



Ingrid Kollak

Yoga in Vorsorge und Therapie

Fachbuch mit Übungen
für Atmung, Bewegung und
Konzentration

Yoga in Vorsorge und Therapie

Yoga in Vorsorge und Therapie

Ingrid Kollak

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Gesundheitsberufe

Sophie Karoline Brandt, Bern; Heidi Höppner, Berlin; Christiane Mentrup, Zürich; Sascha Sommer, Bochum;
Birgit Stubner, Erlangen-Nürnberg; Markus Wirz, Zürich; Ursula Walkenhorst, Osnabrück

Ingrid Kollak

Yoga in Vorsorge und Therapie

Fachbuch mit Übungen für Atmung, Bewegung und
Konzentration

Unter Mitarbeit von

Ali Ghandtschi (Fotografien)

Gabi Lutterbeck und Lena Dirks (Models)

Steven Kranz (Recherche und Korrektur)

Alexander Peters (Interview)



Ingrid Kollak, Prof. Dr., Pflegewissenschaftlerin und Yoga-Lehrerin

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG
Lektorat Gesundheitsberufe
z.Hd.: Barbara Müller
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
Schweiz
Tel: +41 31 300 45 00
E-Mail: verlag@hogrefe.ch
Internet: <http://www.hogrefe.ch>

Lektorat: Barbara Müller
Bearbeitung: Antje Herrmann
Herstellung: René Tschirren
Umschlagabbildung: © iStock/alvarez
Umschlag: Claude Borer, Riehen
Satz: punktgenau GmbH, Bühl
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Finidr s.r.o., Český Těšín
Printed in Czech Republic

1. Auflage 2019
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern
(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-95893-4)
ISBN 978-3-456-85893-7
<http://doi.org/10.1024/85893-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das Entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	7
Vorwort	9
<hr/>	
Teil A: Vorüberlegungen	11
1 Aktuelle Yoga-Studien	13
1.1 Untersuchte Yoga-Traditionen, Übungen und deren Auswahl	13
1.2 Darstellung der Yoga-Interventionen	14
1.3 Metaanalysen und Reviews	14
1.4 Delphi-Studien	15
1.5 Qualitative Studien und Fallstudien	15
1.6 Machbarkeits- und Pilotstudien	15
1.7 Quantitative Studien	16
1.8 Gender Studies im Yoga	17
1.9 Studien und Artikel zur schädigenden Wirkung des Yoga	18
2 Yoga aus Sicht europäischer und nationaler Präventionspolitik	21
2.1 Der Aktionsplan der WHO in Europa	21
2.2 Der Gesundheitsbericht der Schweiz	22
2.3 Der österreichische Gesundheitsbericht	23
2.4 Präventionsgesetz und <i>Leitfaden Prävention</i> in Deutschland	23
2.5 Yoga in Vorsorge und Therapie nichtübertragbarer Krankheiten	24
2.6 Wechselwirkungen zwischen Leib und Psyche	26
2.7 Yoga fördert Bewegung und Entspannung	27
2.8 Verhältnisse und Verhalten	29
2.9 Verfügbarkeit und Zugänglichkeit des Yoga	29
2.10 Yoga in den unterschiedlichen Lebensphasen	30
3 Yoga unter den Bedingungen von Therapie und Forschung	33
3.1 Yoga-Interventionen bei einer Vielzahl von Erkrankungen	33
3.2 „Austherapiert“, „nicht behandelbar“, „psychosomatisch“	33
3.3 Ethische Überlegungen im Kontext der Gesundheitsversorgung	34

3.4	Qualifizierungen der Yoga-Lehrenden	36
3.5	Qualitäten patientenorientierter Yoga-Angebote	36
4	Wirkungsweisen des Yoga, Sicherheit beim Lehren und Lernen	41
4.1	Direkt und indirekt	41
4.2	Sicherheit durch detaillierte Anleitungen	42
4.3	Wiederkehrende Formulierungen	42
4.4	Zum Einsatz von Hilfsmitteln	44
4.5	Ausrüstung und Bekleidung	45
4.6	Übungszeiten und Übungsorte	45
4.7	Das Übungsjournal	46
<hr/>		
Teil B: Praxis	. . . . .	47
5 Körperübungen	. . . . .	49
5.1	Ruhe- und Ausgangshaltungen (Ü1 bis Ü6)	51
5.2	Schwerpunkt Halswirbelsäule, Schultern, Arme und Hände	63
5.3	Schwerpunkt Brustwirbelsäule und Brustkorb	93
5.4	Schwerpunkt Lendenwirbelsäule, Becken, Beine und Füße	103
5.5	Schwerpunkt Gleichgewicht und gesamte Wirbelsäule	152
5.6	Schwerpunkt Sinnesorgane	173
6 Schwerpunkt Atem, Entspannung, Konzentration und Meditation	. . . . .	179
6.1	Yoga zur Unterstützung der Brustkrebstherapie	179
6.2	Yoga zur Unterstützung der Therapie von Depression und Angststörungen	185
6.3	Yoga zur Unterstützung der Demenzversorgung	192
6.4	Atemübungen (Ü70 bis Ü74)	196
6.5	Übungen zur Entspannung, Konzentration und Meditation (Ü75 bis Ü83)	205
7 Ausblick: Zum Verhältnis von Yoga und Ayurveda	. . . . .	215
7.1	Ein Gespräch	215
7.2	Aktuelle, frei verfügbare Studien zu Ayurveda und Yoga	220
Literatur	. . . . .	223
Zitierte Studien und Fachliteratur		223
Zitierte Gesundheitsberichte/Leitlinien/Krankheitsregister		234
Weitere Studien		236
Sachwortverzeichnis	. . . . .	255
Über die Autorin	. . . . .	263

Danksagung

Mein Dank geht zuerst an Barbara Müller. Sie hatte die Idee zu einem neuen Yoga-Buch und unterstützte das Buchkonzept, Yoga aus Sicht aktueller Studien darzustellen und mit praktischen Erkenntnissen und Übungsbeispielen zu verknüpfen. Mein großer Dank geht an Steven Kranz, der den Hauptteil der Recherche leistete, Literaturdateien ordnete und sicherte und den Text und die Literaturangaben den Verlagsvorgaben anpasste. Herzlicher Dank geht an Gabi Lutterbeck und Lena Dirks, die alle Übungen zeigen und auf den Fotos sehr natürlich und ent-

spannt wirken. Dazu trug Ali Ghandtschi bei, der professionell und in kurzer Zeit die Fotos aufnahm. Vielen Dank dafür. Lena Dirks danke ich zudem für ihre Unterstützung bei der Auswahl und Sicherung der Fotos. Dem Vorstand des Eufref-Campus Berlin, Johannes Tücks, gilt mein Dank, weil er uns einen schönen Seminarraum für die Fotoaufnahmen zur Verfügung stellte. Nicht zuletzt danke ich Dr. Arnd Kilian, der die Texte kritisch las und Antje Herrmann, die einen detaillierten Abgleich zwischen den Übungsbeschreibungen und den Fotos leistete.

Vorwort

Yoga ist das am besten erforschte Verfahren alternativer und komplementärer Therapien. Für dieses Buch wurden hunderte, frei zugängliche Yoga-Studien aus dem Zeitraum von 2010 bis 2018 recherchiert. Viele davon werden in den einzelnen Kapiteln benannt, zitiert und vorgestellt. Sie geben einen guten Überblick über die vielen Krankheiten, bei deren Behandlung Yoga eingesetzt wurde sowie über die Bandbreite der Methoden und Instrumente, die zum Nachweis der Wirksamkeit des Yoga eingesetzt wurden. Die meisten Studien berichten von positiven Wirkungen, sie berichten aber auch von vergleichbaren Wirkungen anderer Verfahren oder schädigenden Wirkungen. Allen Arten von Studien wird in diesem Buch Platz eingeräumt.

Es gibt eine weltweite Community von Forscherinnen und Forschern unterschiedlicher Disziplinen, die sich um die Wirkungen des Yoga kümmern. Sie arbeiten in ihren Studien mit Menschen in unterschiedlichen Lebensphasen und Lebenswelten und präferieren dabei ihre Methoden und ihren Yoga-Stil.

Dieses Buch möchte Angehörige therapeutischer, pflegerischer und sozialer Berufe, die bisher keinen Zugang zum Yoga hatten, für das Erlernen des Yoga gewinnen sowie für eine eigene, regelmäßige Praxis des Übens, um in einem weiteren Schritt Yoga in der Therapie und Versorgung der eigenen Patientinnen und Klienten anbieten zu können. Das Buch möchte eben-

so Yoga-Lehrende dafür begeistern, die eigene Praxis und das Yoga-Angebot um Anteile der Therapie zu erweitern und sich für wissenschaftliche Untersuchungen und deren Ergebnisse zu öffnen.

Das Interesse an Yoga in der Vorsorge und Therapie wird in diesem Buch auf zwei Ebenen angesprochen. Im ersten Teil wird eine Systematik der Yoga-Studien vorgestellt und Yoga aus Sicht der europäischen und nationalen Gesundheitsberichte diskutiert. Weiter werden die Bedingungen des Yoga und der Yoga-Forschung im Gesundheitswesen erörtert und Merkmale einer sicheren Yoga-Praxis des Lehrens und Lernens vorgestellt. Im zweiten Teil stehen die Anleitungen zum praktischen Yoga-Üben – dem eigenen und dem mit Patientinnen und Patienten – im Mittelpunkt. In diesem Teil geht es um Yoga-Übungen zur Vorsorge vor nichtübertragbare Krankheiten und zur Unterstützung von deren Therapie. Es sind insgesamt 83 Übungen (Ü1 bis Ü83) mit vielen Variationen sowie Hinweisen, wie Hilfsmittel beim Üben eingesetzt werden können. Die Darstellung der Übungen nimmt Bezug auf Yoga-Studien und speziell deren Erkenntnisse zu Wirkungsweisen der in den Studien eingesetzten Yoga-Übungen.

Der Anhang des Buchs listet die internationalen Publikationen über Yoga-Studien aus dem Zeitraum von 2010 bis September 2018 auf.



Teil A: Vorüberlegungen

Vorsorge und Therapie sind gesellschaftliche Aufgaben, die sich vor allem auf die weit verbreiteten Erkrankungen beziehen. Welche das sind und wie durch Yoga deren Behandlung unterstützt werden kann, behandelt dieses Buch. Dazu wird zunächst ein Überblick über die unterschiedlichen Arten von aktuellen, frei zugänglichen Yoga-Studien gegeben. Daran schließen sich wesentliche Daten über die häufigsten Er-

krankungen aus Gesundheitsberichten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sowie der nationalen Reporte aus der Schweiz, aus Österreich und aus Deutschland an. Unter welchen Bedingungen Therapie und Forschung aktuelle stattfinden und welche Qualitäten eine gute und sichere Yoga-Therapie und einen guten Yoga-Unterricht ausmachen, werden daran anschließend erörtert.

1 Aktuelle Yoga-Studien

Die vielen Studien, die in diesem Buch benannt, zitiert und zu Teilen beschrieben werden, sind frei zugänglich und im Internet aufzufinden. Das ist eine Grundvoraussetzung zur weiteren Auswahl. In diesem Kapitel werden Yoga-Studien vorgestellt, deren Charakterisierung nach Yoga-Traditionen, dem Auswahlverfahren und den eingesetzten Yoga-Übungen, deren Darstellung sowie der Art und Weise des Übens erfolgt. Im zweiten Schritt werden die Yoga-Studien unter forschungsmethodischen Gesichtspunkten systematisiert.

1.1

Untersuchte Yoga-Traditionen, Übungen und deren Auswahl

Am häufigsten wird die Yoga-Intervention in den Studien mit dem Begriff „Yoga“ ohne Zusatz genannt. Manche Autorenteamen benutzen den Sammelbegriff Hatha-Yoga. Dagegen untersuchen andere Studien die Wirkungen von Übungen im Kontext von Yoga-Traditionen. Diese Traditionen werden entweder explizit im Titel benannt oder durch Charakteristiken beschrieben. Als Beispiel dazu: „hot yoga“ (Hunter et al., 2016) für Bikram Yoga und „individualized yoga“ für Viniyoga (de Manincor et al., 2016). Yoga-Traditionen, die bereits im Titel aufscheinen, sind (in alphabetischer Reihung): Bikram Yoga, Integraler Yoga, Iyengar Yoga, Kripalu Yoga, Kundalini Yoga. Weitere Traditionen, wie Rajyoga, Tibetan Yoga sowie Thai und Yin Yoga werden genannt. Mit der Frage,

ob für unterschiedliche Yoga-Stile eine unterschiedliche Wirksamkeit nachgewiesen werden kann, befasst sich eine aktuelle Untersuchung von Cramer et al. (2016a): „Is one yoga style better than another? A systematic review of associations of yoga style and conclusions in randomized yoga trials“. Sie können keine Unterschiede zwischen der Wirksamkeit der Yoga-Stile nachweisen, machen aber belastbare Aussagen über die Wirksamkeit von bestimmten Yoga-Übungen. Im Fall der Untersuchung geht es um die nachweisliche Wirkung von Meditationsübungen auf Menschen mit depressiven Störungen.

Für die in den Studien eingesetzten Yoga-Übungen werden häufig Sammelbezeichnungen benutzt: Asana oder Körperorientierter Yoga, Pranayama oder Yoga-Atemübungen. Detailliert untersucht wurden bereits die Wirkungen von Entspannungs- und Konzentrationsübungen, hier vor allem der Übung Yoga Nidra (Ü76) im Kontext unterschiedlicher Versorgungsformen (Livingston & Collette-Merrill, 2018; Anderson et al., 2017; Michael, 2017; Eastman-Mueller et al., 2013; Jensen et al., 2012; Rani et al., 2011). Eine andere Gruppe von Studien entwickelte Yoga-Programme für ihre Intervention bei Symptomen, wie z.B. Schlafstörungen oder nach Brustkrebsoperationen und nennen die Reihen „gentle yoga“ (Kinser et al., 2013; Kinser et al., 2013a; Innes & Selfe, 2012; Taibi & Vitiello, 2011) oder „restorative yoga“ (Taylor et al., 2018). Mit „silver yoga“ (Chaoul et al., 2018; Fan & Chen, 2011) wird das Yoga-Üben mit älteren Menschen (weiße, sil-

berne Haare) bezeichnet. Manche Forscher verewigen sich im mit ihrem Namen zur Kennzeichnung des Programms, wie z.B. „Bali Yoga“ (Anestin et al., 2017). Der Begriff „medizinischer Yoga“ (Axén & Follin, 2017; Aboagye et al., 2015; Köhn et al., 2013) wird noch wenig genutzt, „therapeutischer Yoga“ dagegen häufig. Anwendungsspezifische Charakterisierungen der Yoga-Übungen werden aufgeführt als „biomechanically-based yoga exercises“ (Kuntz et al., 2018), „isometric yoga poses“ (Fishman et al., 2017) und „high frequency yoga breathing“ (Raghavendra et al., 2016). Ein auf die Patientengruppe zugeschnittenes Programm soll im Ausdruck „individualized yoga“ deutlich werden (de Manincor et al., 2016; Diorio et al., 2016; Diorio et al., 2015).

Auf die Auswahl der eingesetzten Yoga-Übungen wird unterschiedlich viel Sorgfalt verwandt. Längst nicht alle Studien stellen ihr Auswahlverfahren dar, mit dem sie ihr eingesetztes Übungsprogramm begründen. Studien verweisen auf die Qualifikation der Lehrpersonen und akzeptieren deren Auswahl. Bei wieder anderen Studien werden Übungsreihen als definiert akzeptiert, da sie zu einer bestimmten Yoga-Tradition zählen. Oft werden Yoga-Übungen für die Intervention genutzt, die bei vergleichbaren Patientengruppen bereits vorher in Studien eingesetzt wurden. Um einen Konsens über die Yoga-Übungen und deren Ausführung, Dauer und Umfang herzustellen, arbeitete eine australische Studiengruppe mit der Delphi-Methode. Sie befragte 33 Yoga-Lehrende aus vier Ländern zweimalig online u.a. zu angemessenen Yoga-Übungen für Menschen mit Depression und Angststörungen sowie zu den Qualifikationen der Yoga-Lehrenden, die solche Gruppen anleiten. Von den ausgewählten Yoga-Lehrenden antworteten 24 in der ersten und 18 in der zweiten Runde. Im Rahmen der Untersuchung wurde eine Checkliste der Übereinstimmung zu den Übungen und deren Charakteristiken sowie zur Mindestdauer der Ausbildung und Lehrerfahrung von Yoga-Lehrenden erarbeitet (de Manincor et al., 2015).

1.2

Darstellung der Yoga-Interventionen

In manchen Studien erfolgt die Darstellung der Yoga-Übungen mit Fotos (wie sie in diesem Buch zu finden sind). Häufiger werden die eingesetzten Yoga-Übungen aufgelistet. Fotos und detaillierten Angaben zu Variationen und deren Übungsweisen finden sich in dem Artikel „The yoga empowers seniors study (yess): design and asana series“ (Greendale et al., 2012). Einige Studien verwenden Zeichnungen zur Darstellung der Yoga-Übungen, wie die Studie „Comparing once- versus twice-weekly yoga classes for chronic low back pain in predominantly low income minorities: a randomized dosing trial“ (Saper et al., 2013).

Untersuchungen zu Yoga-Übungen unter Verwendung von technischen Apparaturen verweisen weniger auf Übungsabfolgen, Yoga-Tradition usw. Hier liegt das Augenmerk eher auf der hoch technisierten Datenerfassung beim Üben. Als Beispiel dafür steht: „A yoga strengthening program designed to minimize the knee adduction moment for women with knee osteoarthritis: a proof-of-principle cohort study“ (Brenneman et al., 2015). Die Darstellungen reichen von einfachen Skizzen der Yoga-Haltungen („knee to chest“ in Saper et al. [2013], S. 3) bis hin zu Fotos von Probandinnen, die durch elektronische Kontakte mit Messgeräten verbunden sind (Brenneman et al., [2015], S. 6).

1.3

Metaanalysen und Reviews

Zu den Erkrankungen, die mit Yoga zumeist komplementär behandelt wurden, gibt es neben den vielen quantitativen Studien auch Metaanalysen. Diese stellen Studien und deren Ergebnisse zu einem Untersuchungsgegenstand vergleichend dar oder fassen sie statistisch zusammen, um Erkenntnisse aus einem vergrößerten Datenpool zu generieren. Dazu ein Beispiel: „Yoga for improving health-related quality of life, mental health

and cancer-related symptoms in women diagnosed with breast cancer“ (Cramer et al., 2017).

Reviews geben einen systematischen Überblick über die Studienlage und sammeln und analysieren vergleichbare Studien, ohne statistische Verfahren anzuwenden. Dazu folgende drei Beispiele. Zur Wirkung des Yoga auf den Bewegungsapparat gibt es ein aktuelles systematisches Review von sechs Studien mit 570 Teilnehmenden vom Global Health Institut der Genfer Universität: „Effectiveness of Iyengar yoga in treating spinal (back and neck) pain: a systematic review“ (Crow et al., 2015). Ein systematisches Review von 12 Studien mit insgesamt 1360 Teilnehmenden zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen stellte die New Yorker Public Health Stiftung vor: „Yoga as an alternative and complimentary therapy for cardiovascular disease: a systematic review“ (Haider et al., 2016). Zum Einfluss des Yoga auf die Lungenfunktion fand ein Team der Texas University 57 Studien, von denen sie neun mit 600 Teilnehmenden ins Review nahmen: „The effects of regular yoga practice on pulmonary function in healthy individuals: a literature review“ (Abel et al., 2013).

Den Metaanalysen und Reviews wird in diesem Buch eine besondere Aufmerksamkeit geschenkt, weil sie einen guten Überblick geben, besonders, wenn sie die in den Studien eingesetzten Yoga-Übungen untereinander vergleichen oder die übereinstimmend eingesetzten und in ihrer Wirksamkeit erfolgreichen Übungen benennen.

1.4

Delphi-Studien

Im Rahmen einer Delphi-Studie wird durch eine Befragung von Expertinnen und Experten ein Konsens zu einem Thema geschaffen. Die Befragung erfolgt anonym in zwei oder mehr Runden. Die Expertinnen und Experten beantworten in der ersten Runde einen Katalog von Fragen oder nehmen zu einem Thesenkatalog Stellung. Je nachdem, ob Fragen beantwortet oder Thesen

kommentiert wurden, erfolgt eine statistische oder inhaltsanalytische Auswertung und zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse. Diese Ergebnisse werden erneut in dieselbe Runde zurückgegeben mit der Bitte um Antwort oder Stellungnahme. Nach der zweiten Runde werden die Ergebnisse offengelegt und die erzielten Übereinstimmungen und Divergenzen öffentlich diskutiert. Unter den recherchierten Yoga-Studien befindet sich eine Delphi-Studie von einem australischen Team, das 24 und 18 Yoga-Lehrende aus vier Ländern in zwei Runden zu den geeigneten Yoga-Übungen für Menschen mit Depressionen oder Angstzuständen befragt hat: „Establishing key components of yoga interventions for reducing depression and anxiety, and improving well-being: a delphi method study“ (de Manincor et al., 2015). Eine ausführliche Beschreibung der Studie erfolgt im sechsten Kapitel.

1.5

Qualitative Studien und Fallstudien

Die kleine Gruppe der qualitativen Studien ist für dieses Buch von Bedeutung, weil sie mit den Worten der Interviewten die durch das Yoga-Üben bewirkten Veränderungen des Körpergefühls, der Atmung und der Fähigkeit zu Konzentration und Meditation wiedergeben. Anhand dieser Antworten, die teilweise ausführlich zitiert werden oder mit einer typischen Aussage (Ankerbeispiel) belegt werden, lassen sich anschaulich die unterschiedlichen Wirkungen des Yoga-Übens aufzeigen. Ebenso können Fallstudien die individuelle Perspektive der beobachteten Person(en) wiedergeben. Auch sie sind heterogen und sprechen unterschiedlich ausführlich die Yoga-Intervention an.

1.6

Machbarkeits- und Pilotstudien

Machbarkeitsstudien (*feasibility studies*) und Pilotstudien testen mithilfe einer kleinen Fallzahl (*small scale, small sample*), ob die Methode, die

Intervention oder die Planung für eine große quantitative Studie angemessen ist. Unter den Yoga-Studien finden sich viele dieser Art. Bei einigen von ihnen bezieht sich die Frage der Machbarkeit auf die Intervention (Art des Yoga-Übens). Als Beispiel seien zwei Studien benannt, in denen es bei der ersten um die Sicherheit alter Menschen beim Stuhl-Yoga geht und in der zweiten um die Akzeptanz von „teleyoga“ im Verhältnis zu schriftlichen Informationen und Unterweisungen: „Safety and feasibility of modified chair-yoga on functional outcome among elderly at risk for falls“ (Galantino et al., 2012) und „Evaluation of the feasibility of a home-based teleyoga intervention in participants with both chronic obstructive pulmonary disease and heart failure“ (Donesky et al., 2017).

1.7

Quantitative Studien

Den größten Anteil in der Gesundheitsforschung machen die quantitativen Studien aus. Dafür gibt es mehrerlei Gründe: Standardisierung der Instrumente, finanzielle Förderung, größere Anerkennung. Diese Studien setzen viel Mühe daran, als Randomized Controlled Test (RCT) anerkannt zu werden. Die dafür vorausgesetzte Doppelverblindung – weder die Testteilnehmenden wissen, ob sie ein Medikament oder Placebo bekommen noch die Forschenden wissen, welchem Teilnehmenden sie ein Medikament oder Placebo verabreichen – wurde für klinische Tests unter Laborbedingungen entwickelt und ist im Kontext der Yoga-Forschung nicht zu erfüllen und nicht erwünscht, denn Yoga-Lehrende sollten wissen, was sie tun (siehe Kapitel 1.9 „Studien und Artikel zur schädigenden Wirkung des Yoga“). Allerdings gibt es noch sehr viel Spielraum, wie die großen Unterschiede zwischen den RCT deutlich machen. Viel wäre z.B. schon dadurch gewonnen, wenn die Personen, die die Daten auswerten, nicht wüssten, welche Daten aus der Interventions- und welche aus der Kontrollgruppe stammen. Die

vielen mit RCT verbundenen Details können an dieser Stelle nicht diskutiert werden. Hier werden die Hauptmerkmale dieser Studienart angesprochen. Spezifische Studienformen, wie z.B. die Fall-Kontroll-Studie, werden bei der Vorstellung konkreter Studien angesprochen.

Auch in der Forschung über die Wirksamkeit von Yoga-Interventionen nutzen die meisten Studien quantitative Methoden. Obwohl die Artikel zu den Yoga-Studien vor ihrer Veröffentlichung unterschiedliche Formen des Peer-Reviews durchlaufen haben, sind sie von sehr unterschiedlicher Qualität. Entlang gängiger Qualitätsstandards für quantitative Untersuchungen werden hier die wesentlichsten Unterschiede angesprochen. Da geht es zunächst um den Zugang, die Art und Weise, wie Teilnehmende für die Studie gewonnen wurden. Es macht einen Unterschied, ob Teilnehmende sich auf eine Anzeige melden oder als Studierende einer Hochschule rekrutiert werden. Eine freiwillige Teilnahme an einer Studie, eine Teilnahme in der Hoffnung auf eine gute Zensur wegen einer Teilnahme oder eine fehlende Option, sich gegen eine Teilnahme zu entscheiden, wirken sich auf die Motivation und die Performanz der Teilnehmenden aus. Ebenso von Bedeutung ist die Frage nach Ein- und Ausschlusskriterien für die Teilnahme. Eine genaue Charakterisierung der Teilnehmenden ist notwendig, um zu vergleichbaren Interventions- und Kontrollgruppen zu kommen (z.B. vergleichbarer Erkrankungsgrad, vergleichbare Schmerzbelastung). Weiterhin gilt es, die Teilnehmenden nach dem Zufallsprinzip in die Interventions- und Kontrollgruppe zu verteilen (z.B. Losverfahren), damit nicht bestimmte Vorlieben bedient werden und die Messung beeinflussen. Auch die Stichprobengröße ist wichtig. Nicht weniger wichtig ist die Frage, wie viele der rekrutierten Teilnehmenden über die Dauer der gesamten Studie hinweg befragt werden konnten (Anzahl der Studienabbrecher, „Drop-outs“). Im Weiteren geht es darum, ob alle Teilnehmenden die für ihre Gruppe festgelegten Behandlungen bekommen haben (z.B. Pilates, Yoga und Gymnastik). Um Langzeitwirkungen einer Intervention erfassen

sen zu können, ist neben den Erhebungen vor und nach der Intervention eine weitere mit zeitlichem Abstand zum Abschluss der Studie durchzuführen (Follow-up). Nicht zuletzt ist die Frage nach der Repräsentativität von Bedeutung. Dazu muss die Zusammensetzung der Stichprobe der Zusammensetzung einer Grundgesamtheit entsprechen. Dazu gehört u. a. eine für die Grundgesamtheit typische Verteilung nach Alter und Geschlecht. Das sind viele Voraussetzungen für eine qualitativ hochwertige Studie, die aber alle trotzdem das Problem haben, dass die Teilnehmenden individuelle und soziale Voraussetzungen mitbringen, die einen großen Einfluss auf die Interventionen haben. Leider wird die erhoffte Kausalität durch individuelle Voraussetzungen und Lebensumstände mehrfach infrage gestellt.

Wissenschaftliche Qualitätskriterien haben ihre Grenzen und stehen nicht im Mittelpunkt der Interessen dieses Buchs. Dennoch lässt sich sagen, dass es um die Sorgfalt bei der Durchführung einer Studie nicht gut bestellt ist, wenn die Yoga-Intervention schlecht durchdacht wurde. Wenn die potenzielle Eignung einer Übung nicht begründet ist, wird es schwerfallen, einen echten Nutzen für die Teilnehmenden zu erzielen, egal, wie korrekt die statistischen Berechnungen sind. Andersherum gibt es mehr Spielraum. So gibt es sehr gut durchdachte und ausführliche Yoga-Interventionen, bei denen von einem subjektiven Gewinn für die Teilnehmenden ausgegangen werden kann, die aber den methodischen Standards nur bedingt genügen. Sie haben einen Nutzen für die Teilnehmenden, der sich aber nur teilweise in den Studien und Artikeln abbildet.

1.8

Gender Studies im Yoga

In einem Feld, in dem so viele weibliche Personen – Teilnehmerinnen, Frauen aus Gesundheitsberufen, Yoga-Lehrerinnen und Forscherinnen – aktiv sind, müssten doch Gender Studies zu erwarten sein. Dem ist nicht so. Es gibt inter-

disziplinäre Teams, es gibt Untersuchungen zu spezifischen Erkrankungen von Frauen und Männern, aber es gibt noch wenig Fragestellungen, die gängige Vorstellungen herausfordern: zu Frauen- und Männerbildern, zu Sexualität, zu Geschlechterverhältnissen sowie zu Gesundheitsvorstellungen, Idealmaßen und Idealgewicht. Hierzu stellen die Studien keine oder sehr herkömmliche Fragen. Dabei ist z. B. bekannt, dass es eine „Slim chance for permanent weight loss“ (Rothblum, 2018) gibt sowie „fette Lügen zu Übergewicht“, wie die *Fat Studies in Deutschland – Hohes Körpergewicht zwischen Diskriminierung und Anerkennung* (Rose & Schorb, 2017) nachweisen konnten. Eine besondere Beachtung verdient vor diesem Hintergrund eine Yoga-Studie von Delaney und Anthis (2010): „Is women’s participation in different types of yoga classes associated with different levels of body awareness and body satisfaction?“. Sie befragten 92 Teilnehmerinnen aus fünf umliegenden Fitnessstudios nach ihrer Zufriedenheit mit ihren Körpern und ihrer Körperwahrnehmung und versuchten herauszufinden, ob die Antworten Rückschlüsse auf die geübten Yoga-Stile zuließen. Die Befragten übten bekannte Yoga-Stile (Ashtanga, Bikram, Iyengar, Jivamukti, Kripalu, Kundalini, Vinyasa) sowie neu kreierte Stile (Forest Yoga, Yoga Sculpt) und unspezifisch benannte Yoga-Kurse (gentle, intro, hatha). Die beiden Forscherinnen fragten nach dem Anteil von Körper-, Atem-, Entspannungs-, Konzentrations-, Meditationsübungen und Chanting im Unterricht. Die Ergebnisse wiesen auf einen Zusammenhang zwischen Körperwahrnehmung und Zufriedenheit mit dem eigenen Körper und der Art und Weise des Yoga-Übens. Frauen, deren Yoga-Praxis Körperübungen, Atem-, Entspannungs-, Konzentrations- und Meditationsübungen umfassten, waren deutlich zufriedener, als Frauen, die im wesentlichen Körperübungen machten und Yoga als ein Fitnessprogramm betrachteten (Delaney & Anthis, 2010, S. 67f.).

Dagegen gibt es mittlerweile Fragen zur Ethnizität in Yoga-Studien, wie z. B. „A restorative yoga intervention for african-american breast

cancer survivors: a pilot study“ (Taylor et al., 2018) und „Enhancing yoga participation: a qualitative investigation of barriers and facilitators to yoga among predominantly racial/ethnic minority, low-income adults“ (Spadola et al., 2017). Ebenso wird nach dem Zugang zum Yoga für arme Menschen gefragt, dazu seien folgende Beispiele genannt: „Pilot study: use of mindfulness, self-compassion, and yoga practices with low-income and/or uninsured patients with depression and/or anxiety“ (Falsafi & Leopard, 2015), „ ‚We’re all in this together‘: a qualitative study of predominantly low income minority participants in a yoga trial for chronic low back pain“ (Keosaian et al., 2016) und „Comparing once- versus twice-weekly yoga classes for chronic low back pain in predominantly low income minorities: a randomized dosing trial“ (Saper et al., 2013).

1.9

Studien und Artikel zur schädigenden Wirkung des Yoga

An dieser Stelle wird dem Thema „Schädigung durch Yoga-Übungen“ Raum gegeben. Auseinandersetzungen, die dazu in der Fachöffentlichkeit geführt werden, bilden sich in Studien und in Fachartikeln ab.

Ein aktueller und frei zugänglicher Artikel zur Schädigung durch Yoga behandelt das Thema der Wirbelkompressionsfraktur: „Vertebral compression fractures associated with yoga: a case series“ (Sfeir et al., 2018). Ein Ärzteteam sah sich die Röntgenaufnahmen und Patientenakten von 33 Patientinnen an, die in der Zeit zwischen 2006 und 2016 in der Mayo Clinic in Rochester wegen Rückenleiden behandelt worden waren. Wenn sie anhand der Röntgenaufnahmen einen Verlust der Bandscheibenhöhe in einem Wert höher als 20 % fanden und aus den Patientenunterlagen hervorging, dass diese Person Yoga-Übungen machte („yoga associated spinal flexing exercises“), wurde der Fall näher untersucht.

Daraus ergab sich ein Sample von neun ehemaligen Patientinnen (acht Frauen und ein Mann), die zur Zeit der Röntgenaufnahmen zwischen 53 und 87 Jahre alt waren und nach Yoga-Unterweisung („initiating“), die zwischen einem Monat bis sechs Jahre zurücklagen, über Schmerzen klagten (vier in der Brustwirbelsäule, vier im Lendenwirbelbereich sowie eine im Halswirbelbereich). Bei vier Patientinnen war eine Osteoporose und bei zweien eine Osteopenie diagnostiziert worden, bei dreien gab es in den Krankenakten Hinweise auf Frakturgefährdung. Mithilfe des „Fracture risk assessment tool“ (Centre for Metabolic Bone Diseases, 2018) wurde retrospektiv das Risiko einer Spontanfraktur für zehn Jahre errechnet.

Das Team spricht selbst das Urteil aus: „inability to establish clear causality between yoga exercises and vertebral compression fractures“ (Sfeir et al., 2018, S. 8). Das stimmt: Gefragt wird nach Wirbelkompressionsfrakturen in der Halswirbelsäule, untersucht werden neun Fälle, von denen einer in diesem Bereich Probleme hat, die anderen in der Brustwirbelsäule und im Lendenbereich. Es bleibt unklar, in welchem Umfang die Personen Yoga geübt haben und welche Übungen. Die Angaben dazu schwanken von keine Angaben zum Yoga-Üben, eine Woche Yoga, einen Monat Yoga (zweimal) sowie je eine Antwort mit ein, zwei, drei, vier und sechs Jahre Yoga.

Das Team zieht Folgerungen aus der Untersuchung: Yoga wird empfohlen, aber nicht in „einer Form für alle“. Die Empfehlung lautet: „... appropriate selection of patients and prescription of proper yoga poses“ (Sfeir et al., 2018, S. 9). Am Ende des Artikels finden sich Zeichnungen von sechs Yoga-Übungen, die empfohlen und sieben, die vermieden werden sollten. Warum diese Unterscheidung stattfindet, bleibt unklar.

Es gibt einen ähnlichen Artikel, den eine Autorin des Teams 2013 veröffentlichte: „Yoga spinal flexion positions and vertebral compression fracture in osteopenia or osteoporosis of spine: case series [drei Fälle]“ (Sinaki, 2013). Dieser

Artikel arbeitet auch mit Röntgenbildern. Es sind drei Frauen, die auch wieder in der Studie von 2018 eingeschlossen wurden (87, 70 und 61 Jahre alt). Inhaltlich ist er ebenso wenig nachvollziehbar und schließt auch mit einer Empfehlung für Yoga-Übungen. Hier gibt es Fotos von Yoga-Haltungen, die gefährden können. Die Einschätzungen beider Studien zur Eignung von Yoga-Übungen widersprechen sich: Die gefährdende „Übung H“ (Sinaki, 2013) wird zu einer empfohlenen „Übung E“ (Sfeir et al., 2018).

Ein wichtiges Thema so ungenau zu untersuchen, ist gedankenlos. Klarer werden mögliche Folgen einer falschen Yoga-Praxis in einem Fachartikel für Yoga-Lehrende dargestellt. In dem Artikel „Wir sollten wissen, was wir tun“ (Waldbauer, 2015) wird die Krankengeschichte einer 48-jährigen Frau geschildert, die der Autorin aus dem eigenen Yoga-Unterricht als fit und gesund lebend bekannt ist. Der Schlaganfall trat nach einem Yoga-Urlaub auf, bei dem in einer Gruppe, die aus Anfängerinnen und Fortgeschrittenen bestand, anspruchsvolle Haltungen eingenommen wurden. Die Betroffene berichtete, wie unangenehm ihr insbesondere die starke Rückbeuge in der Fisch-Haltung war. Trotzdem ging sie während des Urlaubs weiterhin zweimal täglich zum Yoga-Unterricht. Nach dem Urlaub klagte sie über wiederkehrenden Schwindel, der sich weiter steigerte. Ungefähr acht Wochen nach dem Urlaub trat ein Schlaganfall bei ihr auf.

Als Auslöser wurden durch äußere Einwirkungen hervorgerufen Risse in den Wandschichten der Halsschlagader genannt, wie sie bspw. durch Schleudertraumen verursacht werden. Die Autorin zieht das Fazit: „Niemand kann beweisen, dass die Yoga-Praxis Auslöser war. Die Wahrscheinlichkeit ist aber bei Betrachtung der vielen Zusammenhänge hoch“ und weiter: „Warum ist es nötig, sich selbst und die eigenen Schüler durch extrem belastende āsana diesem lebensbedrohlichen Risiko auszusetzen?“ (Waldbauer, 2015, S. 29).

Ein unangenehmes Gefühl beim Yoga-Üben ist ernst zu nehmen: von Lehrenden und von Lernenden. Es gibt Variationen von Übungen, mit denen den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Übenden entsprochen werden kann. Das gilt auch für die im Artikel geschilderte Fisch-Haltung. Rückbeugen der Brustwirbelsäule mit Dehnungen der Körpervorderseite sind im Stand und im Sitz möglich (Ü29 und Ü71).

In diesem Buch werden Yoga-Übungen, deren Variationen und Teile von Yoga-Übungen gleichberechtigt behandelt, wenn sie die gleichen Muskelgruppen ansprechen, den Atem zu kontrollieren helfen und in vergleichbarer Weise die Gedächtnis- und Konzentrationsleistungen fördern, dabei aber ein unterschiedliches Maß an Beweglichkeit und Muskelkraft sowie Fähigkeit der Atemkontrolle, Konzentration und Meditation voraussetzen.

2 Yoga aus Sicht europäischer und nationaler Präventionspolitik

Zwei Drittel der vorzeitigen Todesfälle werden durch vier nichtübertragbare Krankheiten verursacht: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Krebs und chronische Atemwegserkrankungen. Das ist eine grundlegende Beurteilung des Regionalbüros der WHO für Europa.

2.1

Der Aktionsplan der WHO in Europa

Das Regionalbüro der WHO hat zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten in der Europäischen Region einen Aktionsplan vorgelegt und diskutiert. Darin werden nicht nur die aktuellen Statistiken zu den vier o.g. Krankheiten vorgestellt, sondern es wird auch die Einschätzung gegeben, dass sich 80 % aller Herzkrankheiten, Schlaganfälle und Fälle von Diabetes sowie 40 % aller Krebserkrankungen durch eine weitere Senkung des Tabak- und Alkoholkonsums, gesunde Ernährung und Bewegung sowie eine gesündere Umwelt verhindern ließen.

Diese Determinanten sieht das Regionalbüro der WHO auch als einflussreich für „Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems, psychische Störungen, Demenz, Verletzungen und orale Erkrankungen“ an. Nach Datenlage des WHO-Regionalbüros sind „Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems, wie Arthritis, Lenden- und Nackenschmerzen, Osteoporose und Spontanfrakturen sowie Arbeits- und Sportverletzungen“ die häufigsten Ursachen für Lebensjahre mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit im Alter. Vor-

beugung und Therapie sind von der Verfügbarkeit und Zugänglichkeit für Betroffene aller Alters- und Einkommensgruppen abhängig. Die europäische WHO plädiert für bürgernahe Angebote der Vorbeugung, frühzeitigen Intervention und Rehabilitation im gesamten Gesundheitsbereich. Sie sollen das Ziel verfolgen, eine Medikalisierung alltäglicher Probleme zu vermeiden und die Betroffenen zur Selbstbewältigung zu befähigen.

Der Aktionsplan verweist ausdrücklich auf die erhöhte Gefährdung von Menschen mit psychischen Erkrankungen: „Die Mortalität aufgrund nichtübertragbarer Krankheiten ist bei Personen mit psychischen Störungen zwei- bis dreimal so hoch wie bei psychisch gesunden Menschen.“ Dazu werden die Ergebnisse von Untersuchungen genannt, die einen Zusammenhang zwischen psychosozialen Gegebenheiten und Krankheitsauftreten zeigen, wie chronische Stressbelastung, Einsamkeit oder soziale Isolation und Herzerkrankungen, emotionale Belastungen und Herzinfarkt bei Menschen mit fortgeschrittener Arteriosklerose, langfristige Stressbelastung und eine Wiederkehr von koronaren Ereignissen, psychische Belastungen und eine Verschlimmerung von Asthma oder einen Anstieg des Blutzuckerspiegels bei Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 (Weltgesundheitsorganisation, 2016, S. 6 und S. 27ff.).

Zur Umsetzung der Planung schlägt das Regionalbüro der WHO Interventionen auf der Bevölkerungsebene und auf der individuellen Ebene vor. Auf der Bevölkerungsebene geht es um

die Förderung gesunden Konsumverhaltens durch Steuern und Marktpolitik. Die Länder sollen durch Besteuerung sowie durch Einschränkung der Werbung Produkte wie Alkohol und Tabak, ebenso wie Nahrungsmittel und Getränke mit hohem Fett-, Zucker- und Salzanteil teurer und schwerer zugänglich machen und damit die Nachfrage reduzieren. Im Mittelpunkt der Interventionen auf individueller Ebene steht eine Förderung der Bewegung. Ausführlich erörtert werden die positiven Auswirkungen von Bewegung auf Psyche, Atmung und körperliche Fitness sowie hervorgehoben, dass durch Bewegung das Risiko, an kardiovaskulären Erkrankungen, Diabetes, bestimmten Krebsarten und Gedächtnisstörungen im Laufe des Lebens zu erkranken, vermindert wird. Mobilität wird als gesundheitsförderlich in allen Lebensphasen beschrieben, als Garant für Selbstständigkeit und als Gut, das z. B. im öffentlichen Nahverkehr für alle Personen zugänglich und sicher sein sollte. Der Nutzen von Bewegung für Menschen mit psychischen Erkrankungen wird explizit angesprochen (Weltgesundheitsorganisation, 2016, S. 14 und S. 18).

2.2

Der Gesundheitsbericht der Schweiz

Im schweizerischen Gesundheitsbericht (2015) heißt es: „Aufgrund der hohen Verbreitung und der damit verbundenen Krankheitslast stehen in der Schweiz die folgenden chronischen Krankheiten im Fokus: Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen, muskuloskelettale Erkrankungen, Depressionen und Demenzerkrankungen“ (Bachmann et al., 2015, S. 21). Dabei beschreibt er die Umsetzung der WHO-Vorschläge zur „Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten“ auf unterschiedlichen Ebenen. Es geht um strukturelle Änderungen zur Unterstützung der Gesundheitsförderung in der Politik, in den unterschiedlichen Lebenswelten und in Institutionen sowie

um die Förderung gesundheitsbezogener Entwicklungen durch Gemeinschaftsaktionen und die Erlangung individueller Kompetenzen. Dabei gehen gesunderhaltende und krankheitsvermindernde Ansätze Hand in Hand. Der Schwerpunkt der Aktivitäten liegt auf einer Förderung von Mobilität. Die vorgeschlagenen Maßnahmen reichen von politischen Interventionen in der Verkehrspolitik, über betriebliche Unterstützung bis hin zur individuellen Befähigung durch „Steigerung von Wissen, Motivation und Handlungskompetenz zur Integration der Bewegung in den Alltag“ (Bachmann et al., 2015, S. 253 und S. 258).

An erster Stelle der Zielsetzungen des Aktionsplans steht der „Schwerpunkt auf gesundheitliche Chancengleichheit“. Als soziale Determinanten werden „Geschlecht, Bildungsstand, Einkommen und Migrationsstatus“ genannt. Die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung mit „Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung und integrierte Versorgung“ folgt auf Platz zwei. Die Zusammenarbeit der Ministerien zur Förderung der Gesundheit durch Bildung, bessere Umwelt etc. steht an dritter Stelle. Die folgenden Ziele vier bis acht nennen weitere Instrumente des Aktionsplans, das heißt, welche Methoden, welches Wissen und welche Mittel zum Einsatz kommen sollen. Zuerst wird der „Lebensverlaufansatz“ genannt mit einer alle Lebensphasen umfassenden Gesundheitsförderung und Prävention, unter der Annahme, dass sich die Risiken für nicht-übertragbare Krankheiten im Laufe der Jahre akkumulieren. Danach folgen Befähigung zu selbstbestimmten Handeln, die gleichgewichtigen Interventionen für die Bevölkerung und für die Einzelpersonen, integrierte Programme, die Interventionen bündeln und zuletzt der gesamtgesellschaftliche Ansatz – verstanden als „Koproduktion“ von Gesundheit in Zusammenarbeit und im Austausch zwischen öffentlichen Gesundheitsdiensten, nichtstaatlichen Akteuren, aktiver Zivilgesellschaft, Unternehmen und Individuen“ (Bachmann et al., 2015, S. 144f.).

2.3

Der österreichische Gesundheitsbericht

Nach Auskunft des österreichischen Gesundheitsberichts von 2016 bewegen sich 25% der bei der Gesundheitsumfrage 2014 Befragten entsprechend der Bewegungsempfehlung. Der Bericht spricht von einem „enormen Bedarf an Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Bereich der Bewegung“ (Griebler et al., 2017, S. 234). Zuvor (2013) hatte die österreichische Regierung einen *Nationalen Aktionsplan Bewegung* (NAP.b) verabschiedet (Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport & Bundesministerium für Gesundheit, 2013), der sich auf die WHO bezieht und dem „hohen Stellenwert der Bewegung für die Gesundheit“ Rechnung trägt. Bewegung wird in Einheit mit Sport genannt, die beide als „nationale Public-Health-Maßnahmen“ gesehen werden (Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport & Bundesministerium für Gesundheit, 2013, S. 7). Mit Bezug auf die WHO wird Gesundheitsförderung als ein Prozess beschrieben, um „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen“, mit dem Ziel, „mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie durch Beeinflussung der Determinanten zu verbessern“ (Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport & Bundesministerium für Gesundheit, 2013, S. 19). Die Maßnahmen zur Umsetzung des nationalen Gesundheitsziels Nr. 8 (Bewegung) werden nach Verhaltens- und Verhältnismaßnahmen unterschieden (Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport & Bundesministerium für Gesundheit, 2013, S. 30).

Der Zielkatalog des NAP.b umfasst übergreifende Ziele, Sport, Gesundheitswesen, Bildungswesen, Verkehr-, Umwelt-, Raumordnung-, Objektplanung, Arbeitswelt und ältere Menschen. Als übergreifende Ziele der Arbeitsgruppe werden bundesweite Leitveranstaltungen sowie „kontinuierliche, ‚aufsuchende Werbung‘ für bewegungsfreundliche Lebensverhältnisse“ ge-

nannt werden (Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport & Bundesministerium für Gesundheit, 2013, S. 22). Unter speziellen Zielen finden sich Definitionen der Zielgruppen und Aufgabenlisten. Die Zielgruppen im Gesundheitswesen werden unterschieden nach „a) Patienten mit manifesten Erkrankungen, b) Menschen mit spezifischen Risiken (d.h. nicht behandlungsbedürftigen Erkrankungen – die ‚gesunden Kranken‘) im Bereich des Muskel-Skelettsystems, im Bereich des Herz-Kreislauf-Systems und des metabolischen Bereichs, mit Erkrankungen im psychosomatischen Bereich und im Bereich der motorische Kontrolle“ und „c) Menschen ohne spezielle Risiken, die jedoch inaktiv sind“ (Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport & Bundesministerium für Gesundheit, 2013, S. 26). Im Anhang werden als „Kernbotschaften“ zusammengefasste „Bewegungsempfehlungen“ gegeben für gesunde Kinder, Jugendliche, gesunde Erwachsene (18 bis 64) und für ältere Menschen ab 65. Diese Empfehlungen listen Dauer, Intensität und Häufigkeit von Bewegungstrainings auf (Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport & Bundesministerium für Gesundheit, 2013, S. 51ff.).

2.4

Präventionsgesetz und Leitfaden Prävention in Deutschland

Seit 2000 – also weit vor Verabschiedung des Präventionsgesetzes 2015 – veröffentlicht der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) einen *Leitfaden Prävention*, dem die Funktion einer Verwaltungsvorschrift zukommt. Da seine Kapitel (1 bis 7) aktuell einzeln überarbeitet werden, gibt es unterschiedliche Veröffentlichungszeiten. Die neusten Versionen sind entweder von Januar oder November 2017. Leistungen für gesetzlich Versicherte werden zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) und zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Han-

delns (Gesundheitsförderung) gewährt. Sie werden unterschieden nach Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention (§ 20 Abs. 5 SGB V), Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (§ 20a SGB V) und Gesundheitsförderung in Betrieben (§§ 20b und 20c SGB V). Der Leitfaden spricht die Verknüpfung von Primärprävention und Gesundheitsförderung als notwendig an, um erworbene (nicht erbliche) Erkrankungen, z.B. durch Senkung des Suchtmittelkonsums zu vermindern und z.B. durch bessere Information und soziale Unterstützung zu erhöhen. Auch der Leitfaden bezieht sich auf die WHO-Definition von Gesundheit als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens“ (Weltgesundheitsorganisation, 1986) und grenzt seine Leistungen auf die „Entwicklung persönlicher Kompetenzen“, „Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten“ und „Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen“ ein (GKV Spitzenverband, 2017a, S. 9).

Das Präventionsgesetz verpflichtet sich auf eine Reduzierung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit, die im Leitfaden als Fokussierung auf bestimmte Versichertengruppen definiert wird: vorrangig Versicherte und Gruppen, die hohen Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind und/oder von sich aus keine oder nur eine unterdurchschnittliche Neigung zur Beteiligung an Gesundheitsförderung und Prävention zeigen sowie Reduzierung geschlechtsbezogener gesundheitlicher Ungleichheiten, die unterschiedliche Lebensbedingungen von Männern und Frauen berücksichtigen (GKV Spitzenverband, 2017a, S. 10).

Das Kapitel 5 zur „Verhaltensbezogenen Prävention“ behandelt die Förderung von Entspannung mithilfe von Verfahren, „die sich in der Praxis bewährt haben und deren Wirksamkeit empirisch belegt ist“, um „die Fähigkeit zur Selbstregulation von psychophysischen Stressreaktionen“ zu verbessern (GKV Spitzenverband, 2017d, S. 75). Versicherte Erwachsene und Kinder ab sechs Jahren können sich in einem von fünf aufgeführten Entspannungsverfahren: Progressi-

ve Muskelrelaxation, Autogenes Training, Hatha-Yoga, Tai-Chi und Qigong unterweisen lassen, wenn sie „über dessen regelmäßige Anwendung zu vegetativ wirksamer Erholung und Regeneration finden möchten“. Für „Versicherte mit akut behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen“ werden die Verfahren als kontraindiziert eingeschätzt (GKV Spitzenverband, 2017d, S. 75).

2.5

Yoga in Vorsorge und Therapie nichtübertragbarer Krankheiten

Im folgenden Text werden die in der europäischen, schweizerischen, österreichischen und deutschen Präventionspolitik angesprochenen Zielgruppen, Aufgaben und Maßnahmen der Vorsorge und Therapie mit den durch Studien belegten Möglichkeiten des Yoga ins Verhältnis gesetzt. Die Zitate aus Gesundheitsberichten, die sich hier und in den anderen Kapiteln des Buchs finden, beziehen sich ausschließlich auf kostenlose und im Internet frei verfügbare Berichte.

Zunächst einige Überlegungen zur Begrifflichkeit. Duden und Rechtschreibprogramme setzen Krankheit und Erkrankung synonym. Die aufgeführten Berichte gebrauchen beide Begriffe abwechselnd. In den genannten Texten steht der Begriff Krankheit oft im Kontext von Kodierungen und Einteilung nach Krankheiten und Krankheitsgruppen. Der Begriff der Erkrankung verweist stärker darauf, dass bei gesundheitlichen Störungen körperliche, psychische, geistige und soziale Ebenen in unterschiedlicher Weise beeinflusst sein können. „Volkskrankheiten“ ist ein populärer Begriff in nichtfachlichen Zeitungsartikeln, der unzutreffend ist. Internationale Untersuchungen haben gezeigt, dass sogenannte Volkskrankheiten eben nicht die gesamte Bevölkerung (schon gar nicht ein Volk) betreffen, sondern in erhöhtem Maße Menschen, die einen schlechten Zugang zu Versorgungsangeboten haben oder die durch ihre Krankheit ausgegrenzt werden.