Fachbereich Sozialpolitik und Soziale Sicherung
Studiengang „Sozialversicherung, Schwerpunkt Unfallversicherung“

Bachelor – Abschlussarbeit
zur Erlangung des Bachelor-Abschlussgrades
Bachelor of Arts (B.A.)

Thema:
Das Zürcher Ressourcen Modell (ZRM) als Ansatz zur Stressreduktion im Heilungsverlauf – eine erste Untersuchung zu Einsatzmöglichkeiten am Beispiel der BGW

Erstgutachter: Prof. Dr. Edwin Toepler
Zweitgutachterin: Dr. Caroline Lüder

vorgelegt am: 05.08.2019
von cand.: Tamara Schneider
Matr.-Nr.: 9029912
Anschrift: 54516 Wittlich
Gleiwitzer Str. 1
## Inhaltsverzeichnis

Literaturverzeichnis........................................................................................................... IV
Abbildungsverzeichnis....................................................................................................... X
Tabellenverzeichnis............................................................................................................ XI
Abkürzungsverzeichnis......................................................................................................... XII

### 1. Einleitung .................................................................................................................. 1

### 2. Methodisches Vorgehen .......................................................................................... 4
   2.1 Literaturrecherche ...................................................................................................... 5
   2.2 Experteninterviews .................................................................................................... 8
   2.3 Auswertungsmethode ............................................................................................... 11

### 3. Theoretische Grundlagen ......................................................................................... 13
   3.1 Gesundheit & Ressourcen ......................................................................................... 13
   3.2 Stress & Heilung ....................................................................................................... 15
      3.2.1 Stressbegriff & Stressmodelle ............................................................................. 15
      3.2.2 Die körpereigene Stressreaktion & die Entwicklung von Heilungsverzögerungen .................................................................................................................. 17
   3.3 Das Zürcher Ressourcen Modell (ZRM) .................................................................. 20
      3.3.1 Entwicklung, Einordnung & Anwendung ............................................................ 21
      3.3.2 Die Phasen des ZRM und das zentrale Element - Motto-Ziele ......................... 21
      3.3.3 Motivation in der Rehabilitation: Motto-Ziele & S.M.A.R.T.-Ziele ................. 25
   3.4 Das ZRM im Rahmen von GUSI & die Seminargestaltung der BGW ................. 28
      3.4.1 Das GUSI-Präventionsprogramm der DRV ..................................................... 30
      3.4.2 Anforderungen der BGW an SIP-Seminare ....................................................... 32
      3.4.3 Exkurs: Das Schmerz-Seminar der BGW – BV München ................................. 34
      3.4.4 Exkurs: Das Stressmanagement-Seminar der BGW – BV Mainz .................... 35

### 4. Ergebnisse .................................................................................................................. 36
   4.1 Studienergebnisse & Forschungslage zum ZRM .................................................... 36
   4.2 Experteninterviews ................................................................................................. 38

### 5. Diskussion – Beantwortung der Forschungsfragen ............................................... 49

### 6. Fazit & Ausblick ....................................................................................................... 55
Anhang 1: Prozessbeschreibung Fragenexploration Interviews
Anhang 2: Leitfäden Interviews
Anhang 3: Das Bio-Psycho-Soziale Modell der WHO
Anhang 4: Stress und somatische Gesundheitsrisiken
Anhang 5: Ablauf GUSI-Präventionsprogramm
Anhang 6: E-Mail Dr. Olbrich vom 17.06.2019
Anhang 7: Leitfaden für den Einsatz von QS-Instrumenten in BGW-Seminaren
Anhang 8: Qualifikationsanforderungsprofil für Mitarbeiter/Dozenten bei BGW-Seminaren
Anhang 9: Qualitätskriterien SIP-GeWo-Seminare – TN-Zahl/Räumlichkeiten
Anhang 10: Leidfaden zur Durchführung von Evaluationen (BGW)
Anhang 11: Zielgruppe Schmerz-Seminar (BV München)
Anhang 12: Ablaufprogramm Schmerz-Seminar (BV München)
Anhang 13: Ziele des Schmerz-Seminars (BV München)
Anhang 14: Evaluation Schmerz-Seminar (BA Frau Riasanow – BV München)
Anhang 15: Evaluation GPR Schmerz-Seminar (BV München)
Anhang 16: Ablaufplan Stressmanagement-Seminar BGW
Anhang 17: Datenschutzerklärung Herr Frosch (BGW)
Anhang 18: Interview Herr Frosch (02.05.2019)
Anhang 19: Einverständniserklärung Verwendung Interview Herr Frosch
Anhang 20: Datenschutzerklärung Herr Dr. Olbrich
Anhang 21: Interview Dr. Olbrich (09.05.2019) Fehler! Textmarke nicht definiert.
Anhang 22: Einverständniserklärung Verwendung Interview Herr Dr. Olbrich
Fehler! Textmarke nicht definiert.
Anhang 23: Datenschutzerklärung E3 Fehler! Textmarke nicht definiert.
Anhang 24: Interview E3 (15.05.2019) Fehler! Textmarke nicht definiert.
Anhang 25: Einverständniserklärung Verwendung Interview E3 Fehler! Textmarke nicht definiert.
Anhang 26: Datenschutzerklärung Frau Dr. Weber (ISMZ) Fehler! Textmarke nicht definiert.
Anhang 27: Interview Frau Dr. Weber (22.05.2019) Fehler! Textmarke nicht definiert.
Anhang 28: Einverständniserklärung Verwendung Interview Frau Dr. Weber
Fehler! Textmarke nicht definiert.
Anhang 29: Studienauswertung – Übersicht
Fehler! Textmarke nicht definiert.
Anhang 30: Interviewauswertung – Kategorien (1) & Kernaussagen (3)
Fehler! Textmarke nicht definiert.
Anhang 31: Interviewauswertung - Zuordnung & Zusammenfassung der Expertenaussagen (2)
Fehler! Textmarke nicht definiert.
Anhang 32: Anforderungen der BGW in Relation zum ZRM
Fehler! Textmarke nicht definiert.

Literaturverzeichnis


Baas, Jens: Vorwort. In: TK (Hrsg.): Entspann dich, Deutschland – TK-


BGW (Hrsg.): BGW-Qualitätszirkel – „Beschreibung von Qualitätsmerkmalen der SIP-GeWo-Seminare der BGW“, Hamburg 2006, Intranet der BGW [15.05.2019]

BGW (Hrsg.): Leitfaden zur Durchführung von Evaluationen, Hamburg 2006, Intranet der BGW [15.05.2019]


Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.): BTHG-Kompass, online im Internet: https://umsetzungsbegeleitung-bthg.de/bthg-kompass/bk-bedarfsvermittlung-icf/icf/fd1-1015/ [29.06.2019]

DGNP (Hrsg.): Definition der Präventivmedizin, online im Internet:
DGUV (Hrsg.): Richtlinien der UV-Träger, online im Internet: https://www.dguv.de/de/reha_leistung/richtlinien-uvt/index.jsp, [17.06.2019]


DRV (Hrsg.): Methodik, online im Internet: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/3Infos_fuer_Experten/01_Sozialmedizin_Forschung/02_reha_qualitaetssicherung/reha_therapiestandards/methodik_node.html, [16.06.2019]

EbM Netzwerk (Hrsg.): Was ist EbM, Definitionen, online im Internet: https://www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/grundbegriffe/definitionen/, [27.06.2019]


GKV Spitzenverband (Hrsg.): Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes für eine am Nutzen für die Versicherten orientierte Einführung von Innovationen in die medizinische Versorgung, 2017, online im Internet: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse_themen/innovationszentren/Positionspapier_Innovationsbewertung_2017.pdf, [14.06.2019]


Kazén, Miguel/Kuhl, Julius: Directional Discrepancy Between Implicit and Explicit Power Motives is Related to Well-Being Among Managers, Osnabrück 2011, online im Internet: https://www.researchgate.net/publication/225785610 [04.06.2019]


Schubert, Christian (Hrsg.): Psychoneuroimmunologie und Psychotherapie,
Stuttgart 2011.


**Storch, Maja:** Ressourcenaktivierung und das menschliche Gehirn, 2003, S.2, online im Internet: http://majastorch.de/download/Ressourcenaktivierung.pdf [16.06.2019]

**Storch, Maja:** Gut geschützt gegen Stress, 2005, online im Internet: http://majastorch.de/download/Lehrgesundheit.pdf, [19.07.2019]

**Storch, Maja:** Motto-Ziele, S.M.A.R.T.-Ziele und Motivation, in: Birgmeier, Bernd (Hrsg.): Coachingwissen. Denn sie wissen nicht, was sie tun?, Wiesbaden 2009, S. 183 – 205.

**Storch, Maja:** Zürcher Ressourcen Modell ZRM, online im Internet: https://zrm.ch, [16.06.2019]

**Storch, Maja/Krause, Frank:** Ressourcen aktivieren mit dem Unbewussten – Manual für die Arbeit mit der ZRM-Bildkartei, Bern 2012.

**Storch, Maja/Krause, Frank:** Selbstmanagement – ressourcenorientiert: Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell (ZRM), Bern 2017.

**Studi-lektor.de (Hrsg.):** Literaturrecherche mit dem Schneeballsystem, online im Internet: https://studi-lektor.de/tipps/literaturrecherche/schneeballsystem-literaturrecherche.html [27.06.2019]


**Von Wachter, Martin:** Chronische Schmerzen – Selbshilfe und Therapiebegleitung, Berlin/Heidelberg 2012.

**Wanka, Bernd:** Reha-Management Schmerz, BGW München 2018.

**Weber, Julia:** Ich fühle was ich will!, Zürich 2007, online im Internet:

Weber, Julia: Ich fühle, was ich will – Wie Sie Ihre Gefühle besser wahrnehmen und selbstbestimmt steuern, Bern 2017.


Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das arbeitspsychologische Stressmodell der BGW............................ 16
Abbildung 2: HPA-Achse.......................................................... 18
Abbildung 3: Rubikon-Prozess im ZRM-Training............................................. 22
Abbildung 4: Qualitätsfaktoren Seminare BGW .............................................. 32
Abbildung 5: Erkenntnismodell - Zusammenhänge Stress, Krankheit, Einstellung - Ansatz des ZRM .......................................................... 50
Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Keywords zur systematischen Datenbankrecherche ......................... 5
Tabelle 2: Ergebnisse der Datenbankrecherche (Flussdiagramm) .................... 6
Tabelle 3: Eingeschlossene Studien ................................................................ 7
Tabelle 4: Interviewte Personen im Mai 2019 ............................................. 9
Tabelle 5: Situationstypen-ABC .................................................................. 25
Tabelle 6: 2 Systeme im ZRM ................................................................. 23
<table>
<thead>
<tr>
<th>Abkürzung</th>
<th>Bedeutung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>BAR</td>
<td>Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation</td>
</tr>
<tr>
<td>BGW</td>
<td>Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege</td>
</tr>
<tr>
<td>BETSI</td>
<td>Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern</td>
</tr>
<tr>
<td>BPS-Modell</td>
<td>Bio-Psycho-Soziales Modell</td>
</tr>
<tr>
<td>BV</td>
<td>Bezirksverwaltung</td>
</tr>
<tr>
<td>BVA</td>
<td>Bundesversicherungsamt</td>
</tr>
<tr>
<td>DRV</td>
<td>Deutsche Rentenversicherung</td>
</tr>
<tr>
<td>ES</td>
<td>Endokrines System</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Danksagung


Für die Betreuung dieser Arbeit, danke ich Herrn Prof. Toepler und Frau Dr. Lüder ganz herzlich. Sie haben mir gezeigt was Wissenschaft bedeutet.
Zudem danke ich Frau Dr. Julia Weber, für den fachlichen Austausch und die tollen Möglichkeiten, die ich durch sie erhalten habe.

Ein ganz herzlicher Dank richtet sich an Birgit Schroeder, die für mich als eine Art Mentorin in jeder Lebenslage präsent ist. Dank ihr habe ich zu meinem Herzens-thema und zu dieser Arbeit gefunden.

Zu guter Letzt danke ich meinen Eltern und meinem Freund von ganzem Herzen, für die unendliche bedingungslose Unterstützung bei all meinen Vorhaben.
„Wir können (..) jede menschliche Handlung als einen Akt der Bewegung betrachten, und das, was alle Bewegungen in Gang setzt, ist unsere Motivation.

Ich habe herausgefunden, dass eine aufrichtige Motivation Furcht und Sorge deutlich verringert.“

(Tenzin Gyatso – XIV. Dalai Lama)

1. Einleitung


Ein allgemeinpsychologisches Modell, welches gezielt die Aktivierung persönlicher Ressourcen fördert und damit zu einer Änderung der inneren Haltung bzw. Einstellung

---

2 Aus Gründen der leichter werdenden Lesbarkeit wird in dieser Arbeit auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe sind geschlechtsneutral zu verstehen.

Methodisch wurde hierzu in einer ausführlichen Literaturrecherche entsprechende Grundlagenliteratur sowie Studienergebnisse (s. 2.1) herausgefiltert, um das ZRM in seiner Wirksamkeit zu beurteilen. Ergänzt werden diese Ergebnisse im empirischen Teil dieser Arbeit durch die Befragung von vier Experten aus der Praxis, die das ZRM in der Selbsterfahrung erlebten und als Trainer anwenden (s. 2.2 und 4.2).

In der Beurteilung der Folgen von stressinduzierten Heilungsverzögerungen (s. 3.2), beschränkt sich die vorliegende Untersuchung auf die neuroendokrine Stressreaktion (HPA-Achse), da durch das Endprodukt dieser Reaktion (Cortisol) bei chronischem Stress, eine Reihe von Erkrankungen und Komplikationen entstehen können.

Darüber hinaus wird im Rahmen einer zweiten Forschungsfrage untersucht, ob das ZRM ein geeignetes Modell für Seminare der sekundären Individualprävention (SIP)

---

12 Vgl. DGNP (Hrsg.), Definition der Präventivmedizin, https://www.dgnp.de/ [03.07.2019]
14 Vgl. DGNP (Hrsg.), Definition der Präventivmedizin, https://www.dgnp.de/ [03.07.2019]
der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) darstellt. Die BGW ist ein gesetzlicher Unfallversicherungsträger in Deutschland und bietet ihren Versicherten, die einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit erlitten haben, zur Vermeidung von Verschlimmerungen und Chronifizierungen von Erkrankungen im Rahmen ihres gesetzlichen Präventionsauftrages (gem. § 1 Abs.1 Nr.1, § 14 SGB VII i.V.m. § 3 BKV) individuell auf die Versichertengruppe abgestimmte Seminare an. Zwei Seminare wurden von der Verfasserin besucht und werden in Kapitel 3.4 beispielhaft dargestellt. Durch die mögliche Etablierung des ZRM könnten diese Seminare ausgebaut und in ihrer Wirksamkeit bestärkt oder durch ein ZRM-Aufbauseminar ergänzt werden. Mit „GUSI“, einem Präventionsprogramm der Deutschen Rentenversicherung (DRV), wurde das ZRM bereits in einem Sozialversicherungszweig integriert. Dieses wird zusätzlich als mögliches Beispiel für die Etablierung bei der BGW herangezogen.

Die Anforderungen, die die BGW bei der Entwicklung neuer Seminare stellt, wurden v.a. durch die Befragung von Herrn Frosch (Geschäftsführer der Bezirksverwaltung (BV) München) erlangt (s. 4.2) und mit Angaben aus dem Intranet der BGW (s. 3.4.2) ergänzt. Das Konzept des ZRM wurde schließlich hinsichtlich der Erfüllung dieser Anforderungen überprüft (s. 5).

Eine besondere Stellung für die Beantwortung beider Forschungsfragen nehmen die von Storch und Krause für das ZRM entwickelten Motto-Ziele (s. 3.3.2) ein. Diese sind aktuell v.a. auf gesundheitswissenschaftlichem Gebiet nicht so verbreitet wie die spezifischen Ziele nach Locke & Latham (bezeichnet als: S.M.A.R.T.-Ziele), können jedoch v.a. in Situationen, in denen eine hohe Motivation erforderlich ist, wie bspw. beim Umgang mit einer Erkrankung, als unerlässlich angesehen werden. Die gesetzlichen Unfallversicherungsträger, wie auch die BGW, lehren und arbeiten u.a. mit S.M.A.R.T.-Zielen\textsuperscript{15}, so dass diese beiden Zieltypen hinsichtlich ihres Einsatzes für die Rehabilitation in ihrer motivationalen Wirkung untersucht werden (s. 3.3.3).

Ziel der Arbeit ist es, herauszufinden, ob die bisherige Forschungslage die Schlussfolgerung zulässt, dass das ZRM ein geeignetes Modell ist, um einen positiven Einfluss auf körperphysiologische Prozesse im Rahmen des Heilungsverlaufs zu nehmen oder inwieweit es hier noch weiterer Forschung bedarf sowie die mögliche Empfehlung zur Integrierung des ZRM in Versicherten-Seminare der BGW.

2. Methodisches Vorgehen

Für die vorliegende Arbeit wurden folgende Forschungsfragen entwickelt:

1. Inwieweit kann durch das ZRM ein positiver Einfluss auf stressinduzierte Heilungsverzögerungen genommen werden?
2. Stellt das ZRM ein geeignetes Modell für SIP-Seminare der BGW dar?

Im Folgenden werden die Methoden beschrieben, die zur Beantwortung der Forschungsfragen herangezogen wurden.

Den Ausführungen von Weber im ZRM-Basisbuch (2017) kann entnommen werden, dass ein Schwerpunkt der Forschungsarbeit zum ZRM auf randomisiert kontrollierten Studien (RCT = randomized controlled trial) liegt, die mit unterschiedlichen Themen und verschiedenen Populationen durchgeführt werden. Daher wurde v.a. im Hinblick auf die erste Forschungsfrage entschieden, mittels ausführlicher Literaturrecherche in verschiedenen Datenbanken im Juni 2019 (s. 2.1) die bereits existierende Literatur sowie Studienergebnisse zu untersuchen, die vorliegende Arbeit in den Forschungsstand einzuordnen und ausgewählte Studien als Belege heranzuziehen (s. 4.1). Für die zweite Forschungsfrage bedurfte es interner Informationen der BGW, die über das Intranet im Mai 2019 und durch eigene Anschauung des Schmerz-Seminars der BGW im Schulungs- und Beratungszentrum (Schu.ber.z) der BV München am 14./15.03.2019 und des Stressmanagement-Seminars der BGW BV Mainz am 20./21.05.2019 im Favorite Parkhotel Mainz sowie dem Austausch mit Dozenten und Mitarbeitern erlangen konnten (s. 3.4). Zur Untermauerung dieser Ergebnisse mit einzelnen Erfahrungen aus der Praxis und um weitere Daten und Informationen zu erhalten, wurden ergänzend im Mai 2019 vier leitfadengestützte Experteninterviews durchgeführt (s. 2.2). Diese stellen zur abschließenden Beurteilung und Beantwortung der Forschungsfragen die hauptsächliche Datengrundlage dar. Die einzelnen Messinstrumente und deren Durchführung sind in den folgenden Kapiteln dargestellt.

2.1 Literaturrecherche


In einem zweiten Schritt wurde aus diesen Erkenntnissen eine Liste an für die Forschungsfragen relevanten Suchbegriffen (Keywords) erstellt. Die folgenden Keywords wurden zur Suche verwendet und durch den Bool’schen Operator „AND“ miteinander verbunden.

Tabelle 1: Keywords zur systematischen Datenbankrecherche

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Deutsch</th>
<th>Englisch</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>KW1</td>
<td>„Zürcher Ressourcen Modell“</td>
<td>“Zurich Resource Model”</td>
</tr>
<tr>
<td>KW2</td>
<td>„Zürcher Ressourcen Modell“ UND Stress</td>
<td>“Zurich Resource Model” AND Stress</td>
</tr>
<tr>
<td>KW3</td>
<td>Motto-Ziele UND Gesundheit</td>
<td>action-oriented personal goals AND Health</td>
</tr>
<tr>
<td>KW4</td>
<td>Unbewusstes UND Stress UND Gesundheit</td>
<td>unconsciously AND Stress AND Health</td>
</tr>
<tr>
<td>KW5</td>
<td>Ressourcenaktivierung UND Gesundheit</td>
<td>Resource activation AND Health AND Stress AND patients</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Quelle:** Eigene Darstellung

Das Intranet der BGW wurde im Hinblick auf die zweite Forschungsfrage zusätzlich mit den Begriffen „Stress“ und „Seminarentwicklung“ durchsucht. Die Datenmenge war sehr gering und wird vollständig in Kapitel 3.4.2 dargestellt.

17 Vgl. Studi-lektor.de (Hrsg.), Literaturrecherche mit dem Schneeballsystem, https://studi-lektor.de/ [27.06.2019]
Da in dieser Arbeit das ZRM als eine Interventionsmethode in seiner Wirkung im klinischen Setting untersucht und als Modell in seiner Gesamtigkeit betrachtet wird, fanden einzelne Elemente und Theorien, auf denen das ZRM basiert (s. 3.3), keine grundlegende Berücksichtigung in der Recherche. Ziel der Recherche waren die aktuellen Studienergebnisse zur Wirksamkeit des ZRM auf Stress, Gesundheit und Heilung, die durch das Durchlaufen eines kompletten ZRM-Trainings erreicht werden können. Die Recherche fand in den Datenbanken von Pubmed (Medline), Cochrane, Dimdi und PsycINFO statt. Zusätzlich wurde eine Handrecherche in der Datenbank der ZRM-Homepage (https://zrm.ch/wirksamkeitsstudien/) durchgeführt. Tabelle 2 zeigt den Prozess und die Ergebnisse der Recherche. Durch die folgenden Kriterien wurde die Suche eingegrenzt:

- **Ausschlusskriterien**: Wirkungsnachweise in der Primärprävention, Testung einer anderen Interventionsmethode

**Tabelle 2: Ergebnisse der Datenbankrecherche (Flussdiagramm)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Datenbank</th>
<th>KW1</th>
<th>KW2</th>
<th>KW3</th>
<th>KW4</th>
<th>KW5</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Pubmed (Medline)</strong></td>
<td>2 (+ AND Storch)(^\text{18})</td>
<td>12</td>
<td>4</td>
<td>13</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Cochrane (Trials)</strong></td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>12</td>
<td>4(^\text{19})</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Dimdi</strong></td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PsycINFO</strong></td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>1(^\text{20})</td>
<td>7</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Handrecherche</strong></td>
<td>Titel-Screening – Bezug zu Forschungsfragen (n = 9)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

\(^{18}\) Der Zusatz wurde gemacht, um ZRM-relevante Ergebnisse zu erhalten. Ohne Zusatz erschienen lediglich Ergebnisse, die einen der drei Begriffe in unterschiedlichen Kontexten enthielt.

\(^{19}\) Änderung des Suchbegriffes zu „Resource activation“ um die Datenmenge (Ergebnis zuvor: 147) zu reduzieren

\(^{20}\) Änderung zu „action-oriented personal goals“, da Ergebnis sonst: 0.
In der evidenzbasierten Medizin, die v.a. durch den kanadischen Mediziner David L. Sackett, geprägt wurde\textsuperscript{21}, bilden RCT als Interventionsstudien neben Metaanalysen den „Goldstandard“ eines Studiendesigns.\textsuperscript{22} Merkmal eines RCT ist die Zufallsauswahl der Studienteilnehmer bei der Zuordnung in Interventions- und Kontrollgruppe, um unbekannte Merkmale der Studienteilnehmer gleichmäßig zu verteilen und somit eine möglichst große Objektivität zu erreichen.\textsuperscript{23} Wie eingangs erwähnt, wird der Forschungsschwerpunkt beim ZRM auf RCT-Studien gelegt, daher wurden ausschließlich diese in die Auswahl eingeschlossen (s. Tab. 3). Aufgrund des Umfangs der Arbeit wurden diese Studien nicht hinsichtlich ihrer Qualität beurteilt, sondern lediglich die Ergebnisse zur Beurteilung der Wirksamkeit des ZRM und der Beantwortung der Forschungsfragen herangezogen (s. 4.1 und 5.).

**Tabelle 3: Eingeschlossene Studien**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Studie</th>
<th>Datenbank</th>
<th>Keywords</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><em>Ich fühle was ich will!</em> - Selbstmanagement für Menschen mit Essstörungen* (Weber, 2007, Universität Zürich)</td>
<td>PsychInfo, Pubmed, <a href="http://www.zrm.ch">www.zrm.ch</a></td>
<td>KW1</td>
</tr>
<tr>
<td><em>Stressmanagementtraining mit dem Zürcher Ressourcen Modell</em></td>
<td>PsychInfo, Pubmed, <a href="http://www.zrm.ch">www.zrm.ch</a></td>
<td>KW1, KW2, KW5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

\textsuperscript{21} Vgl. EbM Netzwerk (Hrsg.), Definitionen, \url{https://www.ebm-netzwerk.de//} [27.06.2019]
\textsuperscript{22} Vgl. Behrens/Langer, Evidence-based Nursing and Caring, 2010, S. 192
\textsuperscript{23} Ebd. S. 191f
Eine Übersicht zu Fragestellung, Population, Studiendesign (Durchführung) und Ergebnissen findet sich in Anhang 29.\textsuperscript{24}

\subsection*{2.2 Experteninterviews}

Eine der wichtigsten Datenerhebungstechniken in der qualitativen Forschung stellt das halbstrukturierte Interview dar, welches auf einem \textit{Leitfadeninterview} basiert.\textsuperscript{25} Dazu werden vor der Datenerhebung relevante Aspekte zum Thema ausgewählt und in einem Leitfaden zusammengetragen.\textsuperscript{26} Charakteristisch für diese Form des Interviews ist die Orientierung des Interviewers an den Fragen im Leitfaden mit der Möglichkeit Reihenfolge und Formulierung zu verändern sowie Zwischenfragen von beiden Seiten zu stellen (Interaktion).\textsuperscript{27} Dem Interviewten werden hierin i. d. R. keine Antworten vorgegeben.\textsuperscript{28} Eine häufig verwendete Variante der leitfadengestützten Interviewform ist das \textit{Experteninterview}. Das Experteninterview ist eine Form der Befragung, um die „(…) Fachexpertise ausgewiesener Spezialisten [zu erheben] (…)“.\textsuperscript{29} Ein Experte ist dabei Jemand, der über besonderes Wissen zum Sachverhalt verfügt und sich hierzu spezielle Fertigkeiten angeeignet hat.\textsuperscript{30} Zur Datenerhebung in dieser Arbeit wurden vier Experten (n =4) befragt.

\begin{itemize}
\item \textsuperscript{24} Siehe Anhang 29, Studienauswertung – Übersicht, S. 158
\item \textsuperscript{25} Vgl. Döring/Bortz, Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften, 2016, S. 356.
\item \textsuperscript{26} Vgl. Hussy et al., Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für den Bachelor, 2013, S. 225.
\item \textsuperscript{27} Ebd.
\item \textsuperscript{28} Vgl. Döring/Bortz, Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften, 2016, S. 358.
\item \textsuperscript{29} Vgl. Hussy et al., Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für den Bachelor, 2013, S. 225.
\item \textsuperscript{30} Vgl. Mieg/Näf, Experteninterviews, 2005, S.7, \url{https://www.fh-potsdam.de/}, [20.06.2019]
\end{itemize}
Die **Rekrutierung** der interviewten Personen erfolgte aufgrund ihrer Expertise (deduktives Vorgehen)\(^{31}\) und der Bereitschaft am Interview teilzunehmen. Alle interviewten Personen wurden vom Interviewer direkt per E-Mail angeschrieben. Die Kontaktdaten konnten, mit einer Ausnahme (E3), über die Internetpräsenz der Experten herangezogen werden. E3 wurde nach dem Schneeballprinzip durch E2 rekrutiert.\(^{32}\) Alle Interviewten nahmen freiwillig am Interview teil und waren mit der Datenschutzerklärung einverstanden.\(^{33}\) Auch wenn aufgrund der bewussten Auswahl und des geringen Umfangs der befragten Experten das Sampling nicht als repräsentativ angesehen werden kann, so ist durch eine gewisse Vielfalt an Interviewten mit unterschiedlichen Blickwinkeln eine umfassende Sicht auf die Thematik und die Forschungsfragen möglich.\(^{34}\) Die folgende tabellarische Übersicht zeigt die wichtigsten Informationen zu den Interviewteilnehmern sowie Datum und Form der Interviewdurchführung. Die Telefoninterviews (E3 + E4) wurden aus organisatorischen Gründen (Zeit, Distanz) durchgeführt.

**Tabelle 4: Interviewte Personen im Mai 2019**

<table>
<thead>
<tr>
<th>E1</th>
<th>E2</th>
<th>E3</th>
<th>E4</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Alter</strong></td>
<td>49</td>
<td>63</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Position</strong></td>
<td>Geschäftsführer BGW BV München</td>
<td>Ärztlicher Direktor des Reha-Zentrums Bad Salzuflen Klinik Lipperland der DRV Bund (psychosomatische Medizin)</td>
<td>Gesundheitsmanagerin in einem mittelständigen Unternehmen</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| **Expertise** | Entwicklung & Etablierung von 4 | ZRM-Trainer; Entwickler und Anwender des GUSI-TN (ZRM-Selbsterfahrung) | GUSI-TN (ZRM-Selbsterfahrung) | ZRM-Trainerin und -Ausbilderin (Spezialisie-


\(^{32}\) Ebd.

\(^{33}\) Siehe Anhang 17, 20, 23, 36, Datenschutzerklärung E1, S. 90, E2, S. 104, E3, S. 125, E4, S. 139

Das Alter der Interviewten lag zwischen 38 und 63 Jahren (Durchschnittsalter: 50,5 Jahre). Unter dem Hintergrund der Vielfalt der Rekrutierung musste für jede interviewte Person ein gesonderter auf die Person angepasster Leidfaden entwickelt werden. Die Vergleichbarkeit der Aussagen ist damit weniger valide, spielt aber im Hinblick auf die Auswertungsmethode (qualitative Inhaltsanalyse (s. 2.3) eine eher geringe Rolle.


35 Siehe Anhang 2, Leitfäden Interviews, S. 58
36 Siehe Anhang 1, Prozessbeschreibung Frageneexploration Interviews, S. 57

1. Die aus der Literatur zum ZRM gewonnen Erkenntnisse zur Wirksamkeit des ZRM aus einzelnen Studien mit den Erfahrungen aus der Praxis untermauern, um so die erste Forschungsfrage zu beantworten.
2. In Ergänzung zu den allgemeinen Daten aus dem Intranet der BGW, Informationen über die konkreten Anforderungen für die Seminaretablierung bei der BGW sammeln, um die zweite Forschungsfrage zu beantworten.
3. Ausspruch einer zusammenfassenden Empfehlung mittels der in 1. und 2. gesammelten Daten, um das in der Einleitung genannte Ziel dieser Arbeit zu erreichen.

Im Anschluss an die Durchführung der Interviews wurden diese durch die Verfasserin im Mai und Juni 2019 transkribiert. Dies erfolgte ohne technische Programme in einfacher und vollständiger, an der Schriftsprache orientierter Form, da der Inhalt für die Auswertung im Vordergrund stand. Die Transkripte wurden den Interviewten zur Überprüfung vorgelegt. Mit der unterschriebenen Einwilligungserklärung wurde von allen TN bestätigt, dass die Interviews in dieser Arbeit verwendet werden dürfen.

2.3 Auswertungsmethode

Die Auswertung der Interviews wurde nach dem Auswertungsschema von Gläser und Laudel in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring durchgeführt. Ziel einer Inhaltsanalyse ist laut Mayring die Analyse „(..) von Material, das aus irgendeiner Art von Kommunikation stammt.“ Für die Analyse, ist in der qualitativen Inhaltsanalyse die Bildung von Kategorien notwendig, um das untersuchte Material in Bezug zur Forschungsfrage zu beschreiben, systematisch zusammenzufassen und somit

39 Siehe Anhang 18, 21, 24, 27, Interview E1, S. 95, Herr Dr. Olbrich, S. 108, E3, S. 129, Frau Dr. Weber, S. 143
42 Mayring, Qualitative Inhaltsanalyse, 2015, S. 11.
nur die relevanten Daten zu extrahieren.43 Die Interviews werden mit dem Kategorien-
system durchsucht (deduktives Vorgehen) und einzelne Textpassagen den Kategorien
zugeordnet. Dabei können zusätzliche Kategorien in das System aufgenommen wer-
den,44 um sicherzustellen, dass die Datenextraktion an das Material angepasst ist und
keine wichtigen Informationen aus dem Raster fallen.45 Folgende Kategorien wurden in
Anlehnung an die Kategorien der Interviewfragen46 für die Auswertung herangezogen:

- Einsatzfelder & klinische Wirksamkeit des ZRM auf Stress
- Evidenz der Studienergebnisse & Replizierbarkeit der Studie: „Stressmanage-
menttraining mit dem Zürcher Ressourcen Modell“ bei Menschen mit stressin-
duzierten Heilungsverzögerungen
- GUSI als ein Beispiel für die Etablierung des ZRM in der Sozialversicherung
- ZRM-Implementierung bei der BGW (Anforderungen, Seminarentwicklung, Nutzen)
- Ausblick

Diese wurden während der Durchsicht der transkribierten Interviews in Subkategorien
(Schritt 1)47 eingeteilt, zu denen die Aussagen der Experten zugeordnet und zusammen-
gefasst wurden (Schritt 2). Im Anschluss an die Extraktion erfolgte zunächst die Auf-
bereitung der Rohdaten.48 D.h. die Daten wurden auf Widersprüche und Redundanzen
geprüft und zu einer strukturierte Informationsbasis zusammengefasst.49 Anschließend
wurde zu jeder Kategorie eine Kernaussage getroffen (Schritt 3).50 Diese, sowie die
zusammengefassten Ergebnisse jeder Kategorie, werden in Kapitel 4.2 dargestellt
(Schritt 4) und zur Interpretation und Beantwortung der Forschungsfragen in Kapitel 5
herangezogen.

Für die Beantwortung der zweiten Forschungsfrage wurde zusätzlich ein tabellarischer
Vergleich der Anforderungen der BGW in Relation zum Konzept des ZRM erstellt.51

Aus den Leitfäden zur Qualitätssicherung der BGW (s. 3.4.2), dem Interview von E1

44 Ebd.
45 Ebd.
46 Siehe Anhang 1, Prozessbeschreibung Fragenexploration Interviews, S. 57
47 Siehe Anhang 30, Interviewauswertung – Kategorien (1) & Kernaussagen (3), S. 165
48 Siehe Anhang 31, Interviewauswertung – Zuordnung & Zusammenfassung der Expertenaussagen (2),
S. 167
50 Siehe Anhang 30, Interviewauswertung – Kategorien (1) & Kernaussagen (3), S. 165
51 Siehe Anhang 32, Anforderungen der BGW in Relation zum ZRM, S. 178.
(s. 4.2) und den beobachteten Seminaren (s. 3.4.3/4) konnten die Anforderungen der BGW an SIP-Seminare entnommen werden. Zur Einordnung der einzelnen Bedingungen wurde sich an den Qualitätsdimensionen (Struktur-/Prozess-/Ergebnisqualität) nach Donabedian orientiert. Die Strukturqualität umfasst organisatorische Rahmenbedingungen (Kosten, Trainerqualifizierung, etc.). Bei der Prozessqualität werden (Seminar-)Abläufe und Tätigkeiten beurteilt. „Die Ergebnisqualität wird als direkte Folge der Prozesse verstanden“ und umfasst die Resultate.\(^{52}\)

3. Theoretische Grundlagen

3.1 Gesundheit & Ressourcen


Der Versuch einer einheitlichen Gesundheitsdefinition ist Bestandteil verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen. Die westliche Kultur ist stark vom biomedizinischen Gesundheitsbegriff geprägt, bei dem die Pathogenese im Mittelpunkt steht und Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit definiert wird.\(^{53}\) Die WHO versuchte 1946 eine einheitliche interdisziplinäre Gesundheitsdefinition zu etablieren. Hiernach ist Gesundheit ein Zustand vollständiger körperlicher, geistiger und sozialer Wohlergehen und nicht nur das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.\(^{54}\) Als Basis für ihre Definition legt die WHO das Bio-Psycho-Soziale (BPS) Modell zugrunde, welches die Wechselwirkungen zwischen einem *Gesundheitsproblem* und der *Funktionalität* einer Person (Körperfunktionen/-strukturen, Aktivität, Partizipation) sowie ihrer *Kontextfaktoren* umfasst.\(^{55}\) Als gesund gilt ein Mensch dann, wenn er auf der Ebene der Funktionalität wie ein Mensch ohne Gesundheitsproblem agieren kann.\(^{56}\) Dieses Modell dient im Rahmen

---


\(^{53}\) Vgl. Hurrelmann/Richter, Gesundheits- und Medizinsoziologie, 2013, S.120.


\(^{55}\) Siehe Anhang 3, Das Bio-Psycho-Soziale Modell der WHO, S. 71


Im Sinne des ZRM trägt der Mensch „wesentliche Ressourcen, die er für die Umsetzung seiner Ziele benötigt, bereits in sich selbst. Selbstmanagement besteht darin, diese Ressourcen zu entdecken und konsequent anzuwenden, um so neuronale Netze auszubauen.63 Das ZRM basiert daher auf einem neurobiologischer Ressourcenbegriff.64 In diesem beziehen sich die Entwickler auf das neurobiologische Gesundheitsmodell nach Lehmann & Koukkou (2006).65 Vor dem Hintergrund, dass Gedächtnishinhalte in Form von neuronalen Netzen gespeichert sind, unterscheiden Lehman & Koukkou zwei neuronale Netze: Wohladaptive (nützliche) und maladaptive (unbrauchbare) neuronale

57 Ebd. S. 16.
65 Ebd. S. 39.
Netze. Inwiefern gesammelte Erfahrungen wohladaptiv sind, wird daran gemessen, „ob diese (...) zum Erhalt des psychobiologischen Wohlbefinden eines Individuums beitragen (...) oder nicht.“ Als Ressource dient im ZRM-Training danach alles, was wohladaptive neuronale Netze aktiviert.

3.2 Stress & Heilung


3.2.1 Stressbegriff & Stressmodelle


---

steht Stress, „(...) wenn das Individuum ein Ungleichgewicht zwischen sich und der Umwelt wahrnimmt und dies als Bedrohung einstuft.“\(^74\) Dabei kommt es v.a. auf die subjektive Bewertung der Situation an, womit individuelle Faktoren für die Stresswahrnehmung und -bewältigung entscheidend sind. Hier wird zwischen primärer, unbewusster (irrelevant, positiv, stressend) und sekundärer, bewusster (Einschätzung von Bewältigungsfähigkeiten und -möglichkeiten) Bewertung unterschieden.\(^75\) Die evaluierten Bewältigungsstrategien können schließlich problem- (Bewältigung des stressauslösenden Problems) oder emotionsbezogen (Bewältigung der ausgelösten Emotion) sein.\(^76\)

Die BGW hat zur einheitlichen Begriffsverwendung und zur Schaffung einer gemeinsamen theoretischen Grundlage für BGW-Produkte auf Grundlage einer arbeitspsychologischen Erweiterung (s. Abb.1) des transaktionalen Stressmodells das **BGW-Stresskonzept** etabliert. Der Stressbegriff wird hier zusammengefasst als negativer Zustand, der durch Stressoren bzw. Risikofaktoren (z.B. Krankheiten) auslösbar sowie durch Ressourcen positiv beeinflussbar ist.\(^77\) Die Autoren sehen die indirekte Wirkung von *Ressourcen* auf Gesundheit durch einen veränderten Umgang mit Stress (z.B. durch die Erweiterung des Handlungsspielraums = Aufbau neuer neuronaler Netze – s. 3.1).\(^78\)

**Abbildung 1: Das arbeitspsychologische Stressmodell der BGW**

![Diagramm des arbeitspsychologischen Stressmodells der BGW](image_url)


\(^74\) Bamberg et al., BGW-Stresskonzept, 2012, S. 11, [https://www.bgw-online.de/](https://www.bgw-online.de/), [18.06.2019]
\(^75\) Ebd.
\(^76\) Ebd.
\(^77\) Ebd. S. 7ff.
\(^78\) Vgl. Bamberg et al., BGW-Stresskonzept, 2012, S. 14, [https://www.bgw-online.de/](https://www.bgw-online.de/), [18.06.2019]
3.2.2 Die körpereigene Stressreaktion & die Entwicklung von Heilungsverzögerungen

Die physiologische Stressreaktion basiert auf einem evolutionären System, welches einst vor gefährlichen Angriffen schützte. Sie stellt ein Zusammenspiel des endokrinen Systems (ES), des zentralen und des vegetativen Nervensystems (ZNS, VNS) sowie des Immunsystems (IS) dar.\(^{79}\) Mit der Wechselwirkung dieser Systeme beschäftigte sich Ader, der 1974 nachweisen konnte, dass das IS und das ZNS direkten Einfluss aufeinander nehmen können.\(^{80}\) Die zugehörigen medizinischen Fachgebiete, die hier bedeutende Forschungsarbeit leisten sind die Psychoneuroimmunologie (PNI) und die Psychoneuroendokrinologie (PNE).

Grundsätzlich dient die Stressreaktion des Körpers immer der Anpassung des Organismus auf einen Reiz bzw. eine Belastung, um die Homöostase im System aufrecht zu erhalten.\(^{81}\) Dabei lösen unterschiedliche Stressoren (Kälte, Hitze, Gefahr, Schmerz, …), verschiedene Arten von Stresszuständen aus, je nachdem welche Hirnregionen und Hormone bzw. Zellebenen auf den Stressor reagieren.\(^{82}\) Dahinter verbirgt sich ein Regelkreis des basalen Stressesystems, welches vom Stressor zum Stresszustand und der daraus resultierenden Stressreaktion führt. „Der Erfolg der Reaktion eliminiert oder mindert den Stresszustand, (…) während ein Misserfolg den Stresszustand (und eventuell den Stressor) aufrechterhält oder verstärkt.“\(^{83}\) Die Aufrechterhaltung des Stressors bei nicht mehr regelbaren Stresssituationen, kann nach Rensing et al. auf psychischer und physischer Ebene zu gravierenden Veränderungen führen, wie bspw. die erhöhte Dauerkonzentration von Stresshormonen wie Adrenalin und Cortisol.\(^{84}\) Je nach Dauer des Stressors lassen sich somit zwei Phasen der physiologischen Stressantwort unterscheiden: Eine schnelle und akute Anfangssituation, die über eine negative Feedback-Schleife (hormonelle und elektrische Rückkopplungsmechanismen) den Grundzustand schnell wieder herstellt und eine langsamere Reaktion bei Dauerbelastungen, bei der der Grundzustand meist nicht mehr erreicht werden kann. Sodann entsteht chronischer

---

\(^{83}\) Ebd. S.6
\(^{84}\) Ebd.
Stress, der zu schädigenden und krankheitsfördernden Dauerbelastungen führt. Der körperphysiologische Mechanismus hinter diesen Reaktionen, lässt sich wie folgt darstellen:

Die akute Stressreaktion wird biologisch über die Sympathikus-Nebennierenmark-Achse, auch genannt Kathecholamin-System, reguliert. Hierin bewertet die Amygdala (Mandelkern) den Stressor (die Gefahr) mit einer affektiven Qualität (Angst, Ärger, Wut). Innerhalb dieses Systems wird Noradrenalin (Sympathikus) und Adrenalin (Nebennierenmark) ausgeschüttet.

Bleibt der Stressor bestehen, werden diese Stoffe weiter ausgeschüttet und es kommt zur Aktivierung der in Abb. 2 dargestellten zweiten Stressachse, der HPA-Achse (Hypothalamus pituitary adrenal axis), welche wesentlich an pathologischen Entwicklungen und chronischem Stress beteiligt ist. Diese führt über die dargestellten Organe und Hormone zur Ausschüttung von Cortisol über die Nebennierenrinde. Cortisol sorgt gemeinsam mit Adrenalin für evolutionär typische Stressantworten: Energiebereitstellung, Erweiterung der Pupillen, Pulssteigerung, etc. „Die Wirkungen von Cortisol sind vielfältig, insb. nach einer stressinduzierten Erhöhung, die bis zum 10fachen der normalen Plasmakonzentration betragen kann.“ Über einen Rückkopplungsmechanismus wird die Reaktion terminiert, sobald der Stressor eliminiert wurde. Ist dies nicht der Fall ist die HPA-Achse dauerhaft aktiviert und das Anpassungsvermögen des Organismus sowie der Rückkopplungsmechanismus brechen zusammen, was zu einem chronisch erhöhten Cortisolspiegel im Blut führt. McEwen bezeichnet diese Phase als „allostatic load“. „Perception of stress

---

85 Ebd.
87 Ebd.
89 Ebd. S. 156.
is influenced by one’s experiences, genetics and behavior. When the brain perceives an experience as stressful, physiologic and behavioral responses are initiated, leading to allostasis and adaption. Over time, allostatic load can accumulate, and the overexposure to mediators of neural, endocrine, and immune stress can have adverse effects on various organ systems, leading to disease.\(^9\)

Alarms besonders schwerwiegend werden die *immunosuppressiven Wirkungen* gewertet, die Segerstrom und Miller 2004 in ihrer Meta-Analyse zum Thema „Psychological stress and the human immune system“ nachweisen konnten.\(^9\) Dabei beeinflussen verschiedene Arten von Stress, die Immunfunktionen unterschiedlich.\(^9\) Ein weites Forschungsfeld hat sich hierzu im Bereich Stress und Hauterkrankungen ergeben, da die Haut als Abwehrorgan, die erste Barriere für schädliche Stoffe darstellt. U. a. wird angenommen, dass v. a. durch psychologischen Stress die Hautbarriere durch einen erhöhten Cortisolspiegel nach der Aktivierung der HPA-Achse zerstört werden kann, was wiederum eine offene Pforte für allergische Stoffe darstellt und zu Störungen von Wundheilungsprozessen führt.\(^9\) Diese Ergebnisse wurden 2013 von Dhabbar innerhalb eines Reviews nochmals bestätigt.\(^9\) Schubert führt weiter aus: „Neben Stress (...) sind auch bestimmte Persönlichkeitsmerkmale, z.B. ein schlecht kontrollierter Umgang mit Zorn und Ärger, mit Wundheilungsverzögerung assoziiert.“\(^9\) Gouin et al. konnten nachweisen, dass „(...), participants with lower levels of anger control exhibited higher cortisol reactivity during the blistering procedure. (...) These findings suggest that the ability to regulate the expression of one’s anger has a clinically relevant impact on wound healing.“\(^9\)

---


Betrachtet man das BPS-Modell und das Modell der Salutogenese nach Antonovsky (s. 3.1), so kann davon ausgegangen werden, dass Krankheit in seiner funktionseinschränkenden Wirkung auf allen Ebenen (ICF) eine unabweisliche Stress-Situation darstellt. Die Höhe des Stresslevels ist jedoch je nach bereits gemachter Erfahrung und der damit verbundenen affektiven Bewertung sowie genetischen Faktoren individuell unterschiedlich. Dauer und Schwere der Erkrankung haben unmittelbar Einfluss auf weitere stressinduzierte Symptome, die den Heilungsverlauf negativ beeinflussen.

### 3.3 Das Zürcher Ressourcen Modell (ZRM)

Das ZRM umfasst drei Kernkriterien: Integrationsabsichten, Ressourcenorientierung (s. 3.3.1.) und Transfereffizienz. Die folgenden Kapitel stellen Anwendung, Aufbau und die Motto-Ziele als zentrales Element des ZRM dar. Es erfolgt der Vergleich zu S.M.A.R.T.-Zielen sowie die Bedeutung der Zieltypen für die Rehabilitation.

---


100 Vgl. Ebd. S. 7

101 Vgl. Ebd. S. 9


103 Siehe Anhang 4, Stress und somatische Gesundheitsrisiken, S. 71

3.3.1 Entwicklung, Einordnung & Anwendung

Für die Entwicklung des ZRM wurden Theorien der psychologischen als auch der neurowissenschaftlichen Forschung herangezogen (Integration). Grundsätzlich versteht sich das ZRM-Training „(...) als Psychoedukation im Sinne einer Anleitung für die Hilfe zur Selbsthilfe [Transfersicherung durch Expertenunabhängigkeit].“ Einordnen lässt sich das ZRM in mehr als nur eine Disziplin. Als allgemeinpsychologisches Modell, kann es sowohl in der klinischen Psychologie wie auch in der Beratungsarbeit angewandt werden. Durch die Entwicklung der Motto-Ziele wird es vielfach auch der Motivationspsychologie zugeordnet. Im Bereich der Prävention erfolgt die Durchführung auf der Ebene der Verhaltensprävention. Das heißt das individuelle (Gesundheits-) Verhalten soll gestärkt werden. Storch und Krause haben bereits eine Vielzahl an themenspezifischen Anwendungsfällen im Bereich der Primärprävention (Burnout-Prävention, „Ich“-Gewicht, Rauchfrei, etc.), als auch in geringerem Maße für die Sekundärprävention (Diabetes, Essstörungen, etc.) verschriftlicht.


3.3.2 Die Phasen des ZRM und das zentrale Element - Motto-Ziele

Um persönliche Ressourcen zu erkennen und diese für gesundheitsrelevantes Verhalten dauerhaft einzusetzen, braucht es Motivation. Charakteristisch für Motto-Ziele ist die

105 Ebd. S. 20ff
106 Ebd. S. 19.
107 Ebd. S. 18f.
109 Ebd.
110 Ebd. S. 23.
111 ISMZ (Hrsg.), Lehrgang Zertifikat ZRM-Trainer/in, S.2, https://zrm.ch/ [03.07.2019]

Abbildung 3: Rubikon-Prozess im ZRM-Training

\begin{center}
\includegraphics[width=0.5\textwidth]{rubikon_prozess.png}
\end{center}


Storch und Krause ergänzten hierin die Phase der unbewussten Bedürfnisse. „Bedürfnisse sind die unbewusst vorhandenen Antriebe und Wünsche, während von einem Motiv dann gesprochen wird, wenn der Motivbesitzer das vorher unbewusste Bedürfnis bereits bewusst zur Kenntnis genommen hat und (…) seiner Umwelt kommunizieren kann.“\textsuperscript{114} Vor der Überschreitung des Rubikon, der hier als Metapher für einen Fluss verwendet wird, den es zu überqueren gilt, steht die Synchronisierung der unbewussten Bedürfnisse mit den bewussten Motiven sowie die Bildung eines „persönlichen \textbf{Motto-Ziels}“ (Haltungsziel).\textsuperscript{115} Steht das Bedürfnis im Gegensatz zum Motiv (Nichtsynchronisierung), so entsteht ein \textbf{Motivkonflikt}.\textsuperscript{116} Bezogen auf einen chronischen Schmerzpatienten lässt sich bspw. folgender Motivkonflikt darstellen:

- \textbf{Bewusstes Motiv}: „Ich muss trotz Schmerz schnell wieder zu meinem Arbeitsplatz zurückkehren.“
- \textbf{Unbewusstes Bedürfnis}: „Ich wünsche mir Ruhe und Zeit zur Regeneration."

\begin{itemize}
\item \textsuperscript{113} Vgl. Storch/Krause, Selbstmanagement – ressourcenorientiert, 2017, S. 87ff.
\item \textsuperscript{114} Storch/Krause, Ressourcen aktivieren mit dem Unbewussten, 2012, S. 19.
\item \textsuperscript{115} Ebd.
\item \textsuperscript{116} Vgl. Storch/Krause, Selbstmanagement – ressourcenorientiert, 2017, S. 88.
\end{itemize}
Baumann und Quirin konnten nachweisen, dass chronische Bedürfnisfrustation, sprich eine Nichtsynchronisierung der beiden Systeme, zu einem signifikant permanenten Stresslevel führt, welche auf Dauer zu Angst, Depressionen und Somatisierung führen kann.\textsuperscript{117} Die Synchronisierung von bewussten und unbewussten Anteilen der Motivstruktur eines Menschen besteht im Dialog zwischen Verstand und Unbewusstem.\textsuperscript{118} Der Verstand welcher hirnanatomisch im präfrontalen Cortex veranlagt ist, ist im Besitz bewusster Absichten und Handlungsplanungen. Das Unbewusste, veranlagt u.a. im limbischen System, „(..) enthält autobiographische Erfahrungen, Gefühle, Bedürfnisse, Ziele, Normen und Werte einer Person.“\textsuperscript{119} Entscheidend sind die unterschiedlichen Arbeitsweisen der beiden Systeme.\textsuperscript{120}

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabelle 5: 2 Systeme im ZRM</th>
<th>Verstand (bewusst)</th>
<th>Unbewusstes</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Arbeitstempo</td>
<td>Genau &amp; langsam</td>
<td>Schnell</td>
</tr>
<tr>
<td>Informationsverarbeitung</td>
<td>Seriell (dichotom)</td>
<td>Parallel (multikodiert)\textsuperscript{121}</td>
</tr>
<tr>
<td>Kommunikationsmittel</td>
<td>Sprache</td>
<td>Somatische Marker</td>
</tr>
<tr>
<td>Bewertung</td>
<td>Richtig/falsch</td>
<td>Mag ich/mag ich nicht</td>
</tr>
</tbody>
</table>


\textsuperscript{119} Vgl. Weber, Ich fühle, was ich will, 2017, S.16f.
\textsuperscript{120} Ebd. S. 13.
\textsuperscript{121} = paralleles speichern und abrufen vieler bewusster und unbewusster Informationen und Erlebnisse
(...) als Index für die Motivation und die Kraft eines Zieles für zielrealisierendes Verhalten angesehen wird.«\textsuperscript{124} Motto-Ziele ermöglichen so die Abstimmung (Synchronisierung) des Verstandes mit dem Unbewussten, generieren eine neue Haltung und damit eine Einstellungsänderung.\textsuperscript{125}

Nach der Überschreitung des Rubikon, besteht die feste Absicht das angestrebte Ziel in Handlung umzusetzen.\textsuperscript{126} In der Motivationspsychologie wird hier von der „Volitionsstärke“ oder intrinsischer Motivation gesprochen.\textsuperscript{127} Das Maß der Attraktivität eines Ziels entspricht der intrinsischen Motivation, die ein Mensch für die Zielerreichung aufbringen kann. Intrinsische Motivation bedeutet, dass die Motivation zur Handlung in der Person oder in der Tätigkeit selbst zu finden ist. Kuhl und Koole konnten nachweisen, dass intrinsische Motivation unter Beachtung des Unbewussten auch ein entscheidender Faktor für die Gesundheit ist: „An increasing number of studies in the last two decades has shown that striving for explicit goals not supported by one’s implicit needs and motives has a detrimental effect on well-being and physical health.«\textsuperscript{128}

Durch die Einbindung des Unbewussten kann eine hohe Volitionsstärke erreicht und Situationen sowie Informationen nach ihrer Wichtigkeit für das bestehende Motto-Ziel bewertet werden. Kuhl gibt an, dass Informationen, die die Realisierung des Motto-Ziels gefährden könnten, „abgeschirmt“ werden.\textsuperscript{129} Zur Unterstützung dieser Zielhaltung im Alltag entwickeln die Teilnehmer einen persönlichen Ressourcenpool, auf den Sie jederzeit im Sinne des „Selbstmanagement“ zugreifen können. Mit der individuellen Verwendung der eigenen Ressourcen kann die neuronale Plastizität gefördert werden (s. 3.1). Das neuronale Netz, welches durch das Motto-Ziel im Gehirn gebildet wird, wird durch ständige Ansteuerung und Anbahnung ausgebaut („Multicodierung“), bis ein unbewusster Automatismus für die entsprechende Haltung besteht.\textsuperscript{130} Zur Unterstützung der Ressourcenaktivierung bedient sich das ZRM neben dem Motto-Ziel auch an sozialen Ressourcen.\textsuperscript{131} Darunter „werden Menschen bezeichnet, die dem eigenen Motto-Ziel positiv gegenüberstehen und bei der Umsetzung und Verwirklichung dessen

\textsuperscript{126} Vgl. Storch/Krause, Selbstmanagement – ressourcenorientiert, 2017, S.96
\textsuperscript{127} Ebd.
\textsuperscript{129} Vgl. Kuhl, Motivation und Persönlichkeit, 2001, S. 143.
\textsuperscript{131} Ebd.
behilflich sind.“ Zum zielgerichteten Einsatz der Ressourcen im Alltag und zur konkreten Realisierung des Motto-Ziels werden diese mit dem **Situationstypen-ABC** geübt.

**Tabelle 6: Situationstypen-ABC**

| Situationstyp | Ausprägung des Motto-Ziels | Vorbereitung
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Situationstyp A</strong></td>
<td>Verwirklichung des Motto-Ziels einfach; automatischer Ablauf (Aufmerksamkeit auf A-Sit. lenken, bzw. reflektieren)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Situationstyp B</strong></td>
<td>Verwirklichung des Motto-Ziels schwierig; vorhersagbar; Vorbereitung möglich</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Situationstyp C</strong></td>
<td>Verwirklichung des Motto-Ziels schwierig; überraschendes eintreten; keine Vorbereitung möglich</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Quelle:** Storch/Krause: Selbstmanagement – ressourcenorientiert, Flip 12, 2017, S. 274.

In **A-Situationen** geht es v.a. um die Stärkung des neu entwickelten neuronalen Netzes des Motto-Ziels und des Selbstwirksamkeits- und Kontrollerlebens. In **B-Situationen** steht das bewusste Nutzen i.S. der Vorbereitung (planbar) auf schwierige Situationen im Vordergrund (Stärkung des neuronalen Netzes). Es wird die „konkrete Planung des Ressourceneinsatzes geübt.“ Als ein Hilfsmittel in B-Situationen werden „Wenn-Dann-Plänen“ (Gollwitzer) erstellt, die neue erwünschte Automatismen erzeugen. Z.B. „Wenn der Schmerz kommt, dann denke ich an einen Sparziergang am Strand.“ Für **C-Situationen** ist das neuronale Netz noch nicht stark genug, wodurch eine gezielte Ressourcen-Einsatzplanung nicht möglich ist. Hier gilt es die Situationen zu vermerken und zu analysieren, welche Gemeinsamkeiten sie hatten und welche Signale diesen u. U. voraus gingen. „Durch diese Analyse (…) wird aus den C-Situationen eine B-Situation gemacht“ und das Netz gestärkt.

### 3.3.3 Motivation in der Rehabilitation: Motto-Ziele & S.M.A.R.T.-Ziele

Lichtenberg et al. schreiben, dass Ziele eine wesentliche Größe in der Rehabilitation von Menschen darstellen, da sie die Richtung vorgeben, die eingesetzten Ressourcen

---

132 Ebd. S. 280.
133 Ebd. S. 275.
134 Ebd. S. 278.
135 Ebd. S. 283.
136 Ebd. S. 291.
bestimmen und zu einer gemeinsamen Motivation (zentraler Faktor) aller Beteiligten beitragen.137

Im Bereich der Zielpychologie haben sich laut Storch zwei Forschungsrichtungen entwickelt: „Die eine Forschungsrichtung fokussiert darauf, wie konkret und spezifisch ein Ziel geplant sein muss [z.B. die Goal-Setting-Theory nach Locke & Latham], um optimal umgesetzt werden zu können. Die andere untersucht, wie sehr ein Ziel von der zielsetzenden Person selbst angestrebt wird [z.B. die Motto-Ziele nach Storch und Krause].“138 Storch beschreibt die unterschiedlichen Ebenen, auf denen Ziele gebildet werden können, in einer **Zielpyramide** (Abb. 2).

**Abbildung 2: Zielpyramide**

Die auf der **Verhaltensebene** angesiedelten S.M.A.R.T.-Ziele sind in der Praxis heute in vielen Bereichen fester Bestandteil, z.B. auch in der Rehabilitation. Sie beruhen auf der von Locke und Latham in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts entwickelten „Goal-Setting-Theory“ (Zielsetzungstheorie), die besagt, dass ein spezifisches, hohes (Maßstab für Schwierigkeit) Ziel auch zu hoher Leistung bzw. zu höherer Performance führt, als es bei einfachen Zielen der Fall ist.139 Die Bezeichnung S.M.A.R.T. steht dabei für die Kriterien, die ein Ziel erfüllen sollte, um beim Adressaten Motivation zur Handlung zu bewirken: **S** = spezifisch, **M** = messbar, **A** = akzeptiert, **R** = realistisch, **T** = terminiert. Kapitel 3.4.4 zeigt bspw. die Anwendung dieses Zieltyp in Seminaren der BGW.

---

139 Vgl. Locke/Latham, New Developments in Goal Setting and Task Performance, New York 2013, S. 5f.
Auf der Ergebnisebene finden sich Ziele, die ein Ergebnis enthalten und weder auf der Haltungs- noch auf der Verhaltensebene einzuordnen sind. Hierzu sollte auf der HaltungsEbene vorerst eine passende Haltung entwickelt werden, die zur Erreichung des Ergebnisses beiträgt, um dann auf der Verhaltensebene konkrete Pläne zur Umsetzung zu entwickeln.¹⁴⁰

Die HaltungsEbene beschreibt die Einstellung, die eine Person gegenüber einer bestimmten Thematik einnimmt.¹⁴¹ Auf dieser Ebene werden die Motto-Ziele angesiedelt. Zur Schaffung intrinsischer Motivation, werden Motto-Ziele v.a. in ihrer sprachlichen Form auf der Basis von drei Kernkriterien gebildet:¹⁴²

1. Formulierung als Annäherungsziel (motivierend, unspezifisch) und nicht als Vermeidungsziel (erkennbar an den Worten: nicht, kein, oder).
2. Zu 100% unter eigener Kontrolle (Expertenunabhängig = Selbstmanagement).
3. Mit ausschließlich positiven Affekten assoziiert.


Dass Motivation (in der Rehabilitation v.a. Behandlungsmotivation) einen wesentlichen Einfluss auf den Umgang mit einer Erkrankung hat, darüber besteht in der Wissenschaft weitgehend Einigkeit.¹⁴⁶ Behandlungsmaßnahmen und Handlungsempfehlungen bedürfen einem entsprechenden Verhalten des Patienten.¹⁴⁷ In der Literatur häufig mit den Begriffen Compliance oder Adherence (Adhärenz) bezeichnet. Es ist davon auszugehen, dass Compliance und der generelle Umgang mit einer schwierigen Erkrankung wie bspw. chronischen Schmerzen keine einfache Aufgabe darstellt und dass die Diskrepanz

¹⁴² Ebd. S. 149
¹⁴⁷ Ebd.
zwischen Ist- und Soll-Wert somit sehr hoch ist. Dennoch ist die Motivation einzelner Patienten sehr unterschiedlich, sodass die Ansprache auf einen Zieltyp sehr individuell sein kann.


3.4 Das ZRM im Rahmen von GUSI & die Seminargestaltung der BGW

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland wird vor Aufnahme einer neuen nicht-medicamentösen Behandlungsmethode in die Regelversor-

---

gung (für alle Versicherten zustehendes Leistungsspektrum der GKV), die Prüfung dieser Methode anhand wissenschaftlicher Belege vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vorgenommen (§ 137e SGB V). Das ZRM als Interventionsmethode ist momentan nicht Bestandteil des Leistungskataloges der GKV.


---

154 Vgl. DGUV (Hrsg.), Richtlinien der UV-Träger, online im Internet: https://www.dguv.de/ [17.06.2019].
155 Vgl. DRV (Hrsg.), Methodik, https://www.deutsche-rentenversicherung.de/ [16.06.2019]
der psychologischen Gruppenarbeit zur Stressbewältigung (F571) und der psychoedukativen Gruppenarbeit – Motivationstraining (F582) zugeordnet und unter den in Klammern genannten Ziffern geschlüsselt werden. Diese sind sowohl in der klinischen Arbeit als auch in der Prävention verwendbar.\(^{156}\)

Mit BETSI (Beschäftigungsfähigkeit teilhabeeorientiert sichern) entwickelte die DRV ein Rahmenkonzept zu den Anforderungen präventiver Leistungen.\(^{157}\) Im Zuge dessen entstand u.a. das ambulante GUSI-Präventionsprogramm, welches am Rehabilitationszentrum Bad Salzuflen von Dr. Olbrich entwickelt wurde und in dem das ZRM vollständig als eine von drei Komponenten integriert ist. Die folgenden Unterkapitel zeigen die Etablierung des ZRM im GUSI-Präventionsprogramms der DRV als ein Beispiel für die Integrierung bei SV-Trägern sowie die qualitativen Anforderungen der BGW an die Seminargestaltung und welche SIP-Seminare bspw. bei der BGW angeboten werden, um Heilung zu fördern. Dies dient in Kapitel 5 als Grundlage für die Beantwortung der zweiten Forschungsfrage und der Aussprache einer möglichen Empfehlung.

### 3.4.1 Das GUSI-Präventionsprogramm der DRV


---

\(^{156}\) Siehe Anhang 6: E-Mail Dr. Olbrich vom 17.06.2019, S. 73
\(^{158}\) Ebd. S.36
\(^{159}\) Ebd.; Unter F findet sich im ICD-10 Schlüssel die Kategorie der psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen.

Olbrich schreibt, dass Prävention gelingt, wenn „(…) es zu einer Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartungen von Menschen kommt, verbunden mit positiven Affekten.“ Dazu bedarf es einem persönlichen „guten Grund“ (Motivation – Haltungsziel).\textsuperscript{164} Das ZRM optimiert die Handlungssteuerung und motiviert für die persönliche Zielerreichung, so dass es zu einer besseren Selbstregulation, auch in schwierigen Situationen kommen kann.\textsuperscript{165} Das Gesundheitsverhalten wird somit ressourcenorientiert gefördert (Salutogenese). Olbrich sieht das ZRM v.a. aufgrund seiner Kernkriterien (s. 3.3) als besonders geeignet für präventive Angebote.\textsuperscript{166}

Seit Beginn wird GUSI kontinuierliche intern und extern evaluiert.\textsuperscript{167} Verglichen wurden GUSI-Teilnehmer (TN) mit psychosomatischen Reha-Patienten. Olbrich gibt auf Nachfrage an, dass die beiden Gruppen, die zur Evaluation herangezogen wurden, völlig unterschiedlich sind, jedoch eventuell eine gemeinsame Entwicklung haben und daher verglichen wurden. Bezogen auf die WAI-Werte nimmt er an, dass die GUSI-Gruppen, wenn sie keine Prävention betreiben würden, eventuell eher zu psychosomatischen

\textsuperscript{161} Ebd. S.22
\textsuperscript{162} Vgl. Olbrich, Das Präventionsprogramm – GUSI, in: Schmid-Ott et al. (Hrsg.): Rehabilitation in der Psychosomatik, 2015, S.40.
\textsuperscript{163} Siehe Anhang 5: Ablauf GUSI-Präventionsprogramm, S. 72
\textsuperscript{165} Ebd.
\textsuperscript{166} Ebd.
\textsuperscript{167} Ebd. S. 43f.
Reha-Patienten werden würden.\textsuperscript{168} Die Auswertung zeigt, dass die „subjektive Arbeitsfähigkeit“ kontinuierlich ansteigt und die Zahl der AU-Tage sinkt. Zudem konnte eine Verbesserung in der Affekt Regulationskompetenz, im bewussten Gesundheitsverhalten, der Stressbewältigung, der Bewegungsaktivität und mit diesen einhergehend gesundheitsförderliche Nebeneffekte wie z.B. eine Gewichtsreduktion sowie eine nachhaltige Reduktion von Ängstlichkeit und Depressivität erreicht werden.\textsuperscript{169} In der persönlichen Einschätzung zeigte sich eine gute Umsetzbarkeit in Beruf und Alltag.\textsuperscript{170} „Die Teilnehmerquote am Refresher-Samstag lag bei über 80%.“\textsuperscript{171} Eine Abgrenzung der Effekte des ZRM und der anderen beiden genutzten Methoden wird in der Evaluation nicht geleistet und ist laut Dr. Olbrich auch nicht möglich.\textsuperscript{172}

\section*{3.4.2 Anforderungen der BGW an SIP-Seminar e

„Die QS in BGW-Seminaren beinhaltet die Betrachtung aller, die Seminarqualität beeinflussender Faktoren [s.u.] (…), die Messung und Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und die Evaluation als Überprüfung der nachhaltigen Wirksamkeit (…) zur Zielerreichung.“\textsuperscript{173} Der QS-Leitfaden stellt vier grundlegende Faktoren dar, die gemeinsam (gleiche Wertigkeit) die Qualität von Seminaren, vor allem in der Vorbe reitung beeinflussen. Zu jedem Faktor sind Qualitätsmerkmale (QMe) definiert, die hier beispielhaft genannt werden:\textsuperscript{174}

\begin{figure}[h]
\centering
\includegraphics[width=\textwidth]{qualitaetsfaktoren.png}
\caption{Qualitätsfaktoren Seminare BGW}
\end{figure}

\begin{itemize}
\item \textsuperscript{168} Siehe Anhang 21, Interview Dr. Olbrich, S. 108
\item \textsuperscript{169} Vgl. Olbrich, 7 Jahre Präventionsprogramm GUSI, 2016, S. 31ff, \url{http://www.zentrum-patientenschutz.de/} \(14.06.2019\).
\item \textsuperscript{170} Ebd. S.43ff.
\item \textsuperscript{171} Vgl. Olbrich, Das Präventionsprogramm – GUSI, in: Schmid-Ott et al. (Hrsg.): Rehabilitation in der Psychosomatik, 2015, S. 42f.
\item \textsuperscript{172} Siehe Anhang 21, Interview Dr. Olbrich, S. 108
\item \textsuperscript{173} Siehe Anhang 7, Leitfaden für den Einsatz von QS-Instrumenten in BGW-Seminaren, S. 74
\item \textsuperscript{174} Ebd.
\end{itemize}
Dem Abschlussbericht zur „Beschreibung von Qualitätsmerkmalen der SIP-GeWo-Seminare der BGW“, welcher das Seminarkonzept der Hautschutz-Seminare darstellt, können die Qualitätsanforderungen für die Mitarbeiter eines Seminars entnommen werden. Hierbei wird zwischen allgemeinen und speziellen Kenntnissen unterschieden und die jeweiligen Kriterien in MUSS- (vor Seminarbeginn vorhanden) und KANN- (wünschenswert, jedoch nicht unbedingt erforderlich) Kriterien unterteilt. Die Dozenten des Seminars müssen dabei mind. eine pädagogische Zusatzqualifikation und Fachkenntnisse in Methodik und Didaktik der Erwachsenenbildung und Seminargestaltung mitbringen. Ein beruflicher Bezug zur Seminarthematik sollte ebenfalls vorhanden sein.\textsuperscript{175} Die max. TN-Zahl ist in diesem Konzept auf 12 begrenzt und das Seminar soll deutlich als BGW-Produkt erkennbar sein.\textsuperscript{176}


\textsuperscript{175} Siehe Anhang 8, Qualifikationsanforderungsprofil für Mitarbeiter/Dozenten bei BGW-Seminaren, S. 78

\textsuperscript{176} Siehe Anhang 9, Qualitätskriterien SIP-GeWo-Seminare - TN-Zahl/Räumlichkeiten, S. 81

\textsuperscript{177} Siehe Anhang 10, Leitfäden zur Durchführung von Evaluationen (BGW), S. 81

3.4.3 Exkurs: Das Schmerz-Seminar der BGW – BV München


Eine erste Evaluation im Hinblick auf die Wirksamkeit des Seminars, die intern von der BV München durchgeführt und von einer Bachelorstudentin 2018 ausgewertet wurde, zeigte, dass die Zahl der Chronifizierungen durch das Seminar nicht signifikant gesenkt

178 Siehe Anhang 8, Leitfaden für den Einsatz von QS-Instrumenten in BGW-Semинаren, S. 74
179 Ebd. S. 74
180 Ebd. S. 74
181 Siehe Anhang 11, Zielgruppe Schmerz-Seminar (BV München), S. 82
182 Siehe Anhang 12, Ablaufprogramm Schmerz-Seminar (BV München), S. 83
183 Siehe Anhang 13, Ziele des Schmerz-Seminars (BV München), S. 85
184 Eigene Anschauung des Schmerz-Seminars am 14.03.2019
werden konnte. Auch die Zahl der AU-Tage wurde nicht reduziert. Allerdings bietet das Seminar den TN eine Unterstützung für den Umgang mit den Schmerzen, um so lebenswerter arbeiten und leben zu können.\textsuperscript{185} Seit dem 01.03.2017 erfolgt die Evaluation durch die Abteilung GPR (Gesamtbereich Prävention und Rehabilitation) der BGW BV Berlin in Form einer Interventions-Kontroll-Studie. Die Auswertung der Studienergebnisse ist derzeit in Bearbeitung.\textsuperscript{186}

3.4.4 Exkurs: Das Stressmanagement-Seminar der BGW – BV Mainz


Eine offizielle Evaluation erfolgte bisher nicht.\textsuperscript{189} Nach Aussage der Dozentin ist die Zufriedenheit der Teilnehmer v.a. durch das „Wohlfühl-Setting in den Hotels“ sehr

\begin{footnotesize}
\begin{itemize}
\item \textsuperscript{185} Siehe Anhang 14, Evaluation Schmerz-Seminar (BA Frau Riasanow – BV München), S. 85
\item \textsuperscript{186} Siehe Anhang 15, Evaluation GPR Schmerz-Seminar (BV München), S. 86
\item \textsuperscript{187} Siehe Anhang 16, Ablaufplan Stressmanagement-Seminar BGW, S. 87
\item \textsuperscript{188} Eigene Anschauung des Seminars am 21.05.2019
\item \textsuperscript{189} Siehe Anhang 18, Interview E1 (02.05.2019), S. 95
\end{itemize}
\end{footnotesize}
Eine Aussage hinsichtlich Wirksamkeit und Umsetzung der erlernten Stress-Strategien und des selbstentworfenen Anti-Stress-Plans im Alltag konnte nicht getroffen werden.

4. Ergebnisse


4.1 Studienergebnisse & Forschungslage zum ZRM

Das ZRM ist mit der Aktivierung der persönlichen Ressourcen und der Bildung von Handlungspotenzialen v.a. für die aktuelle gesundheitspsychologische Forschungsbewegung von Interesse. Ursprünglich wurde das ZRM für Lehrer entwickelt und in Zusammenarbeit mit dem pädagogischen Institut der Universität Zürich gelehrt. Daher besteht bereits eine große Anzahl an universitären Arbeiten im pädagogischen und psychologischen Kontext. Hierin wurden vielfach auch die Motto-Ziele in ihrer Wirkung (s. 3.3.2) untersucht. Zum Thema Motto-Ziele, Krankheit und Heilung gibt es derzeit keine expliziten Studienergebnisse. Klinische Interventionsstudien sind ebenfalls nur in geringem Maße vorhanden. Auffällend während der Studienrecherche war, dass die Studien, die das ZRM untersuchen hauptsächlich auf den europäischen und hier v.a. auf den deutschsprachigen Raum begrenzt sind. Einzelne Studienergebnisse wie die „ZRM

& Stress* Studie sind in englischer Sprache verschriftlicht und publiziert wurden. Eine Übersicht über die Studiendesigns der drei Studien findet sich in Anhang 29.192

**ZRM & Stress**


**ZRM & Essstörungen**

In dieser Studie konnte nachgewiesen werden, dass das ZRM „(…) eine Verbesserung der Affektregulationskompetenz durch die Verbesserung der allgemeinen Handlungssteuerung [und] der Handlungsorientierung nach Misserfolg (…) bewirken kann. Hinzu kommen die positiven Ergebnisse zur Veränderung im Erleben und Verhalten, welche zusätzlich die erhöhte Affektregulationskompetenz der Probanden bestärkt.“196 Zudem konnte für den Zeitraum der Studie (1,5 Jahre) durch die Verbesserung der Affektregulationskompetenz ein positiver Einfluss auf das Essverhalten mit dem ZRM genommen werden197. Um den Verlauf des Essverhaltens zu beobachten, müsste die Studie über einen längeren Zeitraum durchgeführt werden.

**ZRM & Asthma**

---

192 Siehe Anhang 29, Studienauswertung – Übersicht, S. 158
194 Ebd.
196 Weber: Ich fühle was ich will!, 2007, S. 126, https://zrm.ch/ [30.06.2019]
197 Ebd. S. 127

4.2 Experteninterviews


---

I. Einsatzfelder & klinische Wirksamkeit des ZRM auf Stress

Kernaussage: Mit dem ZRM-Training kann ein positiver Einfluss auf den Heilungsverlauf und v.a. auf stressinduzierte Heilungsverzögerungen genommen werden.

Zentrale Frage: „Wie „krank“ darf ein Teilnehmer/Patient sein, um noch vom ZRM profitieren zu können?“ Dazu sind Definition und Evaluation von Grenzen der Betroffenheit innerhalb einer Erkrankung notwendig.

Subkategorie: Nutzen der Impulsvorträge i. S. d. Psychoedukation

„Also weg von der Situation und das ganze mal objektiv zu betrachten und vor allem neurobiologisch, war für sie sehr befreiend.“ (E4, Nr. 2, S. 146)

Die Experten sehen die Impulsvorträge als einen wichtigen Bestandteil der ZRM-Intervention an, da diese einen objektiven und distanzierten Blick auf die Situation schaffen. Hervorgehoben wird der Impuls der Neuronalen Plastizität, der durch die Verbildlichung, dass alte ungewünschte (maladaptive) Netze durch neue gewünschte (wohladaptive) Netze, die ein gewünschtes Verhalten generieren, ersetzt werden können, dem Klienten ein Gefühl von Erleichterung und Befreiung schafft. Eigene

---

199 Siehe Anhang 30/31, Interviewauswertung, S. 165/167
200 Siehe Anhang 18, 21, 27: Interview E1, Nr. 4, S. 99f; Interview Dr. Olbrich, Nr. 10a, S. 119f; Interview Dr. Weber, Nr. 7a, S. 154
201 Siehe Anhang 27, Interview Dr. Weber (ISMZ), Nr. 2, S. 146ff
202 Ebd. Nr. 2, S. 146
Schulduzuweisungen, die auf den nicht brauchbaren Verhaltensweisen der alten Netze basieren, werden somit herunterreguliert. Wissen schafft die Möglichkeit zum Selbstmanagement und zur Selbstmotivation, damit steigt das Selbstwirksamkeitserleben und dies hat wiederum einen positiven Effekt auf Gesundheit & Wohlbefinden.

Subkategorie: Nutzen positiver Affekte


Beispiel: „(...) andauernder Stress ist vergleichbar mit einem Trauma und kann zu Dissoziationen führen (...) – (...) [bis zur] (Gefühlsblindheit). [Diese korreliert mit] psychischen und körperlichen Erkrankungen wie z.B. zu 33% mit chronischen Schmerzerkrankungen.“

Subkategorie: Klinisches Einsatzfeld

---

203 Ebd. Nr. 6, S. 152f
204 Ebd. Nr. 5a, S. 151f, Nr. 6, S. 152f
205 Siehe Anhang 21, 24, 27: Interview Dr. Olbrich, Nr. 6a, S. 115; Interview E3, Nr. 6, S. 134; Interview Dr. Weber (ISMZ), Nr. 3c, S. 148f
206 Siehe Anhang 21, 27: Interview Dr. Olbrich, Nr. 3, S. 111; Interview Dr. Weber, Nr. 3c, S. 148
207 Siehe Anhang 27, Interview Dr. Weber, Nr. 5a, S. 151
208 Siehe Anhang 27, Interview Dr. Weber, Nr. 3c, S. 148f
209 Ebd. Nr. 5, S. 152
Ein (...). Punkt ist, dass das ZRM nicht direkt bei der Krankheit ansetzt und bei Gründen für die Erkrankung, also auf der bewussten Ebene, sondern auf der Ebene der Gefühlregulation. (E4, Nr.5a, S.152)


Subkategorie: Stressentwicklung & Stressreduktion

Wer ZRM kann, ist in der Lage, die akute Stressreaktion besser abzupuffern.
Inkongruenz (Nichtsynchronisierung von unbewussten Bedürfnissen & bewussten Motiven)\textsuperscript{220} kann zu einer subklinischen Symptomatik (Adipositas, Hypertonie, Schmerz, …) führen, die eine Handlungsausführung und Überquerung des Rubikon nicht mehr möglich macht. Die dadurch erzeugten negativen Affekte können schließlich bis zu stressassoziierten Erkrankungen führen. Um zwanghaft Handlung generieren zu können wird mittels Selbstkontrolle versucht das Unbewusste zu lenken.\textsuperscript{221} Zur \textit{Synchronisierung der Systeme} und schließlich zur Reduktion von stressassoziierten Symptomen ist die Kommunikation mit dem Unbewussten entscheidend. Dieses ist in der Lage, verschiedene Lösungen miteinander zu verbinden & „Sowohl-Als-Auch-Lösungen“ zu entwickeln.\textsuperscript{222} Die erfolgreiche Synchronisierung soll bereits direkt nach der Intervention merkbar sein und ist abgesehen von der subjektiven Wahrnehmung laut E2 auch über biologische Marker messbar (Gewicht, Cortisol, HRV).\textsuperscript{223} E3 und E4 geben die umfassende Verbesserung aller Symptome innerhalb eines halben Jahres an und heben v.a. den besseren und gelasseneren Umgang mit Belastungen beruflich sowie privat hervor (s. Befindlichkeitsskala E3 im Anhang \rightarrow Verbesserung um 2,4 Punkt-werte).\textsuperscript{224}

\textbf{Subkategorie: Ressourcenaktivierung & -orientierung}

Die unterschiedlichen Elemente in der Transferarbeit bieten für jeden TN (individuelle & personenbezogen) dauerhaft funktionierende Ressourcen an.\textsuperscript{225} Besonders bewährt hat sich laut E4 die Kombination aus Motto-Zielen & Wenn-Dann-Plänen.\textsuperscript{226} Als eine besonders wertvolle soziale Ressource wird v.a. im Rahmen von GUSI die Gruppe angegeben (Vernetzungsphänomen, guter Erfahrungsaustusch durch „Gleichgesinnte“, Motivation durch Gruppendynamik, Rückgriff auf Gruppe im Alltag bei Belastungen).\textsuperscript{227}

\begin{footnotesize}
\begin{enumerate}
\item Ebd. Nr. 6a, S. 116; Anhang 27: Interview Dr. Weber, Nr. 3c, S. 148
\item Siehe Anhang 21, Interview Dr. Olbrich, Nr. 6a, S.115f
\item Siehe Anhang 27, Interview Dr. Weber, Nr. 3a, S. 149
\item Siehe Anhang 21, Interview Dr. Olbrich, Nr. 6b, S. 116
\item Siehe Anhang 24, 27: Interview E3, Nr. 6, S. 134; Interview Dr. Weber, Nr. 7b, S. 155
\item Siehe Anhang 21, 24, 27: Interview Dr. Olbrich, Nr. 11, S. 120; Interview E3, Nr. 5/8, S. 133/135; Interview Dr. Weber, Nr. 8, S. 153/155
\item Siehe Anhang 27, Interview Dr. Weber, Nr. 6a, S. 153
\item Siehe Anhang 21, 24: Interview Dr. Olbrich, Nr. 1/12b, S. 119f/121; Interview E3, Nr. 4, S. 132
\end{enumerate}
\end{footnotesize}

**2. Evidenz der Studienergebnisse & Replizierbarkeit der Studie: „Stressmanagementtraining mit dem Zürcher Ressourcen Modell“ bei Menschen mit stressassoziierten Heilungskomplikationen**


**Subkategorie: Evidenz der Studienergebnisse**


**Subkategorie: Replizierbarkeit der „Stress-Studie“**

Zwei der Experten äußern sich skeptisch gegenüber der o.g. Studienreplikation mit bereits erkrankten Menschen. Die folgende Tabelle zeigt die Gründe der Experten:

<table>
<thead>
<tr>
<th>E4</th>
<th>E2</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>- Hohe Kosten für harte Variablen in Studien</td>
<td>- Biologisches Stressbewältigungssystem muss nicht immer eine</td>
</tr>
</tbody>
</table>

---

228 Siehe Anhang 21, Interview Dr. Olbrich, Nr. 3, S. 111
229 Ebd. Nr. 1, S. 119f
230 Ebd. Nr. 7, S. 117; Anhang 27, Interview Dr. Weber, Nr. 3c/5/6, S. 148f/151f/153
231 Siehe Anhang 27, Interview Dr. Weber, Nr. 4/4a, S. 149f
232 Ebd. Nr. 5a, S. 151
233 Siehe Anhang 21, Interview Dr. Olbrich, Nr. 8, S. 118
Aufgrund der in Kategorie 1 dargestellten physiologischen Zusammenhänge sehen beide Experten die Effekte jedoch auch bei bereits erkrankten Menschen mit stressbedingten Heilungsverläufen als replizierbar an. E2 schlägt zudem vor eine ähnliche Studie mit Blick auf die Wiederaktivierung der Cortisolreaktion (Messung der Cortisolwerte vor und nach dem Ressourcentraining) durchzuführen.²³⁴


**Subkategorie:** Wirkung & Bildung von Motto-Zielen

Durch die Passung von Motto-Zielen zur persönlichen Identität (Identitätsziele) und die Bildung auf der Haltungsebene können die hohe Motivationskraft entfalten. Dies ist erkennbar an den positiven somatischen Markern und der damit einhergehenden Einbindung des Unbewussten (Synchronisation), die zu einer Einstellungsänderung (Veränderung der kognitiven Bewertung) führen. Diese führt im ersten Moment zu einem Gefühl der Erleichterung und anschließend zu mehr Zuversicht, Gelassenheit und Selbstberuhigung. Damit kann ein entscheidender Einfluss auf den Umgang mit einer

---

²³⁴ Ebd.
chronischen Erkrankung genommen werden. Folge kann z.B. die in Kategorie 1 dargestellte Symptomreduktion, v.a. bei stressbedingten Befindlichkeitsstörungen sein.  

Subkategorie: Dauer & Anwendung von Motto-Zielen im Alltag

„Ein gut gebildetes allgemeines Motto-Ziel hält lange [evtl. ein Leben lang].“  
*(E2, Nr. 12, S.120)*

Durch die einzelnen Elemente der Transfersicherung (Embodiment, Bild, Wenn-Dann-Pläne, Priming) sind die Motto-Ziele laut drei der vier Experten gut aufrecht zu erhalten. Die durchschnittliche Dauer der „aktiven“ Verfolgung, bis sich das neue neuronale Netz zum Automatismus ausgebildet hat wird mit drei Monaten bis zu einem Jahr, je nachdem wie sehr die Ressourcen genutzt werden, angegeben.  

Zudem ist die Dauer abhängig davon, ob das Motto-Ziel themenspezifisch oder offen gebildet wurde. Themen-spezifische Motto-Ziele begleiten die Personen in der Situation, für die sie gebildet wurden. Wenn diese vorbei ist, braucht man sie nicht mehr.

Subkategorie: Vereinbarkeit der beiden Zielfen


Zudem sprechen Motto-Ziele viele verschiedene Ebenen an und können somit

---

235 Ebd. Nr. 12a/b, S. 121; Anhang 24, Interview E3, Nr. 6/7/9, S. 133ff/136; Anhang 27, Interview Dr. Weber, Nr. 5a/6a/7a/b, S. 152-155
236 Siehe Anhang 21, 24, 27: Interview Dr. Olbrich, Nr. 11/12, S. 120; Interview E3, Nr. 8, S. 135; Anhang 27, Interview Dr. Weber, Nr. 8, S. 155
237 Siehe Anhang 21, Interview Dr. Olbrich, Nr. 12, S. 120
238 Siehe Anhang 21, 27: Interview Dr. Olbrich, Nr. 6a/2, S. 115ff/110f; Interview Dr. Weber, Nr. 6a/2, S. 153/145
239 Siehe Anhang 21, Interview Dr. Olbrich, Nr. 7, S. 117
unterschiedliches Verhalten generieren.\textsuperscript{240} Entscheidend ist die Abfolge der Ziel Wahl, nicht die Qualität:

„Die Botschaft wäre (..): Bevor Ihr Leute dazu bringen wollt, bestimmte Dinge konkret zu tun, wäre es sinnvoll erst mit den Leuten daran zu arbeiten, dass sie das in einer guten ressourcenvollen inneren Haltung tun. Deshalb erst Motto-Ziel und dann erst die Handlungsziele (S.M.A.R.T.-Ziele).“(E2, Nr. 12a, S. 121)

\textbf{4. GUSI als ein Beispiel für die Etablierung des ZRM in der Sozialversicherung}

\textbf{Kernaussage:} Die gewählte Struktur-, Prozess- & Ergebnisqualität ist entscheidend für das Outcome von GUSI.

\textbf{Subkategorie: Effekte}

Ehemalige GUSI-TN haben laut E2 eine bessere Selbstwahrnehmung und suchen bei Bedarf früher Hilfe auf (Reduktion des Risikos zur Entwicklung einer psychosomatischen Erkrankung). Bewegung und Entspannung im Rahmen von GUSI führen zu zusätzlichen positiven Affekten.\textsuperscript{241}

„Die Kombination finde ich (..) den Goldstandart. Nur ZRM macht sicherlich auch Sinn, (…) aber in der Kombination finde ich es großartig.“ (E3, Nr 10, S. 136)

\textbf{Subkategorie: Qualitätsanforderungen von GUSI}

\textbf{Strukturqualität:} Das ZRM-Training im Rahmen von GUSI wird nur von Ärzten & Psychologen mit ZRM-Grundkurs durchgeführt.\textsuperscript{242}

\textbf{Prozessqualität:} Der Ablauf von GUSI gleicht einer Sinus kurve ähnlich dem biologischen Rhythmus aus Phasen der Aktivität (Bewegung, ZRM) und Entspannung.\textsuperscript{243}

\textbf{Ergebnisqualität:} Der positive Outcome ist laut E2 v.a. auf die Diagnostik und die differenzierte Abgrenzung zwischen Prävention und Psychotherapie zurückzuführen (Auswahl der TN erfolgt ausschließlich von ärztlicher Seite).\textsuperscript{244}

\textsuperscript{240} Ebd., Nr. 13, S. 122; Anhang 27, Interview Dr. Weber, Nr. 7, S. 154
\textsuperscript{241} Siehe Anhang 21, Interview Dr. Olbrich, Nr. 5a/4a/b, S. 115/112f
\textsuperscript{242} Siehe Anhang 21, Interview Dr. Olbrich, Nr. 1, S. 111f
\textsuperscript{243} Ebd., Nr. 4b, S. 113
\textsuperscript{244} Ebd. Nr. 2a/10a, S. 111/120
Subkategorie: Refresher-Samstag


<table>
<thead>
<tr>
<th>5. ZRM-Implementierung bei der BGW</th>
<th>(Anforderungen, Seminarentwicklung, Nutzen)</th>
</tr>
</thead>
</table>

Kernaussage: Das ZRM wäre für den Einsatz bei der BGW durchaus denkbar und in einer Pilotierung zu testen.

Subkategorie: Ressourcenorientierung der BGW

Momentan sieht E1 die ressourcenorientierte Ausrichtung der Arbeitsweise der BGW allgemein und speziell im Bereich des Reha Managements noch als zu gering an. Er führt dies auf die Ausrichtung des Systems in der momentan noch bestehenden ICD 10 zurück.

„(...) wenn die ICD und die ICF in der Einführung der ICD 11 (...) miteinander verschmolzen werden, führt letzten Endes kein Weg daran vorbei, sich mit Ressourcenorientierung auch inhaltlich auseinander zu setzen. (...) D.h. wenn es im System drin ist, kann ich in der Steuerung im Heilverfahren auch damit arbeiten."

Subkategorie: Qualitätsanforderungen (Prozess-/Struktur-/Ergebnisqualität)

Zum Einsatz bei der BGW sollte das ZRM kompatibel mit dem BGW-Stresskonzept (s. 3.3.2) sein. Im Hinblick auf die Prozessqualität wird derzeit davon ausgegangen, dass die Trainer nach sorgfältiger Auswahl in der Lage sind, die Seminare in geeigneter Güte und Fähigkeit an die TN zu bringen. D. h. es erfolgen mehr oder weniger nur noch die Vorgabe von räumlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen i. S. d. Strukturqualität (s. 3.5.2). Organisatorisch ist es wichtig zu wissen, wie die räumlichen

245 Ebd., Nr. 1, S. 110
246 Siehe Anhang 27, Interview Dr. Weber, Nr. 4a, S. 150f
247 Siehe Anhang 18, Interview E1, Nr. 1, S. 96f
248 Ebd. Nr. 4, S. 100
249 Ebd. Nr. 7, S. 101


Subkategorie: Schmerz-Seminar

**Einschätzung E2 und E4 zum Seminar:** Die Ebene des Unbewussten fehlt (der Aufbau und die Bestandteile sind sehr kognitiv). Eine Etablierung des ZRM mit themenspezifischer Bildwahl wäre hier erfolgsversprechend z.B. unter folgender Fragestellung: „Was kann mich dabei unterstützen mit meinem Schmerz besser zu leben?“. So wäre das Seminar noch mehr auf die Schulung des Umgangs mit der Erkrankung gerichtet.  

**Subkategorie: Zielgruppe (Indikationen)**

Die Indikationen müssten innerhalb der Pilotierung gesondert geprüft werden. Denkbar wäre eine „Endverbraucherschulung“ (Voraussetzung: arbeitsbedingte Gesundheitsgefahr muss so stark vorliegen, dass eine direkte Schulung als sinnvoll erachtet wird) mit den Vers., die auch am Schmerz-Seminar teilnehmen oder den TN des SIP-Stresses. Der Aufbau und die Etablierung des ZRM wären ähnlich dem Aufbau SIP-Haut zu SIP-Stress möglich (s. 3.5.3).

**Subkategorie: Ablauf Seminarentwicklung**


### 6. Ausblick

**Kernaussage:** Sicherstellung der Transferarbeit mittels ZRM-Smartphone-App.

Alle befragten Experten geben an, dass das ZRM auf weitere SV-Träger ausgeweitet werden sollte. E3 befürwortet den grundsätzlichen Einsatz des ZRM bzw. GUSI bei Menschen mit Lebenskrisen & Schwierigkeiten in der Handlungsumsetzung.

---

258 Siehe Anhang 21, 27: Interview Dr. Olbrich, Nr. 7b/12a, S.118/121; Interview Dr. Weber, Nr. 7a, S. 154

259 Siehe Anhang 18, Interview E1, Nr. 3b/4, S.98ff

260 Ebd. Nr. 11, S. 103

261 Ebd. Nr. 3b/c, S. 98f

262 Ebd. Nr. 4, S. 99; Anhang 21, Interview Dr. Olbrich, Nr. 13/14, S. 121ff; Anhang 24, Interview E3, Nr. 11, S. 136f; Anhang 27, Interview Dr. Weber, Nr. 10, S. 156

263 Siehe Anhang 24, Interview E3, Nr. 11, S. 137

5. Diskussion – Beantwortung der Forschungsfragen


1. Inwieweit kann durch das ZRM ein positiver Einfluss auf stressinduzierte Heilungsverzögerungen genommen werden?

Ein entscheidender Einflussfaktor bei chronischem Stress ist das Hormon Cortisol. Durch seine immunsuppressive Wirkung können stressinduzierte Heilungsverzögerun-

264 Siehe Anhang 27, Interview Dr. Weber, Nr. 4a, S. 150
265 Siehe Anhang 18, Interview Herr, Nr. 3b, S. 98
266 Siehe Anhang 21, Interview Dr. Olbrich, Nr. 14, S. 122
267 Siehe Anhang 32, Anforderungen der BGW in Relation zum ZRM, S. 178

**Abbildung 5: Erkenntnismodell - Zusammenhänge Stress, Krankheit, Einstellung - Ansatz des ZRM**

Quelle: Eigene Darstellung

Der Basisliteratur zum ZRM, den dargestellten Studien sowie der Aussagen der Experten kann entnommen werden, dass zwischen der affektiven Bewertung (Gefühlswahrnehmung) eines Stressors, die u.a. in der Amygdala stattfindet (s. 3.2.2) und der Affektregulationskompetenz, die durch das ZRM gesteigert wird (s. 4.2), eine Verbindung besteht. Auch die subjektive Bewertung der Schmerzintensität findet u.a. in der Amygdala statt. Über die Reduzierung negativer Affekte, indem die

---

268 Siehe Anhang 4, Stress und somatische Gesundheitsrisiken, S. 71

Zudem ist die Arbeit mit dem Unbewussten entscheidend wenn Motivkonflikte (s. 3.3.2) bestehen. Motivkonflikte führen zu Spannung und Stress im Organismus und verhindern so eine aktive Handlungsausführung und Zielverfolgung. Mit der Entwicklung des Motto-Ziels, dem Kernstück des ZRM, findet die Synchronisierung der beiden Systeme und damit die Auflösung der Spannung (Stress) statt. Dies führt zur Generierung einer neuen Haltung und damit zu einer Einstellungsänderung (s. Abb. 5) hinsichtlich der krankheitsverbundenen Stresssituation. Die Arbeit mit dem Unbewussten stellt somit den zweiten entscheidenden Wirkfaktor im ZRM dar.


_____________________

269 Weber, Ich fühle, was ich will, 2017, S. 70.
der Cortisol Reaktion nicht pauschal auf erkrankte Personen übernommen werden können. Eine Fortführung dieser Studie bspw. mit chronischen Schmerzpatienten wäre denkbar, jedoch hinsichtlich der wissenschaftlich korrekten Durchführung schwierig (Medikamenteneinfluss, Schwere der Erkrankung, etc.).

2. **Stellt das ZRM ein geeignetes Modell für SIP-Seminare der BGW dar?**


\(^{270}\) Siehe Anhang 32, Anforderungen der BGW in Relation zum ZRM, S. 178
BGW aussprechen. Dies v.a. vor dem Hintergrund der erreichbaren Effekte mit dem ZRM.

GUSI stellt die beispielhafte Implementierung des ZRM bei der DRV als einem Sozialversicherungsträger dar. Das Programm stellt hohe Anforderungen an Trainer sowie zeitliche und organisatorische Ressourcen. Dies wird zum einen aus den Angaben der Experten, der Evaluation von GUSI und dadurch, dass die in Kapitel 3.4 dargestellten Voraussetzungen zur Zulassung bei der DRV gegeben sind, deutlich. Die Kombination an Maßnahmen (Bewegung, Entspannung, ZRM) stellt eine gelungene Ergänzung für die Gesundheitsförderung der Teilnehmer dar. Zudem kann das Durchlaufen aller fünf ZRM-Phasen sowie die Transfersicherung im Alltag sichergestellt werden. Als Beispiel für die Etablierung eines alleinstehenden „ZRM-Seminars“ für Versicherte der BGW ist GUSI durchaus denkbar. Besonders interessant für die mögliche Pilotierung eines ZRM-Seminars bei der BGW ist bei der GUSI-Evaluation die Angabe, dass die subjektive Arbeitsfähigkeit ansteigt. Dies wäre ein Indiz für die von E1 vorgeschlagene Hypothese, die im Rahmen der ZRM-Pilotierung überprüft werden könnte: *Die Erhöhung der Selbstmanagementfähigkeit führt zu einer höheren Schmerzbewältigungsfähigkeit und damit zu einer besseren Wiedereingliederung.* Mit dem ZRM könnte über die individuelle kognitive Bewertung der Schmerzintensität Einfluss auf den Umgang mit chronischen Schmerzen genommen werden (s. 3.2.2 + 4.2). Zudem wird innerhalb der Interviews deutlich, dass darüber auch eine innere Distanz zum Schmerz aufgebaut werden kann, was wiederum zu einer möglichen Schmerzlinderung durch die geringere Schmerzfokussierung führt. Zur Sicherstellung dieses Einflusses wäre eine Wirksamkeitsstudie mit den Versicherten, die am Schmerz-Seminar teilnehmen denkbar und von Vorteil.

Ein weiterer wichtiger Ansatzpunkt zur ZRM-Etablierung ist, dass die meisten Reha-Maßnahmen innerhalb eines Heilverfahrens auf der Verhaltensebene ansetzen und so laut E4 und E2 des Öfteren zu Misserfolgen und Therapieabbrüchen führen (s. 4.2). Während der Untersuchung der Anwendungsfelder des ZRM (s. 3.4) konnte herausgearbeitet werden, dass für die Seminarentwicklung (s. 3.4.2) sowie für die Seminargestaltung (s. SIP-Stress – 3.4.4) zur Zielformulierung hauptsächlich die S.M.A.R.T.- Methode verwendet wird. Innerhalb der Seminare war zusätzlich zu beobachten, dass die Maßnahmen des Seminars überwiegend auf der kognitiven Ebene stattfanden und die möglichen unbewussten Bedürfnisse nicht berücksichtigt wurden. Um Zielidentifika-


Die von E1 aufgezeigte verstärkte Ressourcenorientierung, die mit der Einführung der ICD 11 auf die Leistungserbringer und -träger zukommt, macht die Notwendigkeit der Verwendung eines ressourcenorientierten Selbstmanagement-Trainings umso mehr deutlich.

---

6. Fazit & Ausblick

„Nicht WAS ich mache ist entscheidend, sondern WIE (in welcher Haltung) ich es mache.“\(^{274}\)

Aus den oben genannten Studienergebnissen sowie der Datenerhebung im Rahmen der Experteninterviews geht hervor, dass das ZRM einen signifikanten Einfluss auf das Stresserleben und die dabei zugrundeliegenden biologischen Marker (Cortisol) nehmen kann. Mittels des ZRM-Trainings kann die Cortisol-Reaktion vermindert werden, womit wiederum die Gefahr stressinduzierter Heilungsverzögerungen gedämpft wird. Zudem führt die Synchronisierung von bewussten Motiven und unbewussten Bedürfnissen zu einer Spannungsreduzierung, welche die körperphysiologische Stressreaktion vermindert. Die Förderung der Affektregulationskompetenz durch das ZRM ist ein weiterer Faktor, der über eine situationsgerechte Gefühlregulierung und -wahrnehmung das Stresserleben reduziert. Im Gesamten kann durch die regulatorische Komponente und die Einbindung des Unbewussten die Veränderung der inneren Haltung und somit eine Einstellungsänderung erreicht werden, die den verbesserten Umgang mit dem krankheitsverbundenen Stress ermöglicht.

Um jedoch eine abschließende Aussage zu der Frage treffen zu können, ob das ZRM einen positiven Einfluss auf Heilungskomplikationen nehmen kann, müssen weitere Studien durchgeführt werden. Idealerweise mit harten Variablen (Cortisol, Herzratenvariabilität, etc.). In diesen möglichen Studien sollte konkret auf einzelne Krankheitsbilder, deren Komplikationen und Krankheitsstadien eingegangen werden, um hier zudem eine Aussage darüber treffen zu können, bis zu welchem Grad der Erkrankung das ZRM in der Klinik anwendbar ist und ab wann eine therapeutische Intervention erforderlich ist. Denkbar ist auch die Kombination von ZRM und Therapie.


---


Anhang
Anhang 1: Prozessbeschreibung Fragenexploration Interviews
**Anhang 2: Das Bio-Psycho-Soziale Modell der WHO**

![Diagram of the Bio-Psycho-Soziale Model of WHO](image)


**Anhang 3: Stress und somatische Gesundheitsrisiken**

![Diagram of somatic health risks](image)

Anhang 4: Ablauf GUSI-Präventionsprogramm

Vorgespräch & Diagnostik
Diagnostik mit medizinischem Teil (Präventionsmediziner), berufsbezogenem Teil (Sozialarbeiter), psychosoziale Diagnostik (ca. 3h)

Initialphase A -
3 Tage teilstationär (Do-Sa) + anschl. Mittwochabend (Abschluss Phase A)

ZRM - Bildung eines Motto-Ziels
(30 Ust.)

PMR (20 Ust.)

Bewegungstherapie (30 Ust.)
• Aktivierung (NW, MTT)
• Achtsamkeit/Körperwahrnehmung

Trainingsphase B - 6 Mittwochabenden
(Vordergrund: Handlungsorientierung)

Erprobung des Erlernten im Alltag

Vertiefung der Trainingselemente

Vorstellen von Erfolgen

"Eigenaktivität": Training der Motto-Ziel-Haltung über 5 Monate

"Refresher-Samstag"

Wdh. und vertiefen aller Trainingselemente

Zentral: Erfahrungen und Erfolge der letzten Monate

Anhang 5: E-Mail Dr. Olbrich vom 17.06.2019

Von: Dr.med.Dieter.Olbrich@dvn-bund.de
Betreff: Antwort: KTL der DRV
Datum: 17. Juni 2019 um 08:08
An: Tamara Schneider schneider.tamara.09@gmail.com

Liebe Frau Schneider,

der frühe Vogel fängt den wurm:) - also

frühe Frage-rasche antwort:

nein, das ZRM selbst ist nopch nicht in der KTL hinterlegt. Aber:
ich verschlüssle es bei der GUSI Dokumentation unter 2 Ziffern, beide im
Kapitel F:

F 571 Psychologische Gruppenarbeit, Stressbewältigung
F 582 Psychoedukative Gruppenarbeit : Motivationstraining

Diese Ziffern sind sowohl für Prävention als auch für die klinische Arbeit
nutzbar. Natürlich wäre es gut, in der nächsten Überarbeitung eine Ziffer
für "ressourcenorientiertes Selbstmanagement mit ZRM" zu haben.

Beste Grüße,
Dr.Olbrich

Dr.med.Dieter Olbrich
Ärztlicher Direktor
Rehabilitationszentrum Bad Salzuflen
der Deutschen Rentenversicherung Bund
Klinik Lipperland - Klinik am Liehofz
Am Ostpark 1
32105 Bad Salzuflen
Tel.: 05222 / 62 21 60
Fax.:05222/ 62 21 97
mail: Drmed.Dieter.Olbrich@dvn-bund.de
Anhang 6: Studienauswertung – Übersicht

Soweit nicht anders angegeben beziehen sich die folgenden Angaben auf die Ausführungen in den Studien. Der Quellennachweis findet sich an der jeweils benannten Studie.

<table>
<thead>
<tr>
<th>ZRM &amp; Essstörungen</th>
</tr>
</thead>
</table>

Untersuchte Fragestellung (F):

1. Erhöht das ZRM-ED die Affektregulationskompetenz von Menschen mit Essstörung?
2. Beeinflusst das ZRM-ED das Essverhalten von Menschen mit Essstörung?

Population:
- Randomisierung nach Eintrittszeit in die Polyklinik für Essstörungen der Universität Zürich: Ersten 12 → Kontrollgruppe, anschließend 9 → Interventionsgruppe
- Ausschließlich weibliche Teilnehmer
- Einschlusskriterium: Diagnose Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, EDNOS

Durchführung:
- 1. Erhebung bei Eintritt in die stationäre Behandlung
- Anschließend erhielt die Treatmentgruppe das ZRM-ED und die Kontrollgruppe ein Arbeitstraining
- 3 weitere Erhebungszeitpunkte wurden durchgeführt – Untersuchungsinstrumente waren verschiedene Fragebögen
- Sobald alle Erhebungen abgeschlossen waren, erhielt die Kontrollgruppe ebenfalls das ZRM-ED, um keine Nachteile zu produzieren


ED steht für Eating-Disorder, da das ZRM hier im Ablauf an die Bedürfnisse von Menschen mit Essstörung angepasst wurde.
**Ergebnisse:**

- 4 Probanden schieden aus, da sie die Fragebögen unvollständig ausfüllten → Auswertung 17 Probanden
- **F1** konnte bejaht werden: „Das ZRM-ED bewirkt eine Verbesserung der Affektregulationskompetenz durch die Verbesserung der allgemeinen Handlungskontrolle, der Handlungsorientierung nach Misserfolg und der Alexithymiewerte der Probanden der Treatmentgruppe. Hinzu kommen die positiven Ergebnisse zur Veränderung im Erleben und Verhalten, welche zusätzlich die erhöhte Affektregulationskompetenz der Probanden bestärkte.“
- **F2** wird ebenfalls positiv gewertet: Ein positiver Einfluss auf das Essverhalten mit dem ZRM-ED kann genommen werden. Um den Verlauf des Essverhaltens zu be-

---

**Quelle:** Weber: Ich fühle was ich will!, 2007, S. 84, online im Internet: [https://zrm.ch/images/stories/download/pdf/wissenschftl_arbeiten/lizarbeiten/lizarbeit_weber_20070901.pdf](https://zrm.ch/images/stories/download/pdf/wissenschftl_arbeiten/lizarbeiten/lizarbeit_weber_20070901.pdf), [30.06.2019]

---

---

**Quelle:** Weber: Ich fühle was ich will!, 2007, S. 126, online im Internet: [https://zrm.ch/images/stories/download/pdf/wissenschftl_arbeiten/lizarbeiten/lizarbeit_weber_20070901.pdf](https://zrm.ch/images/stories/download/pdf/wissenschftl_arbeiten/lizarbeiten/lizarbeit_weber_20070901.pdf), [30.06.2019]
obachten, müsste die Studie über einen längeren Zeitraum durchgeführt werden. Entscheidend für das Essverhalten sei aber der positive Nachweis der Verbesserung der Affektregulationskompetenz, der sich direkt auf das Essverhalten auswirke.  

ZRM & Stress

**Untersuchte Fragestellung (F):**

- Schütten die TN aus der Treatmentgruppe, die das ZRM-S-Training absolviert haben, bei einem standardisierten psychosozialen Stresstest (TSST) weniger Cortisol aus als die TN der Kontrollgruppe, die das ZRM-S Training noch nicht absolviert haben?
- Zusätzlich wurden 5 Fragestellungen zu psychometrischen Parametern gebildet (für die benötigen Ergebnisse hier nicht von Relevanz).

**Population:**

- 64 Männliche, gesunde Probanden, davon wurden 32 zufällig der Treatmentgruppe und 32 der Kontrollgruppe zugeordnet

**Durchführung:**

- Beide Gruppen machten den TSST
- Die Treatmentgruppe erhielt das ZRM-Training drei Monate vor der Versuchsdurchführung sowie zwei Monate nach der Intervention ein Follow-Up von zwei Stunden. Die Kontrollgruppe erhielt das ZRM-S-Training nach der Versuchsdurchführung.
- Zur Messung des individuellen Stresslevels wurde „vor, während und nach Durchführung des TSST, der Cortisolwert der Probanden gemessen.“
- Nach sechs Monaten wurde die Postmessung mittels dreier Fragebogen durchgeführt.

---

278 Ebd. S. 127
280 Bezeichnung für das ZRM-Stresstraining
**Ergebnisse:**

- Die Treatmentgruppe zeigte eine signifikant niedrigere Stressreaktivität auf einen akuten Stressor (TSST), indem sie über die ganze Zeit der Testdurchführung weniger Cortisol ausschütteten als die Kontrollgruppe.
- Dieses Ergebnis zeichnete sich auch noch acht Monate nach der Prä-Messung ab nachhaltige Verbesserung des Wohlbefindens der TN + nachhaltiger Transfer der Kursinhalte.
- Durch das vorangegangene Training ging die Treatmentgruppe gelassener zum Stress- test als die Kontrollgruppe Schlussfolgerung: besserer Umgang mit Stress wurde erreicht
- Die Akzeptanz & Zufriedenheit der TN zum Training war sehr hoch uneingeschränkte Empfehlung der TN.

### ZRM & Asthma

Die folgenden Ausführungen basieren auf einem Artikel zur Wirksamkeitsstudie „Asthma & ZRM“ von Steuerer-Stey et al. (der Volltextzugriff auf die Studie war zum Zeitpunkt dieser Arbeit leider nicht möglich) sowie eine im Rahmen dieser Studie ergänzenden Untersuchung von Benz zu den „Auswirkungen des Selbstmanagement-Trainings ZRM auf den subjektiven Leidensdruck von Menschen mit Asthma.“.

### Untersuchte Fragestellung:

- **Hypothese 1**: Ein gut etabliertes ressourcenaktivierendes, nicht Krankheit spezifisches Training, könnte die Fähigkeit zum Selbstmanagement von Asthmapatienten verbessern. (Effekte in Bezug auf die Selbststeuerungskompetenz und die Selbvwirksamkeit von Menschen mit chronischer Erkrankung)
- **Hypothese 2**: Der durch das Asthma bedingte subjektive Leidensdruck der Treatment- gruppe verkleinert sich von Zeitpunkt 1 zu Zeitpunkt 4 stärker, als der subjektive Leidensdruck der Kontrollgruppe.

---


Population:

- Eingeschlossen wurden Personen, älter als 18 Jahre mit teilkontrolliertem Asthma (gem. Richtlinien der Global Initiative for Asthma (GINA, 2006))\textsuperscript{283}
- Identifizierung der Personen zwischen Oktober und Dezember 2007 in der Ambulanz und Notaufnahme des Universitätsspital Zürich sowie Empfehlungen von Allgemeinmedizinern und Internisten im Kanton Zürich
- 59 Probanden wurden zufällig der Treatmentgruppe (n=30) und der Kontrollgruppe (n=29) zugeordnet

Durchführung:

- Alle TN besuchten eine am Universitätsspital übliche Asthma-Patientenschulung – die Treatmentgruppe erhielt zusätzlich ein ZRM-Training.
- Innerhalb von 3 Monaten gab es 4 Erhebungszeitpunkte mittels Fragebögen.
- Primär erfolgte die Erhebung der Selbstüberwachung der Pat. hinsichtlich ihrer Erkrankung und die Verfolgung eines schriftlichen persönlichen Aktionsplans innerhalb von drei Monaten. Sekundär wurde die vom Patienten berichtete Selbstwirksamkeit erhoben.

Ergebnisse:


Conclusion: Das \textit{unspezifische} ZRM-Training hatte keinen kurzfristigen Einfluss auf das Selbstmanagement der Asthmapatienten. Die Selbstwirksamkeit konnte zwar (insb. nachhaltig in der Treatmentgruppe) verbessert werden, aber ungewiss ist, ob dies auch zu besseren langfristigen Ergebnissen führt.


Zu diesem Ergebnis wird Kritik an der methodischen Vorgehensweise geäußert (Randomisierung, Fragebogenauswahl, zu messende Kriterien).
### 1. Einsatzfelder & klinische Wirk- samkeit des ZRM auf Stress

<table>
<thead>
<tr>
<th>Hauptkategorie</th>
<th>Ausprägung / Unterkategorie</th>
<th>Kernaussage</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Psychoedukation &amp; Neuronale Plastizität</td>
<td>Mit dem ZRM-Training kann ein positiver Einfluss auf den Heilungsverlauf und v.a. auf stressinduzierte Heilungsverzögerungen genommen werden.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Positive Affekte (Affektregulationskompetenzen &amp; Gefühlsregulierung)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Klinisches Einsatzfeld (v.a. chronische Schmerzpatienten)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Einzelintervention</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ZRM als Reha-Maßnahme</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Stressentwicklung (Motivkonflikte) &amp; Stressreduktion</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Ressourcenaktivierung/-orientierung</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 2. Evidenz der Studienergebnisse & die Replizierbarkeit der „ZRM & Stress“-Studie

<table>
<thead>
<tr>
<th>Hauptkategorie</th>
<th>Ausprägung / Unterkategorie</th>
<th>Kernaussage</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Replizierbarkeit „Stress-Studie“</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Wirkung &amp; Bildung von Motto-Zielen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Dauer &amp; Anwendung von Motto-Zielen im Alltag</td>
</tr>
<tr>
<td>Vereinbarkeit der beiden Zieltypen</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Handlungsumsetzung erfolgt nur bei positivem Affekt und hoher Motivation – S.M.A.R.T.-Ziele greifen hier zu kurz.**

4. **GUSI als ein Beispiel für die Etablierung des ZRM in der Sozialversicherung**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Effekte</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Qualitätsanforderungen bei GUSI</td>
</tr>
<tr>
<td>Refresher-Samstag</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Die gewählte Struktur-, Prozess- & Ergebnisqualität sind entscheidend für das Outcome von GUSI.**

5. **ZRM-Etablierung bei der BGW**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ressourcenorientierung der BGW</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Qualitätsanforderungen (Prozess-/Struktur-/Ergebnisqualität, inkl. Kosten)</td>
</tr>
<tr>
<td>Schmerz-Seminar (Evaluation, Ergänzung durch ZRM?)</td>
</tr>
<tr>
<td>Zielgruppe (Indikationen)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ablauf Seminarentwicklung</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Das ZRM wäre für den Einsatz bei der BGW durchaus denkbar und in einer Pilotierung zu testen.**

6. **Ausblick**

| Sicherstellung der Transferarbeit mittels ZRM-Smartphone-App. |

**Frage:** Wie „krank“ darf ein Teilnehmer sein, um noch vom ZRM profitieren zu können? Wo hört Prävention auf und was ist dann schon psychotherapeutisch? (E2, F3) Gerade läuft eine Studie an einer Klinik in Süddeutschland zum Einsatz von ZRM bei Depressionen. Die Datenerhebung läuft noch.
Anhang 8: Interviewauswertung - Zuordnung & Zusammenfassung der Expertenaussagen (2)

Den folgenden Ausführungen sind die Ausarbeitungen zu den Experteninterviews als Quelle zugrunde gelegt (Angabe des Experten, Fragennummer in Klammern). Zu jeder Subkategorie werden die Ergebnisse (Nutzen/Wirkungskette, ...) aus den Interviews dargestellt.

1. Einsatzfelder & klinische Wirksamkeit des ZRM auf Stress

Subkategorie: Nutzen der Impulsvorträge i.S.d. Psychoedukation:

- schaffen für den Klienten einen objektiven, distanzierten Blick auf die Situation (E4, Nr. 2)
- Wissen schafft die Möglichkeit zum Selbstmanagement, damit steigt das Selbsterleben & Selbstwirksamkeitserleben und dies hat wiederum einen positiven Effekt auf Gesundheit und Wohlbefinden (E4, Nr. 5a, Nr. 6)
- Verdeutlichung der Zusammenhänge von Bewusstsein/Unbewusstsein für die Teilnehmer (E3, Nr. 4a)
- Impulsvortrag „Neuronale Plastizität“ → Gefühl der Erleichterung & Befreiung
  o Erleichterung: alte maladaptive (negative - s. 3.2.2) Netze, die als Verhaltensform zur Gefühlsregulierung entwickelt wurden, können durch neue wohlapptive (positive) Netze ersetzt werden (E4, Nr. 2)
  o Befreiung: Persönliche Schuldzuweisung (negativer Affekt), die darauf beruhen, dass die Umsetzung von Handlungen bzw. die Entwicklung der entsprechenden Haltung nicht funktioniert, werden durch die Objektivierung und Distanzierung herunterreguliert (E4, Nr. 6)

„Also weg von der Situation und das ganze mal objektiv zu betrachten und vor allem neurobiologisch, war für sie sehr befreiend.“ (E4, Nr. 2)

Subkategorie: Nutzen positiver Affekte

- Rückgang körperlicher Symptomatik, z.B. bei stressassoziierten Erkrankungen (E2: Nr. 6a, E3: Nr. 6, E4: Nr. 3c)
- Affektlage & Affektregulationskompetenz wirken sich positiv auf den Umgang mit Stress aus → Steigerung des Wohlbefindens → Reduktion von Krankheit/Symptomatik (E4, Nr. 3c)
- eine geschulte Affektregulationskompetenz bleibt bestehen und wächst kontinuierlich weiter (s. 3.1, E4: Nr. 3c)
- Umsetzung von Dingen und Handlung erfolgt nur mit positivem Affekt (E2, Nr. 12a,)
- negative Affekte triggern Symptome \(\rightarrow\) Stresslevel (E4, Nr. 5a)

\(\rightarrow\) Affektregulationskompetenz hat Einfluss auf die selbstgesteuerte Gefühlsregulation:

- Kernkompetenz & zentraler Wirkfaktor des ZRM und in fast jeder ZRM-Studie mit einem positiven Anstieg zu verzeichnen (E4, Nr. 3c)
- Geschieht durch die Einbindung des Unbewussten (hier findet Gefühlsregulation statt – Äußerung in Form somatischer Marker) \(\rightarrow\) Einstellungsänderung \(\rightarrow\) Reduktion negativer Gefühle & Erhöhung positiver Gefühle = ZIEL des ZRM (E4, Nr. 3c)


Diese werden herunterreguliert.“ (E4, Nr. 3c)

- Selbstmotivation führt wiederum zu steigendem Selbstwirksamkeitserleben (E4, Nr. 4/5)
- Beispiele: „Es gibt z.B. auch Untersuchungen, dass andauernder Stress vergleichbar ist mit einem Trauma und halt (..) zu Dissoziationen führen kann. Durch ein Trauma kann sich auch die Alexythemie (Gefühlsblindheit) entwickeln [und diese korreliert mit] psychischen und körperlichen Erkrankungen [wie z.B. zu 33%] mit chronischen Schmerzerkrankungen.“ (E4, Nr. 5)

- Weitere: Essstörungen (E4), Depressionen (E2)

**Subkategorie:** Klinisches Einsatzfeld

- Vielfältige Einsatzmöglichkeiten (E4: Nr. 5, E2: Nr. 7)
- Als unterstützende Maßnahme zum besseren Umgang mit einer Erkrankung: themenspezifisches Arbeiten mit ZRM (E2, Nr. 7/7b)

\(\rightarrow\) Förderung von Selbstwirksamkeitserleben (Grundlage: Erkrankte habe ein eher geringes Selbstwirksamkeitserleben) & Selbstberuhigungsfähigkeit \(\rightarrow\) Herunterregulierung von negativen Affekten \(\rightarrow\) Rückgang v. Symptomen (E2: Nr. 7, E4: Nr. 5a)
- „Ein weiterer Punkt ist, dass das ZRM nicht direkt bei der Krankheit ansetzt und bei Gründen für die Erkrankung, also auf der bewussten Ebene, sondern auf der Ebene der Gefühlregulation.“ (E4, Nr. 5)

- je nach Erkrankungsstadium kann durch die Symptomreduzierung eine Erkrankung auch „eingedämmt“ werden (E4, Nr. 7b)

- **Beispiel:** Chronische Schmerzerkrankung
  
  o Meisten Ziele werden als *Vermeidungsziele* z.B. „Ich möchte weniger Schmerz haben“ (E2, Nr. 12a) formuliert → lenken Fokus noch mehr auf Schmerz/Symptom
    
    ▪ Besser: *Annäherungsziel* z.B. „Ich will lernen meinen Schmerz zu verstehen“ (E2, Nr. 12a) → Grundlage zur Bildung eines Motto-Ziels → Besserung Umgang mit Schmerz + Ressourcenaktivierung = Schmerzlinderung

    o Durch ZRM Förderung der inneren Distanzierungsfähigkeit (E2, Nr. 7a) → Arbeitsfähigkeit → noch mehr Distanz → Schmerzfokussierung (E1, Nr. 3c)

    o Verbesserung des Umgangs mit der Schmerzerkrankung als Dauereffekt (E4, Nr. 7a)

- **Einzelintervention:**
  
  o bei „kritischen Pat.“, bei denen die Abgrenzung zur Wirksamkeitsbeurteilung schwierig ist (E2, Nr. 13a)

  o wenn aus organisatorischen Gründen keine geschlossene Gruppe möglich ist (E2, Nr. 13a)

  o im Rahmen des Psychotherapeutenverfahren – gezielte Steuerung, aufgrund geringer Anzahl an Psychotherapeuten, jedoch nicht möglich (E1, Nr. 10)

- grundsätzliche Aufnahme als Reha-Maßnahme schwierig, da keine geschlossene Gruppe im Reha-Alltag möglich + Standards müssen abgearbeitet werden → 2-3 tägiges Seminar nicht ein planbar (E2, Nr. 10a)

- als regionales Präventionsprogramm (ähnlich GUSI) erfolgsversprechend (E2, Nr. 1)

Subkategorie: Stressentwicklung & Stressreduktion

- Spannungsverhältnis bei Nichtsynchronisierung von unbewussten Bedürfnissen & bewussten Motiven (Motivkonflikte) = Inkongruenz (E2: Nr. 6a, E4: Nr. 3c) → führt zu:
o Subklinischer Symptomatik (anhaltende Erschöpfung, Hypertonie, Adipositas, Schmerz) (E2, Nr. 6a)

o Handlungsausführung & Überquerung des Rubikon nicht möglich

→ negativer Affekt → stressassozierte Erkrankungen (E2, Nr. 6a)

→ Unbewusstes im Selbstdkontrollmodus, um zwanghaft ein Verhalten zu generieren (E2, Nr. 6a)

Zur **Synchronisierung der Systeme** ist die Kommunikation mit dem Unbewussten entscheidend, um Motivkonflikte aufzuheben → Unbewusstes kann verschiedene Lösungen miteinander verbinden & „Sowohl-Als-Auch-Lösungen“ entwickeln (E4, Nr. 3a)

Reduktion von stressassozierten Symptomen (E3, Nr. 6)

→ messbar anhand biologischer Marker (Gewicht, Cortisol, HRV) (E2, Nr. 6b)

„Wer ZRM kann, ist in der Lage, die akute Stressreaktion besser abzupuffern.“

(E2, Nr. 6b)

- Verbesserung der ersten Symptome direkt nach der Intervention, Regulation aller Symptome über ein halbes Jahr („Und das kam ganz von alleine“ E3, Nr. 6)

- Umfassende Auswirkungen auf Privat- & Berufsleben → bei gleichbleibender Belastung, besserer und gelassenerer Umgang mit den Belastungen möglich (E3: Nr. 6a, E4: Nr. 7b)

- E3: auf Befindlichkeitsskala Verbesserung um durchschnittlich 2,4 Punktwerten (Nr. 6)

Subkategorie: Ressourcenaktivierung & -orientierung

- Positiv im ZRM: Ressourcenaktivierung individuell & personenbezogen (E3: Nr. 5, E4: Nr. 8) → unterschiedliche Elemente in Transferarbeit bieten für jeden TN funktionierende Ressourcen an

- Ressourcenorientierung dauerhaft (E2: Nr. 11, E3: Nr. 8, E4: Nr. 8)

- Bewährt: Kombination Motto-Ziel & Wenn-Dann-Pläne (E4, Nr. 6a)

- Gruppe als soziale Ressource & zur Motivation (Gruppendynamik):
  o Vernetzungsphänomen (E2, Nr. 12b)
  o „Gleichgesinnte“ → Erfahrungsaustausch (E3, Nr. 4)
  o Einer der wichtigsten Erfolgsfaktoren bei GUSI (E2, Nr. 1)
Mgl. Senkung von Behandlungs- & Arztkosten durch Sozialkontakte (E3, Nr. 11)

Zentrale Frage: „Wie „krank“ darf ein Teilnehmer/Patient sein, um noch vom ZRM profitieren zu können?“ → Definition & Evaluation von Grenzen der Betroffenheit innerhalb einer Erkrankung (E1: Nr. 4, E2: Nr. 10a, E4: Nr. 7a)


Subkategorie: Evidenz der Studienergebnisse (E4, Nr. 4)

- Überwiegend RCT (Wirksamkeitsstudien)
- Teilweise auch qualitative Untersuchungen oder 0-Kontrollgruppen-Studien
- Empfehlung: Weitere Durchführung von RCT mit harten Variablen für die effektive Wirksamkeitsüberprüfung des ZRM bei Heilungsverläufen (E4, Nr. 4a)

Subkategorie: Replizierbarkeit der „Stress-Studie“

- Skepsis aufgrund:

<table>
<thead>
<tr>
<th>E4 (Nr. 5a)</th>
<th>E2 (Nr. 8)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>- Kosten für harte Variablen</td>
<td>- Biologisches Stressbewältigungssystem muss nicht immer eine eins-zu-eins Korrelation zum subjektiven Erleben darstellen</td>
</tr>
<tr>
<td>- Medikamenteneinfluss bei den meisten klinischen Pat. würde die wissenschaftliche Korrektheit gefährden (Datenverfälschung)</td>
<td>- Chronische Schmerzpatienten &amp; PTBS-Patienten → Indiz für die Schwere der Erkrankung: fehlende Cortisolaufwachreaktion (CAR) → Studie nur replizierbar, wenn CAR noch vorhanden →</td>
</tr>
<tr>
<td>- Küttel rekrutierte absichtlich nur Männer, da weibliche Zyklusschwankungen in Verbindung mit Stress die Daten verfälschen könnten</td>
<td>- Vorschlag: Durchführung ähnlicher Studie mit Blick auf die Wiederaktivierung der Cortisolreak-</td>
</tr>
</tbody>
</table>
- **Effekte** können erzielt werden (s. K1)  \(\rightarrow\) mehr Selbstwirksamkeit \(\rightarrow\) Stressreduktion  
\(\rightarrow\) mehr Gesundheit & Wohlbefinden


**Subkategorie:** Wirkung & Bildung von Motto-Zielen

- Hohe Motivationskraft durch Passung zur persönlichen Identität (Identitätsziele) (E2: Nr. 12a, E4: Nr. 7a)
- Gebildet auf der Haltungsebene (E2: Nr. 12a, E4: Nr. 5a)  \(\rightarrow\) entscheidend für Umgang mit chronischer Erkrankung, da dies eine sich ständig verschlechternde Situation mit teils erheblichen Einschränkungen darstellt (E4, Nr. 7a)
  - Motto-Ziel bringt Zuversicht und Selbstberuhigung  \(\rightarrow\) Symptome reduzieren sich (v.a. stressbedingte Befindlichkeitsstörungen) (E2: Nr. 12b, E3: Nr. 6/7, E4: Nr. 7b).
- Nach Bildung: mehr Ruhe (E2, Nr. 12b), Gelassenheit & im ersten Moment Gefühl der Erleichterung (E3: Nr. 9, E4: Nr. 7b) (Ursache: Einstellungsänderung (Synchronisation der 2 Systeme) zum Thema (E4, Nr. 6a), Gefühl eines „stimmigen“ Zieles (E3, Nr. 9)  \(\rightarrow\) erkennbar an somatischen Markern und Einbindung des Unbewussten

**Subkategorie:** Dauer & Anwendung von Motto-Zielen im Alltag

- Durch Elemente der Transfersicherung (Embodiment, Bild, Wenn-Dann-Pläne, Priming) gut aufrecht zu erhalten (E3: Nr. 8, E4: Nr. 8, E2: Nr. 11)
- Durchschnittliche Dauer der „aktiven“ Verfolgung bis sich das neue neuronale Netz zum Autismus ausgebildet hat: 3 Monate – 1 Jahr (E3: Nr. 8, E2: Nr. 12, E4: Nr. 8), je nachdem wie sehr das Priming erfolgt
- Abhängig von themenspezifischer oder offener Bildwahl: „Ein gut gebildetes allgemeines Motto-Ziel hält lange [evtl. ein Leben lang].“ (E2, Nr. 12), themenspezifische Motto-Ziele begleiten einen in der Situation, wenn diese vorbei ist, braucht man sie nicht mehr

**Subkategorie:** Vereinbarkeit der beiden Zieltypen
- **Spezifische Ziele**: Gefahr, dass das Unbewusste damit nicht einverstanden ist (E4, Nr. 6a) → Einschaltung Selbstkontrollmodus → auf Dauer: Stress → krank
  - Reha-Maßnahmen setzen häufig auf der Handlungsebene an & greifen dauerhaft nicht (E2, Nr. 1) (z.B. viele missglückte Therapieversuche) (E4, Nr. 2) → Selbstkontrolle versagt auf Dauer → Unbewusstes übernimmt (E4: Nr. 6a, E2: Nr. 6a)
  - Greifen zu kurz (E2, Nr. 7)

- Nachhaltigkeit für die Gesunderhaltung nach der Reha bedarf einem persönlichen Motto-Ziel, welches mit dem ZRM erreicht werden kann (E2, Nr. 7)
- Motto-Ziele sprechen viele verschiedene Ebenen an & können unterschiedliches Verhalten generieren (E2: Nr. 13, E4: Nr. 7)
- Es geht um die Abfolge der Zieltypen, nicht um besser oder schlechter (E2, Nr. 12a)

>: **Die Botschaft wäre (..): Bevor ihr Leute dazu bringen wollt, bestimmte Dinge konkret zu tun, wäre es sinnvoll erst mit den Leuten daran zu arbeiten, dass sie das in einer guten ressourcenvollen inneren Haltung tun. Deshalb erst Motto-Ziel und dann erst die Handlungsziele (S.M.A.R.T.-Ziele).“** (E2, Nr. 12a)

### 4. GUSI als ein Beispiel für die Etablierung des ZRM in der Sozialversicherung

**Subkategorie: Effekte**
- Bessere Selbstwahrnehmung → früheres aufsuchen von Hilfe bei Bedarf (Gefahr der psychosomatischen Erkrankung reduziert) (E2, Nr. 5a)
- Bewegung & Entspannung führen zu zusätzlichen positiven Affekten (E2, Nr. 4a/b) → Kombinationen an Maßnahmen = „Goldstandart“ (E3, Nr. 10)

>: **Die Kombination finde ich (..) den Goldstandart. Nur ZRM macht sicherlich auch Sinn, (…) aber in der Kombination finde ich es großartig.“** (E3, Nr. 10)

**Subkategorie: Qualitätsanforderungen**
- Positiver Outcome v.a. auf Diagnostik & differenzierte Abgrenzung zwischen Prävention & Psychotherapie zurückzuführen (Auswahl der TN erfolgt ausschließlich von ärztlicher Seite – E2, Nr. 2a/10a) (Ergebnisqualität)
- ZRM im Rahmen von GUSI wird nur von Ärzten & Psychologen durchgeführt (E2, Nr. 1) (Strukturqualität)
- Ablauf: Sinuskurve ähnlich biologischem Rhythmus aus Phasen der Aktivität (Bewegung, ZRM) und Entspannung (E2, Nr. 4b) (Prozessqualität)

**Subkategorie: Refresher-Samstag**
- extrem wichtig, da Verhaltensänderung nicht an nur einem Wochenende erreicht werden kann (→ Ausbildung Automatismus – s. K3) (E2, Nr. 1)
- v.a. schwierige Themen wie Krankheit, bedürfen der mehrmaligen Intervention (E4, Nr. 4a)

---

### 5. ZRM-Implementierung bei der BGW
(Anforderungen, Seminarentwicklung, Nutzen)

**Subkategorie: Ressourcenorientierung der BGW**
- allgemein und im RM noch zu gering (E1, Nr. 1)

„(..) wenn die ICD und die ICF in der Einführung der ICD 11 (..) miteinander verschmolzen werden, führt letzten Endes kein Weg dran vorbei, sich mit Ressourcen Orientierung auch inhaltlich auseinander zu setzen. (..) D.h. wenn es im System drin ist, kann ich in der Steuerung im Heilverfahren auch damit arbeiten.“ (E1, Nr. 1b).

**Subkategorie: Qualitätsanforderungen (Prozess-/Struktur-/Ergebnisqualität)**

- ZRM muss kompatibel mit BGW-Stresskonzept sein (E1, Nr. 4)
- Evaluierung: Momentan auch Überprüfung von Zufriedenheit der TN → Rückschlüsse auf Lernerfolg & Umsetzungserfolg (E1, Nr. 7)
in der Akutversorgung und Teilhabesicherung sowie der Förderung der Gesundheitskompetenz der Versicherten.\(^{284}\) (E1, Nr. 9)

- **Zur Ergebnisqualität** muss festgelegt werden, was gemessen werden soll, um in der Pilotierung entsprechende Evaluationsfragen zu bestimmen und in einer anschließenden größeren Testung nochmal Werte zu erheben. (E1, Nr. 7)

- Im Hinblick auf die **Prozessqualität** wird derzeit davon ausgegangen, dass die Trainer nach sorgfältiger Auswahl in der Lage sind, die Seminare in geeigneter Güte und Fähigkeit an die TN zu bringen. D. h. es erfolgen mehr oder weniger nur noch die Vorgabe von räumlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen i. S. d. **Strukturqualität** (s. Kapitel 3.4.2). (E1, Nr. 7)

- Organisatorisch, ist es wichtig zu wissen, wie die räumlichen Kapazitäten sind und die Anzahl an Dozenten (zu welchen Konditionen und mit welcher Qualifizierung) (E1, Nr. 6). E1 (Nr. 10a) befürwortet den **Gruppen-Ansatz** und gibt an, dass bei Bedarf auch noch ein **Refresher** gemacht werden könnte (Nr. 10a).

- Die zeitlichen Rahmenbedingungen richten sich im Moment sehr nach den räumlichen Lokalisationen des Standortes. Durch die lange Anreise der Versicherten in manchen Zuständigkeitsbereichen sind die Seminare teilweise extra so konzipiert, dass das Seminar an zwei Tagen mit einer Übernachtung stattfinden kann. (E1, Nr. 6)

- Finanziell ist es wichtig zu wissen, was das Seminar üblicherweise kostet. Für die Prävention besteht im Moment ein Seminarpreis von 500 € pro Seminar.

- Weber gibt an, dass der Mindestpreis eines ZRM-Grundkurses, der öffentlich beworben wird, bei 590€ liegt. (E4, Nr. 2)

**Subkategorie: Schmerz-Seminar**

- Aktuelle Evaluation: Lose Korrelation zwischen hohen Werten in Schmerzbewältigungsfähigkeit und dem Schmerzempfinden und der Reintegrationsmöglichkeit besteht. \(\rightarrow\) Ansatz ZRM zur Unterstützung der Hypothese (E1, Nr. 2)

- Einschätzung E2 (Nr. 7b), E4 (Nr. 7a): Ebene des Unbewussten fehlt (der Aufbau und die Bestandteile sind zu kognitiv) \(\rightarrow\) eine Etablierung des ZRM mit themenspezifischer Bildwahl wäre erfolgsversprechend. „Was kann mich dabei unterstützen mit meinem
Schmerz besser zu leben?” (E2, Nr. 7b) → Schulung im Umgang mit der Erkrankung (E2, Nr. 12a)

Subkategorie: Zielgruppe (Indikationen) – E1
- Indikationen müssen gesondert geprüft werden (Nr. 4)
- Vers., die auch am Schmerz-Seminar teilnehmen (Nr. 4)
- „Endverbraucherschulung“ (Voraussetzung: arbeitsbedingte Gesundheitsgefahr muss so stark vorliegen, dass eine direkte Schulung als sinnvoll erachtet wird) (Nr. 4)
- Möglicher Aufbau ähnlich SIP-Haut zu SIP Stress denkbar (Nr. 3b) → Vers., die am SIP-Stress teilnehmen, als TN für ZRM denkbar (Nr. 11)

Subkategorie: Ablauf Seminarentwicklung (E1, Nr. 3b)

1. Konzepterstellung mit Hypothesenbildung (z.B. Die Erhöhung der Selbstmanagementfähigkeit führt zu einer höheren Schmerzbewältigungsfähigkeit und damit zu einer besseren Wiedereingliederung)
2. Pilotierung (Erprobung und Beobachtung der Effekte, Abgleich mit dem BGW-Stresskonzept, Evaluierung (Ergebnisqualität) – Kostenprüfung & Gesundheitseffekte (Reha: MoKo Berlin))
3. Bei erfolgreicher Pilotierung → Trennung von zwei Entscheidungsprozessen: (E1, Nr. 3c)
   (1) Hypothese der Wirksamkeit
   (2) Einreichung & Umsetzung als Produktidee (Abteilung: Produktportfoliomanagement HH)
      a) Frage: Wie viele Versicherte (Indikationen) kämen in Frage und wie viele Seminare könnten so angeboten werden?
      b) Ergebnisse der Pilotierung
      c) Definition der Klienten Gruppe
      d) Prüfung der Kapazitäten des Schu.ber.z
      e) Rekrutierung der Trainer/Dozenten (Voraussetzung pädagogische und fachliche Kompetenz)
      f) In Reha: Zielvereinbarung, bis wann ein Seminar am Standort etabliert werden soll

6. Ausblick
- ZRM sollte auf weitere SV-Träger ausgeweitet werden (E1: Nr. 4; E2: Nr. 13/14; E3: Nr. 11; E4: Nr. 10)
- Grundsätzlicher Einsatz des ZRM bzw. GUSI bei Menschen mit Lebenskrisen & Schwierigkeiten in der Handlungsumsetzung (E3, Nr. 11)
- Weitere Durchführung von RCT-Studien zum Wirksamkeitsnachweis des ZRM (E4, Nr. 4a)
- Sicherstellung der Transferarbeit mittels Smartphone-App & monatlichen Telefongesprächen (Coaching) (E2, Nr. 14)
  o Verlangt von TN Selbstreflexion & Selbstwirksamkeit wächst weiter
  o Ca. ½ Jahr (bis zur Automatisierung der neuen Haltung)
  o Erste De-Rena (Depression-Reha-Nachsorge mittels App) Ergebnisse zeigen Verbesserungen in Selbststeuerung & Selbstregulation
- Vergleichsuntersuchung SIP-Stress & ZRM (E1, Nr. 3b)
### Anhang 9: Anforderungen der BGW in Relation zum ZRM

<table>
<thead>
<tr>
<th>Qualitätsdimension</th>
<th>Qualitätskriterium</th>
<th>BGW</th>
<th>ZRM</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Strukturqualität</td>
<td>TN-Zahl</td>
<td>7-12</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Trainerqualifizierung</td>
<td>Pädagogische &amp; Fachliche Kompetenz</td>
<td>Trainerausbildung richtet sich an Berater/Therapeuten</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kosten</td>
<td>500€ pro Seminar</td>
<td>590€ (ZRM Grundkurs bei öffentlicher Bewerbung)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Zeitlicher Rahmen</td>
<td>Je nach Lokalisation – durchschnittlich 2 Tage</td>
<td>Je nach TN-Zahl 2-5 Tage</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Räumliche Rahmenbedingungen</td>
<td>Je nach Lokalisation – vorwiegend in den Räumlichkeiten der BGW</td>
<td>Keine Vorgaben</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Rahmenkonzepte</td>
<td>BGW-Stressmodell</td>
<td>Passung hinsichtlich der Ressourcenorientierung</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Zielgruppe</td>
<td>„Endverbraucherschulung“ - SIP</td>
<td>Keine spezielle Zielgruppe benannt – Anwendung in Primär- und Sekundärprävention möglich</td>
</tr>
<tr>
<td>Prozessqualität</td>
<td>Seminarstruktur/-ablauf</td>
<td>Den Trainern überlassen – Prozessbeschreibung als Produktröße</td>
<td>klar strukturiert festgelegter Ablauf – methodisch/didaktisch orientiert am Rubikon-Prozess; Wechsel von Impulsvor trägen &amp; Aktivität der TN; in seiner Wirksamkeit überprüft; Anwendung einzelner Elemente zudem möglich</td>
</tr>
<tr>
<td>Ergebnisqualität</td>
<td>Ziele</td>
<td>Wirksamkeit/Effekte (Zur Evaluierung Darstellung als Wirkungskette)</td>
<td>Zufriedenheit der TN</td>
</tr>
<tr>
<td>------------------</td>
<td>-------</td>
<td>---------------------------------------------------------------------</td>
<td>----------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Strategische Ziele der BGW* – 2. Ziel: Rehabilitation (Sicherstellung der individuellen Teilhabe &amp; Reha Steuerung)</td>
<td>Ständige Überprüfung der Wirksamkeit v.a. im Rahmen von RCT; Rubikon-Prozess als Wirkungskette; grundsätzliche Effekte (s.o.) auch als Wirkungskette darstellbar.</td>
<td>Hoch</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Ergebnisqualität (Evaluation)</strong></td>
<td><strong>Lernerfolg</strong></td>
<td>Durch Impulsvorträge hoch. Fachspezifische Seminarthemen müssten vor/nach dem ZRM hinzugefügt werden.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Stärkung der Handlungskompetenz</strong></td>
<td>Durch Entwicklung entsprechender Haltung hoch.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Netzwerkbildung</td>
<td>Durch Gruppendynamik und Gefühlskomponente hoch – v.a. im Rahmen des GUSI-Präventionsprogramms (inkl. Refresher)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Umsetzungserfolg</td>
<td>Durch Einbindung des Unbewussten hoch.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Erklärung:

Ich versichere an Eides Statt, die von mir vorgelegte Arbeit selbstständig verfasst zu haben. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Arbeiten anderer entnommen sind, habe ich als entnommen kenntlich gemacht. Sämtliche Quellen und Hilfsmittel, die ich für die Arbeit benutzt habe, sind angegeben. Die Arbeit hat mit gleichem Inhalt bzw. in wesentlichen Teilen noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

_________________________  ______________________  ______________________
Ort                        Datum                      Unterschrift