

Die Trageschule®



# Dresdner TrageTage

---

**Tagungsband** 31. Mai – 2. Juni 2018

Die Fortbildung für alle Berufsgruppen, die Eltern beim Tragen ihres Kindes im Tragetuch begleiten möchten.

---

**„Tragen als Kommunikation –  
Kommunikation durch Tragen“**

---



**Wir wünschen viel Freude beim Lesen.**

Ulrike Höwer  
Dresden, Dezember 2018

## Impressum

**Herausgeber**  Die Trageschule®  
Ulrike Höwer  
Krügerstr. 7  
01326 Dresden  
[www.trageschule-dresden.de](http://www.trageschule-dresden.de)

**Die Trageschule® bildet seit 1998 Multiplikatoren zur Trageberaterin aus. Damit wird ein flächendeckendes Netz qualifizierter Beraterinnen geschaffen, so dass Eltern überall in Deutschland und darüber hinaus fachlich fundierte Beratung zum Tragen in Anspruch nehmen können.**

**Redaktion** Ulrike Höwer, Dr. Jessica Heimbecher

**Fotos** Ralf U. Heinrich

**Grafische Bearbeitung** Grafikladen Dresden, [www.grafikladen.com](http://www.grafikladen.com)

Die Rechte der verwendeten Abbildungen liegen bei den Autoren der Vorträge.

**Eigenverlag** © Die Trageschule®, [www.trageschule-dresden.de](http://www.trageschule-dresden.de)

Alle Rechte, insbesondere zur Vervielfältigung, Verbreitung und öffentlichen Wiedergabe in jeder Form, einschließlich der Verwertung in elektronischen Medien, der reprografischen Vervielfältigung, der digitalen Verbreitung und der Aufnahme in Datenbanken ausdrücklich vorbehalten.

**„Mit einer Hand lässt sich kein Knoten knüpfen“** – aus der Mongolei

Das Team der Dresdner TrageTage.



## Inhaltsverzeichnis

Begrüßung und Eröffnung der 13. Dresdner TrageTage .....	4
Katharina Morgenstern: Babyzeichensprache – Kommunikation auf Augenhöhe .....	8
Krisztina Desits: Konduktive Förderung – den Alltag als spielerische Therapie gestalten? .....	14
Theodor Dierk Petzold: Salutogenese – was Kinder und Familien stärkt .....	20
Vivian König: Dunstan Babysprache – Entdecke die Sprache aller Babys .....	36
Aussteller .....	42
Dinah Imanari: Alte Tragekultur Japan .....	46
Pantomime und Tombola .....	54
Henrik Norholt: Does Infant Carrying Promote Attachment? .....	56
Workshops .....	60
Norbert Lorenz: Evidenzbasierte Medizin .....	62
IBCICC .....	74
Impressionen .....	80

## Eröffnungsrede zu den 13. Dresdner TrageTagen

Ein herzliches Willkommen zu den 13. DDTT 2018  
„Tragen als Kommunikation – Kommunikation durch Tragen“!  
Herzlich willkommen unseren diesjährigen Referenten.  
Herzlich willkommen Ihnen und Euch als Aussteller.  
Herzlich willkommen Euch allen als Teilnehmer.

Herzlich willkommen den Trainerinnen unserer Die Trageschule®, Michaela Lehner und Christina Jauk aus Österreich, Raphaela Groeger aus München und Isabell Knabe aus Oberhausen-Rheinhausen, Urska Podvršič aus Slowenien, die mit mir zum Reisetem der Die Trageschule® gehört, Floortje Vening aus den Niederlanden und Iva Gondekova, die ab dem Sommer Kurse in der Tschechischen Republik geben wird. Unsere insgesamt vier frisch gebackenen Trainerinnen in Irland und Mexiko konnten in diesem Jahr leider nicht mit dabei sein.

Willkommen Birgit Kienzle-Müller, unserem medizinischen Beirat, die in diesem Jahr die DDTT einfach nur genießen darf. Vier große Beiträge in Wort und Schrift mit wichtigen Erkenntnissen und Grundlagenwissen für das Tragen von besonderen Kindern stammen von Birgit Kienzle-Müller, nachzulesen in den Tagungsbänden der letzten Jahre. Danke nochmal dafür!

In Singapore habe ich gerade die jüngsten Trageberaterinnen der Welt ausgebildet. Hier in Dresden lebt mit 77 Jahren die älteste und zudem liebevollste aktive Trageberaterin der Welt: Margret Mehner, die zudem viele DDTT mit ihren Modenschauen bereichert hat. Erinnert ihr euch noch an die Themen: „Samt und Seide“, „Tragen für Groß und Klein“ mit speziell angefertigten Puppentragehilfen oder „Alte Schätze“ mit dem ersten Didymos-Tragetuch, vorgeführt von Tina Hoffmann?

Willkommen Bettina Attenberger von der Trageschule NRW, dem Team der Trageschule Hamburg, Sonja Werbter von der Trageschule FTZB, die bereits einen intensiven Workshop heute gehalten hat, Anna Hoffmann von der Didymos Trageschule und Petra Wilhelm und ihrem Team von der ClauWi-Trageschule.

Willkommen Bernadett Berecz aus Ungarn, Nora de Stael aus der Schweiz und Dr. Henrik Norholt aus Dänemark von der IBCICC-Initiative.

Auch in diesem Jahr sind wir wieder ganz international mit 15 verschiedenen Nationen: Canada, Dänemark, Estland, Italien, Japan, Niederlande, Österreich, Polen, Schweden, Schweiz, Slowenien, Tschechische Republik, Türkei, Ungarn und natürlich Deutschland.

Ich erinnere mich noch sehr genau an meinen ersten Kommunikationskurs als angehende Stillberaterin. Alle relevanten Informationen erhielten wir auf einem A4-Zettel. Sie waren unterteilt in: „So darf ich es sagen“ und „So sollte ich es nicht sagen“. Am Ende der halbtägigen Fortbildung war die Verwirrung perfekt und alle hatten eine Kommunikationsblockade.

Das Thema Kommunikation liegt mir bis heute am Herzen.

Wir erleben tagtäglich, wie Kommunikation entlasten oder belasten kann, durch sie Verständnis oder Missverständnisse, Klarheit oder Verwirrung entstehen können.

4 Ich bin einverstanden, dass Kommunikation Bildung braucht – vor allem aber Herzensbildung.



Das Tragen unserer Kinder ist Herzensbildung für beide Seiten. Intuitive Verbundenheit über Spiegelneuronen und Oxytocin beim Tragen ist das Fundament der **zugewendeten Haltung** und des miteinander Verbunden-Seins. Eine auf Herzensbildung aufgebaute Kommunikation ist eine existenzielle Erfahrung des **Gehalten-Seins** – dies ist unmittelbares Thema dieser Tage.

Es ist Tradition der DDTT, Themen von verschiedenen Seiten zu betrachten und uns Vertiefungen der Themen zu gestatten.

So haben wir auch in diesem Jahr das Thema entlang der großen Themenfelder der Gesundheitsförderung aufbereitet. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung kennt fünf Felder der Gesundheitsförderung:

- Klärung der Grundbegriffe
- Wissenschaftliche Theorien und Methoden
- Kernkonzepte der Gesundheitsförderung
- Strategien und Methoden
- Zielgruppen

Die Themen der Vorträge können in diesen Feldern eingeordnet werden:

**Evidenzbasierte Medizin** als das Kennenlernen **einer wissenschaftlichen Theorie bzw. Methode**.

**Salutogenese** gehört zu dem Feld **Kernkonzepte der Gesundheitsförderung**.

Zwergensprache, Dunstan Babysprache, Konduktive Förderung sind Beispiele für in der Praxis umgesetzte **Strategien und Methoden**.

Diese praktische Arbeit mit Eltern reflektiert wesentliche Leitgedanken der Gesundheitsförderung von Familien durch Kompetenzförderung, Aktivierung von Ressourcen, Beratung und Vernetzung – den Menschen mit seinem System im Mittelpunkt.

Ein weiteres wichtiges Konzept der Gesundheitsförderung aus dem Bereich Strategien und Methoden ist **Diversity und Diversity Management**.

Die Trageberatung ist längst globalisiert. Meine Reisen ins Ausland zeigen mir, wie sehr die Beratungswelt durch internationale Produkte geprägt wird. Umso wichtiger, Tragekulturen kennenzulernen und ihren Erhalt nicht zu gefährden.

Hier liegt für die Zukunft ein großer Auftrag der produktbezogenen Trageberatung.

Malaysia haben wir bei den letzten DDTT vorgestellt. Gerne hätten wir in diesem Jahr auch Mexiko präsentiert, aber hier ist es am Fundraising gescheitert. Vielleicht beim nächsten Mal. Umso froher sind wir, dass Dinah Imanari zusammen mit Gästen aus Japan da ist und wir etwas über dieses faszinierende Land erfahren dürfen. Ihnen allen ein ganz besonders herzliches willkommen!

Als Organisatorin der DDTT freue ich mich immer, dass ich besondere Menschen einladen darf, die unmittelbar als Menschen zu uns sprechen, durch die wir berührt und inspiriert werden. Hier dürfen wir uns auf Matthias Netwall freuen.

Schaue ich auf die letzten Jahre der Die Trageschule® zurück, so sind wir wieder ein Stück gewachsen. Zwei Bücher sind geschrieben worden: „Babys im Gleichgewicht“ zusammen mit Birgit Kienzle-Müller und Sabine Hartz, erschienen im Elsevier Verlag. Ein Buch, welches Kindesentwicklung, Kinaesthetics Infant Handling (KIH) und das Tragen von Babys in Tragetüchern und Tragehilfen miteinander verbindet. Ebenfalls sind wir mit dem Thema „Tragen als Therapie“ nun auch in dem neuen Leitfaden „Physiotherapie in der Pädiatrie“, ebenfalls im Elsevier Verlag erschienen. Damit ist das Tragen in einem **medizinischen Standardwerk** angekommen.

Im Bereich Publikationen und Grundlagenklärung sind wir über die Ziele meiner Träume vor 20 Jahren hinausgegangen. Neue Entwicklungen zeigen sich. Eine hiervon ist IBCICC (= International Board Certified Infant Carrying Consultant). Eine weltweite Initiative, die der Trageberatung einen ähnlichen Status geben möchte wie den IBCLC (=International Board Certified Lactation Consult).

Das Team von IBCICC wird die Arbeit der letzten Jahre vorstellen und mit uns darüber sprechen, wie ein internationales Zertifikat mit entsprechender Prüfung aussehen kann. Im Anschluss an diese Rede wird IBCICC sich kurz vorstellen, damit ihr in den nächsten Tagen miteinander ins Gespräch kommen könnt. Ein besonderer Dank an dieser Stelle an Dr. Henrik Norhold, der sich zwei Tage vor Kongressbeginn bereit erklärt hat, an Stelle von der erkrankten Frau Dr. Uvnäs Moberg einen Vortrag zu halten, der vor einigen Wochen mit großer positiver Resonanz in Singapore aufgenommen worden ist: „Does infant carrying promote attachment?“

Ein besonderer Höhepunkt wird in diesem Jahr eine Pantomime mit Ralf Morgenstern sein und die Verlosung gespendeter Schätze.

Nun ist es an der Zeit, unseren Sponsoren zu danken.

An erster Stelle unserem Goldsponsor ErgoBaby.

ErgoBaby ist nun zum vierten Mal Goldsponsor und ich möchte euch für diese Treue und Großzügigkeit sehr herzlich danken. Eine kleine Geschichte der Firmengroßzügigkeit am Rande: Verbraucher in Süd-Ost-Asien lieben ein Produkt, den sogenannten HipSeat – wir lieben ihn für besondere Kinder und haben einiges an guten Erfahrungen damit gemacht. Da er hier nicht zu kaufen ist, hat uns Ergo schon so manchen dieser Hip Seats umsonst zur Verfügung gestellt und wir haben mit dieser Entlastung schon so manche Familie sehr glücklich machen können. Zu Weihnachten kam für einige Familien und Physiotherapiepraxen ein großes Paket eigens aus Indien an.

Ganz herzlichen Dank, dass ihr auch als sehr große und globale Firma noch ganz unkompliziert den einzelnen Menschen in den Blick nehmen könnt – dies ist etwas Besonderes und wirklich einen Applaus wert!

Ein besonderer Dank geht auch an unsere Silbersponsoren: Kokadi, Ruckeli und die Firma Lucky Industries.

Ruckeli wird geleitet von Urs Brettel und Henner-Moritz Jahn. Es ist eine Firma, die aus der aktiven Vaterschaft erwachsen ist und wenn auch mit Schweizer Wurzeln und Schweizer Qualität, ein echtes Berliner Kind – cool und unkompliziert.

In Deutschland ist der Ruckeli fester Bestandteil des Beratungskoffers geworden. Viele Eltern schätzen den guten Sitz und die Leichtigkeit der Trage – und wir in diesem Jahr die wunderschönen Konferenztaschen! Toll, dass ihr wieder dabei seid.

Kokadi – eine Firma unter einem glücklichen Stern, die auch viele glücklich macht durch bunte, hippe Muster und eine unglaubliche Produkt- und Designfülle von Tragetüchern und Tragen bis hin zu Kuscheldecken, Stulpen, Taschen, Schuhen und Decken auch für die Eltern. Da braucht es nur noch ein Einhorn und auf geht es in den Zauberwald.

Ein besonderer Dank auch an die Firma Lucky Industries, seit 1932 eine japanische Traditionsfirma. Ihren tollen YouTube-Clip habe ich bei Facebook geteilt. Alle Posts der DDTT wurden sehr nett „geliked“, aber dieser ist wirklich „gehyped“ worden. Ich bin sehr gespannt, Sie und Ihre Produkte kennenzulernen. Herzlichen Dank, dass Sie die lange Reise in unser barockes Dresden angetreten haben. Wir freuen uns sehr und hoffen, dass Sie sich hier wohl fühlen.

Ein herzliches Dankeschön auch an unsere Bronzesponsoren Babybjörn und Babylonia.

Zu Babybjörn habe ich schon sehr lange eine Verbindung. Meine erste Reise nach Schweden war 2007. Damals waren noch Petterson und Findus bei unseren Kindern hoch im Kurs! Die Tragen der Firma Babybjörn haben eine sehr besondere Entwicklungsgeschichte, an deren Anfang das Tragen der eigenen Kinder und Enkelkinder seit den frühen 1970er Jahren steht. Der Babybjörn hat im letzten Jahr nochmal eine Weiterentwicklung erfahren. Schnitt, Stoffe und Anleitung wurden grundlegend überarbeitet. Ich höre immer gerne zu, wenn es darum geht, ein Design zu verstehen. Babybjörn ist weltweit tätig und bemüht sich, die vielen Bedürfnisse und Regularien zu integrieren, damit auch bei Anwendungsfehlern das Baby sicher ist. Lernt die Trage und ihre Hintergründe kennen!

Danke auch an Babylonia, dass ihr wieder mit dabei seid. Babylonia ist eine belgische Traditionsfirma mit einem zauberhaften Produktsortiment. Unkompliziert mit französischem Chic. Ingrid Gruikers, die Gründerin ist zertifizierte Trageberaterin der Die Trageschule®. Nun gab es einen Inhaberwechsel und wir freuen uns, euch als alte neue Bekannte kennenzulernen. Die neue Trage mit verschiedenen Einsätzen sollten alle unbedingt mit ausprobieren.

Ein letzter Dank geht an Herrn Kreitner von MLP Dresden, der für uns immer Ansprechpartner rund um Versicherungen ist. MLP hat auch in diesem Jahr wieder das Sponsoring eines Vortrages übernommen.

Ein herzliches willkommen allen Ausstellern und Firmen. Nur durch sie werden diese Tage rund und bunt. Ich wünsche Ihnen und uns eine Zeit des Austausches, der bereichernden Begegnungen, tolle Kontakte und viele Inspirationen! In diesem Sinne eröffne ich die 13. DDTT 2018.

*Ulrike Röwe*



## Katharina Morgenstern: „Babyzeichensprache – Kommunikation auf Augenhöhe“

Je mehr Bereiche im Gehirn beim Lernen angesprochen werden und je mehr Sinnesreize ich empfangen, desto mehr Speicherplätze gibt es für ein und dieselbe Information. Umso mehr Spaß es macht, umso leichter lernt es sich.

Die Zwergensprache folgt genau diesen Ansätzen.

### 1. Einführung in Babyzeichensprache

#### Was ist Babyzeichensprache?

Sicher haben Sie schon ein kleines Kind gesehen, das zum Abschied winkt, der Oma eine Kusshand zuwirft oder die Arme hochreckt, damit es vom Papa hochgehoben wird. Dies sind bereits erste Babyzeichen!

Wir benutzen unbemerkt eine ganze Reihe von Gesten. Welche fallen Ihnen spontan ein?

Keine Erzieherin fordert zum leise sein auf, ohne den Finger auf den Mund zu legen... „Psst!“. Wenn wir auf ein Geräusch aufmerksam machen wollen, legen wir die Hand hinter das Ohr. Das Zeichen für telefonieren ist ebenfalls sicher jedem geläufig. Auch für „schlafen“ oder für „schmeckt gut“ benutzen wir ganz automatisch Gesten. Auf einer Feier fragen wir mit der Geste „trinken“ über den langen Tisch hinweg, ob unser Partner auch noch Durst hat. Die Liste ließe sich noch weiter fortsetzen.

Selbst Menschen, die blind geboren werden, nutzen Zeichen und Gesten beim Sprechen.

Babyzeichensprache ist eine pre-verbale Kommunikation mit einfachen Handzeichen.

Die Handzeichen der Zwergensprache basieren auf der deutschen Gebärdensprache. Auch Gebärdensprachen sind individuell bis hin zu verschiedenen Dialekten.

Der Ursprung der Babyzeichen liegt in Amerika. Joseph Garcia stellte 1980 fest, dass die Kinder seiner gehörlosen Freunde im Alter von neun Monaten bereits kleine Experten in Gebärdensprache waren im Gegensatz zu gleichaltrigen Kindern anderer Freunde, die prinzipiell noch nicht kommunizieren konnten.

Zur selben Zeit begannen zwei Professorinnen, Linda Acredolo und Susan Goodwyn, ebenfalls daran zu forschen, wie Gebärden zur Kommunikation mit Babys und Kleinkindern genutzt werden können. Den Ausschlag für ihre Forschungen gab, dass die Tochter der einen Professorin vor einem Aquarium stand und die Fische darin anpustete. Irritiert über dieses Verhalten der Tochter, erinnerte sich die Mutter schließlich, dass sie abends auch immer kräftig pustete. Über dem Bett ihrer Tochter hing ein Mobile. Sie dürfen nur EINMAL raten, was an dem Mobile hing! – Genau ... FISCHE!

#### Wie funktioniert Babyzeichensprache?

##### Spracherwerb und frühe Sprachentwicklung

Lange bevor Kinder das Sprechen erlernen, verfügen sie über intellektuelle Fähigkeiten zum Verstehen und zum Mitteilen.

Es ist ein wesentlicher Schritt in der Entwicklung Ihres Babys, Dingen Namen und eine Bedeutung zu zuordnen.

Bereits ab einem Alter von 6-9 Monaten sind Babys in der Lage, einfache Wörter wie „noch mehr“, „Milch“ oder „baden“ zu verstehen und durch Babyzeichen zu kommunizieren.

Babys lernen den Zusammenhang, dass Zeichen für einzelne Dinge stehen und dass durch den Gebrauch von Zeichen Bedürfnisse erfüllt werden können.

Durch die Babyzeichensprache lernen die Kinder bereits sehr früh, in direkten Kontakt zu treten. Sie lernen früh, was zur Kommunikation insgesamt notwendig ist, z. B. den Blickkontakt herzustellen und zu schauen, ob mein Gegenüber überhaupt mit mir in Kontakt treten möchte.

Als unser zweiter Sohn eineinhalb Jahre alt war, stellte unsere Nachbarin daher regelrecht verwundert fest: „Mit dem kann man ja schon richtig reden!“

Wenn Kinder ein neues Wort in Verbindung mit einem Babyzeichen lernen, dann fällt es ihnen leichter, sich die Bedeutung des Wortes zu merken beziehungsweise sich daran zu erinnern.

Besonders genießen die Kinder zudem, dass sie mit Hilfe der Babyzeichen Unterhaltungen beginnen können.

Es war erstaunlich, wie oft unsere Kinder Katzen oder Hunde entdeckten, die ich nicht gesehen hatte. Durch die Zeichen dafür konnten sie mich darauf aufmerksam machen und wir konnten uns darüber unterhalten.

Die Babyzeichen öffnen somit die Tür zur gemeinsamen Kommunikation: „Ich kann etwas und die anderen verstehen mich“ und dies beflügelt die Kinder!

Auch Missverständnisse können durch die Babyzeichen aufgedeckt werden. So zeigte unser Erstgeborener vehement „Katze“, als er zum ersten Mal einen ganz kleinen Hund sah. Erst als wir diesen Hund zum dritten Mal erblickten, glaubte er mir, dass dies doch ein Hund ist und lernte „nebenbei“ das Zeichen für Hund.

Bei unserem mittleren Sohn fällt mir folgendes Beispiel ein: Wir waren im Auto unterwegs und ich erzählte ihm, was wir alles unterwegs sehen. Unter anderem sagte ich, dass wir einen Berg hochfahren. Beim Blick in den Rückspiegel erblickte ich ein entsetzt dreinschauendes Kleinkind. Ich wunderte mich über seine Reaktion, doch da half er mir mit seinen Händchen, denn er zeigte „Bär“. Ja, da würde ich auch entsetzt schauen, wenn ich verstan-

den hätte, dass wir soeben einen Bären überfahren haben. Ich wiederholte mit dem Zeichen „Berg“ begleitet meine Erklärung, dass wir einen Berg hochfahren. Erleichtert atmete er mehrfach tief ein und aus und zeigte dazu immer wieder das Zeichen „Berg“.

Und auch unser dritter Sohn konnte uns zu verstehen geben, dass er etwas anderes verstanden hatte. Kurz nach dem Aufstehen nannte ich ihn liebevoll „mein kleiner Wicht“. Benjamin schaute mich verdutzt an und zeigte „Licht“.

### Geistige und motorische Entwicklung

Die gesprochene Sprache wird über die Ohren aufgenommen und auf der linken Hirnhälfte gespeichert.

Die Handzeichen werden über die Augen wahrgenommen und auf der rechten Hirnhälfte gespeichert.

Somit verknüpft die Benutzung von Babyzeichen beide Gehirnhälften und zahlreiche Synapsen werden angelegt.

Die Kinder, die Babyzeichen benutzen, verbessern ihre Motorik und entwickeln ein besseres Körpergefühl. So müssen die Kinder für das Zeichen „Hut“ ihre Hände bis zum Kopf hochheben und dort richtig platzieren und für einige Zeichen wie zum Beispiel „noch mehr“ überkreuzen die Kinder die Körpermittellinie. Das Überkreuzen der Körpermittellinie ist ein Hinweis, dass beide Gehirnhälften gut miteinander agieren und ist eine wichtige Grundvoraussetzung zum Beispiel für das Schreiben.

Die Entwicklung der Muskeln von Mund, Zunge und Stimmbändern und damit des eigentlichen Sprechvermögens ist bei Babys frühestens zwischen dem 12. - 20. Monat abgeschlossen. Die Zwergensprache soll genau dieses Stadium überbrücken.

Bei Kindern mit Lippen-Kiefern-Gaumenspalte oder Down-Syndrom verzögert sich die Sprachentwicklung oft, welche eine Bereicherung sind dann erst für diese Familien die Handzeichen. Denn gerade, wenn die Kinder älter werden, haben sie vielfältige Bedürfnisse, die Eltern und Betreuer nicht immer erraten können.

Besonders erleichtert besuchen Eltern mit besonderen Kindern z. B. auch gehörlosen Kindern die Zwergensprache-Kurse, da sie einen Einstieg in die Gebärdensprache bieten und dies integrativ – mittendrin im Leben und Entdecken mit anderen Kindern und Eltern.

### 2. Vorteile der Babyzeichensprache

Das Verständnis von Babys beschränkt sich auf ein Ein-Wort-Niveau. Dies bedeutet, dass ein Baby effektiv in einem langen Satz nur ein Wort hört. Durch das Benutzen eines Babyzeichens lenken Sie die Aufmerksamkeit des Babys genau auf dieses eine ENTSCHEIDENDE Wort.

Beispiel: „Da steht ein Baum und da sitzt ein Vogel.“ Ich zeige meinem Kind nur das Besondere und mache es daher mit meiner Gebärde auf den „Vogel“ aufmerksam.

Durch die Untermauerung meiner Sprache mit Zeichen können sich die Kinder leichter auf das konzentrieren, was ich meine und ausdrücken möchte. Ich nenne dies gern den „Psst-Effekt“ – die Kinder reagieren schneller, wenn ich bei „Psst!“ zusätzlich den Finger auf den Mund lege.



### Vorteile für das Baby/Kleinkind:

- kommuniziert mit Ihnen bevor es sprechen kann,
- ist ausgeglichener und seltener frustriert,
- spricht früher und entwickelt einen größeren Wortschatz,
- hat ein größeres Interesse an Büchern,
- hat ein besseres Vorstellungsvermögen,
- verbessert seine Selbstwahrnehmung,
- entwickelt eine engere Bindung zu seinen Eltern und Geschwistern.

### Vorteile für Eltern oder Betreuer:

- geben dem Kind einen Vorsprung bei der Sprachentwicklung,
- verstehen das Kind besser und sind daher sicherer im Umgang,
- erleben weniger eigene Frustration und Frustration des Kindes,
- genießen ein frühes interaktives Zusammensein,
- haben mehr Spaß mit dem Baby/Kleinkind.

### Gibt es auch Nachteile?

- Frustrierend wäre für das Kind, wenn es die Zeichen nutzt und in der Fremdbetreuung die Zeichen jedoch nicht verstanden werden. Es ist daher sinnvoll und empfehlenswert, den Personen, die das Kind betreuen, die Zeichen zu zeigen.
- Und ein augenzwinkernder Nachteil ist der impulsive Einsatz mancher Zeichen. Gehen Sie in Deckung, wenn das Kind mit Schwung „Flugzeug“ zeigt.
- Unser Florian führte das Zeichen „Schaum“ ein – er ahmte „einschäumen“ nach – wie beim Haare waschen. Wenn er dieses Zeichen nach dem Essen mit schmutzigen Händen zeigte, brauchte er anschließend tatsächlich Schaum und nicht nur für die Hände.

### 3. Bindung und Kommunikation

Das Zwiegespräch mit dem Baby stellt einen intensiven Kontakt dar und beeinflusst das Entstehen der Bindung.

Mit Lächeln, Strampeln oder Glucksen verleiht das Baby der Freude, die es am Austausch hat, Ausdruck.

Bei diesem fröhlichen Hin und Her erfährt das Baby den ersten menschlichen Dialog.

Eine intensive und gute Bindungsqualität wirkt sich auf die Sprachentwicklung aus: Sicher gebundene Kinder zeigen eine höhere Sprachkompetenz als unsicher gebundene Kinder.



Sicher gebundene Kinder können bei ihren Entdeckungen die Bindungsperson mehr nutzen und erhalten somit mehr individuelle sprachliche Anregung.

Besonders im Tuch oder der Trage entsteht ein enger Kontakt und die gemeinsame Aufmerksamkeitsausrichtung bietet die ideale Gesprächsgrundlage.

Echtes Zuhören und aufeinander Eingehen, also der intensive Kontakt, zeigt, wie viel GEFÜHL beim Sprechen im Spiel ist. Beim Tragen eines Kindes bemerkt man sehr schnell, wenn das Kind begeistert von etwas ist oder Angst bekommt. Somit kann der Tragende schneller bzw. direkter reagieren und darauf eingehen.

Je öfter ich mein Kind mit Hilfe von Handzeichen verstehe, desto intensiver wende ich mich dem Kind zu, was wiederum ein noch besseres Verstehen zur Folge hat. Eltern und Kinder geraten somit in einen „Engelskreis“.

Die Bindungsforschung belegt eindeutig die lebenslange Bedeutung der Bindungserfahrungen. Sicher gebundene Kinder haben eine ausgeprägtere Sozialkompetenz und werden von ihren KommunikationspartnerInnen als freundlicher und umgänglicher beschrieben.

Ebenso ist bereits erforscht, dass sicher gebundene Kinder ein größeres Repertoire kommunikativer Gesten aufweisen als unsicher gebundene Kinder.

#### ■ 4. Forschung

Die Forschung in Amerika hat gezeigt, dass durch Babyzeichensprache das Sprechen lernen stark erleichtert wird. Babys, die Babyzeichen benutzen, schnitten wesentlich besser ab in Bezug auf die rezep tive Sprachentwicklung (wie viele Wörter sie verstehen) als auch hinsichtlich der expressiven Sprachentwicklung (wie viele Wörter sie sprechen).

Außerdem wurde bei diesen Kindern auch ein anspruchsvolleres Spielen beobachtet, z. B. bei Rollenspielen.

Frau Dr. Kiegelmann (Entwicklungspsychologin) aus Deutschland stellte 2009 fest, dass einige Kinder davon profitieren, wenn die Lautsprache zusätzlich mit Gebärden ausgedrückt wird. Sie ist sich bereits sicher, dass der Einsatz von Babyzeichen keine negativen Auswirkungen hat und forscht daher weiter an den Vorteilen der Babyzeichen und betont, dass es Spaß macht, die Zeichen zu benutzen.

#### ■ 5. Einführung der Babyzeichen

Sobald Babys sich verstärkt für ihre Umgebung interessieren, Spielzeug runterfallen lassen und hinterher schauen, bereits Zeigegeesten nutzen oder andere Bewegungen oder Tätigkeiten nachahmen (zum Beispiel Kopf hin und her bewegen beim Betrachten einer Pendeluhr), sind sie in der Lage Babyzeichen zu erlernen. Im Durchschnitt ist dies mit 6 Monaten der Fall.

Besonders für den Start eignen sich Zeichen für Dinge, die das Baby sehr mag und die man oft im Tagesablauf zeigen kann.

So eignet sich zum Beispiel „Milch“ besonders, da die Babys gern und oft stillen oder aus der Flasche trinken wollen. Auch das Zeichen „noch mehr“ ist ein ideales Starterzeichen, denn Kinder lieben Wiederholungen: „noch mehr“ hopsen, „noch mehr“ baden, „noch mehr“ singen usw. Unser Florian zeigte „noch mehr“ sogar, um zu zeigen, dass die Oma noch nicht gehen soll.

Die ausgewählten Zeichen zeigt man dem Kind nun immer wieder. Das Zeichen „Milch“ zeigte ich, wenn ich merkte, dass mein Baby Hunger haben könnte. Ich zeigte es, beim Stillkissen zurechtrücken. Ich zeigte es gleich noch einmal, während mein Baby gierig schmatzte. Und beim Anlegen an der anderen Seite. Und auch hinterher bei der Frage, ob die „Milch“ geschmeckt hätte.

Wichtig ist, dass die Zeichen immer PARALLEL zum gesprochenen Wort benutzt werden!

Mit je mehr Begeisterung Sie die Zeichen einführen, desto eher bzw. lieber werden die Kinder die Zeichen übernehmen.

Wiederholen, wiederholen, wiederholen ... dies ist der Schlüssel dazu, dass die Kinder mitmachen und die Zeichen selbst benutzen. Wie oft und wie viele Leute zeigten winke-winke, bis Ihr Kind zurückwinkte?

Probieren Sie die Babyzeichen einfach aus. Ich wünsche Ihnen viel Spaß beim gemeinsamen Kommunizieren mit den Jüngsten.





## Krisztina Desits: Konduktive Förderung – den Alltag als spielerische Therapie gestalten?

### Aufbau:

1. Vorstellung des Verbandes
2. Konduktive Förderung nach András Pető – in Verbindung mit der Bindungstheorie nach Bowlby
3. Konduktive Förderung und deren Anwendung
4. Konduktive Förderung und Pädagogik als Inklusionskonzept
5. Ausblick auf die Entwicklungen in Deutschland

### ■ 1. Vorstellung

Der Bundesverband Konduktive Förderung nach Pető e.V. (BKF) wurde vor 20 Jahren von Eltern gegründet, die für ihr Kind etwas verändern wollten.

Heute ist er eine Initiative von Eltern, Fachleuten, Einrichtungen und Organisationen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit einer Bewegungsstörung oder Mehrfachbehinderung. Der Verband verfolgt das Ziel, das in seiner Komplexität weltweit einzigartige System der Konduktiven Förderung in Deutschland als gängige Förder- und Rehabilitationsmethode zu etablieren. Heute sind über 60 Vereine und Einrichtungen des Bundesverbandes in ganz Deutschland tätig.

### ■ 2. Konduktive Förderung nach András Pető

Das System der Konduktiven Pädagogik wurde in Budapest, Ungarn, durch die Initiative des ungarischen Arztes und Pädagogen András Pető entwickelt. Das System basiert u. a. auf Erkenntnissen der Neuropsychologie von Wygotski, Luria und Goldstein, sowie von Pädagogen wie Buber und Pestalozzi. Es verbindet medizinisch-therapeutische und heilpädagogische Inhalte, um den Menschen in seiner Gesamtheit sehend in allen Persönlichkeits- und Entwicklungsbereichen umfassend fördern und begleiten zu können. Pető schuf das neue Berufsbild des Konduktors /der Konduktorin, das 1963 in Ungarn staatlich anerkannt wurde.

### Verständnis von Behinderung als Lernhindernis – Dysfunktion und Orthofunktion

Eine Behinderung oder Beeinträchtigung verursacht nicht nur isolierte Funktionsstörungen sondern beeinflusst alle Persönlichkeitsbereiche.

Der Begriff Dysfunktion (Funktionsstörung) wird in der Soziologie, Psychologie und Medizin mit unterschiedlicher Bedeutung verwendet.

In der Konduktiven Förderung bezeichnet Dysfunktion eine nicht zum Ziel führende Funktion, welche folglich Frustration, emotionale Labilität und Ängste auslösen kann und die motorische Funktionalität zunehmend weiter einschränkt (vgl. auch Goldstein).

Demnach verhindern Dysfunktionen eine altersentsprechende Entwicklung und beeinflussen die Persönlichkeitsentwicklung. Dabei sind sie individuell, auf die Bedürfnisse eines Individuums und seinem sozialen Umfeld zu verstehen. Verschiedene Kulturen stellen verschiedene Erwartungen an Menschen und so verlangt z. B. das Essen mit der Hand, mit Stäben oder mit Messer und Gabel in der jeweiligen Gesellschaft unterschiedliche Fertigkeiten und Kompetenzen.

Gleichzeitig können Dysfunktionen im Sinne der Konduktiven Förderung nicht einfach mit technischer Unterstützung, wie z. B. einer Prothese, kompensiert werden. Eine Kompensation ist jedoch aufgrund der Plastizität des Zentralen Nervensystems (ZNS) durch Lernprozesse möglich.



Als Gegenpol zur Dysfunktion hat András Pető den Begriff der Orthofunktion geprägt. Orthofunktion ist eine zum Ziel führende Funktion. Sie muss nicht unbedingt physiologisch korrekt sein, führt jedoch zum Ziel der geplanten Handlung und löst entsprechend bestätigende, motivierende und Sicherheit gebende Emotionen aus und führt durch Wiederholung zu einer effektiven Handlungsfähigkeit. Orthofunktion ist erlernbar und auch die Persönlichkeit oder die Lebensweise eines Menschen können orthofunktional betrachtet werden.<sup>1</sup>

### Aufbau und Unterstützung von zur Orthofunktion führenden Lernprozessen

Nachhaltiges Lernen braucht

- Zeit – Synapsen lernen langsam: erst nach 30 Minuten „üben“ sind erste Veränderungen im Gehirn nachweisbar,
- Aufmerksamkeit – Interesse und Fokus an einem konkreten Ziel,
- Motivation – Erfolge erleben, Bestätigung, Selbstwirksamkeit,
- Soziales Umfeld – Bezugspersonen, „tragendes Miteinander“, Nachahmung,
- Positive Emotionen – Sicherheit, Vertrauen, positive Atmosphäre<sup>2</sup>.

### Konduktive Förderung nach Pető und die Bindungstheorie von Bowlby



„Bindung ist das gefühlsgetragene Band, das eine Person zu einer anderen spezifischen Person anknüpft und das sie über Raum und Zeit miteinander verbindet. Ein Band, das ein Bedürfnis nach Kontakt mit der Person und das Erleben von Stress bei Trennung von ihr beinhaltet.“ (John C. Bowlby, 1907-1990)

Pető war beeindruckt von Bowlbys Studien und entwickelte später das Berufsbild des Konduktors bzw. der Konduktorin als stabile Bindungsperson für Kind und Eltern. Er erkannte das dringende Bedürfnis nach Körperkontakt und emotionaler Wärme. Kinder mit Behinderung haben das gleiche Bindungsbedürfnis wie Kinder ohne Behinderung – auch Kinder mit

<sup>1</sup> Hári, Mária et al. (1992): Das Pető-System. Prinzipien und Praxis der konduktiven Erziehung. Budapest

<sup>2</sup> vgl. Spitzer, Manfred (2007): Lernen, Gehirnforschung und die Schule des Lebens. Heidelberg, Spektrum Akademischer Verlag.

Autismus. Kinder mit Körperbehinderung sind oft „sperrig“, lassen sich nicht leicht umarmen. Man findet aber die gleichen Bindungstypen.

Bindung und Beziehungsgestaltung sind Grundlagen des Lernens und einer positiven Persönlichkeitsentwicklung. Sichere Bindung fördert Resilienz und ermöglicht, Übergänge leichter und positiver zu erleben.<sup>3</sup>

Herausforderungen der Eltern-Kind-Beziehung nach der Geburt eines Kindes mit Behinderung resultieren von zum Teil langen Trennungsphasen nach der Geburt, von Angst und Unsicherheit und von einer erhöhten Belastung der Eltern. Signale des Kindes sind zudem schwieriger zu interpretieren und medizinische, pflegerische Notwendigkeiten können zu weiteren Traumata führen. Eine Korrelation zwischen der Verarbeitung der Diagnose auf Seiten der Eltern und der Bindungssicherheit des Kindes ist wissenschaftlich nachweisbar (Marvin & Pianta 1996).

### ■ 3. Konduktive Förderung und deren Anwendung

#### Eltern-Kind-Gruppe als frühe Konduktive Förderung

Ziel ist, die Eltern zu stärken und zu unterstützen, traumatische Erfahrungen zu verarbeiten sowie eine langsame und sanfte Gewöhnung an die Einrichtung und an therapeutische Interventionen.

#### Zudem bieten die Gruppen:

- Austausch für Eltern,
- Angebote zum Erlernen, wie Aufmerksamkeit und Eigenaktivität des Kindes geweckt werden können
- Erlernen von Handgriffen und Positionen, um das Kind während des Alltags auch zu Hause zu fördern
- Beratung bzgl. Hilfsmittelversorgung, Spiele und Möbel.



Im Fokus steht die Mutter oder der Vater. Die Eltern werden herangeführt, Pflege- und Versorgungssituationen im Alltag als altersgerechte Förder- und Lernsituationen zu nutzen. Dabei sind der Augenkontakt mit dem Kind, das Folgen der Stimme, das Achten auf Körpersymmetrie, in dem man Händchen und Füßchen spielerisch-rhythmisch z. B. beim Wickeln zusammenführt, Kopfkontrolle, sich drehen und abstützen bereits wichtige therapeutische Elemente, die im Alltag so nebenbei mehrmals durchgeführt werden.

**Auch das Tragen im Tragetuch und andere Tragetechiken** fördern eine sichere Bindung und bieten eine Position, welche für das Kind Erfahrungen ermöglicht. Die Welt wird aus der vertikalen Perspektive wahrgenommen; die eigenen Hände kommen ins Gesichtsfeld, berühren das Tragetuch, die Mutter und können spontan greifen. Die abgespreizte Position der Becken und Hüften unterstützt die gesunde Entwicklung der Hüftgelenke auch bei einer Hüftdysplasie.

Aktive, altersgerechte Positionen sind in der Konduktiven Förderung ein wesentliches Element, um lebens- und alltagspraktische Tätigkeiten aktiv erleben zu können.

**Wesentliche Ziele der Konduktiven Förderung** sind die Entwicklung des Kindes zu einer

lebensfrohen, positiven, selbstbestimmten Persönlichkeit, eine maximale Unabhängigkeit von Personen und Hilfsmitteln sowie die frühestmögliche Integration in gesellschaftliche Regeleinrichtungen wie Krippe, Spielgruppe, Schule zu erreichen und eine weitestgehend selbständige Lebensführung zu ermöglichen.

„Das Ziel ist die Spontaneität, Eigenaktivität, Selbststeuerung und Koordination verschiedener Funktionen und Aktivitäten, die zu selbstbestimmtem Handeln, zu Selbständigkeit und damit zur Integration führen.“ (Mária Hári, 1923-2001)

#### Prinzipien der Konduktive Förderung

**Die Gruppe:** „Das menschliche Wesen kann nicht isoliert und unbeteiligt leben, kann und will lernen und hat die Fähigkeit Erfahrungen zu sammeln.“ (A. Pető)

Durch das Gruppengeschehen sind die Kinder motiviert, ahmen einander nach und nehmen sich ein Vorbild an den aktiveren und fähigeren Kindern der Gruppe. Von der Gruppe wird jeder kleinste Erfolg, jede Problemlösung bemerkt und das Lob und die Ermunterung dadurch verstärkt. In der Gruppe lernt das Kind seine Stärken und Grenzen durch zwischenmenschliche Beziehungen, erkennt seine Identität und wird auf das soziale Leben vorbereitet.

#### Der strukturierte Tagesablauf:

Kontinuität in Zeit, Raum und in den Förderinhalten sind notwendig, um dem Kind mit Körper- und Mehrfachbehinderung eine Struktur und Orientierung zu geben, in der es lernen kann, in Sicherheit aktiv zu sein. In der Struktur der Konduktiven Förderung sind Raum, Zeit und Tagesablauf tragende Elemente. Strukturierte Lern- und Förderangebote und freies Spiel wechseln sich im täglichen Erziehungs- und Bildungsalltag ab. Durch gezielte Planung der Aktivitäten und der Umgebung – wenn nötig bis ins Detail – werden Spontaneität und aktive Teilhabe ermöglicht.

**Motorisch-kognitive Lerneinheiten** im Liegen, Sitzen und Stehen ermöglichen komplexe Bewegungsabläufe in kleinen Teilfunktionen zu erlernen. Dabei werden kognitive, soziale und motorische Inhalte miteinander verknüpft. In direkt anschließenden alltagspraktischen Tätigkeiten (ins Bad gehen, sich an- und ausziehen, essen, trinken oder spielen) werden geübte und erlernte Funktionen und Fertigkeiten praktisch angewendet und im Tun gefestigt.<sup>4</sup>

**Verschiedene Formen von Fazilitationen**, als Hilfestellungen durch Handgriffe, positive Bestätigung, neurophysiologische und mechanische Wirkungen oder Nutzung von Strukturen, Geräten oder Möbeln unterstützen den Lernprozess.

**Das rhythmische Intendieren** ist eine charakteristische Methode der Konduktiven Förderung. Es nutzt die Wirkung von Sprache und Rhythmus im Lernprozess und beinhaltet die **Intention** (das Vorhaben, um eine Tätigkeit durchzuführen), das **Ziel**, den zum Ziel führenden **Weg** und den **Rhythmus** der Durchführung.

Das motorische Lernen, alle Bewegungsübungen und Bewegungsabläufe werden altersentsprechend verbal begleitet. Durch sich wiederholendes Sprechen von Reimen, Versen und das Singen von Liedern verinnerlicht und automatisiert das Kind seine Bewegungen. Durch das Zählen, die Reime und das Singen wird ein das Lernen unterstützender Rhythmus entsprechend der jeweiligen Behinderung vorgegeben.

„Auf diese Weise werden funktionelle Bewegungen systematisch erlernt [...]. Die Kinder sind nicht mehr Opfer ihrer dysfunktionalen Bewegungen, sondern schaffen sich eigene Hil-

fen, nämlich Wörter, um ihr motorisches Verhalten zu regulieren. [...] Die Verwendung des Wortes „Ich“ zeigt, dass sich das Kind seiner bewusst wird, ein Ausdruck seiner Selbstbestimmung.“ (A. Tatlow, 2013<sup>5</sup>)

#### ■ 4. Konduktive Förderung und Pädagogik als Inklusionskonzept



Konduktive Förderung und Pädagogik ist mittlerweile auch als Inklusionskonzept für Kinder mit und ohne Behinderung etabliert, und zwar in einigen integrativen Kindergärten, Krippen und Kitas sowie als Schulkonzept der Privaten Schulen Oberaudorf-Inntal sowie in den Phoenix Schulen der Pfennigparade in München.

In inklusiven, integrativen oder heilpädagogischen Konzepten kommen Petös Schlussfolgerungen für die professionelle Betreuung von Kindern mit und ohne Behinderung gleichermaßen zur Geltung: Als professionelle Betreuungsperson ist die Konduktorin sekundäre Bindungsperson und muss sich selbst als Bindungsperson verstehen. Eine sichere Bindung an eine sekundäre Bildungsperson bietet einen Schutzfaktor für Kinder mit unsicherer Bindung an die Eltern und damit kompensatorische Bindungserfahrungen. Eine gute Eingewöhnung ist entscheidend mit dem Ziel einer sicheren Bindung an die Betreuungsperson. Diese muss feinfühlig auf die Bedürfnisse des Kindes und verlässlich auf die Bindungssignale des Kindes reagieren, dem Kind bei der Emotionsregulation helfen und dem Bedürfnis des Kindes nach Nähe, Sicherheit und Trost nachkommen.

„Nur ein Kind, das sich sicher und wohl fühlt, kann explorieren und lernen!“<sup>6</sup>

#### ■ 5. Ausblick auf die Entwicklungen in Deutschland

In den letzten 20 Jahren wurden zahlreiche Studien über die Konduktive Förderung veröffentlicht.<sup>7</sup>

Die Konduktive Förderung konnte sich bundesweit (jedoch vor allem in Bayern) in vielen Heilpädagogischen Tageseinrichtungen, Kindergärten, Krippen, als Schulkonzept oder als ambulante Heilpädagogische Förderung etablieren. Auch im Rahmen der ambulanten und der stationären Rehabilitation wird sie in einigen Kliniken angeboten<sup>8</sup>.

Von 2000 bis 2015 wurde ein Weiterbildungslehrgang zum/zur Pädagogisch-therapeutischen/r-KonduktorIn in der Pfennigparade in München in Kooperation mit dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen und dem Bayerischen Staatsministerium für Bildung und Kultus, Wissenschaft und Kunst angeboten.

Seit 2017 wird Konduktive Förderung als Studienschwerpunkt im Studiengang Heilpädagogik BA an der Evangelische Hochschule Nürnberg angeboten.<sup>9</sup>

Finanzierung der Konduktiven Förderung als Leistung der Eingliederungshilfe ist als

<sup>5</sup> Tatlow, Anita (2013): Konduktive Förderung für Kinder und Jugendliche mit Zerebralparese. Norderstedt, Books on Demand GmbH.

<sup>6</sup> Zimmermann, F. (2013): Aus dem Vortrag: Die Bindungstheorie und ihre Bedeutung für die Betreuung von Kindern mit Behinderung

<sup>7</sup> Studien und Veröffentlichungen siehe unter <http://konduktorenverband.de/de/konduktive-foerderung/> und [www.bkf-petoe.de](http://www.bkf-petoe.de)

<sup>8</sup> Adressen konduktiv arbeitender Einrichtungen sind auf der Webseite des Konduktorenverbandes unter [www.konduktorenverband.de](http://www.konduktorenverband.de) zu finden

<sup>9</sup> [www.evhn.de](http://www.evhn.de)



Sachleistung über die Leistungsvereinbarung in Einrichtungen oder über das persönliche Budget möglich.

#### Kontakt und Informationen:

Bundesverband Konduktive Förderung nach Petö e.V., Zerbableschhofstr. 29, 90427 Nürnberg, [www.bkf-petoe.de](http://www.bkf-petoe.de)

Krisztina Desits ist Diplom-Konduktorin und Heilpädagogin, Bundesverband Konduktive Förderung nach Petö e.V. (BKF)



Unsere schon für Neugeborene geeignete All-in-one-Babytrage Omni 360 Cool Air Mesh bietet 4 ergonomische Tragepositionen sowie ein temperaturregulierendes Mesh-Gewebe, damit es weder Träger noch Baby zu heiß wird. Die Omni 360 wächst ab der Geburt (ab 3,2kg) bis zu einem Gewicht von 20kg mit dem Baby mit und bietet allen Eltern höchsten Tragekomfort.

**ERGOBABY.DE**



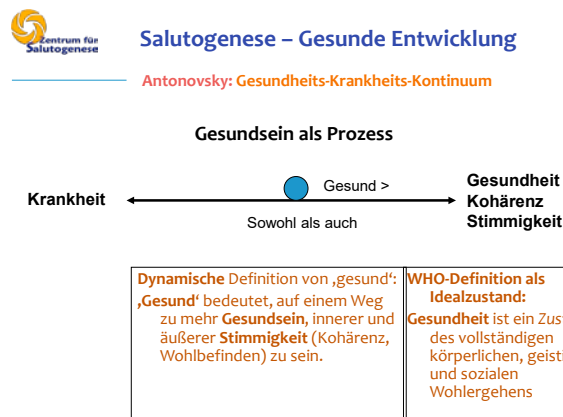
## Theodor Dierk Petzold: Salutogenese – was Kinder und Familien stärkt

### ■ Einleitung / Zusammenfassung

Mit der ‚Salutogenese‘ ist eine neue (alte) Frage und Orientierung in die Wissenschaften eingebracht, die Frage nach der Entstehung von Gesundheit, nach der Entwicklung von Menschen in Richtung Gesundheit.

Im ersten Teil wird ein kurzer Überblick über den aktuellen Stand der Theorie und des Wissens zu diesem Thema gegeben. Im Weiteren wird ausgeführt, welche Bedeutung das für unser Leben hat – besonders (aber nicht nur) in der Familie –, für unsere Einstellung, Kommunikation und Kooperation. Abschließend wird auf die beraterische und therapeutische Kommunikation eingegangen.

### ■ Wie können Menschen sich gesund entwickeln?



Oder: Wie entsteht Gesundheit? Dieser Frage ist der amerikanisch-israelische Stressforscher Aaron Antonovsky nachgegangen und hat dafür das Wort ‚Salutogenese‘ erfunden – als polare Ergänzung zur Frage der ‚Pathogenese‘: Wie entstehen Krankheiten?

Antonovsky (1997) war es wichtig, nicht mehr in einer sich ausschließenden Dichotomie von entweder krank oder gesund zu denken, sondern zu sehen, dass Menschen immer

sowohl kranke als auch gesunde Anteile haben und dass das Leben eine andauernde Dynamik zur aktiven Bildung von Gesundheit ist.

An einer großen Studie zur Gesundheit von Frauen in den Wechseljahren während der 1970er Jahre beteiligten sich auch zahlreiche Frauen, die etwa 30 Jahre zuvor ein national-sozialistisches KZ erlitten hatten. Von diesen Frauen waren zur Zeit der Studie noch 29% bei guter körperlicher und psychischer Gesundheit. Das war für Antonovsky als Stressforscher ein „Wunder“. Dies veranlasste ihn zur salutogenetischen Frage (hier genau genommen die Frage nach der Resilienz, der psychischen Widerstandsfähigkeit): Wie haben diese Frauen es trotz des wahnsinnigen Stresses während des Holocausts geschafft, sich über viele Jahre gesund zu entwickeln? Er ließ diese Frauen zu dieser Fragestellung interviewen. Das Ergebnis war, dass sie etwas hatten, das er „sense of coherence SOC“ nannte, zu Deutsch: „Kohärenzgefühl“ oder „Kohärenzsinn“. „Coherence“ bedeutet im Deutschen „Stimmigkeit, Zusammenhalt, stimmige Verbundenheit“.

Als Medizinsoziologe war er bemüht, diesen SOC messbar zu machen. Dazu hat er den SOC in drei Komponenten untergliedert: Bedeutsamkeit, Handhabbarkeit und Verstehbarkeit. Diese Fähigkeiten bilden zusammen das Kohärenzgefühl, das er in einem Fragebogen abgefragt hat. Die Ergebnisse von inzwischen über tausend Studien zeigen einen deutlichen Zusammenhang des SOC zumindest mit psychischer Gesundheit – einige auch mit körperlicher.

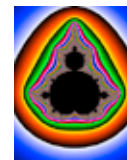
Für unsere heutige Sicht auf die Bildung von Gesundheit haben wir uns allerdings von diesem Fragebogen und dem damit gemessenen Konstrukt des SOC gelöst und sind der Frage der Salutogenese aus medizinischer und therapeutischer Sicht mit einer systemischen Sichtweise unter Anwendung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse der Chaos- und Komplexitätsforschung sowie der Neurowissenschaften nachgegangen (Petzold 2013a, b, 2017).

Eine systemische Sichtweise geht von lebenden dynamischen Ganzheiten (Individuen) aus, die erstens mehr (oder etwas anderes) sind als die bloße Summe der Teile des Systems und zweitens in komplexen und mehrdimensionalen Beziehungen zu anderen Systemen sind – sowohl zu kleineren (Teilsystemen) als Partner- und größeren Übersystemen. Jedes lebende System ist selbstreguliert (autonom) und durchlässig begrenzt („halb-/offen“). Jedes System hat seinen eigenen Zusammenhalt (Kohärenz) (Petzold 2013a, 2014b).

Die **Ganzheit** eines Menschen ist das Zusammenspiel, die Kohärenz, all seiner Anteile und Aspekte: Körper / Verhalten, Fühlen, Denken und Glauben. Dieses Zusammenspiel ist seine **Seele/Psyché**. Sie macht, dass die lebende Ganzheit mehr ist als die Summe der Teile.

### Komplexe Attraktoren

Ein **Attraktor** erscheint als ... ein Zustand, auf den sich ein System hinbewegt. Lebende Systeme regulieren sich zielorientiert.



„Der Zug der Zukunft erscheint stärker als der Schub der Vergangenheit.“  
Leonhard Euler 1707-1783 (bedeutender Mathematiker)

Die Komplexitätsforschung geht davon aus, dass die Dynamik lebender Systeme zielgerichtet reguliert wird. So funktioniert auch unser Gehirn zielgerichtet auf ein für uns attraktives Ziel („Attraktor“) hin. Für alle lebenden Systeme ist ihr Zusammenhalt, ihre Kohärenz (auch Stimmigkeit) sowie Verbundenheit in der Umwelt ein übergeordneter Attraktor (Petzold 2013a, 2014b, 2017).

So kommt auch Klaus Grawe (2004) (seinerzeit der ‚Papst‘ der Psychotherapieforschung) zu dem Schluss: „Konsistenzregulation („Stimmigkeitsregulation“, Anm. TD.P.) findet ganz überwiegend unbewusst statt und durchzieht so sehr das ganze psychische Geschehen,

dass es angemessen erscheint, von einem obersten oder pervasiven Regulationsprinzip im psychischen Geschehen zu sprechen.“ (Grawe 2004, S. 190-191).

### ■ Was bedeuten diese wissenschaftlichen Erkenntnisse für unser Leben?

Jedes Neugeborene sucht nach aufbauenden stimmigen Beziehungen – und erwartet diese womöglich. Alle unsere Organe sind bestrebt kohärent zu kooperieren und sich gegenseitig zum Wohle des ganzen Menschen zu ergänzen und unterstützen. Ebenso kooperieren die Mitglieder einer Familie, die ein lebendes, soziales System bildet, mit dem Ziel, stimmig zusammenzuleben und das Leben weiterzugeben. Wenn Kinder und Eltern miteinander aufbauende Begegnungen und Beziehungen erleben, freuen sie sich. Entwicklungspsychologen haben gezählt, dass in den ersten sechs Monaten bis zu 30.000 Lächeldialoge zwischen Säugling und Bezugspersonen stattfinden. Ein gegenseitiges In-die-Augen-Schauen und Lächeln bedeutet, sich gegenseitig zu vergewissern, dass man sich freut, dass der andere da ist. Diese gemeinsame Freude schafft Kohärenzgefühl. Sie gibt gefühlte Sicherheit im sozialen Miteinander und damit eine gute Grundlage für alle weiteren zwischenmenschlichen Beziehungen (s. Schiffer 2013, 2016, 2017).

### ■ Die Selbst- und Stimmigkeitsregulation

Schon der frisch geborene Säugling kann wahrnehmen und in gewissen Grenzen und recht allgemein unterscheiden zwischen aufbauenden und bedrohlichen Situationen. Dabei ist er stark in Resonanz mit den Emotionen seiner Mutter.

Je nach seiner Wahrnehmung und Bewertung einer Situation wird er aktiv, schreit oder schmiegt sich an. Aus der dann erhaltenen Antwort lernt er. Wenn er mit seiner Aktivität erfolgreich war, wiederholt er diese bei der nächsten ähnlichen Gelegenheit. Wenn er immer wieder auf Ablehnung stößt, kann es dazu kommen, dass er aufgibt und resigniert. Ansonsten hält die Suche nach aufbauenden Begegnungen und Beziehungen das ganze Leben lang an: Als Kind bei den Eltern, zusammen in der Familie, mit zunehmendem Alter (beginnend besonders in der Jugend) in der Gesellschaft / Kultur, weiter global und universell...

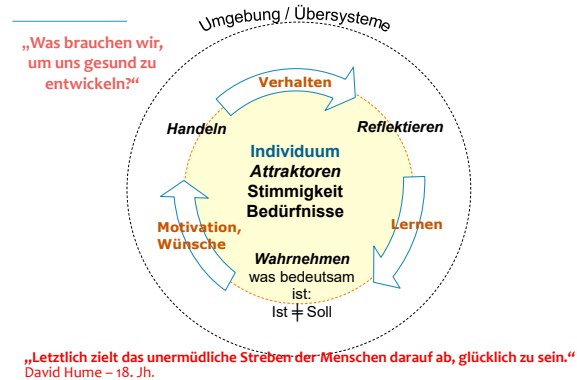
#### Für ein gesundes gutes Leben braucht und hat ein Mensch folgende Grundfähigkeiten:

- Wahrnehmungs- und Unterscheidungsfähigkeit
- Handlungsfähigkeit
  - Zum Annähern an Attraktoren
  - Zum Abwenden von Gefahren
- Reflexions-/Lernfähigkeit und Integrationsfähigkeit

Das Leben jedes Einzelnen wie auch das der Familie dreht sich letztlich um den übergeordneten Attraktor „Kohärenz/Stimmigkeit“. Im Alltag sind uns untergeordnete Attraktoren wie Satttheit, Geborgenheit usw. als Bedürfnisse oft mehr im Bewusstsein. Sie sind Teile unserer Stimmigkeitsregulation zwischen inneren Erfordernissen und äußeren Gegebenheiten. Unsere Bedürfnisse sind Anzeigeinstrumente dafür, dass in unserem Organismus gerade etwas nicht ganz stimmt – der Ist-Zustand sich wieder dem Soll-Zustand annähern soll. Die Bedürfnisse (auch soziale, kulturelle und geistige, auch Wünsche und Anliegen) motivieren uns zum Handeln, prägen unser Verhalten zur Annäherung an unsere Attraktoren. Nach jeder Aktion bilanzieren wir, ob wir uns unserem Ziel angenähert haben und reflektieren die erfahrene Wechselbeziehung, die Reaktionen



### Stimmigkeitsregulation, Bedürfnisse und Attraktoren



und Antworten unserer Mitwelt auf unsere Bedürfnisäußerung. Aus dieser Reflexion der Erfahrung lernen wir. Hieraus entsteht die kognitive Komponente des Verstehens (vgl. Antonovsky „Verstehbarkeit“) (Petzold 2013a, b, 2014b, 2017).

### ■ Drei neuro-motivationale Systeme organisieren unser Leben

Wenn wir einen Mitmenschen, ein Objekt oder eine Situation als attraktiv einschätzen oder wenigstens die Hoffnung haben, dass sie für uns aufbauend sein könnte, springt unser neuro-motivationale Annäherungssystem an. Dieses ist mit dem sog. Lustzentrum und inneren Belohnungssystem verknüpft, das im Gehirn Dopamin ausschüttet und uns ein Gefühl von Lust bereitet. Schon, wenn wir an etwas Attraktives denken, bekommen wir Lust – und noch mehr, wenn wir uns auf den Weg der Annäherung begeben. Wenn wir unser Ziel erreicht haben, kommt Freude auf und dann Zufriedenheit.

Dieser Vorgang spielt sich immer wieder ab. Beim Säugling beispielsweise, wenn er hungrig wird, aufwacht und nach der Trinkquelle sucht. Wenn dann die Mutter dabei sitzt und ihn anlegt und stillt – schon bevor er geschrien hat – fühlt sich das Frischgeborene gut verstanden und besonders kohärent. Dann gibt es im Folgenden auch seltener Stillprobleme, wie Erfahrungen auf Geburtsstationen zeigen. Wenn Kinder ganz am Anfang entsprechend positive Erfahrungen machen, können sie im Weiteren auch leichter damit klarkommen, wenn die Mutter mal nicht sofort zur Stelle ist. Eine positive Kommunikationserfahrung (Bedürfnisäußerung und eingehende Antwort) ganz am Anfang des Lebens stärkt das Kohärenzgefühl des Kindes.

Bei Erwachsenen bleibt der Vorgang im Prinzip der gleiche, nur dass die Bedürfnisse und Anliegen andere geworden sind. Wir können unterscheiden zwischen Stoffwechselprozessen, die sehr kurze Regulationszeiten haben (wie z. B. Sauerstoffregulation usw.) und sozialen Bedürfnissen (wie z. B. Partnerschaft), die man eher mal längere Zeit zurückstellen kann, sowie kulturellen Anliegen (wie Beruf, politische Veränderungen), die oft noch mehr Zeit brauchen.

Besonders in Bezug auf kulturelle Anliegen wie z. B. Arbeit, aber auch schon als Mutter oder Vater sind unsere Annäherungen nicht immer mit Lust verknüpft. Manchmal sogar im Gegenteil, da müssen wir auf Dinge verzichten, zu denen wir eigentlich mehr Lust hätten, um unserer Elternrolle gerecht zu werden, unser Berufsziel zu erreichen bzw. unsere Rolle in einer arbeitsteiligen Kooperation zu erfüllen (Pflicht). Für diese Annäherung motiviert uns unser neuro-motivationale Kohärenzsystem (in englischen Studien oft „liking“ genannt), das wohl besonders im Frontallappen der Großhirnrinde konzentriert ist. Diese Kohärenzmotivation (vgl. Grawe 2004, auch Zitat oben) motiviert uns zur stimmigen Verbundenheit

auch mit unseren Übersystemen. Für das Kind ist das zunächst die Familie, wo es schon früh bemüht ist, zur Kohärenz des Familiensystems beizutragen, z. B. wenn die Mutter leidet, ihr zu helfen, womöglich Rücksicht zu nehmen oder eine Freude zu bereiten. Später strebt es zunehmend in eine Kohärenz mit der Kultur und schließlich mit der Menschheit in der globalen Verbundenheit. Mit diesem neuro-motivationalen Kohärenzsystem können wir wohl auch in Resonanz mit der Kohärenz unserer Übersysteme gehen, also Informationen – ein Mitwissen – aus diesen empfangen. Dieses Mitwissen ist oft mehr ein Ahnen der größeren Zusammenhänge. Im motivationalen Annäherungssystem können wir zwei Teile unterscheiden: das direkt mit Dopamin-Ausschüttung verknüpfte lustorientierte (engl. „wanting“) und das übergeordnete, nach stimmiger Verbundenheit strebende kohärente Annäherungssystem (engl. „liking“) (Petzold & Bahrs 2018).

Wenn wir nun nicht eine Attraktion vor Augen haben, sondern einer Gefahr begegnen, springt unser neuro-motivationales Abwendungs- / Vermeidungssystem an (=Stress). Das dazu gehörige Angstzentrum im Gehirn ist der sog. Mandelkern. Bei einer akuten Bedrohung bietet es uns drei Verhaltensmöglichkeiten: fliehen, kämpfen oder totstellen (Schock). Wenn wir die Bedrohung durch Flucht oder Kampf abwenden konnten, haben wir die Herausforderung gemeistert und fühlen uns hinterher stärker und selbstbewusster. Wenn wir die Gefahr (gefühl) nicht aktiv abwenden konnten, sie also noch weiter vorhanden ist (zumindest gefühlt), bleibt das Abwendungssystem aktiv. Dann wird der Stress chronisch. Ein chronischer Stress ist der größte Faktor für viele sog. chronische Erkrankungen. Wie neueste Forschungen der Psychoneuroimmunologie zeigen, kann schon starker Stress der Mutter während der Schwangerschaft beim Kind das Risiko für Asthma, Diabetes und andere Erkrankungen erhöhen. So können langwierige Erkrankungen ein Hinweis auf erlebte Bedrohungen sein. Ein im Verhältnis zur Annäherungsmotivation zu starker Abwendungsmodus ist kennzeichnend für die Konstellation bei Depression und vielen anderen langwierigen Erkrankungen.

Jedes dieser drei neuro-motivationalen Systeme hat seine wichtige Funktion im Leben. Für unsere gesunde Entwicklung sollen sie gut zusammenarbeiten.

Das mit Dopamin verknüpfte Annäherungssystem motiviert uns, lustvoll (hedonistisch) unserem physischen und emotionalen Wohlergehen sowie der Weitergabe des Lebens nachzugehen.

Das mit dem Angstzentrum und der Stressregulation verknüpfte Abwendungssystem soll mit Kämpfen, Fliehen oder Totstell-Reflex für unsere Sicherheit sorgen.

Das neuro-motivationale Kohärenzsystem ist dem direkten Annäherungs- sowie dem Abwendungssystem übergeordnet. Es befähigt uns, freier und autonomer zu entscheiden, ob wir einem hedonistischen Verlangen folgen oder darauf zugunsten eines größeren Sinnes verzichten wollen. Auch befähigt es uns, in bedrohlichen Situationen distanzierter auf die Situation zu schauen und die Gefahr ohne Panik abzuschätzen und überlegter und gelassener darauf zu reagieren. Es befähigt uns, vernunftgesteuerte Entscheidungen zu treffen, in die sowohl unsere Bedürfnisse als auch die Abwägung der Umweltgegebenheiten integriert sind. Die Kohärenzmotivation führt zu einem integrierten Kohärenzbewusstsein von stimmiger Verbundenheit.

#### ■ Urvertrauen, Misstrauen und sehendes Vertrauen

Als Antonovsky sein Rahmenkonzept zur Salutogenese entworfen hat, gab es noch nicht die neuro-psychologischen Erkenntnisse in Bezug auf die motivationalen Systeme. Die Erkenntnisse zum Kohärenzsystem sind erst in den letzten 15 Jahren aus der Suchtforschung

gekommen und sind noch so frisch, dass es noch keinen allgemein anerkannten Begriff dafür gibt. Vielleicht hat Aaron Antonovsky (1997) aber damals schon intuitiv einen wichtigen Kern des Kohärenzsystems erfasst, als er das Kohärenzgefühl (SOC) definierte als „... eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat...“

Vertrauen ist stark mit dem motivationalen Annäherungssystem verbunden und dessen grundlegendes Gefühl. In der Säuglingsforschung und Entwicklungspsychologie ist es genauso bedeutsam wie für Kooperation. Vertrauen kann uns selbst dann ein Gefühl von Sicherheit schaffen, wenn die äußeren Bedingungen bedrohlich sind.

Mit „globaler Orientierung“ des Gefühls des Vertrauens ist eine überpersönliche Orientierung gemeint, dass z. B. die Frauen im KZ bei aller Bedrohlichkeit der Gegebenheiten ein Gefühl hatten, dass es schon irgendwie gut werden wird – über die eigenen Grenzen hinaus. Im Deutschen haben wir das schöne Wort ‚Urvertrauen‘, das dem wohl gerecht wird. Dabei gehe ich davon aus, dass dieses Urvertrauen angeboren ist. Es ist die positive Erwartung des Neugeborenen, dass es aufbauende Weltbeziehungen findet, dass die Luft, die es mit dem ersten Atemzug einatmet, ihm den Sauerstoff gibt, den es braucht (und nicht vergiftet ist), dass die Muttermilch nahrhaft für ihn ist und die Bezugspersonen gut für ihn sorgen. Das Urvertrauen ist dem Leben also inhärent und muss nicht erst erworben oder gebildet werden, wie das von Erik H. Erikson (1991) beschriebene „Ur-/Grundvertrauen“ („basic trust“). Wenn ein Säugling aber keine zuverlässig aufbauende Beziehung erlebt, wird das angeborene Urvertrauen enttäuscht, zieht sich zurück, und Misstrauen und Angst sowie die von Erikson und anderen Bindungsforschern beschriebenen Störungen entstehen verstärkt. All dies sind Manifestationen von Stresserleben, wo die Beziehungsbedingungen nicht die Erwartungen des Säuglings ‚aufbauend‘ erfüllen (und somit als bedrohlich erlebt werden) und somit das Abwendungssystem im Beziehungskontext angeschaltet wird.

Wenn wir von einem angeborenen, dem Leben innewohnenden Urvertrauen ausgehen, hat das den Vorteil, dass wir in Therapie und Beratung auf diese Grundlage zurückgreifen können, dass wir nicht denken müssen: ‚Wenn er im ersten Lebensjahr keine vertrauensbildende Beziehung erlebt hat, hat er halt Pech gehabt. Dann kann man nichts mehr machen.‘ Sondern wir wissen, dass er für all seine Angst und sein tiefes Misstrauen Gründe hat, Lernerfahrungen gemacht hat, und dass er in der Tiefe – unter all den negativen Erfahrungen – das Potential zum Urvertrauen hat, das wir als Quelle für Vertrauen nutzen können, auch für Mut, um jetzt neue positive Erfahrungen machen zu können. So eröffnet diese Sichtweise auf ein angeborenes Urvertrauen viel mehr und neue therapeutische Möglichkeiten und Perspektiven (Petzold 2012).

#### ■ Verbunden – gesunden: Kommunikation, Spiegelneuronen und Kohärenz

##### Aufbauende Beziehungen in Lebensdimensionen finden und mitgestalten

Das Neugeborene (wahrscheinlich sogar schon der Embryo) sucht im Grunde nach aufbauenden Beziehungen in seiner Umgebung und damit nach Bestätigung seines Urvertrauens ins Leben. Dieses Urvertrauen ist auch als Erfahrung, als individuelle Resonanz zu verstehen auf eine stimmige Verbundenheit, aus der heraus es geboren wurde: aus dem aufbauenden Mutterleib – geboren in eine neue Umgebung, in der es atmen kann und dyadische Beziehungen erfährt – aus der symbiotischen Einheit in die Zweiheit und Vielheit. Mit dem Atmen der Luft aus der Atmosphäre wird das Kind auch zu einem autonomen Teil der Biosphäre. Grundlegend für das Urvertrauen ist die Erfahrung der aufbauenden Verbundenheit im Mutterleib. Um den Übergang in die Erfahrung der Zweiheit und Vielheit schonender zu gestalten, ist das Tragen am Körper der Eltern eine wunderbare Angelegenheit.



Die Kommunikation des Säuglings mit seiner Umgebung ist zu Beginn überwiegend physisch über direkten Körperkontakt. Allerdings scheint er auch mit Stimmungen seiner Bezugspersonen, besonders der Mutter, leicht in Resonanz zu gehen bzw. zu bleiben. Seine basalen Emotionen und ihr physischer Ausdruck, wie wütendes Schreien oder trauriges Weinen, haben zweierlei Bedeutung: Sie verstärken den Ausdruck eines wichtigen Bedürfnisses (Wut als Ausdruck des Bedürfnisses ‚gehört oder gesehen werden‘; Trauer als Ausdruck des Bedürfnisses ‚sich verbunden fühlen‘), und sie bewerten die erlebte (bzw. vermisste) Antwort der Bezugsperson auf die primäre Bedürfnisäußerung als frustrierend.

### Psyche und psychische Gesundheit

#### Definition

Der ganze Mensch, also seine Psyche/Seele, kommuniziert über seinen Körper, sein Fühlen, Denken und Geist mit seiner mehrdimensionalen Umgebung. Die Psyche ist in Resonanz mit seiner materiellen, sozialen, kulturellen und geistigen Umgebung.

Die psychische Gesundheit eines Menschen ist seine Fähigkeit, seine Bedürfnisse in seiner mehrdimensionalen Umgebung hinreichend befriedigend (für alle Beteiligten) zu kommunizieren - körperlich, menschlich, kulturell und geistig (Petzold & Bahrs 2018).

Mit den bald (besonders ab dem dritten Lebensmonat) einsetzenden Lächeldialogen (s. Schiffer 2016, 2017) entsteht eine zunehmend auch im Äußeren beobachtbare sozial-emotionale Beziehung. Im weiteren Verlaufe des ersten Lebensjahres nimmt das Kind mit weiteren Personen kommunikative non-verbale Beziehungen auf. In dieser Zeit bildet es eine Reihe von emotionalen Kommunikationsmustern aus, die die Grundlage für spätere soziale Beziehungen bilden. Deshalb ist diese Zeit von so immenser Bedeutung für das Leben des Menschen. Ein achtsamer und möglichst liebevoller Umgang mit dem Säugling sind nachhaltig sehr wirksam.

### ■ Leben in mehrdimensionaler Kohärenz und Resonanz

#### Kommunikation in Systemen

Biologisch: organismisch / physisch (auch Schwangerschaft)

Familiär – sozial: non- und para-verbal (Spiegelneuronen und ‚systemische Resonanzen‘)

Kulturell: verbal und über andere Zeichensysteme vermittelt

Geistig / global: transkulturell / metasprachlich / intuitiv?

Ein großer Teil der non- und para-verbalen Kommunikation (neben den Worten, z. B. die Stimme) scheint über sog. Spiegelneuronen zu verlaufen. Dabei werden bei jedem Menschen genau die Neuronen aktiviert, die bei einem beobachteten Mitmenschen aktiv sind,

wenn dieser z. B. mit seiner Mimik Emotionen ausdrückt (Rizzolatti 2008). So kann jeder über diese Resonanz ziemlich genau das fühlen, was der Kommunikationspartner fühlt. Joachim Bauer (2005) nennt diese Spiegelneuronen deshalb treffender auch „Resonanzneuronen“.

Über diese Resonanzneuronen kann das Kind auch von Vorbildern lernen, sowohl komplexe Bewegungsmuster wie z. B. das Laufen auf zwei Beinen als auch soziale Interaktions- und Beziehungsmuster von den Eltern abgucken und nachahmen.

Es gibt sehr viele glaubhafte Erfahrungen und Berichte, die zeigen, dass es auch Resonanzen auf metaphysisch übermittelte Informationen gibt (in der Quantenphysik als „Verschränkung“ bezeichnet; s. a. Petzold 2017), dass ein Kind ein Mitwissen an dem Zusammenhalt der Familie und den Stimmungen der Mutter hat. Ebenso haben Mütter häufig ein instinktives Wissen um das Wohl ihrer Kinder. Insgesamt nennen wir diese Phänomene von Mitgefühl, Mitwissen und Nachahmung „systemische Resonanzen“ (Petzold 2013a, c).

In der systemischen Aufstellungsarbeit werden sie spürbar, wenn ein Stellvertreter Gefühle oder Gedanken wahrnimmt, die die vertretene Person in der aufgestellten Familie hatte. Der Stellvertreter geht in systemische Resonanz mit den Beziehungsinformationen, die der Aufsteller (als sog. Feld) implizit hat. Ein ähnliches Phänomen kennen wir als „Übertragung“ und „Gegenübertragung“, wie es nach Sigmund Freud in der Psychoanalyse genannt wird, wenn der Therapeut ganz ähnliche Empfindungen und Gedanken bekommt, wie z. B. der Vater oder die Mutter des Klienten in der Beziehung zu ihm hatte. Solche systemischen Resonanzen sind überall zu erfahren, wo Beziehungen aufgenommen werden. Da diese in der Familie und hier bei kleinen Kindern ganz besonders dicht sind, sind hier auch die non-verbalen Resonanzen besonders ausgeprägt.

### Resonanz in natürlichen Rhythmen

#### Definition:

Resonanz ist ein Mitschwingen in der eigenen Schwingungsfähigkeit – ein Antwortschwingen.

- Zellvermehrung einer einfachen Zelle: ca. 20 Minuten
- BRAC: Basic Rest and Activity Cycle 90 Minuten Aktivität und 15-30 Minuten Ruhe
- Tag- / Nacht-Rhythmus
- Wochenrhythmus / circaseptaner Rhythmus
- Monats- / Mondrhythmus
- Jahresrhythmus
- Längere Rhythmen (7-Jahre..., Lebensabschnitte, Generationen, kulturelle / ökonomische Zyklen...)

Nicht zu vergessen als Resonanzphänomene sind auch die biologischen Rhythmen des Menschen, die unsere Selbstregulation takten – sie sind ganz in Resonanz zu Zyklen der Zellvermehrung bzw. der Lichtverhältnisse im Tages-, Monats- und Jahresverlauf (s. Tabelle).

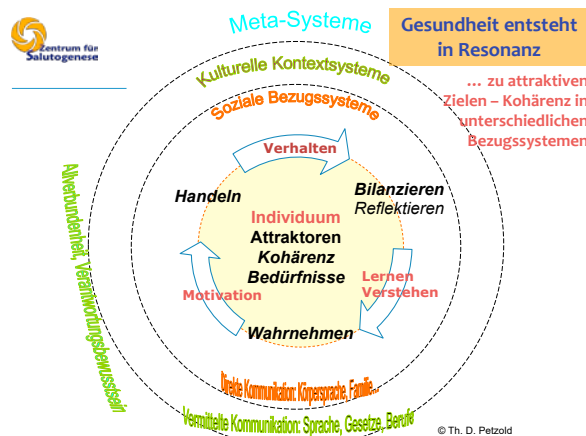
Mit dem Älterwerden, der Vielfalt der Beziehungen und dem Erlernen der Sprache und damit einer durch Zeichen wie Worte vermittelten Kommunikation, lernen Kinder, auch auf komplexe Zeichen zu resonieren. Michael Tomasello (2010) hat dargelegt, dass die Voraussetzung für das Entwickeln von Sprache und Kultur in der Fähigkeit der Kommunikation durch Zeigegesten liegt. Den Beginn einer derartigen Kommunikation zur Kooperation konnte er schon bei zwölf Monate alten Säuglingen beobachten.

### ■ Leben in der Sprache

Im Zeitalter der Smartphones und Computer hat sich die Kommunikation unter Erwachsene-

nen noch stärker verbalisiert. Ein sehr großer Teil unserer täglichen Kommunikation findet statt, ohne dass wir unsere Kommunikationspartner dabei sehen, hören oder riechen. Da sind die mitgeschickten Emoticons auch nur ein schwacher Ersatz für das persönliche Gesicht. Das Leben in der Sprache löst sich somit immer mehr von der direkten sinnlichen zwischenmenschlichen Kommunikation ab. Es geht damit zunehmend um Dinge, zu denen wir eine große sinnliche Distanz haben. Bei der Entwicklung der Sprache ging es zunächst um Ziele und Zwecke der Kooperation, über die mit Hilfe von Gesten und Worten kommuniziert wurde. Durch Absprachen konnte die Kooperation viel besser funktionieren und auch Zeiträume überwinden. In den Naturwissenschaften, der Technik und Produktion sowie auch dem Handel wurde diese zweckgerichtete Kommunikation über Drittes besonders kultiviert. Dabei wurde die Distanz zu den eigenen Bedürfnissen und Gefühlen immer größer. Auch wenn es viele Worte für diese Gefühle gibt – es ist etwas anderes, über die Emotionen zu reden als sie direkt zu erleben und mimisch sinnlich auszudrücken. Sprache schafft Distanz zu den sinnlichen und direkten sozialen Bedürfnissen. Im Leben in der Sprache sind wir nur noch indirekt und vermittelt mit dem sinnlich Erlebten verbunden. Dafür gewinnen wir Kommunikations-, Kooperations- und Handlungsmöglichkeiten – mehr Freiheit und Autonomie.

Kultur ist die Kreation dieser Distanz in Form von Zeichensystemen wie Sprache, Musik, Kunst usw. So erscheint es gerechtfertigt und zweckmäßig, von einer kulturellen Lebensdimension zu sprechen, die komplexer ist als das familiäre soziale Leben. Dabei bestimmt die Kultur weitgehend (aber nicht vollständig!) top-down die zwischenmenschlichen Beziehungen. Andersherum gibt es auch eine Bottom-up-Wirkung der einzelnen Menschen und ihrer Familien auf kulturelle Systeme, wie Firmen, Schulen, Organisationen und Institutionen.



Gerade in den letzten Jahren – besonders seit der Finanzkrise 2008 – ist deutlich geworden, wie die globale Verflechtung der Menschheit und ihrer Ökonomie über das Wohl und Leid der Völker bestimmt. Letztlich sind zumindest einige der Kriege und Flüchtlingsströme entweder direkte oder indirekte Folgen dieser Finanzkrise bzw. der globalen Abhängigkeiten. Mit der Gegenwärtigkeit der Geflüchteten in unserem Alltag, auch in den Kindergärten und Schulen, sind wir alltäglich mit der globalen Einheit

der Menschheit konfrontiert. Wenn wir über gesunde Entwicklung reden, müssen wir auch global denken. An der Wirklichkeit der Einheit der Menschheit kommen wir heute nicht mehr vorbei. Dieses globale Denken erfordert eine Reflexion und damit auch eine Distanzierung von unserer eigenen Kultur, unseres Lebens in unserer eigenen Sprache. Durch ein Lernen von Fremdsprachen wird diese Fähigkeit gefördert.

Das reflexive Bewusstsein über die eine Menschheit ist mit unserem höheren Kohärenzbewusstsein (s.o.) verknüpft. Durch die Kohärenzmotivation sind wir zur Integration all unserer Erfahrungen motiviert. Diese Integration findet im Kohärenzbewusstsein statt.

Für viele ist dieser Bewusstseins Schritt mit einer spirituellen Dimension verbunden. Diese kann als sinnstiftender Glaube an und Vertrauen in eine höhere Macht eine wichtige Ressource für gesunde Entwicklung sein – ganz besonders in existentiellen Krisen und Übergängen wie der Geburt.

### ■ Kooperation mit unterschiedlicher Motivation

Wenn wir im Sinne der Kohärenzmotivation mit anderen Menschen kooperieren, ist sowohl das Ziel als auch der Weg eine Integration unserer unterschiedlichen Bedürfnisse, Fähigkeiten und Erfahrungen. Diese Integration ist ein kokreativer Vorgang, bei dem wir gemeinsam neue Geschöpfe und Welten gestalten. Im Zustand der Gelassenheit bringen wir all unsere Qualitäten, Bedürfnisse, Emotionen und Gedanken in die Kooperation ein, aber wir identifizieren uns nicht damit, bleiben nicht an einzelnen Bedürfnissen und Emotionen hängen. Wir können jeweils neu und autonom entscheiden, wie wir einzelne Bedürfnisse und Gelegenheiten gewichten und diese verfolgen und wie viel Zeit und Raum wir der gemeinsamen Entwicklung geben.

Anders funktioniert eine Kooperation im Abwendungsmodus. Dort erscheint eine Bedrohung gegenwärtig. So haben wir das Gefühl, dass Eile geboten ist, um die Gefahr abzuwenden. Wir meinen, keine Zeit zum Nachdenken zu haben. Wir suchen möglichst schnell Verbündete, die gegen die gleiche Gefahr kämpfen wollen. Alle sind im Abwendungsmodus. Wenn die Bedrohung vorbei ist, womöglich sich auflöst oder als Fata Morgana erweist, wird die Kooperation gegenstandslos und könnte beendet werden. Um sie trotzdem weiterzuführen, suchen die Beteiligten nicht selten eine neue Bedrohung. Andere beginnen, in Kooperationspartnern eine Gefahr zu sehen, wenn sie selbst nicht in der Lage sind, aus dem Abwendungsmodus (häufig in einer sog. Opfer-Dreiecks-Beziehung, s. Petzold 2016, 2017, 2018) auszusteigen. Abwendungsziele taugen als Motivation nur für kurzfristige „Not-Kooperationen“, aber nicht für langfristige Zusammenarbeit.

Eine Kooperation im Annäherungsmodus wird motiviert durch attraktive Ziele, die Lust oder Sinn / Bedeutsamkeit versprechen. Das beginnt mit Lob oder Süßigkeiten als Belohnung für Kinder, die etwas helfen sollen, geht weiter über Bezahlung von Arbeit und endet im Versprechen des Himmels auf Erden... Wenn stimmige Fernziele mit einem Lustaufschub oder -verzicht verknüpft sind, braucht es schon eine Portion Sinn in der Kohärenzmotivation, um zu einer Kooperation zu gelangen, bzw. „bei der Stange zu bleiben“.

### Definition menschlicher Kooperation

„Zwischen neun und zwölf Monaten interagieren Säuglinge schließlich nicht mehr nur mit einer Person oder einem Gegenstand, sondern verbinden diese in einer dreiseitigen (triadischen) Interaktion. Diese frühen triadischen Interaktionen bilden den Ausgangspunkt für tatsächliche Kooperation. Diese wird von den Wissenschaftlern der Abteilung für Vergleichende und Entwicklungspsychologie am Max-Planck-Institut für evolutionäre Anthropologie so definiert:

Neben dem **gegenseitigen Eingehen** aufeinander (1) sind die Beteiligten durch ein **gemeinsames Ziel** verbunden, und (2) die Akteure stimmen ihre **Rollen miteinander** ab, wozu auch die **Unterstützung des Anderen** in seiner Rolle gehört.“

Tomasello, Michael; Hamann, Katharina: Kooperation bei Kleinkindern; Max-Planck-Gesellschaft Jahrbuch 2011/2012

Dabei ist zu berücksichtigen, dass Kooperation an sich schon ein menschliches Grundbedürfnis und auch Fähigkeit ist, wie Tomasello in seinen Grundlagenforschungen im Max-

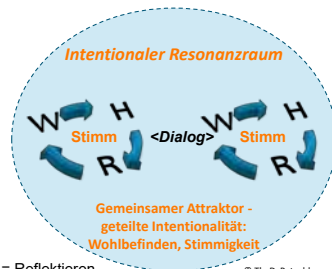


Planck-Institut für Entwicklungspsychologie in Leipzig zeigen konnte (2010). Schon Kinder ab zwölf Monaten kooperieren mit ihren Bezugspersonen spontan um Drittes (Dinge, zu denen sie keinen eigenen Bezug haben) ohne Aufforderung oder Belohnung. Offenbar ist natürliche Kooperation ein angeborenes intrinsisches Grundbedürfnis und mit Lust verknüpft, wahrscheinlich mit Dopamin-Ausschüttung. Evolutionsbiologisch erscheint das sehr sinnvoll und plausibel, da eine gute Kooperation einen deutlichen Vorteil im Leben verschafft.

## Wie eine gute Kooperation gelingt

Die grundlegende Bedeutung gemeinsamer Intentionalität

### Salutogene Kommunikation



R = Reflektieren  
W = Wahrnehmen Unterschied von Ist und Soll  
H = Handeln  
Stimm = Attraktor Stimmigkeit

Tomasello beschreibt eins seiner vielen Experimente so: In einem Raum sitzt ein zwölf Monate alter Säugling und spielt. Im selben Raum ordnet eine Bezugsperson Akten in einem Schrank, stellt einen Ordner hinter den Schrank, geht raus, kommt wieder rein und sucht den letzten Aktenordner. Der Säugling zeigt auf den Ordner hinter dem Schrank.

Tomasello nennt es: Teilen der Intentionalität. Der Säugling geht in Resonanz mit der

Absicht der Bezugsperson – teilt seine Intentionalität – und aus dieser dann gemeinsam geteilten Intentionalität heraus kooperiert er mit der Bezugsperson. Die Voraussetzung für eine spontane, gelingende Kooperation ist also eine gemeinsame Intentionalität.

Weitere Studien von Tomasello (2010) haben gezeigt, dass Lob von außen die Motivation von Kindern zum Helfen, zur Kooperation eher vermindert als fördert. Die Beziehungsebene der gemeinsam geteilten Intentionalität wird anscheinend mit dem Loben verlassen. Der Erwachsene stellt sich über das Kind.

## ■ Kooperation in Lebensdimensionen

### Kooperation zur Weitergabe und Entfaltung des bio-sozialen Lebens

- Zeugung ist biologische Kokreativität
- Schwangerschaft ist Kooperation von Mutter und Embryo (und indirekt Vater)
- Familiäre / soziale Beziehungen sind Kooperation zur Entfaltung des sozialen Lebens
- Explizit Kommunizieren ist Kooperation zur Kultivierung von Erfahrungen und Zielen und zur Entfaltung von Potential

Analog zu der Kommunikation und den Beziehungsqualitäten in unterschiedlichen Lebensdimensionen verändern sich auch Inhalte und Arten der Kooperationen. Die Kooperation von Organen in unserem Körper hat als Ziel den Aufbau und die Kohärenz des individuellen Lebens. Die Kooperation von Familienmitgliedern dient der Weitergabe und Entfaltung des bio-sozialen Lebens. So können wir auch das Schreien eines Kindes als Beitrag zu diesem Ziel verstehen, denn es weist die Bezugsperson darauf hin, was diese zu tun hat, damit die Familie kohärenter wird und sich das Leben der Kinder besser entfalten kann (vgl. a. Juul 2014).

## Systemisches Evolutionsmodell

Kohärenz und Kooperation in Lebensdimensionen



© Th. D. Petzold

für die Kohärenz der globalen Lebensdimension, wie die Ethik der Menschheit.

## ■ Kooperation in Beratung und Therapie

Wenn wir in der Beratung nicht nur kurzfristig dabei helfen wollen, wieder Sicherheit herzustellen, müssen wir darauf achten, dass die Kooperation im kohärenten Annäherungsmodus gelingt. Das bedeutet, dass wir mit dem Klienten zusammen attraktive Ziele finden, an die er sich mit unserer Hilfe annähern will.



## Annäherungs- und Abwendungsziele

### Gesunde Selbstregulation

#### Annäherungs-/Kohärenzziele (oft implizit)

- Stimmige Verbundenheit
- Gesundheit
- Sicherheit, Vertrauen, Mut
- (Selbst-)Mächtigkeit
- Wohlbefinden
- Zugehörigkeitsgefühl
- Gerechtigkeit
- Probleme lösen

#### Abwendungsziele (wie Warnlampen)

- Unstimmigkeit
- Krankheit
- Angst
- Opferrolle, Ohnmacht
- Schmerz
- Isolation
- Ungerechtigkeit, Verletzung
- Probleme haben

Dann besteht unsere Aufgabe darin, den Dreh zu einem Annäherungsziel zu finden: von dem schmerzhaften Symptom zum Wohlbefinden, von der Angst zum Gefühl von Sicherheit und Vertrauen oder Mut (s. Tabelle). Wenn wir dagegen die Kooperation im Abwendungs-/Vermeidungsmodus eingehen, kommen wir dazu, z. B. gegen die Angst anzukämpfen oder sie vermeiden zu wollen. Der Klient bleibt im Abwendungsmodus. Dieser eskaliert: Der Klient bekommt noch Angst vor der Angst. Wie soll man Vermeiden vermeiden? Im Kampf gegen die Angst (die eigentlich als Warnlampe fungiert) kommt es dazu, dass wir diese zerstören wollen. Wenn wir aus der Abwendungsmotivation heraus z. B. Tranquilizer geben, wäre das vergleichbar damit, wenn wir im Auto ein Pflaster auf die Warnlampe kleben, die uns zeigt, dass zu wenig Öl im Motor ist – anstatt Öl nachzufüllen. (Wenn man einmal Tranquilizer geben will, sollte das nicht gegen die Angst sein, sondern für ein Gefühl von Sicherheit.) So müssen wir am tiefsten Punkt der Angst fragen, was der Mensch braucht, damit er sich sicher fühlen kann, Vertrauen oder Mut finden kann. Mit dieser einfachen Frage eröffnet sich ein ganz anderes Spektrum an Möglichkeiten, als wenn wir im Kampf gegen die Angst

Mit der Entfaltung der sprachlichen Kommunikation wird eine differenziertere Arbeitsteilung möglich, sogar über große zeitliche und räumliche Distanz hinweg. Das Ziel kultureller Kooperation können wir in der Weitergabe und Kultivierung von Erfahrungen und Zielen und Werten sehen – in einer Verstärkung und Kultivierung von gemeinsamer Intentionalität. Damit wird auch unser Kohärenzbewusstsein geschult, entfaltet und geöffnet

hängen bleiben. Ganz analog fragen wir bei den anderen Abwendungs-/Vermeidungszielen. Heilung findet am tiefsten Punkt der Verletzung statt (s.a. Bastian 2014).

### Annäherungsmodus aktivieren – Kohärenz schaffen

- Atmosphäre: sicher und offen
- Zuhören → wahrnehmen
- Abwendungsverhalten anerkennen
- Fragen nach Wunschlösung → Annäherung
- Ermutigen, Kompetenz stärken – um Angst zu überwinden
- Abwehr stärken im Dienst von Annäherung
- Probleme lösen macht Glücksgefühle
- Inkohärenz wird zu Kohärenz

Dazu können Fragen wie die Feen-Frage hilfreich sein: ‚Stell dir vor, es kommt eine gute Fee und du hast einen Wunsch frei...‘

Oder: ‚Stell dir vor, heute Nacht kommt eine gute Fee, die dich wieder vollständig gesund bzw. fit macht – Wie fühlst du dich morgen früh, wenn du aufwachst? Was ist anders? Was möchtest du tun, wenn du wieder fit bist? Wie reagieren deine Mitmenschen?‘

Wenn wir ein attraktives Ziel gefunden haben, kann ein intentionaler Resonanzraum entstehen. In diesem gemeinsam hergestellten motivationalen Raum können wir mit Klienten dialogisch kokreativ kommunizieren und kooperieren. Wir können gemeinsam neue Lösungen für die Probleme finden, die keiner von uns sich hätte alleine ausdenken können. Dabei kommen die unterschiedlichen Kompetenzen von Klient (Eigenkompetenz) und Berater (Fachkompetenz) synergetisch zusammen.

### ■ Kommunikation wirkt

 **Leitende Fragen im Hintergrund**  
Salutogene Kommunikation SalKom®

#### Pathogenetische Orientierung      Salutogenetische Orientierung

1. Was ist krank am Patienten (Diagnose)?
2. Was ist die Ursache der Krankheit?
3. Wie können wir die Krankheit bekämpfen bzw. wie müssen wir mit ihr umgehen?

1. Was ist o.k., gesund stimmig am Patienten (Gesundheitsziele und Ressourcen)?
2. Was will und kann er (und wir) tun, damit es ihm besser geht?

Lawrence LeShan 2011: „Die Melodie des eigenen Lebens finden“

(s. Tabelle). Als er nur noch zwei Fragen mit Fokus auf gesunde Entwicklung im Hinterkopf hatte, hat er 50 % Remissionen bei den KrebspatientInnen erlebt (also Stillstand, Besserung oder Heilung; zum Teil Langzeitremissionen) – was er vorher nicht erleben durfte. In dieser Zeit wurde keine Veränderung am sonstigen Therapieregime in der Klinik (OP, Bestrahlung, Chemotherapie) vorgenommen.

Schon bevor Antonovsky das Wort ‚Salutogenese‘ erfunden hatte, hat der weltbekannte New Yorker Psychoonkologe Lawrence LeShan in seiner psychotherapeutischen Arbeit mit KrebspatientInnen eine Wende von der pathogenetischen Orientierung zu einer salutogenetischen Orientierung vorgenommen. Er beschreibt es so, dass er die handlungsleitenden Fragen im Hinterkopf der TherapeutInnen (angefangen bei sich selbst) um 180° gewendet hat

Ähnliche Resultate – allerdings mit anderen Begriffen – zeigen die Forschungen von Ronald Grossarth-Maticek mit seinem Autonomietraining, das eine wichtige Grundlage für die salutogene Kommunikation bildet. Grossarth-Maticek hat mit ein bis fünf autonomie-fördernden Gesprächen bewirkt, dass von diesen KlientInnen 20 Jahre später noch etwa 30% mehr gesund lebten als von einer Vergleichsgruppe mit ähnlich hohem Krebsrisiko, die keine Gespräche erhalten hatten.

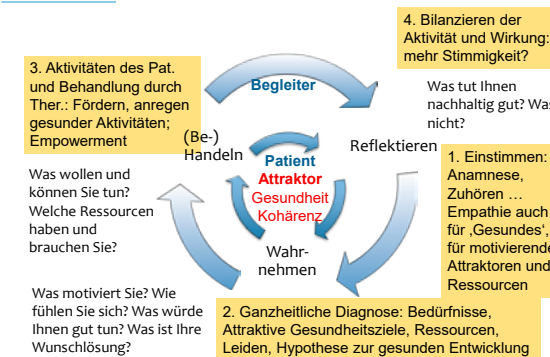
LeShan und Grossarth-Maticek haben es beide sehr gut verstanden, mit ihren KlientInnen im kohärenten Annäherungsmodus zu kooperieren. Zu ihrer Zeit konnte man die Erfolge noch nicht neuro-wissenschaftlich erklären, deshalb konnten diese sich noch nicht weiter durchsetzen. Heute können wir eine salutogenetisch orientierte Vorgehensweise neuro-psychologisch begründen und haben damit die Hoffnung, dass diese bald zum Allgemeingut wird.

### ■ Menschen in ihrer Stimmigkeitsregulation unterstützend begleiten

Mit der salutogenen Kommunikation fokussieren wir im Verlaufe der autonomen Selbst- und Kohärenzregulation letztlich auf attraktive Annäherungsziele und die zur Annäherung hilfreichen Ressourcen. In der Beratung und Therapie sind es Annäherungsziele des Klienten. Wenn es um uns selbst geht, sind es unsere eigenen Attraktoren.

Zu Beginn einer Beratung berichtet der Klient üblicherweise, warum er kommt und wie es kam, dass er ein Problem gerade nicht mehr allein lösen konnte. Er erzählt von der Vergangenheit und wir hören aktiv zu. Im Unterschied zu unseren gelernten Gewohnheiten, achten wir jetzt aber nicht primär auf vermeintliche ‚Ursachen‘ seines Problems, sondern darauf, welche Bedürfnisse, Wünsche und Ziele er hatte, als sein Problem entstanden ist. Oft nennt er diese nicht explizit, sondern sie sind zwischen den Worten zu finden – ggf. auch in Polaritäten. Wenn er z.B. von Ohnmachtsgefühlen spricht, merken wir uns, dass er in gegebenen Situationen mehr Macht sucht und Handlungsfähigkeit entfalten möchte (Selbstwirksamkeit, Autonomie).

### Patient und aktiver Begleiter im Dialog



Weiter achten wir besonders auf Fähigkeiten und Ressourcen, von denen er entweder explizit oder implizit berichtet, z. B. von Situationen, in denen er sich gut gefühlt hat, sich gefreut hat, vertrauen konnte, oder von beruflichen Erfolgen oder unterstützenden Familienmitgliedern. Wir merken uns in der ersten Phase des Gesprächs (in der ganzheitlichen Anamnese) also ganz besonders seine Motivation und seine Ressourcen.

In der zweiten Phase kommen wir in die Gegenwart. Wie fühlt der Klient sich aktuell? Was ist sein motivierendes Bedürfnis, sein Anliegen – auch für die jetzige Sitzung? Was möchte er jetzt erreichen? Was ist seine Wunschlösung für das geschilderte Problem / Thema?

Welches kann der nächste Schritt zur Annäherung an seine Wunschlösung sein? In dieser Phase bilden wir Hypothesen zu seiner möglichen gesunden Entwicklung – zum Erreichen von mehr Stimmigkeit im Leben.

In der dritten Phase sprechen wir mit ihm über mögliche Aktivitäten, die er selber unternehmen kann bzw. die wir praktizieren zu seiner Unterstützung oder ggf. als Behandlung.

Zum Abschluss kann er bilanzieren; entweder imaginierend eine geplante Handlung: Wie fühlen Sie sich, wenn Sie ... gemacht haben? Oder ggf. die stattgefundene Behandlung oder das Gespräch. Wenn bei der Bilanzierung noch eine Unstimmigkeit auftaucht, kann man noch einmal einen Schritt zurückgehen und eine neue Lösungsvariante finden – bis man ein möglichst stimmiges Ergebnis gefunden hat.

## ■ Zusammenfassung

- **Gesundheit** und persönliche Entwicklung entstehen in kommunikativer Selbstregulation in unterschiedlichen Lebensdimensionen – **Stimmigkeit / Kohärenz** ist das übergeordnete Annäherungsziel (= Attraktor).
- Drei neuro-motivationale Systeme sorgen für angemessenes Verhalten und Entwicklung in der Umgebung: direktes Annäherungssystem, Kohärenzsystem und Abwendungs-/Vermeidungssystem.
- Die Stimmigkeits-/Kohärenzregulation baut auf angeborenem Urvertrauen auf und lässt sich durch geeignete Fragen anregen:  
zur (Selbst-) **Wahrnehmung** des subjektiv Bedeutsamen,  
zu angemessener, erfolgreicher **Handlungsfähigkeit**  
sowie zum **Verstehen** der Zusammenhänge (**Lernen**);
- **Stress** entsteht durch eine als bedrohlich wahrgenommene Situation (= Stressor). Diese ist eine Herausforderung zum **Wahrnehmen** von attraktiven Zielen und **Gestalten**. Bei chronischem Stress gilt allgemein: Eine **Hinwendung zu Annäherungszielen** finden!
- **Kooperation** und **Kommunikation** sind die grundlegenden Methoden zur gesunden Entwicklung von Menschen. Jeder Mensch hat ein angeborenes Bedürfnis nach und die Fähigkeit zur Kooperation.
- Das Ziel ist eine erfolgreichere **Kommunikation der Bedürfnisse**, Wünsche und Anliegen: **psychische** (= ganzheitliche) **Gesundheit**.

## ■ Literatur

- Antonovsky, A (1997) Salutogenese. Zur Entmystifizierung von Gesundheit. Tübingen: dgvt.
- Bastian R (2014) Wie gesunde Entwicklung möglich ist. In: Der Mensch 2/2014: S. 5-9.
- Bauer J (2005) Warum ich fühle, was du fühlst. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Bauer J (2008) Das kooperative Gen. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Erikson EH (1991) Kindheit und Gesellschaft. Stuttgart: Klett Cotta.
- Grawe, K. 2004. Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Grossarth-Maticek R (2000) Autonomietraining. Berlin: Verlag de Gruyter.
- Juul J (2014) Dein kompetentes Kind. Reinbek: rororo.
- LeShan L (2011) Die Melodie des eigenen Lebens finden. Interview Bütting – LeShan; Auditorium Netzwerk
- Petzold TD (2012): Urvertrauen, Misstrauen und Vertrauen. In: Petzold TD (Hrsg.) (2012): Vertrauensbuch – zur Salutogenese. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung; S.15-26.
- Petzold TD (2013a) Gesundheit ist ansteckend! Praxisbuch Salutogenese. München: Irisiana.
- Petzold TD (2013b) Salutogene Kommunikation und Selbstregulation. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 92: 131-145.
- Petzold TD (2013c) Stimmigkeit im therapeutischen Resonanzraum. Der Mensch Heft 47, 2/2013: 48-51.
- Petzold TD (2014a) Selbsthilfe, Selbstregulation und Kommunikation. Vom Jammern in der Opferrolle hin zu mehr Autonomie. In: Der Mensch Heft 48, 1/2014 S.11-17.
- Petzold TD (2014b) Salutogenese in Gesundheits-, Sozial- und Bildungsberufen – eine Wende zu Selbstorganisation und Sinn? Der Mensch Heft 49, 2/2014: 10-20.
- Petzold TD (2015) Für eine gute Arzt-Patient-Kooperation ist die gemeinsame Intentionalität entscheidend. ZFA Z.Allg.Med.10: 6-10.
- Petzold TD (2016) Fliehen können und ankommen dürfen. Der Mensch 53: 22-29
- Petzold TD (2017) Arzt-Patienten-Kooperation aus Sicht der Salutogenese – Fokus auf die Genesung – nicht auf die Erkrankung! In: Der Allgemeinarzt 11/2017 S.64-68.
- Petzold TD (2017) Schöpferische Kommunikation. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung.
- Petzold TD (2018) <http://www.salutogenese-zentrum.de/cms/main/weitere-angebote/seminare/>
- Petzold TD, Bahrs O (2018). Beiträge der Salutogenese zu Forschung, Theorie und Professionsentwicklung im Gesundheitswesen. In: Jungbauer-Gans M; Kriwy P (2016-18) Handbuch Gesundheitssoziologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien VS
- Rizzolatti G, Sinigaglia C (2008) Empathie und Spiegelneurone. Die biologische Basis des Mitgefühls. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Schiffer E (2013) Wie Gesundheit entsteht. Weinheim/Basel: Beltz.
- Schiffer E (2016) Die hellen du die dunklen Seiten des Eigen-Sinns für soziale Kohärenz. In: Der Mensch Heft 52, Zeitschrift für Salutogenese und anthropologische Medizin S. 10-17
- Schiffer E (2017) Gelassenheit. In: Walter R: ABC des guten Lebens. Herder.
- Schubert C (2016): Was uns krank macht Was uns heilt. Munderfing: Verlag Fischer & Gann.
- Tomasello M (2010) Warum wir kooperieren. Berlin: suhrkamp verlag.



## Vivian König:

### Dunstan Babysprache – Entdecke die Sprache aller Babys

---

Wenn ein kleines Baby zu weinen beginnt, so ist das sein angeborenes Kommunikationssignal und sein dringender Hilfeschrei. Unser Fürsorgeinstinkt erwacht daraufhin automatisch, wir sind alarmiert und können uns dem nicht entziehen. Wir spüren die Dringlichkeit seines Rufens, sind beunruhigt und wollen instinktiv das Weinen so schnell wie möglich stoppen.

An diesem Punkt beginnt jedoch oft das Rätselraten, was das Baby wohl gerade hat oder braucht und häufig wünschen sich frischgebackene Eltern dann insgeheim, eine Bedienungsanleitung für ihr Neugeborenes zu haben. So eine Art Übersetzungshilfe „Baby-Deutsch“, denn es kann ja noch nicht sprechen.

#### ■ Weinen als Schutzmechanismus

Urmenschen-Mütter spürten ganz sicher den gleichen Impuls wie wir heute auch, möglichst rasch für Ruhe und Abhilfe sorgen zu wollen. Für sie ging es anno dazumal nicht nur um den Stress von durchwachten Nächten, sondern vielmehr ums Überleben in einer rauen Welt voller hungriger Raubtiere, für die lautstark auf sich aufmerksam machende Neugeborene eine verlockende Mahlzeit bedeuteten.

Aber die Natur hat clever vorgesorgt: Der Schrei eines Menschenbabys ist wie der eines hilflosen Jungtieres ein echter Schutzmechanismus. Er muss spezifisch und unterschiedlich sein, damit jede Mutter – egal ob Mensch oder Tier – sofort richtig darauf eingehen kann, damit das wehrlose Junge sich schnell wieder beruhigt und sein Rufen keine Fressfeinde anlockt.

#### ■ Weinen ist spezifisch

Das legt die Schlussfolgerung nahe, dass verschiedene Bedürfnisse von Babys auch zu unterschiedlichen Arten von Weinen bzw. Rufen führen. Tiermütter erkennen diese sehr schnell. Und was unsere Vorfahren schon als Grundwissen hatten, können wir heute problemlos wieder erlernen, indem wir die Wahrnehmung unserer Ohren und Sinne so trainieren, dass wir die Unterschiede in den Babylauten ebenfalls heraushören können. Man muss nur wissen, worauf man genau lauschen soll und wodurch die Unterschiede im Weinen entstehen. Dann kann auch jeder von uns den „Code knacken“ und die Bedürfnisse von Neugeborenen rasch richtig erkennen und prompt darauf reagieren.

#### ■ Weinen ist Kommunikation

Zunächst hört sich für ungeschulte Ohren jedes Babyweinen irgendwie gleich oder zumindest recht ähnlich an. Deshalb galt das Weinen von Babys auch lange Zeit als unspezifische Kommunikation. Wissenschaftliche Untersuchungen beschäftigten sich zumeist mit der Zeitdauer, der Frequenz und Intensität des Schreiens. Verunsicherten Eltern riet man in der Regel, ihr Baby schrittweise kennenzulernen und sich einzuhören. Dann würden sie schon alleine herausfinden durch Versuch und Irrtum, was das Kind braucht.

Heute wissen wir, dass kindliches Weinen eine hochentwickelte Kommunikationsform ist, die auf den Bedürfnissen der Kleinsten basiert und die durchaus spezifisch ist. Neu ist für uns, dass Säuglinge eine Hand voll Schlüssellaute in der sogenannten „Vor-Schrei-Phase“ benutzen. Diese Laute sind wie eine Art Frühwarnsystem, bevor ihr Weinen heftiger wird und ins Schreien eskaliert und das Baby ab da immer schwerer zu beruhigen ist.

#### ■ Ein Muster im Weinen

Entdeckt hat diesen direkten Zusammenhang von spezifischen Babylauten und den biologischen Grundbedürfnissen von Neugeborenen die Australierin Priscilla Dunstan im Jahr 1998.

Priscilla wurde mit einer bemerkenswerten Gabe geboren. Schon als Kind konnte sie ein Mozart-Stück nur hören und es Note für Note auf ihrer Violine nachspielen. Dieses besondere fotografische Gedächtnis für Klänge bekam nach der Geburt ihres ersten Kindes eine ganz neue Bedeutung.

Priscillas Sohn Tomas war eines von vielen Babys, die an Kolik und langen Perioden unerklärlichen Weinens liden. Sie fühlte sich wie viele junge Mütter oft isoliert und gestresst, weil sie nicht wusste, was sein Weinen bedeutete und was er brauchte. Sie beobachtete aber bei Tom, dass er, bevor er zu schreien anfang, einige Laute äußerte. Sie hörte ihm aufmerksam zu und entdeckte ein Muster und den Sinn dahinter.

#### ■ Weniger Rätselraten – weniger Stress

Aus zehn Jahren Erfahrung als Opernsängerin wusste sie, wie Klänge von unserem Körper erzeugt und variiert werden können. Priscilla fing an, ein Tagebuch mit Notizen zu führen, welchen Klang sie bei ihrem Baby hören konnte und was sie jeweils tat, damit Toms Weinen aufhörte.

Zur Validierung ihrer Entdeckung folgten ein Jahrzehnt an Forschung und Studien mit über 1000 Babys aus über 30 Nationen. Diese bestätigten, es gibt tatsächlich eine universelle Babysprache – nach Priscilla „Dunstan Babysprache“ genannt –, die das klassische Rätselraten, wie es die meisten jungen Eltern kennen, in eine akkurate und effektive Kommunikation verwandelt. Diese Sprache „sprechen“ alle Babys ab Geburt weltweit gleichermaßen und unabhängig von ihrer Muttersprache, Nationalität oder dem Kulturkreis, in dem sie aufwachsen.

#### ■ Eine universelle Babysprache

Tatsächlich nutzt jedes Neugeborene auf dieser Welt die gleichen fünf Laute für seine allerersten Grundbedürfnisse. Es äußert damit, ob es Hunger hat, müde ist, aufstoßen muss, Bauchweh und Kolik hat oder sich unwohl fühlt, weil es z. B. zu warm oder zu kalt ist, es eine neue Windel braucht oder es woanders drückt. Diese eindeutig zuordenbaren Baby-



Laute basieren auf seinen angeborenen körperlichen Reflexen. Deshalb sind sie weltweit bei allen Babys gleich.

#### ■ Weniger Weinen – mehr Sicherheit

Eltern auf der ganzen Welt berichten darüber, wie das Erlernen der Dunstan Babysprache ihr Leben und das Erleben ihres Babys verändert hat. Während das Weinen von Babys bei Eltern oft Stress, ein Gefühl von Hilflosigkeit und manchmal sogar Verzweiflung erzeugt, verringert die Dunstan Babysprache genau diesen Druck und die Anspannung.

Indem man innehält und zuhört, erkennt man Babys Bedürfnisse rasch und kann sie leicht erfüllen. Das Baby teilt uns konkret mit, was es wann braucht und wir müssen nur richtig reagieren. So entstehen Sicherheit und Nähe auf beiden Seiten. Auch größere Geschwisterkinder – ja die ganze Familie – können die Sprache und die Bedürfnisse des jüngsten Familienmitgliedes auf diese Weise verstehen.

Damit unterstützt die Dunstan Babysprache auch eine flexible, vom Baby und seinen Bedürfnissen ausgehende Routine, in der Stillen, Schlafen und Zuwendung ganz nach Bedarf möglich sind. So hat man ein Baby, das zufrieden ist und eine Familie, die nicht von einem gestressten Neuankommeling dominiert wird.

#### ■ Langzeit-Vorteile

70 % der Mütter aus den Studien bestätigten, dass sich ihre Babys rascher beruhigen und sie selbst weniger Stress, dafür aber ein höheres Selbstwertgefühl in ihrer Elternrolle erleben, seitdem sie die Dunstan Babysprache kennen und anwenden. Die Hälfte der Studienteilnehmer konnte sogar besser durchschlafen und empfand eine gestärkte Bindung zum Kind.

#### ■ Papa als aktives Elternteil

Auch die Väter berichteten über weniger Stress zu Hause und einen positiven Einfluss auf die Partnerschaft. Kein Wunder, denn das Dunstan System ist wie eine einfache Gebrauchsanweisung für die Versorgung eines Neugeborenen. Das Tolle ist außerdem: Auch Papas erkennen die „Dunstan-Worte“ genauso rasch und fühlen sich damit vom ersten Tag an aktiv in die Babypflege einbezogen. Beide Eltern verstehen auf diese Weise ihr Neugeborenes und seine Bedürfnisse gleich gut und können es, wenn man vom Stillen absieht, beide gleichberechtigt versorgen. Dieses Wissen um die Kompetenzen des Partners erleichtert auch den Müttern ein zeitweiliges Loslassen und Abgeben von anteiliger Verantwortung an den Mann, der so auf seine Weise den Nachwuchs umsorgen und eine enge Beziehung ab dem ersten Tag zum Kind aufbauen kann.

#### ■ Dunstan-Laute und Bedürfnisse

Wie hängen Babys Bedürfnisse und die fünf evaluierten Dunstan-Reflexlaute nun zusammen?

Unbefriedigte Bedürfnisse wie z. B. Hunger oder Müdigkeit führen ein Baby über seine angeborenen Reflexe automatisch und unbewusst zum Weinen. Wird ein Baby hungrig, so setzt sein Saugreflex ein. Kommt zu diesem Körperreflex ein Ton dazu, wird ein spezifischer Hun-



gerlaut daraus. Und diesen können Eltern lernen, von anderen Bedürfnislauten, die durch andere Reflexe ausgelöst werden, akustisch zu unterscheiden. Auch körpersprachliche Signale des Kindes, die mit den Grundbedürfnissen einhergehen, finden so mehr bewusste und achtsame Aufmerksamkeit bei den sensibilisierten Bezugspersonen.

Was Eltern verinnerlichen sollten: Weinen ist Kommunikation. Ab dem ersten Lebensstag äußern Säuglinge auf diese Weise ihre dringenden Bedürfnisse ganz konkret. Noch sind sie völlig abhängig von unserer Hilfe und Zuwendung. Sie brauchen Sicherheit und suchen Geborgenheit. Bei jedem Weinen geht es um akute Bedürfnisse des Kindes, die gestillt werden möchten. Jedoch nicht immer mit Milch oder an der Brust.

Sagt das Baby statt „Hunger!“ hingegen „Ich muss Bäuerchen machen!“, können wir ihm helfen, die drückende Luftblase durch Aufstoßen loszuwerden. Würden wir hingegen Milch geben, weil wir seine Signale falsch interpretieren, würde diese die festsitzende Luftblase vom Oberkörper in den Bauch hinunter drücken und so in Folge beim Kind Schmerzen und Bauchweh verursachen. Oder die Milch wird im großen Schwall mit der Luft, die raus muss, später wieder ausgespuckt. Durch Stillen oder Bäuerchen machen zum richtigen Zeitpunkt, wenn das Baby das entsprechende Bedürfnis deutlich äußert, können solche Probleme leicht vermieden werden.

Leidet das Baby an Bauchweh oder Kolik, so möchte es auch in dem Moment nicht gern gestillt werden. Erkenne ich rasch den Grund seines Weinens anhand des Bauchweh-Lautes kann ich ihm durch Massagen, Fliegergriff usw. beistehen, seine Schmerzen lindern und bin in dem Moment selber sicher, das Richtige zu tun. Ohne diese Gewissheit probieren Eltern oft hilflos alles Mögliche aus, das Baby wird ärgerlicher und frustrierter und die für beide Seiten anstrengende, kraftraubende Situation führt zu blank liegenden Nerven und noch mehr Tränen. Das muss nicht sein.

Auch müde Kinder zeigen noch vor den bekannten klassischen Müdigkeitssignalen wie Augen reiben oder an den Ohren ziehen durch einen entsprechenden Laut an, dass jetzt der beste Zeitpunkt ist, sie hinzulegen und sanft in den Schlaf zu begleiten. Verpasst man diesen Moment, dauert es oft bis zum nächsten offenen Schlafenster bis alle Beteiligten zur Ruhe kommen können.

Babys Reflexe sorgen verlässlich dafür, dass das Kind sich zum jeweiligen Zeitpunkt lautlich meldet, wenn es etwas braucht und was es dann braucht. Damit wächst auch das Vertrauen der Eltern in die natürliche Kompetenz des Kindes und in ihre eigenen elterlichen Fähigkeiten. Durch mehr Gelassenheit im Umgang und Erleben miteinander können alle Beteiligten recht bald zu einem eingespielten, harmonischen Team werden. Nach meinen Erfahrungen ist die Dunstan Babysprache unverzichtbares Grundwissen für alle Eltern. Sie kann junge

Familien und Partnerschaften ungemein stärken und weichenstellend sein beim Start in einen neuen Lebensabschnitt.

### ■ Die Sprache der ersten Monate

Eltern besuchen daher einen praxisnahen Workshop bei einer lizenzierten Dunstan-Babysprache-Kursleitung am besten im letzten Schwangerschaftsdrittel oder in den ersten zwölf Lebenswochen ihres Kindes. Die Dunstan-Laute verwenden Babys meist bis zum vierten, fünften Lebensmonat. Danach verlieren sich mit der Weiterentwicklung der Babys die zugrundeliegenden Reflexe langsam, so dass auch die Laute mit der Zeit verschwinden werden. Wird von den Eltern in dieser Zeit jedoch auf die Lautäußerungen verlässlich eingegangen, wandelt sich bei etlichen Kindern ab dem vierten Monat diese reflexbasierte, unbewusste Kommunikation in eine bewusste Anwendung der Laute. Diese werden dann zum Teil bis zum ersten Geburtstag beibehalten, bis zu einer Zeit eben, wenn die Kinder langsam beginnen, in unsere gesprochene Lautsprache hineinzuwachsen.

### ■ Babys verstehen vom ersten Tag an

Das Ziel der Dunstan Babysprache ist es, junge Familien zu stärken, so dass jedes weinende Baby gehört wird und Eltern vom ersten Augenblick an ihren Nachwuchs und seine Bedürfnisse leichter verstehen können. Das sorgt für entspannte Babys und gelassene Eltern, die gemeinsam und von Anfang an in eine sichere Bindung und in eine sanfte, vom Baby geleitete Routine finden. Weniger Stress und mehr Schlaf für alle sind außerdem eine gute Basis für ein harmonisches Familienleben.

Weitere Informationen zur Kommunikation mit Babys, Kursleiter-Ausbildungen und Fachseminaren, sowie die DVD zur Methode mit vielen Videobeispielen und Untertiteln in 12 Sprachen gibt es unter [www.versteh-dein-baby.com](http://www.versteh-dein-baby.com) und [www.dunstanbabysprache.com](http://www.dunstanbabysprache.com).

Vivian König, Autorin, Referentin, Gründerin des Zwergensprache-Netzwerkes, Ausbilderin für Babyzeichensprache-KursleiterInnen, zertifizierte Dunstan Babysprache-Kursleiterin & Ausbilderin für D, AT und CH.



TRICOT ♥ SLEN  
design

The Tricot-Slen Design is a stylish stretchy, knitted with 2 colors yarn. The result is a beautiful and trendy wrap.



TRICOT ♥ SLEN  
bamboo

The Tricot-Slen Bamboo is softer than soft with a luxurious feel, breathable, hypoallergenic, antibacterial and contains a natural UV filter.



TRICOT ♥ SLEN  
organic

100% organic cotton, delightfully soft and cosy, unique stretchy with a lengthwise stretch-stop for perfect support, everytime.



TRICOT ♥ SLEN  
cool

Super lightweight, moisture wicking and breathable stretchy, made from 100% Newlife™ threads, a unique and certified fiber. Weighs next to nothing, has equal carrying capacity as a woven but the flexibility of a stretchy!



BB ♥ TAI

Inspired by traditional Chinese Bei Dai / Meh Dai carriers, made from 100% organic wrap fabric, easy to use, allround and flexible carrier.



BB ♥ SLEN

Must-have 100% organic woven, very supportive, easy to use, no need to break in, 245 gsm, perfect allrounder.



BB ♥ SLING

100% organic ringsling, available in gathered, folded and padded shoulder, ultra-soft. One for everyone!



## FLEXIA

The only carrier you can really use from birth far into toddlerhood. (3.5 - 20kg) No need for additional accessories, e.g. inserts.: zip in the correct panel and off you go! Provides perfect support, no matter the age of your baby, Flexia is the most flexible and hassle-free Baby Carrier you can use without any compromise!

babylonia  
CARRIERS



## Aussteller









## Dinah Imanari: Alte Tragekultur Japan

Dank des Onbuhimo-Booms hat die westliche Trageszene in jüngster Zeit Japan als „Trageland“ entdeckt. Die Tragekultur Japans blickt auf eine über 1000jährige Geschichte zurück. Im Gegensatz zu den anderen großen Tragekulturen Ostasiens wie China oder Korea, in denen das Tragen aus der modernen urbanen Gesellschaft immer mehr verdrängt wurde, ist in Japan das Tragen von Kindern heutzutage noch sehr lebendig.

### ■ Das kleine Kind in der japanischen Gesellschaft

Um die jahrhundertelange Kontinuität der Tragekultur Japans verstehen zu können, empfiehlt sich ein kleiner Exkurs zur gesellschaftlichen Stellung des Kindes in Japan. Beim Stichwort „Kinder in Japan“ drängen sich oft negative Assoziationen auf: früher Drill, Prüfungshölle, hohe Suizidraten unter Jugendlichen usw. Doch wer einmal in Japan gelebt hat, weiß auch von der großen Liebe und Aufmerksamkeit zu berichten, die dem kleinen Kind in der Gesellschaft entgegengebracht werden.

Als gegen Ende des 19. Jh. die ersten Besucher aus Europa und Amerika nach Jahrhunderten der Abschottung Japans vom Westen ins Land kamen, registrierten sie mit großer Verwunderung, wie geduldig und nachsichtig man in diesem Land mit kleinen Kindern umging. In kürzester Zeit hatte sich in der westlichen Reiseliteratur für Japan der Begriff vom „Paradies für Babys“ eingebürgert. (Watanabe 2005: S. 388)

Die hohe Kindersterblichkeit warf bis in die Neuzeit einen großen Schatten auf die ersten Lebensjahre. Nicht ohne Grund wurden die ersten sieben Jahre im Leben eines Kindes seit der Frühzeit als besonderer Lebensabschnitt angesehen, in dem das junge Menschenkind noch nicht ganz Teil der Erwachsenenwelt war, sondern halb einer magisch-göttlichen Sphäre zugeordnet wurde. Diese Auffassung kommt in der alten japanischen Redewendung zum Ausdruck: „Bis zum 7. Jahr gehört das Kind den Göttern“.

Vor ca. 1000 Jahren, in der Hochblüte des japanischen Mittelalters, bildeten sich zahlreiche Übergangsriten heraus, mit denen man um das Wohlergehen des Kindes beten und Unheil und Krankheit vom Kind abzuwenden versuchte: Der erste Schreinbesuch (30. Lebenstag), das erste rituelle feste Essen (100. Lebenstag), das alljährliche Puppenfest, das Jungenfest, oder das Shichi-go-san-Fest, an dem Kinder im Alter von 3, 5 und 7 Jahren den Schrein besuchen, um für Gesundheit und Wohlergehen zu beten.

Diese alten Riten, die noch heute von fast allen Familien begangen werden, symbolisieren die besondere Verehrung, die dem kleinen Kind in der japanischen Gesellschaft zuteil wird.



Der liebevolle Blick auf das junge Kind kommt in den zahlreichen Rollbildern und Holzschnitten mit Darstellungen vom Alltagsleben auf besonders anschauliche Weise zum Ausdruck. Hier begegnen uns immer wieder spielende Kinder, die zwischen den Füßen der Erwachsenen herumtollen und immer zu Streichen aufgelegt zu sein scheinen (Abb 1: UTAGAWA Toyokuni 1801).

Im traditionellen Familienkontext kannte man keine Trennung zwischen Erwachsenen- und Kinderwelt. Kinder waren immer und überall dabei, wuselten zwischen den arbeitenden Erwachsenen herum, schliefen und badeten gemeinsam mit den Eltern und wurden dabei liebevoll und mit einer unendlichen Geduld behandelt.

Waren Ende des 19. Jahrhunderts die japanischen Väter noch aktiv in die Kindererziehung und in das Familienleben eingebunden, hat die fortschreitende Arbeitsteilung und Industrialisierung sowie der Übergang von der Groß- zur Kernfamilie die Rolle der Frau immer stärker auf die Mutterschaft beschränkt. In der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts hat sich die Mutter-Kind-Beziehung als bestimmende Diade in der Kernfamilie verfestigt. Basis dieser Diade war und ist „Attachment Parenting“: langes Stillen, Co-Sleeping, gemeinsames Baden und Tragen.



### ■ Soziales Lernen durch Onbu

Das Wort Onbu leitet sich vom japanischen Verb „obuu“ her, was „Last tragen“ bedeutet (auch im übertragenen Sinne von Verantwortung oder Aufgabe übernehmen). Mit Onbu wird im japanischen Sprachgebrauch ausschließlich das Tragen auf dem Rücken bezeichnet, sei es mit den Armen gestützt oder mittels einer Tragehilfe. Das zentrale Merkmal von Onbu ist der hohe Sitz des Kindes, der es ihm erlaubt die Welt über die Schultern des Tragenden hinweg zu entdecken (Abb 2: 1957).

Onbu ist über die Jahrhunderte zu einem zentralen Element des sozialen Lernens und der Kommunikation zwischen dem Tragenden und dem Kind geworden. Das Kind erlebt und entdeckt die Welt aus dem Blickwinkel der tragenden Person und im sicheren Körperkontakt mit ihr. Beim Onbu sind beide im wahrsten Sinne des Wortes auf Augenhöhe und nehmen die gleiche Perspektive auf die Welt ein (Abb 3: KITAGAWA Utamaro 1800).





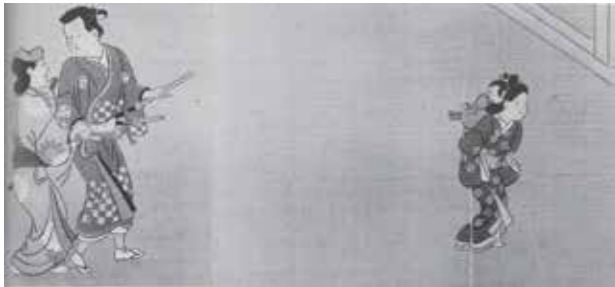
## ■ Geschichte des Tragens

### Mittelalter

Im Gegensatz zur europäischen Malerei, in der das Leben der einfachen Schichten nur selten thematisiert wird, ist die japanische Kunst reich an Bildern mit humorvollen Alltagsszenen aus dem Leben des Volkes. Auf diesem Rollbild aus dem 13. Jh. sieht man eine Frau (links im Bild), die ein nacktes Kind unter ihrem Kimono auf ihrem Rücken auf der bloßen Haut trägt (Abb. 4: Wäscherin mit Kind [Mitte 13. Jh.]).

### Frühe Neuzeit

Anfang des 17. Jahrhunderts konsolidierte die Feudalmacht in Edo (dem heutigen Tokyo) ihre Macht und bescherte dem Land eine 250 Jahre währende Friedensperiode, in der Japan einen wirtschaftlichen Aufschwung erlebte. Die Mütter im einfachen Volk arbeiteten und zogen dabei viele Kinder groß. Tragehilfen waren ein unverzichtbares Hilfsmittel bei der Kinderbetreuung. Im Zuge der fortschreitenden Arbeitsteilung wurden vermehrt ältere Geschwister oder Kinder aus den unteren Schichten zur Kinderbetreuung herangezogen. Selbst noch Kinder, konnten sie die Babys unmöglich stundenlang auf dem Arm tragen. Das Tragen auf dem Rücken war für die Babybetreuung unabdingbar (Abb. 5: Mädchen mit Baby, 2. H 17. Jh.).



### Neuzeit

1868 öffnete sich Japan nach 250jähriger Abschottung gegenüber dem Westen. Auf Einladung der japanischen Regierung kamen zahlreiche Fachleute aus Europa und Amerika ins Land, um Japan in den modernen Technologien und westlichen Wissenschaften zu unterrichten.

Der Umgang der Japaner mit ihren Kindern erschien den westlichen Zeitgenossen so exotisch und bemerkenswert, dass sie diesem Thema in Wort und Foto viel Aufmerksamkeit schenkten. Der bekannte amerikanische Orientalist Edward S. Morse beschreibt die Arbeit im Reisanbau mit folgenden Worten:

„Die ganze Familie ist im Reisanbau beteiligt, auch alte Frauen und Kinder. Die kleineren Kinder scheinen als Zuschauer anwesend zu sein und tragen die Babys auf dem Rücken. Es ist ein bemerkenswerter Anblick, vier von fünf Frauen und fünf von sechs Kindern zu



sehen, die Babys auf dem Rücken schleppen. Die Kinder werden entweder von den Händen der hinter ihnen sitzenden Halter festgehalten oder haben ihre Beine über ein Trageband gespreizt. Nur selten sieht man ein Baby weinen, und soweit habe ich noch nie das geringste Anzeichen von Ungeduld seitens der Mutter gesehen. Ich glaube, Japan ist die einzige Nation auf der Welt, die den Babys so viel gibt oder in der die Babys so gut sind.“ (Morse 1917: S. 10)



Die Babys wurden auf den Rücken mithilfe von ca. 4–5 m langen und 34 cm breiten Baumwolltüchern, sogenannten sarashi, gebunden, die als Allzwecktücher in jedem Haushalt vorhanden waren. Wer es sich leisten konnte, benutzte seidene Kimonogürtel des Mannes. In manchen Regionen Japans waren Tragedecken mit angehängten Schultergurten verbreitet, wie man sie auch aus China oder Korea kennt. Regelrechte „Tragehilfen“, die eigens zu diesem Zweck angefertigt wurden, blieben aber die Ausnahme. (Abb. 6: Kinder auf dem Dorf, 1900)

Die Tücher verliefen als Strang unter den Achseln des Kindes, wurden vor der Brust der tragenden Person verkreuzt, unter dem Po des Kindes wieder verkreuzt und anschließend vor dem Bauch festgebunden. In der traditionellen Bindeweise wurden die Tuchbahnen nicht über dem Po des Kindes aufgefächert. Der Vorteil dieser Bindeweise lag auf der Hand: Das Binden war schnell zu erlernen und gewährleistete einen hohen Sitz, wodurch das Baby alles von seiner Umgebung mitbekommen konnte und eine gute Gewichtsverteilung gegeben war.

Von Morse und anderen westlichen Fotografen sind zahlreiche Bilder von Kindern erhalten, die Babys auf dem Rücken tragen. Für die Besucher aus dem Westen muss der Anblick von 6-7-jährigen, die stundenlang Babys auf dem Rücken trugen, recht schockierend gewesen sein. Die Praxis der Babybetreuung durch ältere Geschwister oder Nachbarskinder hatte zur Folge, dass viele Kinder aus dem einfachen Volk nicht die Schule besuchen konnten, da sie ständig die Babys auf dem Rücken hatten. Im besten Fall gingen sie mit dem Kind auf dem Rücken in die Schule. Man kann sich unschwer vorstellen, dass unter diesen Umständen an konzentriertes Lernen nicht zu denken war. Die Mitnahme von Babys war zeitweilig so verbreitet, dass ab 1870 vielerorts eigene Schulen oder Klassen für diese Kinder entstanden. (Für die Betreuung der Babys während des Unterrichts mussten die Kinder dennoch selbst sorgen.)

## ■ Erste industriell gefertigten Tragehilfen

Der rapide industrielle Fortschritt nach dem 2. Weltkrieg und der Wohlstand des heutigen Japans dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Mehrheit der Bevölkerung bis nach dem Krieg in Armut lebte. Die Beschäftigungsstruktur war bis in die Nachkriegsjahre überwiegend landwirtschaftlich geprägt. 70 % der Erwerbstätigen waren in Landwirtschaft oder Fischerei beschäftigt. Für die japanische Mutter war das Tragen auf dem Rücken im Alltag unentbehrlich.

Bis in die 1950er Jahre kannte man so gut wie keine gefertigten Tragehilfen. Zum Tragen wurden weiterhin Alltagsgegenstände wie Kimono-Gürtel oder lange Baumwolltücher benutzt.

Die wirtschaftliche Hochwachstumszeit der 1960er Jahre führte zu einem starken sozioökonomischen Wandel. Viele Männer fanden gut bezahlte Bürojobs in den boomenden Handelshäusern und Industriebetrieben. Vor allem in den Städten bildete sich ein neuer Frauentypus heraus: die Nur-Hausfrau. Neue technische Errungenschaften wie elektrische Reiskocher oder Waschmaschinen reduzierten ihre Arbeitsbelastung zusehends. Viele japanische Mütter konnten sich jetzt erstmals ausschließlich der Kindererziehung widmen.



Mit dem Wandel von der Großfamilie zur Kernfamilie verliert die Nachkriegsgeneration mehr und mehr den Bezug zu traditionellen Tragebändern. Die Firma Lucky Industry, deren Anfänge auf 1934 zurückgehen und die als eine der ältesten Firmen für Babytragehilfen weltweit gilt, kommt 1961 mit der ersten industriell gefertigten Rücken-tragehilfe mit Rückenverstärkung und Öffnungen für die Beine auf den Markt, die der neuen Generation von Müttern das Tragen erleichtern soll (Abb. 7: Onbuhimo 1963 ©Lucky Industry). Als „Onbuhimo“ wird das Produkt patentiert und ab 1967 auch in die USA exportiert.

Bald kommen Varianten des Onbuhimo mit Kopfstütze auf, die bis heute weitgehend unverändert auf dem Markt sind.

## ■ Der Einfluss des Westens

Der wirtschaftliche Wandel und die starken westlichen Einflüsse, vor allem aus den USA, blieben nicht ohne Auswirkungen auf die Kindererziehung. 1966 erschien Benjamin Spocks „Säuglings- und Kinderpflege“ erstmals in japanischer Übersetzung. Der Bestseller, der in den USA und Europa als wegweisend für eine natürlichere Kindererziehung galt, schlug hingegen in Japan genau in das Gegenteil um. Als Spocks Buch nach Japan kam, wurde dort Attachment Parenting noch ganz selbstverständlich praktiziert. Kinder wurden viel auf dem Rücken getragen, auf den Arm genommen, nach Bedarf gestillt und schliefen im Bett der Eltern. Aus dem „revolutionären“ Erziehungsratgeber der fortschrittlichen Siegermacht USA erfuhr nun die japanische Mutter, dass man mit Tragen ab dem 3. Monat ein Baby verziehen kann. Die japanischen Übersetzer brachten diesen Gedanken mit der Wortneuschöpfung „dakiguse“ (Tragesucht) zum Ausdruck. Bis in die 1980er Jahre hinein wurde selbst in den amtlichen Mutterpässen davor gewarnt, seinem Baby die „Tragesucht“ anzuerziehen.

Unter Einfluss westlicher Erziehungsratgeber und sozioökonomischer Veränderungen verschwindet das Tragen auf dem Rücken immer mehr aus dem Alltag. Die ersten Tragehilfen für



das Tragen vor dem Bauch kommen auf den Markt. Anfangs waren diese Produkte für Japan so exotisch, dass man zunächst keine andere Bezeichnung dafür fand als „Vorne-Onbu“.

Ab Mitte der 1970er Jahre stieg das durchschnittliche Heiratsalter und die Geburtenrate sank erstmals unter 2 Kinder pro Frau. Im Jahr 1986 trat das Gesetz zur Gleichberechtigung von Mann und Frau am Arbeitsplatz in Kraft. 1991 wurde der gesetzliche Erziehungsurlaub eingeführt. Für die japanische Frau eröffneten sich neue Perspektiven.

Der Durchbruch der westlichen Bauchtragen Mitte der 1980er Jahre wird zurückgeführt auf die Schauspielerin und Sängerin Momoe Yamaguchi, einer der Megastars ihrer Generation. Als sie kurz nach der Entbindung mit ihrem Baby in einer Bauchtrage fotografiert wird, werden diese Tragen quasi über Nacht populär. Ab jetzt sah man im Straßenbild hauptsächlich Kinder, die vorne getragen werden. Onbu, das Tragen auf dem Rücken, war fortan hauptsächlich auf die Hausarbeit beschränkt.

Bis in die 1990er Jahre wurde der japanische Tragehilfenmarkt von einheimischen Herstellern dominiert. Propagiert wurden multivariable Tragehilfen, die auch für das Tragen liegend vor dem Bauch umgerüstet werden konnten. Mehr „Transporthilfe“ als Tragehilfe, waren diese Produkte nur bedingt alltagstauglich. Getragene Babys verschwanden immer mehr aus dem Alltagsbild.

## ■ Einzug der westlichen Tragebewegung

Anfang des neuen Millenniums drang die amerikanische Attachment-Parenting-Bewegung in Gestalt des Slings nach Japan. Dank der neuen digitalen Kommunikationsmöglichkeiten verbreiteten sich in kurzer Zeit Nähanleitungen für Slings, und Online-Anbieter schossen wie Pilze aus dem Boden. Die Idee, Babys von Geburt an eng am Körper zu tragen, sprach japanische Mütter instinktiv sofort an und fand auch unter Hebammen breiten Zuspruch. Das in Japan unter Ärzten verbreitete Credo, Babys in den ersten Monaten möglichst liegend zu tragen, führte jedoch zur einseitigen Propagierung der Wiegeposition. Die rief bald japanische Orthopäden auf den Plan, die aus Sorge um Hüftfehlbildungen ausdrücklich vor dem Sling warnten.

2003 kam Ergobaby nach Japan und stieg in kurzer Zeit zum dominierenden Marktführer auf. Bequemer als die existierenden japanischen Tragehilfen und vermeintlich einfacher in der Handhabung als ein Sling, machte das Unternehmen aus Hawaii Tragehilfen in Japan so populär wie schon seit Jahrzehnten nicht mehr. Im Zuge dieses Erfolgs brachten viele japanische Hersteller neue Tragehilfen auf den Markt. Obgleich es in Japan ein unüberschaubar großes Angebot an unterschiedlichsten Tragehilfen gibt, sind internationale Marken wie Ergobaby und BabyBjörn unangefochtene Marktführer.

### Japanischer Tragehilfenmarkt in Zahlen

- 800.000 – 1 Mio verkaufte Tragehilfen pro Jahr
- 92 % der Eltern benutzen eine Tragehilfe
- 70 % der Verwender besitzen 2 oder mehr Tragehilfen
- 70 % der Verwender benutzen SSC auch für das Tragen auf dem Rücken
- 117 Unfälle mit Tragehilfen seit 2009 (27 schwerverletzte Babys)

Die vergleichsweise einfache Handhabung macht den großen Reiz von Tragehilfen aus. In einer dem Tragen gegenüber so aufgeschlossenen Kultur, die zudem großes Vertrauen in die Industrie setzt, hat dies zur Folge, dass Gebrauchsanleitungen nur flüchtig oder gar nicht gelesen werden. Hüftgurt und Schultergurt sind meistens viel zu locker, das Rückenteil nicht eingestellt, der Kopf des Kindes hängt unphysiologisch nach hinten, Becken und Schultern der Mutter schmerzen. Da die meisten Mütter im Bekanntenkreis alle auf diese Weise tragen, wird das Ergebnis nicht hinterfragt. Selbst wenn es ein breites Netz von Trageberaterinnen geben würde, kämen die meisten Eltern nicht auf die Idee eine Beratung in Anspruch zu nehmen, denn Tragen ist selbstverständlicher Teil der Kultur.

Die Folge sind leider nicht nur Rücken und Schulterschmerzen, sondern auch schwere Unfälle, da die Babys beim Vorbeugen aus der zu locker eingestellten Trage leicht herausfallen können.

### Zurück zum Tuch

Obgleich in Japan seit mindestens 1000 Jahren kontinuierlich getragen wird, hat sich das WIE des Tragens in den letzten 50 Jahren dramatisch gewandelt. Mit dem Übergang von der Großfamilie zur Kernfamilie und dem Bruch in der Tragekultur zwischen den 1970er bis 1990er Jahren werden die traditionellen Tragetechniken heute nicht mehr innerhalb der Familie tradiert. Über die letzten zwei Generationen scheinen die Japanerinnen ihr natürliches Körpergefühl für das Tragen verloren zu haben. Bedeutet dies das Ende der alten Tragekultur Japans?

Obgleich Tragehilfen (SSC) bei weitem den Markt dominieren, kann man ein Revival des Tragens mit Tüchern beobachten, was im Zusammenhang mit der Rückbesinnung auf die Vorzüge von Onbu zu sehen ist. Der soziale Aspekt des Tragens, d. h. der hohe Sitz des Kindes auf dem Rücken, rückt für viele Tragemamas in Japan heute wieder in den Vordergrund. Bei den Tragetüchern sind zunächst traditionelle Tragehilfen bzw. -tücher wie der Onbu Mokko, ein rechteckiges Tuch mit zwei Schulterbändern, und der Heko-obi, das traditionelle Trageband, wieder im Kommen. Interessanterweise werden diese Tragen nicht mehr auf traditionelle Weise gebunden, sondern mit optimierten Bindetechniken, die dem deutschen Tragetuch entlehnt sind und die Anhock-Spreiz-Haltung gewährleisten sollen.



Das von Erika Hoffmann entwickelte Tragetuch, das seit 2005 in Japan vertrieben wird, hat seinerseits einen großen Beitrag zur Rückkehr des Tragens mit Tüchern geleistet. Auf der einen Seite knüpft es perfekt an die traditionelle Onbu-Kultur an, da es den hohen Sitz des Kindes eng am Körper ermöglicht, auf der anderen Seite aber mit einem größeren Tragekomfort verbunden ist. Das Wickeln des Tuches erinnert zudem an das Binden des Kimono-Gürtels, was Liebhaber traditioneller japanischer Kultur unmittelbar anspricht. So mag es nicht verwundern, dass gerade die japanischen Bloggerinnen auf Insta-

gram mit perfekten Rückenbindeweisen und einfallsreichen Finishes bestechen. Auf der anderen Seite heben sich die fröhlichen Farben und fantasievollen Muster der Tragetücher erfrischend von der minimalistischen Ästhetik vieler Tragehilfen ab und verwandeln den Tragealltag in ein buntes und abwechslungsreiches Erlebnis für Mutter und Kind (Abb. 8).

Das Beispiel Japans zeigt, dass die Begegnung des Ostens mit dem Westen nicht nur von negativen Veränderungen begleitet sein muss. Ein Kulturaustausch auf Augenhöhe kann für beide Seiten wunderbar bereichernd sein, alte Traditionen beleben und neue Werte schaffen.

### Literatur

Abe, Kazuko, Masayuki Shibasaki et. al. (2014): "Kindai nihon ni okeru ikuji koi to ikuyohin ni mirareru kosodate no henka ni kansuru ichikosatu" (Studie zum Wandel in modernen japanischen Erziehungswerten am Beispiel von Kindererziehung und Babyartikeln mit Schwerpunkt auf Tragehilfen, Babykörbe, Slings und Kinderwagen) in: Ningen seikatsu bunka kenkyu (International Journal of Human Culture Studies), Nr. 24: 245-264

Bird, Isabella (1880): Unbeaten tracks in Japan, London: John Murray

Japanese Professional Photographers Society (2006): Nihon no kodomo 60nen (60 Jahre Japanische Kinder), Tokyo:Shinchosha

Konishi, Shiro u. Hideyuki Oda (2005): E.S.Morse Collection Hyakunenmae no nihon (E.S. Morse Collection - Japan vor hundert Jahren), Tokyo:Shogakukan

Kuroda, Hideo (1989): Emaki Kodomo no tojo (Das Kind im Rollbild), Tokyo:Kawade Shobo Shinsha

Morse, Edward Sylvester (1917): Japan Day by Day 1877, 1878-79, 1882-83, Boston: Houghton Mifflin

Wanatabe, Kyoji (2005): Yukishi yo no omokage (Bilder einer vergangenen Welt), Tokyo: Heibonsha



# Einfach. Ergonomisch. Schön.

Mitwachsende BabyTragen aus Jacquardgewebe von KOKADI

## Werde **KOKADI Professional** und profitiere:

- Erhalte 50 % Rabatt auf den regulären Preis pro Modell (Flip, TaiTai, Onbu, WrapTai und WrapStar) für Deine Vorführtrage aus dem KOKADI Standardsortiment.
- Sichere Dir für alle weiteren Bestellungen einen Rabatt in Höhe von 25 % auf den regulären Preis.
- Überzeuge Dich selbst von unseren GOTS-zertifizierten, ergonomisch ausgefeilten BabyTragen aus kuschelweichem Tragetuchstoff in einzigartigen Designs!
- Lass Dich von unserem Professional-Team rundum beraten und betreuen.

Melde Dich gleich bei [professionals@kokadi.de](mailto:professionals@kokadi.de) und sichere Dir exklusive Rabatte & Vorteile!

**KOKADI** verbindet.  
[www.KOKADI.com](http://www.KOKADI.com)



## „Pantomime und Tombola“





## Henrik Norholt: Does Infant Carrying Promote Attachment?

“Baby carrying strengthens the bond between you and your baby.” This is a statement you often hear from baby carrying advocates, be it experienced mothers, babywearing consultants or midwives. It really only takes one look at a calm secure parent and her or his quiet, relaxed, content and alert baby in a good baby carrier to instinctively sense that this statement is probably quite true.

These are very fundamental questions: Should I give ample physical contact to my baby? Or, should I leave it more or less physically separated from me in the hope that this best fosters independence? For many parents, instincts and intuition are sufficient guidelines for their parenting choices. However, such instincts can be challenged by conflicting views, purported by some experts in the field. Some will argue that giving too much physical contact to a baby will make it clingy and dependent in the long run.

One informational resource for such vital decisions comes from the field of science, in this case the science of child development. In a landmark study conducted in 1990, a team of researchers from Columbia University, New York, set out to explore this very question. The study was titled “Does Infant Carrying Promote Attachment? [1]” This study was designed to test the hypothesis that increased physical contact would promote greater maternal responsiveness and more secure attachment between infant and mother. Secure attachment has been found to correlate with autonomy and healthy independence.

The research team was greatly inspired by the work of one of the absolute pioneers in the field of Attachment Theory, Mary D. Ainsworth. In her classic studies, in 1967, in Uganda and the United States, Ainsworth found that the amount of time mothers held their infants was related to the “security-of-attachment rating” that the infants received [2].

Mothers who, in the first months of life, held their infants for relatively long periods, and were tender and affectionate during the holding, had infants who, at 12 months of age, had developed secure relationships with them [3]. In contrast, if mothers were inept in handling their infants and provided them with unpleasant experiences during holding, the infants developed an anxious-ambivalent pattern of attachment.

Several studies have found that mothers of avoidant infants had rejected or sought to minimize physical contact with their infants [4], [5], [6]. Thus, the research team argued, there is evidence that the amount and quality of physical contact between mother and infant is related to security of attachment. By increasing the quantity of physical contact, the experimental treatment of baby carrying may afford the mother opportunities to show affectionate

and tender behavior, thus affecting the quality of interaction.

The research team chose mothers from a low socio-economic background as participants for the study. These mothers were expected to have a range of social risk factors, which are likely to affect the quality of the attachment the mothers are able to form with their baby [7]. They would, therefore, also be the mothers most likely to gain from an intervention aimed at improving the attachment quality. If the mothers were already “good enough,” it would be hard to tell the difference – to establish if baby carrying improves the quality of attachment.

After having given normal birth to a healthy child, the mothers were randomly assigned to either an experimental group that received baby carriers (more physical contact) or to a control group that received infant seats (less physical contact). The research team took careful precautions to rule out the risk that some mothers might already, prior to the onset of the study, be enthusiastic baby wearers. This could potentially confound the results.

On the day after giving birth, the potential participants were read a list of different baby items and asked whether or not they would use each of the items if it were given to them as a gift. Embedded in the list were a soft structured baby carrier and an infant seat. Those who had already decided to use a baby carrier or who would not consider using one were eliminated from consideration. The study was explained in detail to those women who indicated that they were willing to use either a baby carrier or an infant seat.

In order to obtain an objective estimate of the amount the soft baby carriers were used, pedometers were sewn inside them. Usage questionnaires administered during the test indicated that the mothers used the assigned “tools” frequently.

At 3½ months of age, the babies were filmed during a play session with their mothers. The research team rated the mothers’ ability to respond to their babies’ vocalizations. This was



achieved through detailed second-to-second analysis of the observed interactions. The mothers in the experimental (carrying) group were found to be more responsive than control mothers to their babies' vocalizations.

When the babies were 13 months old, the Ainsworth Strange Situation was administered [3]. This is a test which puts the infant through a series of increasingly (but mildly) stressful incidents, including brief separations from the mother, and being left alone with a stranger in an unfamiliar place. The baby's specific pattern of response to the separations and reunions correlates to a specific pattern of attachment.

The three patterns analyzed in the current study were the secure attachment, the anxious-avoidant attachment pattern and the anxious-ambivalent pattern. The secure attachment pattern denotes healthy autonomy and independence, accompanied by good social skills. The anxious-avoidant pattern makes the child appear independent, but regrettably with poor social skills and empathy and a latent tendency to display aggression. The anxious-ambivalent pattern results in a typical clingy and dependent child.

The research team found that in the control group 38% of the babies were securely attached, and conversely, 62% insecurely attached. The majority of the insecure attached babies were anxious-avoidantly attached. In the experimental group 83% were securely attached, and only 17% insecurely attached.

The function of having a control group in a scientific study is to inform what the outcome would have been if the intervention of baby carrying had not taken place. Evidently, a very significant change took place in the attachment between mother and child when mothers carried their babies, instead of adopting the more or less standard procedure of less physical contact. The researchers could conclude that when at-risk mothers carried their babies, carrying would indeed "strengthen the bond between mother and child." Also, the nature of this bond was found to be healthy.

Compared to other types of attachment-related interventions for at-risk mothers, the intervention of providing baby carriers turned out to be extraordinarily effective[8]. The research team speculated on the mechanisms that might be involved in the dramatic change of the mothers' caregiving skills. Research in monkeys has demonstrated that mothers who have been exposed to maternal neglect in their own childhood tend to be negative towards their offspring, and, also, spontaneously reject physical contact. However, if exposed to sufficient amounts of physical contact with their offspring, their behavior would be modified. [9], [10]

Research conducted in the decades following this study, indicate that the neurohormone oxytocin might be involved in the remarkable effect of baby carrying that the study brought to light.

Some mothers have not had the most rewarding childhood or have been struggling with a difficult pregnancy and birth, perhaps combined with economic worries, high pressures of work or a fragile marriage. All these factors are known to put the strength and quality of the bond to one's child at risk.

Luckily, it does seem that the intuition that babywearing will strengthen that vital bond has been borne out by this careful study.

1. Anisfeld E, Casper V, Nozyce M, Cunningham N. Does infant carrying promote attachment? An experimental study of the effects of increased physical contact on the development of attachment. *Child Dev* 1990;61:1617-1627
2. Ainsworth, M. D. S. (1967). *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
3. Mary D. Salter Ainsworth, MDS, Blehar MC, Waters E. & Wall S. *Patterns of Attachment. A Psychological Study of the Strange Situation*. Lawrence Earlbaum Associates. 1978 Hillsdale, New Jersey
4. Egeland, B., & Farber, E. A. (1984). Infant-mother attachment: Factors related to its development and changes over time. *Child Development*, 55, 753-771.
5. Main, M. (1977). Analysis of a peculiar form of reunion behavior seen in some day-care children: Its history and sequelae in children who are home-reared. In R. A. Webb (Ed.), *Social development in childhood: Day-care programs and research* (pp. 33-78). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
6. Main, M., & Stadtman, J. (1981). Infant response to rejection of physical contact by the mother. *American Academy of Child Psychiatry*, 20, 292-307.
7. Spieker, S. J., & Booth, G. L. (1988). Maternal antecedents of attachment quality. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), *Clinical implications of attachment* (pp. 95-135). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
8. Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ & Van Ijzendoorn MH. Promoting Positive Parenting. P. 74. Lawrence Earlbaum Associates. 2008. ISBN 0-8058-6352-
9. Harlow, H. F., & Suomi, S. J. (1971). Social recovery by isolation-reared monkeys. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 68, 1534-1538.
10. Suomi, S. J. (1973). Surrogate rehabilitation of monkeys reared in total social isolation. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 14, 71-77.

This article has previously appeared as a blog post at the ergobaby blog ([www.ergobaby.com](http://www.ergobaby.com)) in January 2012.

### **Henrik Norholt**

Dr. Henrik Norholt is a member of The World Association of Infant Mental Health. He holds a Ph.D. from the LIFE faculty of Copenhagen University and is a resident of Copenhagen, Denmark. He has been studying the effects of baby carrying as it relates to child psychological and motor development through naturalistic studies since 2001. He is actively engaged in the study of current and past research into baby carrying through his large international network of family practitioners, midwives, obstetricians, pediatricians and child psychologists and shared his insights with the subscribers to Ergobaby's blog.



„Workshop“



www.ruckeli.de





## Norbert Lorenz: Evidenzbasierte Medizin

### ■ Evidenzbasierte Medizin beschäftigt sich mit der Frage: Welches Wissen ist richtig und warum?

Um sich dieser Frage zu nähern, erscheint es wichtig, sich zunächst selbst mit dieser Frage zu beschäftigen. Der Leser, die Leserin dieses Beitrages wird vermutlich täglich medizinisches Fachwissen neu erwerben. Wie tun sie das? Wie können sie sicher sein, dass dieses neue Wissen richtig ist? Am Ende dieses Beitrages sollten sie in der Lage sein, medizinisches Wissen nach den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin zu bewerten und damit besser zwischen Richtigem und Falschem zu unterscheiden.

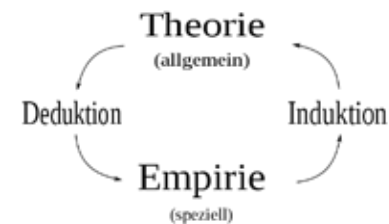
Die Menschheit sammelt seit Jahrtausenden medizinisches Wissen an, gibt dieses von Generation zu Generation weiter und vervollkommnet es. Bereits in der Steinzeit gab es Menschen, die Erfahrungen im Umgang mit heilenden Kräutern oder der Behandlung von Wunden sammelten und vermutlich innerhalb der Sippe weitergaben. Selbst Operationen, wie die Eröffnung der Schädeldecke (Trepanation), wurden von diesen frühen „Medizinern“ ausgeführt. Es ist anzunehmen, dass diese frühen Heiler, heute würden wir sie vielleicht Schamanen nennen, als herausragender Mitglieder ihrer Stämme verehrt wurden. Einige der Schamanen und Heilkundigen haben sicher ihre umfassenden Kenntnisse und Erfahrungen an Schüler weitergegeben. Über viele Jahrtausende bestand diese Form der Wissensgewinnung und Tradition fort. Medizinische Wissenschaft begründete sich somit auf der beobachtenden Reflexion von krankhaften Zuständen, der Tradierung von individuellen Krankheitsverläufen (Fallberichte, Kasuistiken) und der mehr oder weniger spekulativen Auswahl von Heilmethoden. Herausragende Mediziner (Eminenzen, von lat. *eminere* – herausragen) kompilierten das medizinische Wissen und die therapeutischen Überzeugungen der jeweiligen Epoche in kanonisierten Nachschlagewerke (Kanon als der unabdingbare Kern des Wissens), aus denen schließlich die noch heute tradierten Textbücher entstanden. In dieser **eminenzbasierten Medizin** gaben und geben Lehrer (Mentoren) ihre **Überzeugungen** an ihre Schüler weiter.

Im Gegensatz dazu beruht die **evidenzbasierte Medizin (EbM)** auf der wissenschaftlichen Empirie (Erfahrung). Die Bedeutung des Wortes evidenzbasiert liegt dabei weniger auf dessen lateinischer Herkunft (lat. *evidentia* – Augenscheinlichkeit). Vielmehr wurde diese Bezeichnung aus der englischen Bedeutung (*evidence* – Zeugnis, Ergebnis, Beweis, Beleg) entlehnt. Evidenzbasierte Medizin ist also eine auf empirische Belege gestützte Heilkunde. Entsprechend besagt die allgemein anerkannte Definition von David Sackett, publiziert im „British Medical Journal“ 1996; 312: 71, EbM „ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten **externen, wissenschaftlichen Evidenz** für Ent-

scheidungen in der medizinischen Versorgung **individueller Patienten unter der Integration individueller klinischer Expertise.**“

Es erscheint aus wissenschaftshistorischer Sicht nicht ungewöhnlich, dass nach Tausenden von Jahren eminenzbasierter Medizin sich diese neue, wissenschaftliche Heilkunst, die evidenzbasierte Medizin gegen Angriffe scheinbarer Alternativen bis heute verteidigen muss. In dem kleinen Aufsatz „Sieben Alternativen zu EbM“ (BMJ 1999; 319 S. 1816) haben David Isaacs und Dominic Fitzgerald dies anschaulich dargestellt und die vermeintlichen Alternativen radikal überhöht: Während EbM die Bedeutung medizinischer Wissenschaftler für die Patientenversorgung anhand deren Forschungsergebnissen und klinischer Expertise bewertet, schlagen diese Autoren u. a. vor, Eminenz anhand der Anzahl weißer Haare zu bewerten. Praktischerweise könne man dies durch Messung mit einem Belichtungsmesser abschätzen. Da sich zudem viele Eminenzen durch eine große Vehemenz (Durchsetzungskraft – vehemenzbasierte Medizin) auszeichnen – man denke nur an den Basta-Kanzler – wäre ein Lautstärkemesser ein weiteres geeignetes Messinstrument. Entsprechend benötigen wir zur Bewertung der Qualität der eloquenzbasierten Medizin (Eloquenz – Geschmeidigkeit der Zunge) ein Teflonmeter. Die Messung der Qualität der konfidenzbasierten Medizin könnte auf den Schweißtest aufbauen, wobei die höchste Konfidenz, das positive Testergebnis kein nachweisbarer Schweiß wäre. Die Autoren merken an, dass echte Konfidenz, das Ausmaß der Selbstsicherheit, im Übrigen nur bei Chirurgen existiert. Bereits nach diesen vier nicht ganz ernstgemeinten Beispielen (die Lektüre des gesamten Beitrags ist unbedingt empfohlen) ist uns klar, dass im 21. Jahrhundert letztendlich keine Alternativen zur EbM im Sinne der Definition von Sackett als Richtschnur unseres Handelns im Interesse unserer Patienten vorhanden sind.

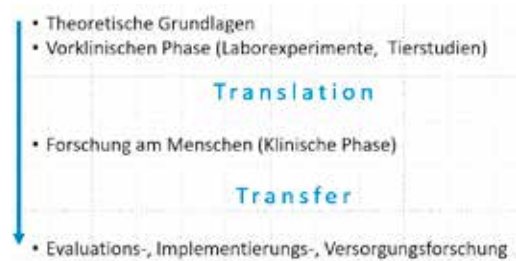
Was sind die **Ziele der EbM** im Sinne der obigen Definition? EbM dient in erster Linie der Verbesserung der Qualität klinischer Entscheidungen und damit der Erhöhung der Effizienz, der Effektivität und der Sicherheit der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Dazu unterstützt EbM die Sammlung, die Interpretation und die Integration von va-



lidem, wichtigem und aktuellem medizinischem Wissen. Um dies zu erreichen, werden in der Empirie (dem Speziellen) Daten erhoben, um aus diesen durch Induktion Theorien (allgemeine Sätze) zu gewinnen. Aus dieser Theorie können wiederum per Deduktion Aussagen über Einzelfälle gewonnen werden (Abb. 1: Verhältnis von Theorie und Empirie, Deduktion und Induktion [© Wikimedia commons]).

Die **Erfolgsgeschichte der EbM** beginnt im Jahr 1747, als der Offizier der britischen Krone James Lind eine der weltweit ersten klinisch randomisierten Studien an Matrosen der britischen Marine durchführte, die an Skorbut erkrankt waren. Skorbut, wie wir heute wissen, eine Vitamin-C-Mangelkrankheit, war zu diesen Zeiten eine gefürchtete Erkrankung der Seeleute, die oft Monate und Jahre auf Schiffen mit einer sehr einseitigen Ernährung zubrachten. Die Betroffenen litten unter Geschwüren, Zähne und Haare fielen aus, es folgten Depressionen, Siechtum, Blindheit und Tod. Der Arzt Lind stellte die Vermutung auf, diese „Fäulnis“ des Körpers könnte durch Säuren geheilt werden (**Theorie**). Um diese Theorie zu überprüfen, teilte er zwölf erkrankte Matrosen zufällig in sechs Gruppen ein: die Behandlung bestand aus jeweils 1 l Apfelwein täglich, 25 Tropfen Schwefelsäure täglich, sechs Löffel Essig täglich, ¼ Liter Seewasser täglich, der Einnahme von Gewürzpaste mit Gerstenwasser oder der Gabe von zwei Apfelsinen und einer Zitrone pro Tag (Translation). Bereits nach sechs Tagen waren Lind die Früchte ausgegangen. Trotzdem war ein Matrose aus der Gruppe, die Apfelsinen und Zitronen erhalten hatten, bereits wieder dienstfähig und der

andere beinahe erholt, während die anderen zehn weiter siechten. Von nun an nahmen die Kapitane ihrer Majestät Sauerkraut und Zitronensaft auf ihre Weltreisen mit, die schreckliche Krankheit Skorbut war in der britischen Marine gebannt (**Transfer**).



Heute wie damals sind Translation und Transfer wichtige Bestandteile der EbM (Abb. 2: EbM heute – Medizinische Forschung).

Die **Menge an medizinischem Wissen** nimmt, wie das gesamte Wissen der Menschheit, aktuell exponentiell zu. Unsere heutige Wissensgesellschaft generiert eine Unzahl von Publikationen zu medizinischen Themen. Wenn

man in der allgemein anerkannten Datenbank der medizinischen Literatur PubMed des NCBI (National Center for Biotechnology Information) den Begriff „Study“ (Untersuchung, Studie) eingibt, erhält man für das Jahr 2017 genau 471.265 Arbeiten, für das Jahr 1988 nur 76.094 Publikationen, während im Jahr 1817 lediglich eine wissenschaftliche Arbeit aufgeführt wird.

Für die Wissenschaftler, Mediziner, Patienten und interessierte Laien ist es aufgrund dieser Vielzahl von Publikationen heute enorm wichtig, die **Qualität des medizinischen Wissens** einzuschätzen und somit fragwürdiges medizinisches Wissen von richtigem zu unterscheiden. Fragwürdiges medizinisches Wissen beruht oft auf der Beobachtung einzelner Phänomene, liefert keine kausalen Begründungen und wird in unsystematischen Studien gewonnen. Pseudowissenschaftliche Untersuchungen verzerren Ergebnisse durch falsche und inadäquate Verwendung statistischer Verfahren, beruhen auf Spekulationen und geben persönliche Meinungen (Einzelbeobachtungen) wieder. Auch Geldgeber und Auftraggeber können Ergebnisse verzerren.

Neben der methodischen Qualität der durchgeführten Studien wird der Umfang des **Wissenstransfers** medizinischer Studien durch die transparente, umfassende Publikation aller Daten, die systematische innovative Aufarbeitung bereits vorhandener Stufenpublikationen und den niederschweligen Zugang zu deren Synthesen beeinflusst. Entsprechend ist es sinnvoll, dass heute eine allgemeine Übereinstimmung über den generellen **Aufbau der Veröffentlichung, Publikation einer klinischen Studie** herrscht. Nach einer Einleitung wird das Studienprotokoll erläutert, werden die generierten Daten veröffentlicht, gefolgt von der abschließenden Synthese.

In der **Einleitung** muss die bereits vorhandene, publizierte Evidenz kritisch hinterfragt werden: Ist die Studienfrage tatsächlich noch unbeantwortet? Gibt es genügend Evidenz aus früheren Studien, ist die neue Studie daher überflüssig? Leider wird dieses Qualitätsmerkmal oftmals nicht erfüllt. Als eine Wissenschaftlergruppe im Jahr 2012 publizierte klinische Studien in fünf hochrangigen medizinischen Fachzeitschriften auf diese Inhalte der Einleitung überprüfte, wurde festgestellt, dass in über 60 % der überprüften Arbeiten eine solche Betrachtung nicht Bestandteil der Publikation war. Dies ist umso unverständlicher, als das heute einfache, gut zugängliche und umfassende Möglichkeiten der Wissensrecherche bestehen:

- Online-Literaturdatenbanken mit medizinischem Inhalt wie z.B.
  - PubMed des NCBI (National Center for Biotechnology Information)
  - DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information)
  - Cochrane Library
  - OID (BIOSIS, PSYCHINFO)

- Online-Datenbanken für Dissertationen, Habilitationen etc.
- Literaturverzeichnisse in Publikationen aller Art
- Suchmaschinensuche (zum Beispiel Google) nach Inhalten von Zeitschriften ohne Peer Review

Das **Studienprotokoll** ist in den Publikationen klinischer Studien oft nur erschwert einsehbar. Während es in hochwertigen Publikationen enthalten oder im Anhang kompiliert ist, muss man es bei anderen mühsam suchen. Ein möglicher Fundort ist das Register klinischer Studien an der National Library of Medicine am NIH (National Institute of Health) der USA, erreichbar online unter [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov). Andere Wissenschaftler veröffentlichten ihre laufenden Studien im deutschen Register klinischer Studien unter [www.drks.de](http://www.drks.de) (DIMDI) oder bei der europäischen Medizinbehörde EMA ([www.clinicaltrialsregister.eu](http://www.clinicaltrialsregister.eu)). Viele internationale Fachzeitschriften verlangen inzwischen, dass zu publizierende Studien dort vorab registriert werden. Eine weitere Möglichkeit das Studienprotokoll einzusehen, sind die Protokolle der Ethikkommission, die die Studie vor der Publikation beurteilt hat. Sogenannte Reporting Guidelines stellen heute sicher, dass der Leser einer Veröffentlichung zum Beispiel schnell unproblematisch in der Publikation Angaben vorfindet, welche Ethikkommission zu welchem Zeitpunkt die entsprechende klinische Studie evaluiert hat. Eine wichtige, international anerkannte Reporting Guideline ist das CONSORT Statement (Consolidated Standards of Reporting Trials), das von über 400 Zeitschriften als Autoren-Richtlinie für die Erstellung eines Manuskriptes übernommen wurde, um die Berichtsqualität klinischer Studien zu verbessern. Interessierte können die Inhalte des aktuellen CONSORT 2010 unter <http://www.consort-statement.org/consort-2010> nachlesen.



Das Ausmaß oder die **Stufe der Evidenz** einer klinischen Studie ist abhängig vom **Studiendesign** (Abb. 3: Stufen der Evidenz und ihre Anfälligkeit für systematische Fehler (Bias) [[www.cochrane.de](http://www.cochrane.de)]).

Die **randomisierte kontrollierte Studie (RCT)** weist die höchste Evidenz und die geringste Anfälligkeit für systematische Fehler auf: Eine zufällige Zuteilung (Randomisierung) der Studienteilnehmer und damit auch deren Eigenschaften (bekannte und unbekannt) auf die verschiedenen Studiengruppen generiert statistisch gleichwertige Gruppen von Patienten. Diese unterscheiden sich einzig und allein durch die unterschiedliche Behandlung (Intervention) im Rahmen der Studie. Somit kann das Ergebnis der Studie schließlich mit

maximaler Sicherheit auf die unterschiedlichen Interventionen in den unterschiedlichen Patientengruppen zurückgeführt werden. Fehler bei der Auswahl der Teilnehmer (**selection bias**) werden durch diese Randomisierung (zum Beispiel Losverfahren) vermieden. Damit es bei der Erhebung der Endpunkte nicht zu einer untersucher- oder patientenabhängigen Beeinflussung der Messwerte (**measurement bias**) kommt, werden Untersucher und Patient verblindet. Das heißt idealerweise wissen weder Untersucher noch Studienpatient, welche Behandlungsmethode im Einzelfall angewandt wurde. Schwieriger ist der Umgang mit Studienteilnehmern, die die Studie abbrechen. Durch den Verlust von Teilnehmern (**attrition bias**) oder fehlende Berichte über deren Daten (**responder bias**) können Studienergebnisse verfälscht werden. Eine sogenannte **Intention-to-treat-Analyse** versucht dies zu vermeiden, indem sie alle Daten aller Patienten, die man beabsichtigte (intention) zu behandeln (to treat), auswertet und berichtet.

Ein vielzitiertes Beispiel, um die Notwendigkeit eines solchen Vorgehens begrifflich zu machen, ist der Vergleich zweier Diäten im Rahmen einer randomisierten Studie: Die Diät A und die Diät B sollen verglichen werden. Ziel beider Diäten ist die Gewichtsabnahme von Patienten. Die Diät A ist diesbezüglich effektiv, die Diät B überwiegend nicht. Dies ist aber bisher nicht bekannt. Beide Diäten werden zur Untersuchung der Fragestellung je einem Studienarm (A und B) zugeordnet. Es erscheint logisch, dass überwiegend diejenigen Teilnehmer die Studie abbrechen, bei denen die erwünschte Wirkung (Gewichtsverlust) ausbleibt. Durch diese Abbrecher wirken die Ergebnisse der Untersuchung besser als sie eigentlich wirklich sind, denn es bleiben überwiegend Teilnehmer übrig, bei denen die Diät gewirkt hat. Besonders im Studienarm B wird dies der Fall sein, denn dort verlassen besonders viele Studienteilnehmer das Experiment. Schlussendlich wird der Unterschied in der Effektivität zwischen den beiden Diäten kleiner erscheinen als er eigentlich ist.

Randomisierte Studien (RCT) weisen typischerweise aufgrund ihrer strengen Ein- und Ausschlusskriterien und der dadurch begrenzten Heterogenität der Teilnehmer eine hohe **interne Validität** auf. Das heißt, die Ergebnisse der Studie haben innerhalb der standardisierten Studienumgebung und Studienpopulation eine hohe Gültigkeit. Damit ist aber noch nicht erwiesen, dass diese wissenschaftlichen Erkenntnisse auch bei realen Patienten unter realen Bedingungen Gültigkeit besitzen. Nach vorklinischer Phase und Forschung am Menschen (klinische Phase) erfordert es jetzt den Transfer in den Alltag (vgl. Abb. 2). Sogenannte **Beobachtungsstudien**, die Ergebnisse randomisierte Studien unter den Bedingungen des realen Alltages überprüfen, weisen demgegenüber eine hohe **externe Validität** auf. Diese hohe Gültigkeit der Erkenntnisse unter realen Bedingungen kann jedoch ohne die Vorleistungen der RCT (hohe interne Validität) nicht erzielt werden. Beobachtungsstudien, die auf Wissen aufbauen, das nicht zuvor auf interne Validität untersucht wurde, sind wertlos.

Wie bereits dargestellt, nimmt die Menge an medizinischem Wissen, insbesondere an publizierten Ergebnissen klinischer Studien exponentiell zu. Auch wenn wir heute (siehe oben) über diverse Möglichkeiten der Wissensrecherche verfügen, ist es dem Einzelnen ohne weiteres nicht möglich, aus den vorhandenen Daten allgemeine Schlussfolgerungen zu ziehen. Wissenschaftliche Methoden und Verfahren der **Aufbereitung, Bewertung und Synthese der vorhandenen experimentellen Daten** und deren möglichst einfache und verständliche Darstellung sind daher unabdingbar. Als einer der Ersten hat sich der britische Epidemiologe Archie Cochrane mit dieser Fragestellung befasst. Im Jahr 1972 veröffentlichte Cochrane sein noch heute einflussreiches Buch „Effectiveness und Efficiency“, in dem er u. a. feststellte, dass die Ressourcen eines Gesundheitssystems immer limitiert sein werden. Er fand es daher unabdingbar, dass die vom Gesundheitssystem angebotenen und finanzierten Maßnahmen und Therapien immer auf der Basis wissenschaftlicher Untersuchungen hinsichtlich ihrer Effektivität untersucht sind. Er stellte dabei randomisierte klinische Untersuchungen (RCT) als wichtigste Quelle des medizinischen Wissens heraus. Man erzählt sich,

dass Cochrane in den 1970ern mit einem Plakat mit der Aufschrift „All Effective Treatments Must Be Free“ im Regierungsviertel Whitehall in London demonstrierte. Diese politische Forderung, die zunächst auf ein universelles, modernes und kosteneffektives Gesundheitswesen in Großbritannien hinzielte, brachte ihn bald zur Beschäftigung mit der Fragestellung: Effektive Therapie, was ist das, wie können wir das bei der vorhandenen Menge an Wissen definieren und abbilden. „It is surely a great criticism of our profession that we have not organised a critical summary, by specialty or subspecialty, adapted periodically, of all relevant randomised controlled trials.“ Mit dieser Feststellung und Aufforderung an seine Kollegen aus dem Jahr 1979 wurde Archie Cochrane zum Vater der modernen evidenzbasierten Medizin. Seine Initiative und sein Einfluss auf andere Wissenschaftler führte zur Eröffnung des ersten Cochrane-Zentrums in Oxford und der Gründung der **The Cochrane Collaboration** im Jahr 1993. Insbesondere durch die Arbeit letzterer machen heute systematische Reviews einen wesentlichen Bestandteil der evidenzbasierten Medizin aus.

Solche **Systematischen Reviews** sind, ganz im Sinne Cochranes, „(a) critical summary, by specialty or subspecialty, adapted periodically, of all relevant randomised controlled trials“, also eine kritische Zusammenfassung des zu einem Thema aus RCT gewonnenen medizinischen Wissens.

Ein systematisches Review wird heute im Allgemeinen nach den Qualitätsstandards der Cochrane Collaboration erstellt und folgt in seinem Aufbau einer klaren Gliederung bzw. klaren Anforderungen:

- Definiere Forschungsfrage
- Definiere Inklusions- und Exklusionskriterien (PICOS) (Beispiel Abb. 4: Beispiel der Anwendung der PICOS-Strategie für ein systematisches Review zum Thema Therapie des Diabetes mellitus Typ 1 mit verschiedenen Insulinen)
  - Patienten Interventionen
  - Comparator – Control – Vergleichsgruppe
  - Outcomes
  - Studientyp
- Entwerfe die Strategie für Literaturrecherche
  - Multiple Datenbanken
  - So breit wie nötig und so schmal wie möglich
- Screening der Datenbanken – Datensammlung
- Datenextraktion und Qualitätsbewertung der eingeschlossenen Studien
- Zusammenfassung, Synthese der Studienergebnisse
- Interpretation der Ergebnisse

- Population = Patienten mit **Diabetes mellitus Typ 1**
- Intervention = **Inhalatives Insulin**
- Comparison = **Inj. Insulin**
- Outcome = **Lebensqualität**
- Studientyp = **RCT**

**PICOS**

- Wichtig ist die Einbeziehung der Daten aller Patienten.
- Diese müssen zugänglich sein.

Weitere Angaben zu dem Verfahren können unter <http://training.cochrane.org/handbook> dem Handbuch der Cochrane Collaboration entnommen werden. Im Allgemeinen benötigen Wissenschaftler für ein solches Review zwischen 6-24 Monate Arbeitszeit.

Für den Leser eines systematischen Reviews ist es wichtig, die wichtigsten Möglichkeiten der Darstellung der Effektivität einer medizinischen Behandlung zu kennen. Ein wesentliches Element ist dabei das Chancenverhältnis, die sogenannte **Odds Ratio (OR)**. Für den Leser eines Reviews ist es wichtig zu wissen, dass eine Odds Ratio von genau 1 bedeutet,

dass es keinen Unterschied in den Chancen (zum Beispiel einer Heilung durch die medizinische Behandlung) gibt,

- 1 bedeutet, dass die Chancen der ersten Gruppe größer sind,
- ← 1 bedeutet, dass die Chancen der ersten Gruppe kleiner sind.

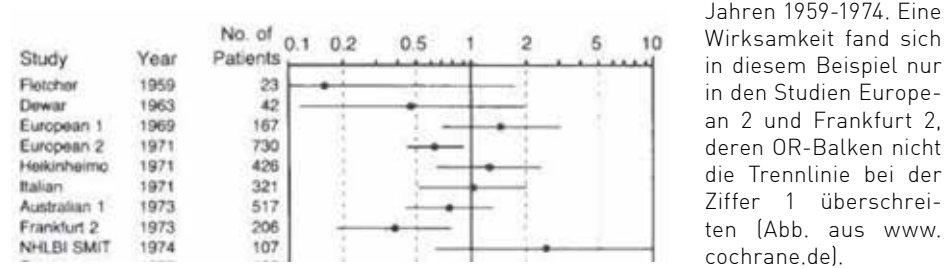
Ein sogenanntes Konfidenzintervall (CI), auch Vertrauensbereich, gibt an, in welchem Bereich sich der Wert für OR als der wahre Wert des zu untersuchenden Systems bei einem bestimmten Konfidenzniveau (hier wird meist zu 90 % verwendet) befindet. Ein Beispiel:

In einer wissenschaftlichen Untersuchung werden bei insgesamt 10.000 Studienpatienten

- geheilt mit Medikament 12
- geheilt mit Placebo 5
- daraus ergibt sich eine OR von 0.4167 mit einem 95 % CI von: 0.1467 to 1.1832,  $p=0.11$

Der Leser des Reviews kann diesen Zahlen entnehmen, dass das getestete Medikament statistisch nicht sicher wirksam ist, da das Konfidenzintervall (CI) den Wert von eins überschreitet.

Oftmals werden in systematischen Reviews die Ergebnisse der Odds-Ratio-Analyse grafisch abgebildet (Abb. 5: Beispiel: Odds Ratios (OR) für eine Therapie für Studien aus den



Jahren 1959-1974. Eine Wirksamkeit fand sich in diesem Beispiel nur in den Studien European 2 und Frankfurt 2, deren OR-Balken nicht die Trennlinie bei der Ziffer 1 überschreiten (Abb. aus [www.cochrane.de](http://www.cochrane.de)).

Werden die Daten aus mehreren Studien (Metaanalyse) in einer Abbildung zusammengestellt bzw. für eine gemeinsame Betrachtung synthetisiert, ist es wesentlich, dass in die Metaanalyse die Daten aller Patienten einfließen (sogenannte kumulative Metaanalyse). Dies soll im folgenden Beispiel (Abb. 6: Beispiel für kumulative Metaanalyse (Mantel-Haenszel-Methode) (Abb. aus [www.cochrane.de](http://www.cochrane.de)) gezeigt werden:

An diesem Beispiel kann man erkennen, dass bereits nach dem Einschluss der Ergebnisse der Studie Frankfurt 2 unter Einschluss von insgesamt 2432 Patienten eine hohe statistische Wahrscheinlichkeit bestand, dass die zu untersuchende Therapie wirksam ist, und wie alle weiteren Studien und deren Patienten dieses Ergebnis bestätigen.

Eine weniger bekannte Methode vorhandene Evidenz darzustellen, sind sogenannte „Evidenzmaps“, die durch **Evidenz Mapping** gewonnen werden. Solche Maps stellen die gesamte vorliegende Evidenz dar, typischerweise in einer Population, über eine Indikation und alle Interventionen hinweg (PI-Ansatz).

Die Erstellung einer Evidenzmap nimmt typischerweise weniger Zeit (1–6 Monate) in Anspruch als die Erstellung eines systematischen Reviews. Während letzteres einschätzt, ob das vorhandene Wissen gesichert ist, zeigt Evidenzmapping auf, wo gesichertes Wissen fehlt und weist damit auf weiteren Forschungsbedarf hin.

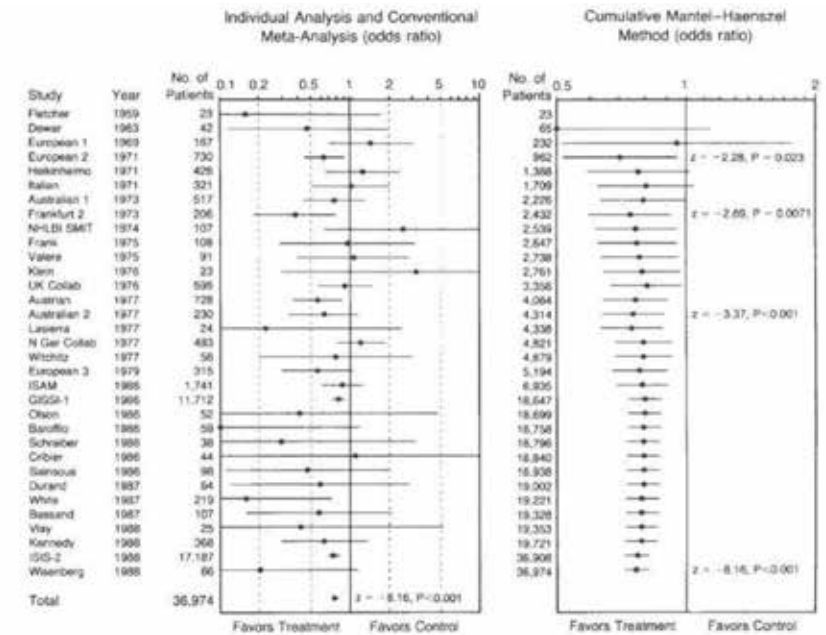


Figure 1. Conventional and Cumulative Meta-Analyses of 33 Trials of Intravenous Streptokinase for Acute Myocardial Infarction. The odds ratios and 95 percent confidence intervals for an effect of treatment on mortality are shown on a logarithmic scale. A bibliography of the published trial reports is available from the authors.

Eine noch weniger bekannte Methode der evidenzbasierten Medizin zur Bewertung medizinischen Wissens zielt darauf ab, Gesundheitstechnologien hinsichtlich ihrer Auswirkungen einzuschätzen: Das sogenannte **Health Technology Assessment (HTA)** untersucht die medizinischen, sozialen, ethischen und ökonomischen Implikationen und damit deren kurz- und langfristige Auswirkungen auf die Patienten und deren Behandlungssicherheit und -effektivität.

In Deutschland beschäftigen sich seit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2004 verschiedene Organe und Einrichtungen mit HTA und bewerten dabei medizinische Maßnahmen nach **Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit**. Im Einzelnen sind das der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) als oberstes Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen in Deutschland. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) gibt dem G-BA Empfehlungen zum Ein- bzw. Ausschluss neuer Technologien im GKV-Leistungskatalog, ohne dabei eine eigene Entscheidungsbefugnis zu haben. Die Aufgaben des IQWiG definieren sich dabei nach § 139a SGB V und beinhalten die Untersuchung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zur Generierung von Stellungnahmen zu Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung. Dazu werden evidenzbasierte Leitlinien bewertet und Empfehlungen zu sogenannten Disease-Management-Programmen gegeben. Zudem bewertet das Institut den Nutzen und die Kosten von Arzneimitteln und stellt sämtliche Informationen allgemeinverständlich für alle zur Verfügung. Das bereits oben erwähnte Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) stellt ergänzend eine HTA-Datenbank für den G-BA bereit. Die Erstellung eines HTA funktioniert dabei wie die eines systematischen Reviews (siehe oben). An diesem Thema weiter Interessierte sei die Beschäftigung mit der Arzneimittelpreisbildung

ab 2011 in Deutschland als Beispiel für die Erstellung und Anwendung eines HTA empfohlen, die unter [www.iqwig.de/de/10-jahre-iqwig/amnog-seit-2011.6333.html](http://www.iqwig.de/de/10-jahre-iqwig/amnog-seit-2011.6333.html) publiziert ist.

Bei der Vielzahl der inzwischen seit Jahren etablierten Methoden der evidenzbasierten Medizin ist es verwunderlich, dass immer noch erhebliche Probleme des **Transfers in den medizinischen Alltag** bestehen. Das deutsche Cochrane-Zentrum glaubt, dass etwa 50 % des in Studien produzierten medizinischen Wissens auf dem Weg zum Nutzer (Ärzte, Patienten, Forscher, Entscheider im Gesundheitssystem) verlorengehen. Studienergebnisse werden entweder nicht publiziert (**Publication Bias**) oder können von den Anwendern nicht identifiziert werden (**Retrievability Bias**). Ersteres ist besonders dann der Fall, wenn eine Studie keine Wirksamkeit einer spezifischen Therapie zeigen konnte.

Ein solches Nichtpublizieren eines negativen Studienausgangs kann für die Patienten tödlich sein: Wissenschaftler in den USA gehen davon aus, dass die Nichtveröffentlichung einer Studie zur Wirksamkeit von Flecainid bei Patienten nach akutem Myokardinfarkt, die Extrasystolen aufweisen, mehr Todesopfer forderte, als der Vietnamkrieg unter den Angehörigen der US-amerikanischen Armee. Bei breiter Anwendung dieses Medikaments zeigte erst nach 15 Jahren eine Metaanalyse den dramatischen Anstieg der Sterblichkeit (Mortalität) der so behandelten Patienten. Das Nichtpublizieren von Studien ist eine Verschwendung öffentlicher Gelder, führt zu einer falschen Wissensbasis und ist letztendlich Betrug an den Studienteilnehmern.

Ein weiteres Problem stellt die **lokale Implementation des weltweiten Wissens** dar. Zugangsbarrieren (so haben deutsche Bürger keinen kostenfreien Zugang zur Cochrane Library) und Sprachbarrieren (95 % aller Publikationen erscheinen in Englisch, obwohl 95 % der Weltbevölkerung nicht genuin Englisch sprechen) behindern immer noch den weltweiten Transfer.

Das wirtschaftlich hochentwickelte Deutschland trägt leider wenig zum Generieren und Verbreiten des weltweiten Wissens bei. In Deutschland existiert keine systematische Nutzung vorhandenen Wissens und vor allem keine nationale Gesundheitsstrategie. Insbesondere letzteres hat seine Ursache in der weltweit einmaligen Selbstverwaltung des Gesundheitswesens, in dem die Interessen der Kammern, der Kassen, der kassenärztlichen Vereinigungen und der deutschen Krankenhausgesellschaft konkurrieren.

Als Möglichkeit der lokalen Implementation des weltweiten Wissens werden in Deutschland sogenannte **Patienteninformationen** genutzt. Hier werden auf der Webseite des IQWiG, [www.gesundheitsinformation.de](http://www.gesundheitsinformation.de) die dort vorhandenen, allerdings auch entsprechend gewichteten Informationen für die Patienten verständlich, abgewogen dargestellt, um individuelle Patientenentscheidungen zu ermöglichen. Aus Sicht der evidenzbasierten Medizin täte es Not, den Patienten solche Informationen unabhängig, d. h. ohne die ökonomische Gewichtung des IQWiG zur Verfügung zu stellen und diesen die Möglichkeit der Erarbeitung einer individuellen Präferenz zu geben.

**Leitlinien** stellen eine weitere Möglichkeit der lokalen Implementation des weltweiten Wissens dar. In Deutschland werden Leitlinien von der Arbeitsgemeinschaft der medizinischen Fachgesellschaften (AWMF, [www.awmf.org](http://www.awmf.org)) und dem ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ; [www.aezq.de](http://www.aezq.de)) erstellt und publiziert. Die Nutzer der Leitlinien werden dabei mit einheitlichen Klassifikationen der Evidenzgüte von Einzelstudien und der Bewertung der Gesamtevidenz konfrontiert, die auf den entsprechenden Webseiten und auch den Langfassungen der Leitlinien nachlesbar sind. Immer wichtiger wird bei der Erstellung der Leitlinien die Anwendung der Evidenz im Einklang mit der klinischen Erfahrung und den individuellen Patientenpräferenzen, womit wir wieder bei der Definition der evidenzbasierten Medizin am Anfang dieses Artikels angelangt wären.

Nach diesem Exkurs in die Theorie und Praxis der evidenzbasierten Medizin in Deutschland soll abschließend dem interessierten Leser, der interessierten Leserin, ein ganz praktisches Beispiel für die Anwendung der evidenzbasierten Medizin gegeben werden. Stellen Sie sich dazu vor, dass Sie sich mit der Frage beschäftigen, inwieweit ein Vorteil besteht, Säuglinge zu tragen.

Es ist an dieser Stelle ausdrücklich anzumerken, dass diesem Beispiel keine wissenschaftlich-fachliche Basis zugrunde liegt, da die Beantwortung dieser Frage nicht in der fachlichen Kompetenz des Autors der vorliegenden Arbeit liegt. Es soll vielmehr gezeigt werden, wie es mit dem Wissen und Methoden der evidenzbasierten Medizin möglich ist, Erkenntnisse evidenzbasiert zu bewerten.

Wenn man sich mit der Fragestellung „Bestehen Vorteile für das Tragen von Säuglingen?“ beschäftigt, würde es sich zunächst anbieten, eine Recherche in der Cochrane Library unter [www.cochranelibrary.com](http://www.cochranelibrary.com) mit dem Suchbegriff →→„Maternal carrying“ infants←← durchzuführen. Die Antwort der Website lautet: “There are 0 results from 0 records for your search”. In einem zweiten Schritt empfiehlt es sich, dieselbe Suche bei NCBI Pubmed unter [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed) durchzuführen: →→„Maternal carrying“ infants←←.

Als Antwort der Website erhalten wir insgesamt 11 **Literaturstellen**:

Als ersten Treffer erhalten wir: “The calming effect of maternal carrying in different mammalian species. Esposito G, Setoh P, Yoshida S, Kuroda KO. *Front Psychol.* 2015 Apr 16; 6:445. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00445. eCollection 2015”.

Eine kurze Recherche zeigt uns an, dass die Zeitschrift *Frontiers in Psychology* in verschiedenen Indizes, wie dem Current Contents/Social & Behavioral Sciences, den EBSCO databases sowie in weiteren Indizes wie PsycINFO, Scopus, und dem Social Science Citation Index gelistet ist. Es handelt sich um eine Open-Access-Zeitschrift, die laut einer Google-Suche einen Impactfaktor von 2,321 aufweist. Was bedeutet das?

Der **Impactfaktor** gibt an, wie häufig ein in dieser Zeitschrift veröffentlichter Artikel von anderen wissenschaftlichen Artikeln pro Jahr zitiert wird. Wir gehen heute davon aus, dass wichtige Artikel häufiger zitiert werden als unwichtige Arbeiten.

In einer **Open-Access-Zeitschrift** bezahlen die Autoren dafür, dass ihr Aufsatz veröffentlicht wird. Früher und heute noch in der Mehrheit finanzieren sich hochwertige, einflussreiche wissenschaftliche Zeitschriften normalerweise aus dem Verkauf der Hefte oder Abonnements. Diese sogenannten **Peer Review Journals** wählen Artikel zur Veröffentlichung aus, in dem sie eingereichte Arbeiten von Gutachtern (typischerweise Wissenschaftlern aus dem Fachgebiet der Autoren der eingereichten Artikel, sogenannte Peers) bewerten lassen. Nur wenn die Gutachter einstimmig die Arbeit u. a. nach Prüfung auf das Einhalten der Standards des wissenschaftlichen Arbeitens und der evidenzbasierten Medizin zur Annahme empfehlen, wird diese schlussendlich zur Veröffentlichung akzeptiert.

Open-Access-Journale sind in der letzten Zeit dadurch in Verruf geraten, dass es Autoren in solchen Zeitschriften zu Testzwecken gelungen ist, Aufsätze zu platzieren, die offensichtlichen medizinischen, unwissenschaftlichen Unsinn beinhalteten. Dies, obwohl die jeweilige Zeitschrift angegeben hatte Gutachter zu beschäftigen. Dubiose Verlage haben offenbar die Gelder der Autoren als willkommene Einnahmequelle entdeckt und veröffentlichten so viel wie möglich, ohne dass die eingereichten Arbeiten einem wirklichen Reviewprozess unterzogen wurden (Fake Journals/Gefälschte Zeitschriften/Zeitschriften, die sich als wissenschaftlich ausgeben, es aber nicht sind).

Auffällig ist außerdem, dass es sich bei dieser Veröffentlichung aus der Arbeitsgruppe um Esposito nicht um ein systematisches Review handelt. Der Aufbau der Arbeit und die Me-

thode ihrer Erstellung folgen nicht den oben aufgeführten Richtlinien. Zudem werden unter den 32 zitierten Quellen sieben Quellen angeführt, die aus der eigenen Arbeitsgruppe der Autoren des Artikels stammen. Auch wenn die Zeitschrift *Frontiers in Psychology* ein vergleichsweise hohen Impactfaktor aufweist und sicher keines der oben erwähnten Fake Journals ist, stellt sich doch die Frage, inwieweit ein Open Access die nötige Unabhängigkeit zum Autor aufweist.

Der zweite Treffer unserer Recherche stammt aus derselben Arbeitsgruppe: „Infant calming responses during maternal carrying in humans and mice. Esposito G, Yoshida S, Ohnishi R, Tsuneoka Y, Rostagno Mdel C, Yokota S, Okabe S, Kamiya K, Hoshino M, Shimizu M, Venuti P, Kikusui T, Kato T, Kuroda KO. *Curr Biol.* 2013 May 6;23 (9):739-45. doi: 10.1016/j.cub.2013.03.041. Epub 2013 Apr 18.“

Auch hier handelt es sich um eine Veröffentlichung, die in diversen wissenschaftlichen Indizes (s. o.) aufgeführt ist. Der Impactfaktor ist mit 9,57 deutlich höher als derjenige der ersten Veröffentlichung. In diesem Artikel sind im Gegensatz zum ersten alle Methoden, alle Protokolle der zugrundeliegenden Studie beschrieben. Die Beschreibung der Reviewmethode folgt dabei der STAR Methods section Anleitung, die in Inhalt und Bedeutung dem weiter oben aufgeführten CONSORT Statement entspricht. Darüber hinaus beschreiben die Autoren sehr genau die Finanzierung der Studie. Zu bemängeln ist jedoch, dass die Autoren nicht angeben, welche Beziehung sie selbst zu den Geldgebern und Beteiligten der Studie aufweisen. Die wissenschaftliche Arbeit zitiert insgesamt 29 Quellen, es finden sich keine eigenen Zitate.

Die Frage, welche Informationen den Kriterien der evidenzbasierten Medizin besser entsprechen, ist in diesem Fall relativ einfach zu beantworten. Die erste Arbeit, von den Autoren selbst auch nur als Short Review bezeichnet, genügt strengen Kriterien der wissenschaftlichen Bewertung nicht. Das Review folgt nicht den anerkannten Regeln der evidenzbasierten Medizin, die Tatsache, dass die Arbeitsgruppe sich selbst in sieben Fällen zitiert, könnte dafür sprechen, dass die Wissenschaftler glauben, durch eigene Zitate ihre Stellung in der wissenschaftlichen Gemeinschaft verbessern zu müssen.

Auch wenn die zweite Veröffentlichung ebenso wie die erste in einem Open Access Journal veröffentlicht worden ist, weist die stringente Gliederung, das Einhalten von anerkannten Richtlinien, das Fehlen von Selbstzitat und der hohe Impactfaktor auf eine höhere Evidenz dieses Artikels hin.

Zusammenfassend muss man heutzutage jedem raten, der sich mit biologisch-medizinischen oder psychologischen Problemen und Themen befasst, sich grundlegende Kenntnisse der evidenzbasierten Medizin, der evidenzbasierten Wissensgewinnung und Bewertung von medizinischem Wissen anzueignen. Nur so ist es heutzutage möglich, die Fülle des angehäuften Wissens im Interesse der Patienten bzw. Klienten zu bewerten und für diese gewinnbringend anzuwenden.

Dr. med. Norbert Lorenz, Perinatalzentrum Dresden, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Städtisches Klinikum Dresden

Sämtliche Abbildungen aus externen Quellen werden im Sinne des wissenschaftlichen Zitats verwendet.



**manduca**®  
my baby carrier  
**xt**

**NEU**

Stufenlos verstellbare Stegbreite  
Für Babys jeden Alters

Endlich eine für alles – manduca XT

Stell dir vor: Eine einzige Babytrage für Neugeborene bis hin zum Kleinkind. Jetzt gibt es sie. Wir haben die neue manduca XT mit vielen großartigen Features ausgestattet. Das siehst und spürst du auf Anhieb. Stufenlos verstellbare Breite, gleich drei Höhenverstellungen durch die patentierte Rückenverlängerung und vieles mehr. Einfach anziehen und wohlfühlen mit dieser All-in-One Babytrage. Mehr Infos: [www.manduca.de](http://www.manduca.de)



## „IBCICC“



## Sonderkonditionen und Infomaterial für Trageberaterinnen

Ihre direkte Ansprechpartnerin bei mamalila: **Yvonne Reimann**  
Yvonne.reimann@mamalila.de · 09187 / 907989-74 · [www.mamalila.de](http://www.mamalila.de)

## Referenzenverzeichnis (in alphabetischer Reihenfolge):

### **Desits, Krisztina**

Diplom-Konduktorin und Heilpädagogin, Vorstandsmitglied des Bundesverbandes für Konduktive Förderung nach Petö e. V. (BKF), Nürnberg  
([www.bkf-petoe.de](http://www.bkf-petoe.de))

### **Imanari, Dinah**

Japanologin, Mitbegründerin von Babywearing Japan, Gründungsmitglied des Japanischen Industrieverbandes für die Sicherheit von Tragehilfen (JCCS), Genaraldistributeur von Didymos in Japan

### **Höwer, Ulrike**

Leiterin der Die Trageschule®, Dresden  
([www.trageschule-dresden.de](http://www.trageschule-dresden.de))

### **König, Vivian**

Leiterin des Zwergensprachen-Netzwerkes, Etablierung der Dunstan Babysprache in Deutschland, Markranstädt  
([www.babyzeichensprache.com](http://www.babyzeichensprache.com), <http://www.dunstanbabysprache.com>)

### **Dr. Lorenz, Norbert**

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Schwerpunkt Neonatologie, Schwerpunkt Kinderkardiologie, Städtisches Klinikum Dresden  
([www.klinikum-dresden.de](http://www.klinikum-dresden.de))

### **Morgenstern, Katharina**

Trageberaterin, Kursleiterin Babyzeichensprache, Diplom-Heilpädagogin, Stolpen  
([www.morgensternstunden.de](http://www.morgensternstunden.de))

### **Netwall, Matthias**

Geschäftsführer projekt LEBEN e.V., Stolpen  
([www.projektleben.org](http://www.projektleben.org))

### **Dr. Norholt, Henrik**

Medizinischer Berater bei Ergobaby, Mitglied der „World Association of Infant Mental Health“, Kopenhagen

### **Dr. Petzold, Theodor Dierk**

Arzt für Allgemeinmedizin und Naturheilverfahren, Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin an der MHH, Vorstandssprecher des Dachverbandes für Salutogenese, Ausbilder in ‚Salutogener Kommunikation‘, Leitung des Zentrums für Salutogenese, Bad Gandersheim  
([www.salutogenese-zentrum.de](http://www.salutogenese-zentrum.de))

### **Wermbter, Sonja ?**

Leiterin FTZB Mainz, exam. Pflegefachkraft, Mainz  
([www.ftzbabytragen.de](http://www.ftzbabytragen.de))

# Still-, Pflege-, Trage- und Massagepuppen

*Mit Liebe zum Detail*



Renate's Puppenstube GmbH Demopuppen – Schulstraße 18 – 57627 Marzhausen

Fon +49 (0) 26 88 / 80 03

[www.renates-puppenstube.de](http://www.renates-puppenstube.de)



## Verzeichnis der Sponsoren und Aussteller

### Goldspensoren

**ERGObaby Europe GmbH** | Sabine Sacher  
Hamburg | [www.ergobaby.de](http://www.ergobaby.de)

### Silbersponsoren

**b.b. berlin baby GmbH (RUCKELI)** | Henner-Moritz Jahn  
Berlin | [www.ruckeli.de](http://www.ruckeli.de)

**Kokadi GmbH & Co. KG** | Verena Graf  
Kirchheim bei München | [www.kokadi.de](http://www.kokadi.de)

**Lucky Industries Co., Ltd.** | Mai Tsumura  
Tokyo, Japan | [www.lucky-baby.co.jp](http://www.lucky-baby.co.jp)

### Bronzesponsoren

**Babybjörn AB** | Patrick Martens  
Solna, Sweden | [www.babybjorn.de](http://www.babybjorn.de)

**Babylonia** | Lies Leën  
Wommelgem/Antwerp, Belgien | [www.babylonia.eu](http://www.babylonia.eu)

### Sponsoren

**MLP Finanzdienstleistungen AG** | Thomas Kreitner  
Dresden | [www.mlp.de](http://www.mlp.de)

### Aussteller

**Amazonas GmbH** | Andrea Saldanha  
Gräfelfing | [www.amazonas.de](http://www.amazonas.de)

**Baby Roo** | Berit Kesler  
Gusterath | [www.babybjorn.de](http://www.babybjorn.de)

**Boba Inc.** | Ursa Podvrsic  
Boulder, USA | [eu.boba.com](http://eu.boba.com)

**Buzzidil GmbH** | Julia Weber  
Wien | [www.buzzidil.com](http://www.buzzidil.com)

**DIDYMOS Erika Hoffmann GmbH** | Angela Schwenninger  
Ludwigsburg | [www.didymos.de](http://www.didymos.de)

**emeibaby** | Valentina Unruh  
Bichl, Österreich | [www.emeibaby.com](http://www.emeibaby.com)

**Girasol** | Nina Riedler  
Berlin | [www.girasol.de](http://www.girasol.de)



**Hoppediz GmbH & Co. KG** | Sandro Trevisany  
Bergisch-Gladbach | [www.hoppediz.de](http://www.hoppediz.de)

**Huggyberry** | Esra Tenekecioglu  
Istanbul, Turkey | [www.huggyberry.com](http://www.huggyberry.com)

**JoNoBaby** | Antonia Falk  
Potsdam | [www.jonobaby.de](http://www.jonobaby.de)

**Limas** | Philipp Sauer  
Kelsterbach | [www.limasbaby.de](http://www.limasbaby.de)

**Madame Jordan – Jordan & Krüger GbR** | Christiane Jordan  
Berlin | [www.madamejordan.com](http://www.madamejordan.com)

**mamalila GmbH** | Meike Schädlich  
Altdorf | [www.mamalila.de](http://www.mamalila.de)

**MamaNuka** | Stephanie Haneberg  
Berlin | [www.mamanuka.com](http://www.mamanuka.com)

**Motherhood** | Maria Untch  
Bonn | [www.mother-hood.de](http://www.mother-hood.de)

**Neko Slings** | Hulya Cinsciecekci  
Buca – Izmir, Turkey | [www.nekoslings.com](http://www.nekoslings.com)

**Pure Baby Love** | M.J. Hendriksma  
Alkmaar, Netherlands | [www.purebabylove.com](http://www.purebabylove.com)

**Renate's Puppenstube GmbH Demopuppen** | Renate Gassen-Seckler  
Marzhausen | [www.renates-puppenstube.de](http://www.renates-puppenstube.de)

**Storchenwiege® Kaul und Dix GbR** | Claudia Dix  
Dresden | [www.storchenwiege.de](http://www.storchenwiege.de)

**Tragenetzwerk e. V.** | Mona Maxeiner  
Hamburg | [www.tragenetzwerk.de](http://www.tragenetzwerk.de)

**Wermli – Natur zum Tragen** | Sonja Wermbter  
Nackenheim | [www.wermli.de](http://www.wermli.de)

**Wickelkinder GmbH** | Birgit Wissemann  
Marburg | [www.wickelkinder.de](http://www.wickelkinder.de)

**Windelmanufaktur** | Stephanie Oppitz  
Dresden | [www.windelmanufaktur.com](http://www.windelmanufaktur.com)

**Zwergensprache GmbH** | Vivian König  
Markranstädt | [www.babyzeichensprache.com](http://www.babyzeichensprache.com)



## Impressionen

---







**Bis bald zu den nächsten  
Dresdner TrageTagen.**

Die Trageschule®

Ulrike Höwer  
Krügerstr. 7  
01326 Dresden  
[www.trageschule-dresden.de](http://www.trageschule-dresden.de)