erziehungswissenschaft/> (Abgerufen: 14.07.2015)

Unternehmensnetzwerk zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union e.V. (2007):
Die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union.
In: http://www.luxemburger-deklaration.de/fileadmin/rs-dokumente/dateien/LuxDekl/Luxemburger_Dekl_Mai2014.pdf (Abgerufen: 26.07.2015).

Wegener, O. (2013):
Methoden der betrieblichen Gesundheitsförderung.
In: <http://betriebliche-gesundheitsfoerderung24.de/methoden-der-betrieblichen-gesundheitsfoerderung/> (Abgerufen: 29.07.2015)

WHO (2015a):
Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986, deutsche Übersetzung.
In: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (Abgerufen: 05.07.2015).

WHO (2015b):
Zentrale Elemente von ‚Gesundheit 2020‘.
In: <http://www.euro.who.int/de/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020/what-are-the-key-components-of-health-2020> (Abgerufen: 05.07.2015).

Zander, H. (2013):
Erfahrungsreligion Buddhismus.
In: <http://www.3sat.de/page/?source=/scobel/173858/index.html> (Abgerufen: 23.05.2015)

10.3. SONSTIGE LITERATUR

Augstein, R. (Hrsg.) (2013):
Der Spiegel.
Nr. 21, 18.05.2013

Brümmendorf, T. H. (2013):
Telomere-eine Einführung.
Powerpoint-Vortrag, Uniklinik Aachen.

Chang-Gusko, Y. S., Hiendl, C., Tamdjidi, C., Kohls, N. (2015):
Achtsamkeit im Unternehmensalltag – Möglicher Einstieg in das Betriebliche Gesundheitsmanagement.
Poster, 55. Wissenschaftliche Jahrestagung 2015, Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V., München, 18.-20. März 2015.

Hiendl, C. (2013):
Interview Chris Tamdjidi.
Dauer: 27:11 Minuten, geführt am 29.10.2013 in Manching.

Hiendl, C. (2014a):
Interview Chris Tamdjidi.
Dauer: 30:03 Minuten, geführt am 03.10.2014 in Bensberg.

Kohls, N. (2013):
Präsentation der Auswertung des Projekts „Erfolg kommt von Innen-Resilienz, Zufriedenheit und kooperative Zusammenarbeit im Unternehmensalltag“.
PowerPoint-Präsentation.

Schmidt, H., Joffe, J. (Hrsg.) (2013):

Die Zeit.

Nr. 42, 10.10.2013.

Tamdjidi, C., Stephan, L. (2015a):

Einführung: Achtsamkeit im Unternehmensalltag. Kick-off.

PowerPoint-Präsentation, Kalapa Leadership Academy, Bergisch Gladbach, Selbstverlag.

Tamdjidi, C., Stephan, L. (2015b):

Entschleunigungstag. Neurophysiologie von Stress und Achtsamkeit.

PowerPoint-Präsentation, Kalapa Leadership Academy, Bergisch Gladbach, Selbstverlag.

Tamdjidi, C., Stephan, L. (2015c):

Modul 1. Aufmerksamkeit und Fokus.

PowerPoint-Präsentation, Kalapa Leadership Academy, Bergisch Gladbach, Selbstverlag.

Tamdjidi, C., Stephan, L. (2015d):

Modul 2. Intelligenz der Emotionen.

PowerPoint-Präsentation, Kalapa Leadership Academy, Bergisch Gladbach, Selbstverlag.

Tamdjidi, C., Stephan, L. (2015e):

Modul 3. Freude als Orientierung.

PowerPoint-Präsentation, Kalapa Leadership Academy, Bergisch Gladbach, Selbstverlag.

Tamdjidi, C., Stephan, L. (2015f):

Modul 4. Zeit und Flow.

PowerPoint-Präsentation, Kalapa Leadership Academy, Bergisch Gladbach, Selbstverlag.

Tamdjidi, C., Stephan, L. (2015g):

Modul 5. Vertiefung Meditation und Übergänge.

PowerPoint-Präsentation, Kalapa Leadership Academy, Bergisch Gladbach, Selbstverlag.

Tamdjidi, C., Stephan, L. (2015h):

Modul 6. Achtsame Kommunikation.

PowerPoint-Präsentation, Kalapa Leadership Academy, Bergisch Gladbach, Selbstverlag.

Tamdjidi, C., Stephan, L. (2015i):

Modul 7. Vertrauen und Zusammenarbeit.

PowerPoint-Präsentation, Kalapa Leadership Academy, Bergisch Gladbach, Selbstverlag.

Tamdjidi, C., Stephan, L. (2015j):

Modul 8. Führung.

PowerPoint-Präsentation, Kalapa Leadership Academy, Bergisch Gladbach, Selbstverlag.

Tamdjidi, C., Stephan, L. (2015k):

Einführung in Achtsamkeit.

Handout, Kalapa Leadership Academy, Bergisch Gladbach, Selbstverlag.

Tamdjidi, C., Stephan, L. (2015l):

Achtsamkeit im Alltag.

Handout, Kalapa Leadership Academy, Bergisch Gladbach, Selbstverlag.

Tamdjidi, C., Stephan, L. (2015m):

Stress und Stressbewältigung.

Handout, Kalapa Leadership Academy, Bergisch Gladbach, Selbstverlag.

Tamdjidi, C., Stephan, L. (2015n):

Aufmerksamkeit und Fokus.

Handout, Kalapa Leadership Academy, Bergisch Gladbach, Selbstverlag.

Tamdjidi, C., Stephan, L. (2015o):

Emotionen und emotionale Regulierung.

Handout, Kalapa Leadership Academy, Bergisch Gladbach, Selbstverlag.

Tamdjidi, C., Stephan, L. (2015p):

Freude als Orientierung.

Handout, Kalapa Leadership Academy, Bergisch Gladbach, Selbstverlag.

Tamdjidi, C., Stephan, L. (2015q):

Time and flow.

Handout, Kalapa Leadership Academy, Bergisch Gladbach, Selbstverlag.

Tamdjidi, C., Stephan, L. (2015r):

Das soziale Gehirn.

Handout, Kalapa Leadership Academy, Bergisch Gladbach, Selbstverlag.

Tamdjidi, C., Stephan, L. (2015s):

Neurophysiologie von Vertrauen.

Handout, Kalapa Leadership Academy, Bergisch Gladbach, Selbstverlag.

Tamdjidi, C., Stephan, L. (2015t):

Achtsamkeit in der Führung.

Handout, Kalapa Leadership Academy, Bergisch Gladbach, Selbstverlag.

Tamdjidi, C., Stephan, L. (2015u):

Achtsamkeit und eMails.

Handout, Kalapa Leadership Academy, Bergisch Gladbach, Selbstverlag.

Tamdjidi, C., Stephan, L. (2015v):

Body Scan.

Handout, Kalapa Leadership Academy, Bergisch Gladbach, Selbstverlag.

Tamdjidi, C., Stephan, L. (2015w):

Achtsame Dialoge.

Handout, Kalapa Leadership Academy, Bergisch Gladbach, Selbstverlag.

Tamdjidi, C., Stephan, L. (2015x):

Achtsamkeit –Was ist das?

Handout, Kalapa Leadership Academy, Bergisch Gladbach, Selbstverlag.

11.LEBENS LAUF – CURRICULUM VITAE

Dr. med. Christoph Otto HIENDL M. A.

- geboren am 28. Dezember 1965 in Straubing
- verheiratet mit Barbara Hiendl, geb. Pettinger
3 Kinder: Veronika, Paula und Klara

- 1972-1976 Grundschule am Galgenbachweg in Neufahrn bei Freising
1972-1986 Dom-Gymnasium Freising
1986 Allgemeine Hochschulreife am Dom-Gymnasium Freising

- 1986-2003 Soldat auf Zeit
1986-1988 SanLehrBtl 851 und SanAkBw München
1988-1990 SanBtl 2 Marburg/ Lahn
1990-1992 BwKrHaus Gießen
1992-1994 SanAkBw München
1994-1996 BwKrHaus Amberg
1996-2003 StOSanZentrum Ingolstadt (Taucherarzt)
1999 Auslandseinsatz 2. Kontingent KFOR Kosovo, MEDEVAC
2003-2007 ResLazGrp 7601 München
2007-jetzt KVK Eichstätt
derzeitiger Dienstgrad: Oberfeldarzt der Reserve
derzeitige Verwendung: Beauftragter Sanitätsstabsoffizier für die Zivil-Militärische Zusammenarbeit im Gesundheitswesen beim KVK Eichstätt (Führungsgruppe Katastrophenschutz beim Landratsamt Eichstätt)

- 1997-2003 Kassenzulassung als Notarzt im Dienstbereich Denkendorf-Kipfenberg
2003-2012 Niederlassung als Allgemeinarzt in Gemeinschaftspraxis (Akademische Lehrpraxis der Technischen Universität München) in Denkendorf
2009-jetzt Niederlassung als Allgemein- und Betriebsarzt in Privatpraxis in Eichstätt
2013-jetzt Gründung von mednetwork.de®, Dr. Chang & Dr. Hiendl GbR, Eichstätt und Hamburg

- 1988-1993 Studium der Humanmedizin an der Philipps-Universität Marburg an der Lahn
1993-1994 Studium der Humanmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München
1994-1998 Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin
 - Bundeswehrkrankenhaus Amberg Abt. Chirurgie, Innere Medizin, HNO
 - Praxisassistent Allgemeinarztpraxis Dr. Thierfelder Ingolstadt
 - Praxisassistent Oberfeldarzt Dr. Kögler Standortsanitätszentrum Ingolstadt
- 1996 Approbation als Arzt
Promotion „magna cum laude“ zum Doktor der gesamten Medizin (Dr. med.) der Philipps-Universität Marburg an der Lahn im Fach Raumfahrtmedizin mit dem Thema „Der Einfluss von kosmischen Schweren Primären und anderer Raumflugfaktoren auf die Embryogenese der indischen Stabheuschrecke *Carausius morosus* Br.“ mit Teilnahme an den Weltraummissionen IML-1 und Biocosmos 8 und 9
Anerkennung der Bezeichnung Tauchmedizin GTÜM e. V.
Fachkunde Rettungsdienst
- 1997 Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren
- 1998 Facharztanerkennung Allgemeinmedizin
- 1999 Fachkunde Arbeitsmedizin
- 2000 Ärztl. Leiter Kriseninterventionsteam
- 2001 Zusatzbezeichnung Chirotherapie
Qualifikation Schutzimpfungen
- 2002 Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin
Zertifikat Reise- und Tropenmedizin CRM/ DTG
Zulassung als staatlich ermächtigte Gelbfieber-Impfstelle (Nr. 229)
- 2003 Ärztlicher Projektleiter Frühdefibrillation
- 2004 Qualifikation Verkehrsmedizin der Bayer. Landesärztekammer
Akademischer Lehrarzt der Technischen Universität München

- 2005 Zusatzbezeichnung Notfallmedizin
- 2006 Zusatzbezeichnung Homöopathie
Moderator Bayer. Landesärztekammer Pädiatriekurs Allgemeinmedizin
- 2010-2012 Weiterbildungsermächtigung der Bayer. Landesärztekammer im Fach Allgemeinmedizin
- 2011 Homöopathie-Diplom des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte und der Europäischen Vereinigung homöopathischer Ärzte
Psychosomatische Grundversorgung
- 2012 Teilnahme als Arzt bei den Special Olympics Deutschland München 2012
- 2013 Teilnahme als Arzt bei den Special Olympics Bayern Passau 2013
Moderatorenschein Moderator für Qualitätszirkel
- 2012-2014 Masterstudiengang (Master of Arts, M. A.) Kulturwissenschaften-Komplementäre Medizin an der Europa Universität VIADRINA Frankfurt an der Oder, Kulturwissenschaftliche Fakultät
- 2014 Verleihung des akademischen Grades eines Master of Arts (M. A.) der Europa-Universität VIADRINA Frankfurt an der Oder in Kulturwissenschaften - Komplementäre Medizin (Gesamtnote 1,9) mit dem Thema der Masterarbeit „Achtsamkeit im Unternehmen – Analyse von Erfolgs- und Misserfolgsk Faktoren an Hand von 2 Fallbeispielen“
- 2014-2016 Promotionsstudium Gesundheitspädagogik an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt, Pädagogisch-Philosophische Fakultät

- 2011 1. Preisträger des Denkmalpreises der Hypo-Kulturstiftung („Denkmal-Oskar“) für die Sanierung des denkmalgeschützten Kanonikathauses Pfarrgasse 3 in Eichstätt
- 2015 Verleihung des Melvin-Jones-Fellow der Lions Clubs International Foundation

12. ERKLÄRUNGEN

Erklärung

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig, ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Schriften und Hilfsmittel angefertigt und die den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen kenntlich gemacht habe. Insbesondere habe ich für die Erstellung der Dissertation keine entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- beziehungsweise Beratungsdiensten (Promotionsberatern oder anderen Personen) in Anspruch genommen.

Eichstätt, den

(Dr. med. Christoph Otto Hiendl M. A.)

Erklärung

Die unterzeichnete Person versichert hiermit, dass, außer meiner erfolgreichen Promotion zum Doktor der gesamten Medizin (Dr. med.) an der Philipps-Universität Marburg an der Lahn (angenommen vom Fachbereich Humanmedizin am 18. Juli 1996),

- Promotionsversuche bislang nicht unternommen wurden;
- ein Promotionsverfahren bislang nicht abgeschlossen wurde;
- die vorliegende Dissertation in gleicher oder anderer Form in einem anderen Prüfungsverfahren nicht vorgelegen hat.

Zu einem früheren Prüfungsverfahren mache ich folgende Angaben: - *entfällt* -

Eichstätt, den

(Dr. med. Christoph Otto Hiendl M. A.)