

Aus dem Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und
Gesundheitsökonomie
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

**Effekte von Qigong und Nackenübungen
aus der Sicht älterer Patienten
mit chronischen Beschwerden der Halswirbelsäule
- eine qualitative Studie -**

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Julia Regina Rappenecker
aus Freiburg im Breisgau

Gutachter: 1. Prof. Dr. med. C. Witt
2. Priv.-Doz. Dr. med K. Linde
3. Prof. Dr. med. A. Michalsen

Datum der Promotion: 07.09.2012

Für meine Eltern

Inhaltsverzeichnis

1. Hintergrund	6
1.1 Nackenschmerzen	6
1.2 Ältere Patienten	7
1.2.1 Forschung mit älteren Patienten	8
1.3 Physiotherapeutische Nackenübungen	9
1.3.1 Stand der Forschung zu physiotherapeutischen Nackenübungen	9
1.4 Komplementärmedizin	11
1.4.1 Chinesische Medizin	12
1.4.1.1 Qigong	12
1.4.1.2 Stand der Forschung zu Qigong	14
1.4.1.3 Stand der Forschung für Tai Chi Chuan	16
1.4.1.4 Stand der Forschung zum Vergleich von Tai Chi Chuan und Qigong	17
1.5 Qualitative Forschung	18
2. Zielstellung	20
3. Material und Methoden	22
3.1 Studiendesign	22
3.2 Erhebung des Materials	22
3.2.1 Interviews	22
3.2.2 Studienpopulation	24
3.2.3 Durchführung der Interviews	24
3.2.4 Datenerfassung und Transkription	25
3.3 Prinzipien der strukturierten Inhaltsanalyse nach Mayring	26
3.4 Analyse analog der strukturierten Inhaltsanalyse nach Mayring	27
4. Ergebnisse	30
4.1 Ergebnisse der physiotherapeutischen Nackenübungen	33
4.1.1 In Bewegung bleiben – zentraler Effekt der physiotherapeutischen Nackenübungen	33
4.1.2 Bewegung und Schmerzlinderung	34
4.1.3 Umgang mit dem Altern	37
4.1.4 Gruppendynamik	39
4.1.5 Die Rolle der Therapeutin	41
4.1.6 Zusammenfassung	43

4.2 Ergebnisse der Qigonggruppe.....	44
4.2.1 Zur Ruhe kommen – zentraler Effekt der Qigongtherapie.....	44
4.2.2 Beweglichkeit und Schmerzlinderung	47
4.2.3 Andere Veränderungen	49
4.2.5 Umgang mit dem Altern.....	50
4.2.6 Gruppendynamik	52
4.2.7 Die Rolle der Therapeutin	52
4.2.8 Zusammenfassung.....	54
4.3 Zusammenfassung der Ergebnisse	55
5. Diskussion	58
5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	58
5.2 Methodik	58
5.2.1 Studienpopulation.....	59
5.2.2 Interviews	60
5.2.3 Analyse des Materials	61
5.2.4 Stärken und Schwächen der Studie	61
5.3 Diskussion der Ergebnisse	62
5.3.1 Motivation zur Teilnahme an der Studie.....	62
5.3.2 In Bewegung bleiben.....	63
5.3.3 Umgang mit dem Alter.....	66
5.3.4 Therapeutin und Gruppe	67
5.3.6 Vergleich der Ergebnisse mit jenen der quantitativen Studie.....	68
5.4 Ausblick für weitere Forschungsprojekte	70
6. Zusammenfassung	72
7. Abkürzungen	74
8. Abbildungsverzeichnis.....	75
9. Tabellenverzeichnis.....	75
11. Danksagung	85
12. Erklärung	85
13. Curriculum vitae.....	85

1. Hintergrund

1.1 Nackenschmerzen

Nackenschmerzen sind ein kostenintensives und häufiges“ Problem der westlichen Welt. Zwei Drittel der Bevölkerung leiden im Laufe ihres Lebens an Nackenschmerzen. Dies trifft im Besonderen auf ältere Menschen und Frauen zu. Zudem ist es eine oft genannte Ursache für Fehltage am Arbeitsplatz [Lansinger, 2007].

Durch Nackenschmerzen verdoppelt sich die Zahl der Arztbesuche eines Patienten [Ylinen, 2007b]. Sie führen zu reduzierter Beweglichkeit, erhöhter Pflegebedürftigkeit und einer hohen gesundheitsökonomischen Belastung [Lansinger, 2007].

Nach der International Association for the Study of Pain ist Nackenschmerz als Schmerz in dem Gebiet zwischen linea nuchalis superior, erstem Brustwirbel und den Ansätzen des Musculus trapezius zu verstehen [Scherer, 2009]. Es können jedoch auch weitere Symptome wie Schwindel [Poole, 2008] oder ein beeinträchtigtes Lageempfinden bestehen [McNair, 2007].

Für den Nackenschmerz gibt es zahlreiche weitere Synonyme wie Zervikalneuralgie oder HWS-Syndrom.

Alle genannten Bezeichnungen haben rein deskriptiven Charakter. Aufgrund eines hohen Kausalitätsbedürfnisses werden Nackenschmerzen häufig auf degenerative Prozesse zurückgeführt [Gore, 2001], wie beispielsweise auf durch Altern oder durch langes, nach vorn gebeugtes Sitzen entstehende Degenerationen der Bandscheibe [Ylinen, 2007a]. Dieser Erklärungsansatz ist jedoch fraglich [Bovim, 1994], denn nur selten kann der Grund der beklagten Symptome gesichert werden [Hoffman, 2000]. Ist kein Grund für die Symptomatik zu finden, spricht man von „unspezifischen Nackenschmerzen“ [Kuhnt, 2006].

Im Englischen wird für Nackenschmerzen der Begriff „neck pain“ verwandt. Dieser beinhaltet sowohl die unspezifischen Nackenschmerzen, als auch jene, die aufgrund eines HWS-Schleudertraumas (whiplash) entstanden.

In Leitlinien findet man häufig eine Einteilung anhand der Dauer der Schmerzen. Die Klassifikationen variieren je nach Quelle allein für die maximale Dauer von akutem Nackenschmerz von 3 Wochen bis zu 3 Monaten. In den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V (AWMF) werden akute (null bis drei Wochen Dauer), subakute (vier bis zwölf Wochen

Dauer) chronische, (länger als zwölf Wochen) und rezidivierende Nackenschmerzen, mit einem beschwerdefreien Intervall von maximal vier Wochen unterschieden [Scherer, 2009].

Die verschiedenen Therapien bei Nackenschmerzen sind vielfältig und nur zu 20% als evidenzbasiert beschrieben [Saturno, 2003].

Es existieren therapeutische Ansätze wie medikamentöse Therapien, Akupunktur, Physiotherapie, eigenständiges Training, Stressmanagement, transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS), Halskrausen, Massagen und Aufklärungsgespräche [Hurwitz, 2009; McNair, 2007].

Aufgrund der unklaren Evidenzlage, führt die willkürliche Verschreibung dieser Therapiemethoden häufig zu unnötig hohen Kosten [Linton, 2001].

1.2 Ältere Patienten

Der Anteil der älteren Menschen in unserer Bevölkerung nimmt beständig zu. Aktuell (2010) ist jeder fünfte 65 Jahre oder älter, 2060 wird es jeder Dritte sein [Statistisches Bundesamt, 2009].

Im Alter nimmt die körperliche Funktionsfähigkeit ab. Aus den Befunden der Berliner Altersstudie (BASE) geht hervor, dass bei 96% der über 70-jährigen mindestens eine und bei 30% mindestens fünf oder mehr internistische, neurologische oder orthopädische behandlungsbedürftige Erkrankungen diagnostiziert wurden [Robert Koch Institut, 2002].

Neben Diabetes und Bluthochdruck sind auch muskuloskeletale Erkrankungen in der alternden Bevölkerung von zentraler Bedeutung. In einer Untersuchung des australischen National Health and Research Councils berichteten 50% der älteren Patienten, wegen muskuloskeletaler Beschwerden in Behandlung zu sein. Zur Therapie hierfür benutzten 25 % der über 65-jährigen Bevölkerung regelmäßig nichtsteroidale Antirheumatika [National Health and Research Council, 1994].

Unter den muskuloskeletalen Beschwerden stellt der chronische Nackenschmerz eine häufige Erkrankung älterer Patienten dar. So berichten 75,9% der Teilnehmer, die in eine Beobachtungsstudie über Schmerzen der älteren Bevölkerung in Deutschland eingeschlossen wurden, über Nackenschmerzen [Gunzelmann, 2002].

Eine weitere Eigenschaft des Alterns ist, dass Mobilitäts- und Aktionsradius kleiner werden, das direkte Wohnumfeld gewinnt für die Durchführung der täglichen Außenaktivitäten an Bedeutung [Dapp, 2008]. Passive Tätigkeiten, wie das Fernsehen bestimmen häufig den Alltag [Nguyen, 2008] und verdrängen so aktivere Beschäftigungen. Bewegung gilt jedoch gerade im Alter als präventive Maßnahme für zahlreiche Erkrankungen [Capodaglio, 2007; Dapp, 2008; Karinkanta, 2005].

Im englischsprachigen Raum finden für ältere Patienten üblicherweise die Begriffe „elderly patients“ or „aged patients“ Anwendung.

1.2.1 Forschung mit älteren Patienten

Im Verhältnis zu dem wichtigen Anteil, den die ältere Bevölkerung in Deutschland darstellt, gibt es wenige klinische Studien, die mit älteren Studienpopulationen durchgeführt werden [Ho, 2007]. Es ist jedoch nicht zwingend, dass Ergebnisse aus Studien mit jüngeren Teilnehmern auch auf diese Altersgruppe zutreffen [Gunzelmann, 2002; Maiers, 2007].

Einer der Gründe könnte sein, dass das Abnehmen der kognitiven Fähigkeiten [Ertel, 2008] das Erfassen von Informationen bei älteren Patienten mit den üblicherweise verwendeten Erhebungsmethoden erschweren kann [Gloth, 2001]. Außerdem stellt die verringerte Mobilität erhöhte Anforderungen an die logistische Planung von Forschungsarbeiten dar.

Drei longitudinale Studien, die sich mit den Prozessen des Alterns intensiv auseinandersetzen, sollen im Folgenden beschrieben werden.

In der bereits genannten Berliner Altersstudie wurden 514 Personen im Alter von 70 bis über 100 Jahren hinsichtlich ihrer geistigen und körperlichen Gesundheit, ihrer intellektuellen Leistungsfähigkeit und psychischen Befindlichkeit sowie ihrer sozialen und ökonomischen Situation untersucht. Seitdem ist die Studie als Längsschnittstudie weitergeführt worden, indem überlebende Teilnehmer mehrfach nachuntersucht wurden [Lindenberger, 2010].

Die Baltimore Longitudinal Study of Ageing wurde 1957 vom amerikanischen National Institute on Ageing gestartet und soll 2016 beendet werden. In der multidisziplinären Kohortenstudie wurden 5000 Probanden im Alter von mindestens 20 Jahren eingeschlossen. Über die Jahre entstehende Veränderungen werden anhand von DNA-, Blut- und Urinproben sowie mittels Fragebögen erhoben. Ziel der Studie ist, physiologische und psychologische Aspekte des Alterns zu erforschen und Ergebnisse

für die Entwicklung von Strategien zu liefern, die den längeren Erhalt von Gesundheit, Selbstständigkeit und Lebensqualität im Alter ermöglichen [National Institute on Ageing, 2010].

Um Prävalenz, Inzidenz und Risikofaktoren für chronische Erkrankungen zu erforschen wurde die Rotterdam Study 1990 in einem Außenbezirk Rotterdams gestartet. In die prospektive Kohortenstudie wurden zwischen 1990 und 1993 10994 Einwohner des Vororts im Alter von mindestens 55 Jahren eingeschlossen. Im Fokus der Forschung stehen kardiovaskuläre, neurologische, lokomotorische und ophtalmologische Erkrankungen. Bisher gingen 619 Publikationen zu zahlreichen Aspekten des Alterns aus dem Projekt hervor [Erasmus, 2010].

1.3 Physiotherapeutische Nackenübungen

Die positiven Einflüsse gezielter Bewegungen auf den Körper wurden bereits in der Antike von Hippokrates beschrieben. Die Ursprünge der heutigen Physiotherapie gehen in das frühe 19. Jahrhundert zurück [Siefkes-Wiehn, 2003]. Sie beruhen auf dem Verständnis der Anatomie von Knochen, Muskeln und Gewebe. Eines der Ziele der Physiotherapie ist es, Schmerzen zu verringern, welchen beispielsweise muskuläre Dysbalancen zugrunde liegen können [Grotkasten, 2006]. Innerhalb der Physiotherapie gibt es verschiedene Ansätze, jedoch beinhalten alle das Prinzip der Stärkung der Muskelkraft sowie Dehnung, Mobilisation und Stabilisation [Grotkasten, 2006]. Physiotherapeutische Nackenübungen widmen sich der Reduktion von Schmerzen und Bewegungseinschränkungen im Bereich der Halswirbelsäule. Art, Dauer und Abfolge der Übungen werden von Physiotherapeuten individuell festgelegt, was den Vergleich von Studien in diesem Gebiet erschwert.

1.3.1 Stand der Forschung zu physiotherapeutischen Nackenübungen

Die in der Literatur getroffenen Aussagen über die Wirksamkeit der Physiotherapie sind inhomogen.

Eine Studie umfasste 104 systematische Übersichtsarbeiten zur Wirksamkeit der Physiotherapie. Es wurden Arbeiten eingeschlossen, die mindestens eine randomisierte, kontrollierte Studie (RCT) beinhalteten und deren Studienpopulationen aus Patienten mit muskuloskeletalen, neurologischen, respiratorischen oder kardiologischen Erkrankungen bestanden. Die Physiotherapie erwies sich als wirksam für Patienten mit Spondylitis ankylosans, Arthritiden, Morbus Parkinson und Patienten

im Zustand nach einem Schlaganfall. Eine unklare Evidenz ergab sich für Patienten mit Nacken- oder Schulterschmerzen, Asthma und Bronchiektasen. Als nicht effektiv zeigte sich die Therapie für akute Beschwerden der Lendenwirbelsäule [Smidt, 2005].

Eine systematische Übersichtsarbeit untersuchte die Evidenz der Physiotherapie bei chronischen, regionalen Schmerzsyndromen. Von elf eingeschlossenen Studien waren fünf RCTs, deren Kontrollgruppen Wartelisten und Gruppen mit Standardtherapie darstellten. Da die Patienten zu häufig parallel medikamentös behandelt wurden, konnte keine Aussage über die Wirksamkeit der Physiotherapie getroffen werden [Daly, 2009].

Weitere Arbeiten befassten sich mit dem Effekt der Physiotherapie bei Nackenschmerzen.

Verhagen führte eine Metaanalyse zur Wirksamkeit der Physiotherapie bei Schulter-, Arm- und Nackenschmerzen durch. 2004 wurde anhand von zehn RCTs eine eingeschränkte Evidenz der Physiotherapie gegenüber den Wartelisten beschrieben [Verhagen, 2007]. In einer 2009 veröffentlichten Aktualisierung wurden sieben weitere Studien eingeschlossen. Nun ergab sich eine eingeschränkte Überlegenheit der Physiotherapie gegenüber der Massage sowie eine widersprüchliche Evidenz gegenüber den Gruppen ohne therapeutische Interventionen [Verhagen, 2009].

Auch eine 2009 veröffentlichte Metaanalyse untersuchte die Wirksamkeit der Physiotherapie auf Nackenschmerzen. Sie umfasste 31 Studien, von welchen 35% als hochwertig kategorisiert wurden. Es wurde eine eingeschränkte Evidenz für aktive Bewegungstherapien bei akuten Nackenbeschwerden festgestellt. Außerdem bestand eine klare Überlegenheit des aus Bewegungstherapie, Mobilisation und Manipulationen bestehenden multimodalen Therapieansatzes gegenüber Einzeltherapien [Kay, 2005].

Mit derselben Fragestellung befasste sich eine Metaanalyse, die 139 Veröffentlichungen zwischen 1980 und 2006 untersuchte. Es wurde eine Überlegenheit von manueller Therapie und physiotherapeutischen Übungen gegenüber alternativen Verfahren festgestellt. Allerdings konnte kein eindeutiger Unterschied zu den Verfahren, die aktive Bewegungsübungen beinhalteten, aufgezeigt werden [Hurwitz, 2009].

Für eine abschließende Bewertung werden weitere Studien mit klarer Methodik, die die Effektivität der Physiotherapie bei Nackenschmerzen thematisieren, benötigt [Verhagen, 2009].

1.4 Komplementärmedizin

Der Begriff Komplementärmedizin ist als Sammelbegriff zu verstehen, der sowohl komplette Therapiesysteme als auch Einzelverfahren umfasst. Komplette Therapiesysteme setzen sich aus verschiedenen Interventionen zusammen, die aufeinander abgestimmt sind. Darunter findet man zum Beispiel gut etablierte Verfahren mit langer Tradition in Deutschland wie die Klassische Naturheilkunde, aber auch Verfahren wie die Homöopathie und die chinesische Medizin, die eine zunehmende Inanspruchnahme verzeichnen. Weiterhin gibt es eine Vielzahl von Einzelverfahren, wie beispielsweise die Aromatherapie [Witt, 2009]. Im englischen Sprachraum dominiert der Begriff CAM (Complementary and Alternative Medicine).

Bei aller Unterschiedlichkeit der subsumierten Ansätze werden von ihren Vertretern die Prinzipien der Förderung, Unterstützung oder auch Stimulation von Selbstordnungsleistungen des Organismus als therapeutisches Prinzip geltend gemacht [Roberti di, 2007].

In der westlichen Welt findet die komplementärmedizinische Versorgung immer größeren Zulauf [Tindle, 2005]. 38,3 % Prozent aller erwachsenen Bürger der USA nutzten 2007 Therapieverfahren der CAM [National Center for Complementary and Alternative Medicine, 2008]. Für Deutschland liegen nur wenige zuverlässige Daten vor, allerdings dürfte die Inanspruchnahme mindestens jenen der USA entsprechen [Willich S, 2004]. Auch bei älteren Patienten gelten komplementärmedizinische Verfahren als beliebt [Cheung, 2007].

Trotz der häufigen Verwendung komplementärmedizinischer Verfahren in der Bevölkerung besteht für viele von ihnen ein Mangel an wissenschaftlichen Studien, die die Evidenz der Therapien belegen [Cheung, 2007; Luskin, 2000].

Bei Patienten wird die Tendenz beobachtet, komplementärmedizinische Verfahren nach dem Prinzip „trial and error“ zu verwenden, unabhängig von der Studienlage zum jeweiligen therapeutischen Ansatz [Verhoef, 2005].

Ein tieferes Verständnis der Wirkungsweise komplementärmedizinischer Verfahren könnte jedoch zu einem gezielteren Einsatz der Therapien und somit zu einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung führen [Verhoef, 2005].

1.4.1 Chinesische Medizin

Akupunktur, chinesische Arzneimitteltherapie, Diätetik (Ernährungstherapie), Tuina (manuelle Schiebe- und Reibetherapie) und Qigong bilden die fünf Bestandteile der chinesischen Medizin [Schweizerische Berufsorganisation der TCM, 2010]. Sie zählt somit zu den komplexen Therapieverfahren. In China findet die chinesische Medizin auf allen Ebenen des Gesundheitssystems parallel zur westlichen Medizin Anwendung. Die chinesische Medizin entstand nur kurze Zeit nach der westlichen Medizin [Unschuld, 2005]. Schriften des Historiographen Sima Qian um 100 vor Christus (v. Chr.) beschrieben das Wirken des Arztes Bian Que, welcher seitens der westlichen Medizin mit dem Wanderarzt Hippokrates zu vergleichen ist und noch heute bei chinesischen Medizinern ein hohes Ansehen genießt [Unschuld, 2005]. Das ihm zugeschriebene Werk Nan jing (Klassiker der Schwierigkeiten) wurde als zentraler Text der chinesischen Medizin im zwölften Jahrhundert vom Huang Di nei jing (Innerer Klassiker vom gelben Herrscher) abgelöst, welches eine Vielzahl von Diagnosen und Therapieansätzen beschreibt [Unschuld, 2005]. Mit dem Einzug westlicher Therapieformen befürchtete man ab 1950 das Verdrängen der chinesischen Medizin. Dadurch förderte die chinesische Regierung die Erforschung der chinesischen Medizin. So wurde 1971 Artemisinin aus dem Heilkraut „qing hao su“ extrahiert, ein effektiver Wirkstoff gegen die Malaria. Trotz aktuellem Trend zur westlichen Medizin erfolgt in den 90er Jahren noch 40% der chinesischen Gesundheitsversorgung durch die chinesische Medizin [Hesketh, 1997].

1.4.1.1 Qigong

Qigong ist ein wichtiger Bestandteil der chinesischen Medizin [Manzaneque, 2004]. Der Begriff Qigong in seiner heutigen Bedeutung besteht ungefähr seit 1950. Aufgrund der Komplexität der chinesischen Sprache sind Übersetzungen nicht wörtlich, sondern als Annäherungen an den Begriff zu verstehen [Unschuld, 2005]. Zusammengesetzt aus zwei chinesischen Begriffen, kann der erste (qi) als Luft, Energie oder Lebenskraft, der zweite (Gong) als Kunst oder Arbeit verstanden werden. Eine mögliche Übersetzung wäre somit „die Arbeit mit der Lebenskraft“. Der Organismus wird als gesund beschrieben, wenn der Fluss des qi durch den Körper ungestört ist. Die Idee dieser „psychosomatischen Disziplin“ [Manzaneque, 2004] ist, die vitale Kraft des Körpers positiv zu beeinflussen. Dies wird nach dem Verständnis der chinesischen Medizin

durch regelmäßiges Ausführen spezieller Übungen erreicht [Dorcas, 2003], welche auch als stimulierend an Akupunkturpunkten angesehen werden [Manzaneque, 2004].

Die Übungen basieren auf folgenden drei Grundprinzipien: Kontrolle des Atems (tiao xi), Kontrolle der Körperbewegungen (tiao shen oder tiao xing) und Kontrolle des Bewusstseins (tiao xin) [Dorcas, 2003].

Bereits 2357–2256 v. Chr. entstanden [Tsang, 2002], liegen heute verschiedenste Varianten der Methode vor. Das erklärt die Schwierigkeit der klaren Definition von „Qigongübungen“ [Brown, 2001]. Die fünf größten, sich teilweise überlappenden Schulen sind die taoistische, buddhistische, konfuzianische, martialische und medizinische Schule [Tsang, 2002], welche in dieser Studie verwandt wurde. Sie hat die Prävention und Genesung vor Krankheiten zum Ziel und gehört der aktiven Form des Qigong (dong gong) an, welche Bewegung und Kognition miteinander verbindet.

Die martialische Schule des Qigong kann in die innere und äußere Kampfkunst unterteilt werden [Green, 2001]. Die äußere wird als härter beschrieben und legt ihren Schwerpunkt auf das Trainieren des Körpers und das Einüben von Kampfhaltungen. Eine bekannte Form der äußeren Kampfkunst ist das Kong Fu (auch „Gong Fu“ oder „Wu Shu“). Die innere Kampfkunst gilt als weicher und befasst sich besonders mit der Schulung des Bewusstseins und der Atmung. Zu ihr zählt Tai Chi Chuan (auch „Taijiquan“) [Qigonginstitute, 2010]. Tai Chi Chuan könnte als „grenzenlos in Harmonie boxen“ übersetzt werden [Wayne, 2008]. Es wurde 1000 Jahre nach der ursprünglichen Form des Qigong entwickelt, kam jedoch in etwa zur selben Zeit nach Europa.

Seit 1955 werden klinische Effekte des Qigong in Tangshan in Hebei untersucht. Seit 1978 analysieren Forscher in Peking und Shanghai mögliche Effekte [Tsang, 2002]. Als gesundheitsfördernde Methoden der chinesischen Medizin erfreut sich Qigong seit einigen Jahren auch in westlichen Ländern zunehmender Beliebtheit [Xinhua News Agency, 2008].

1.4.1.2 Stand der Forschung zu Qigong

Die Erforschung des Qigong nahm erst in den letzten Jahren zu, weshalb erst seit jüngerer Zeit methodologisch hochwertigere Forschungsarbeiten existieren, die sich mit dem Thema auseinandersetzen [Ng, 2009]. Dies zeigt sich am Beispiel der vorhandenen Interventionsstudien zu Qigong, welche nach dem Jahr 2000 im Vergleich zu den vorhergehenden Jahren deutlich in ihrer Anzahl zunahm (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Interventionsstudien zu Qigong 1997 bis 2006

	China, Taiwan, Hong Kong	Andere asiatische Länder	USA	Europa
2000 - 2006	21	11	1	5
1997 - 2000	3	6	2	1
insgesamt	24	17	3	6

Quelle: [Ng, 2009]

Studien mit älteren Studienpopulationen existieren derzeit eher für Tai Chi Chuan als für Qigong [Rogers, 2009]. Viele weitere publizierte Studien liegen bisher ausschließlich in chinesischer Sprache vor [Manzanque, 2004] und konnten in dieser Arbeit nicht berücksichtigt werden.

Aufgrund des ganzheitlichen Ansatzes wird ein breites Wirkungsspektrum für die Therapie in Betracht gezogen.

Es gibt einige Studien, die den Effekt des Qigong auf chronische Schmerzen untersuchten.

Bei einer Metaanalyse, die die Wirksamkeit von Qigong bei verschiedenen, mit chronischen Schmerzen einhergehenden Erkrankungen untersuchte, konnten von 141 Studien fünf RCTs in die Bewertung eingeschlossen werden. Zwei der Kontrollgruppen erhielten eine konventionelle Therapie, in den restlichen Kontrollen wurde Schein-Qigong durchgeführt. Es zeigte sich in allen Studien ein signifikant positiver Effekt des Qigong im Vergleich zu den Kontrollgruppen [Lee, 2007].

In einer systematischen Übersichtsarbeit wurden 20 Studien eingeschlossen, die den Effekt von acht nichtkonventionellen Therapieansätzen auf die Schmerzintensität von

chronischen Schmerzpatienten im Alter von mindestens 50 Jahren untersuchten. Es konnte keine sichere Evidenz für eine der Therapien festgestellt werden [Morone, 2007].

Einige Studien untersuchten den Effekt des Qigong auf chronische, muskuloskeletale Schmerzen. In einer 2009 veröffentlichten systematischen Übersichtsarbeit wurden 32 RCTs eingeschlossen, die die Wirksamkeit nichtmedikamentöser Therapieverfahren bei chronischen, generalisierten, muskuloskeletalen Schmerzen evaluierten. Es konnte ein positiver Effekt für die Kombination aus Aerobic und die Vermittlung von theoretischem Wissen belegt werden. Für das Qigong konnte ein geringer positiver Effekt nachgewiesen werden, der jedoch nicht als signifikant bewertet wurde, da zu wenige der Studien Qigonggruppen beinhalteten [Mannerkorpi, 2007].

Zu einer ähnlichen Einschätzung kam auch Luskin in seiner Übersichtsarbeit, die Studien zur Reduktion muskuloskeletaler Schmerzen durch nichtkonventionelle Therapien bei älteren Patienten ab 1990 umfasste. Zu den einzelnen Verfahren existierten zu wenige Studien, viele wiesen keine Kontrollgruppen auf. Es ließ sich ein geringer Effekt für viele der Therapien beschreiben, der jedoch zu keiner Aussage über die Evidenz der Therapien verallgemeinert werden konnte [Luskin, 2000].

Ein RCT untersuchte die Wirkung des Qigong auf chronische Nackenschmerzen. Über drei Monate praktizierten 122 Patienten mit chronischen Nackenschmerzen zwölf Mal Qigong, während die Kontrollgruppe physiotherapeutische Nackenübungen erhielt. Bei den durchschnittlich 44-jährigen Patienten konnte sowohl nach sechs als auch nach zwölf Monaten zwar eine Verbesserung der Symptomatik belegt werden. Im Vergleich zur Kontrollgruppe wurde jedoch kein signifikanter Unterschied festgestellt [Lansinger, 2007].

Eine Metaanalyse hatte zum Ziel, die Bandbreite der Effekte des medizinischen Qigong auf Gesundheitsparameter von Patienten mit chronischen Erkrankungen zu untersuchen. Aus den vorhandenen Studien von 1997 bis 2006 wurden 26 RCTs eingeschlossen. Die Kontrollgruppen bestanden in zwölf RCTs aus einer Warteliste, in sieben aus einer konventionellen Behandlung und in zwei aus Gruppen, die Schein-Qigong praktizierten. Fünf Studien führten ein Konzentrationstraining in den Kontrollgruppen durch. Insgesamt wurden 796 Patienten mit einem Durchschnittsalter von 52,6 Jahren eingeschlossen. Es wurde eine Erhöhung der Zahl der weißen Blutzellen, des Schlagvolumens des Herzens und der Vitalkapazität der Lunge

beschrieben. Signifikant geringere Werte ergaben sich für den Cholesterolspiegel, depressive Stimmungslagen und den systolischen sowie diastolischen Blutdruck [Ng, 2009].

Der Effekt auf den Blutdruck wurde in einer weiteren Metaanalyse untersucht. Von 91 Publikationen wurden neun in die Analyse aufgenommen. 908 Hypertoniker führten selbstständig zwischen 30 und 60 Minuten Qigong am Tag durch. Die Kontrollgruppen erhielten zur Hälfte eine medikamentöse Therapie, je ein Viertel bestand aus anderen aktiven Bewegungstherapien und Wartelisten. Es fand sich ein positiver Effekt im Vergleich zu den Gruppen ohne Therapie, jedoch kein Unterschied zu anderen aktiven Therapien oder der medikamentösen Therapie [Guo, 2008].

Andere Studien untersuchten die Wirkung des Qigong auf der psychischen Ebene.

In einer nichtstrukturierten Übersichtsarbeit zur Wirkung von Qigong auf ältere, depressive Patienten mit chronischen Schmerzen wurde von einer verbesserten Lebensqualität sowie einer Linderung der depressiven Verstimmung berichtet [Tsang, 2002]. In einem RCT desselben Autors wurde der Effekt des Qigong auf depressive, ältere Patienten erneut untersucht. Die Patienten wurden auf ein 16-wöchiges Qigongtraining und eine Zeitung lesende Kontrollgruppe randomisiert. Nach acht Wochen traten in der Qigonggruppe Verbesserungen der Stimmungslage und des Selbstbildes während des Trainings auf, nach sechzehn Wochen generalisierte sich der positive Effekt auf den Alltag [Tsang, 2006].

1.4.1.3 Stand der Forschung für Tai Chi Chuan

Die Evidenzlage für Tai Chi Chuan ist, gerade was die Forschung mit älteren Patienten betrifft, etwas besser. Besonders zum Effekt der Bewegungstherapie auf die Häufigkeit von Stürzen liegen mehrere Studien vor. In einem RCT praktizierten 269 Patienten mit einer positiven Sturzanamnese für 13 Wochen zweimal pro Woche für eine Stunde Tai Chi Chuan. Es konnte keine Verringerung der Anzahl an Stürzen im Folgejahr im Vergleich zur Kontrollgruppe belegt werden, die die Standardtherapie erhielt [Logghe, 2009]. In einem weiteren RCT trainierten 88 Patienten für ein Jahr Tai Chi Chuan. Die Kontrollgruppe erhielt eine umfassende Aufklärung über die Ursache von Stürzen. Es ergab sich insgesamt eine Reduktion der Stürze, jedoch kein signifikanter Unterschied zur Kontrollgruppe, da auch hier eine deutliche Abnahme der Sturzhäufigkeit stattfand

[Lin, 2006]. In einer systematischen Übersichtsarbeit wurden 111 Studien, die den Effekt verschiedener Interventionen auf die Sturzhäufigkeit älterer Patienten untersuchten, zusammengefasst. Es ergab sich eine positive Evidenz für das Tai Chi Chuan und für ein multimodales Übungsprogramm [Gillespie, 2009]. In einer weiteren systematischen Übersichtsarbeit wurde eine positive Evidenz für die Verringerung der Sturzangst bei älteren Patienten belegt. Die Studie umfasste Arbeiten von 1994 bis 2004, welche die therapeutischen Effekte des Tai Chi Chuan auf ältere Tai Chi Chuan praktizierende Menschen untersuchten. Neben positiven Effekten auf die Sturzangst und die Balance, wurde von zahlreichen weiteren Verbesserungen berichtet. Dazu gehörten verstärkte Körperkraft, Beweglichkeit und Mobilität, ein verbesserter Allgemeinzustand sowie Verbesserungen im kardiovaskulären System [Kuramoto, 2006].

Von Verbesserungen im kardiovaskulären Bereich berichten auch zwei weitere Übersichtsarbeiten. In einem systematischen Review zum Effekt des Tai Chi Chuan auf Patienten mit chronischen Schmerzen wurden 47 Studien eingeschlossen. 32 der Studien wiesen Kontrollgruppen auf, neun davon waren randomisiert. Es ergab sich eine verbesserte Funktion des kardiovaskulären, respiratorischen sowie immunologischen Systems, eine Verminderung der Symptomatik bei einer bestehenden Arthritis sowie positive psychologische Effekte [Wang, 2004]. Die zweite systematische Übersichtsarbeit befasste sich mit den Effekten des Tai Chi Chuan auf den Blutdruck bei Hypertonikern. Hierzu wurden weltweit 26 Studien identifiziert, von denen neun RCTs, 13 nichtrandomisierte Studien mit Kontrollgruppen und vier Beobachtungsstudien darstellten. 22 Studien berichteten von einer signifikanten Senkung des Blutdrucks [Yeh, 2008].

1.4.1.4 Stand der Forschung zum Vergleich von Tai Chi Chuan und Qigong

In jüngster Zeit wurden zunehmend Studien durchgeführt, die Gegensätze und Gemeinsamkeiten von Qigong und Tai Chi Chuan untersuchten. Eine Studie befasste sich mit möglichen soziodemographischen Unterschieden zwischen Qigong - und Tai Chi Chuan-Praktizierenden. In der Querschnittsanalyse wurden 2,8 Millionen Praktizierende für das Jahr 2002 in den USA ermittelt. Zwischen den Qigongpraktizierenden und jenen, die Tai Chi Chuan übten, konnten keine Unterschiede bezüglich des Geschlechts, des Alters und der Nationalität gefunden werden [Birdee, 2009].

In einer systematischen Übersichtsarbeit wurden die Effekte von Qigong und Tai Chi Chuan miteinander verglichen. Es wurden 77 RCTs von 1993 bis 2007 in die Studie eingeschlossen. Es ergaben sich neun signifikante Effekte für beide Therapien: Eine bessere körperliche Fitness sowie eine erhöhte Knochendichte, eine reduzierte Sturzhäufigkeit und verringerte Risikofaktoren für das Stürzen, eine verbesserte Funktion des Immunsystems sowie des kardiopulmonalen Systems, eine erhöhte Lebensqualität, ein erhöhtes Selbstvertrauen und die Verbesserung psychischer Symptome [Jahnke, 2010a].

Eine weitere systematische Übersichtsarbeit mit derselben Fragestellung schloss ausschließlich RCTs mit älteren Teilnehmern ein. Von den 36 Studien untersuchten 31 die Effekte des Tai Chi Chuan und fünf jene des Qigong. 15 Studien wiesen Kontrollgruppen mit einer Bewegungstherapie, 14 mit einer passiven Intervention auf. In sieben Studien wurde eine Warteliste geführt. Es ergaben sich für beide Gruppen Verbesserungen der körperlichen Konstitution, eine Reduktion des Blutdrucks, der Anzahl der Stürze und Linderungen von depressiven Symptomen und Ängsten [Rogers, 2009].

Eine Arbeit entwickelte ein einfaches, an ältere Menschen adaptiertes Übungsprogramm, das eine Mischung aus Qigong und Tai Chi Chuanübungen darstellte. In der Interventionsstudie erlernten Laien, die Erfahrung mit dem Umgang älterer Menschen aufwiesen, das sogenannte „Tai Chi Easy“. Die Lainertrainer praktizierten dann in selbstgebildeten Übungsgruppen mit im Durchschnitt 73-jährigen Teilnehmern einmal wöchentlich für acht bis zehn Wochen Tai Chi Easy. Bei einer Adherence von 100% unter den Trainern und 94% unter den Teilnehmern nahmen 330 Personen an den Übungen teil. 91% übten nach Beendigung der Studie weiter, 67% der älteren Teilnehmer berichteten, sich seit der Teilnahme an der Studie öfter im Alltag zu bewegen. Es ergaben sich Verbesserungen der Schlafqualität und ein reduziertes Stressempfinden [Jahnke, 2010b].

1.5 Qualitative Forschung

Qualitative Methoden haben in der Medizin in den letzten Jahrzehnten mehr und mehr an Akzeptanz gewonnen [Barbour, 2003; Higginbottom, 2004]. Sie können andere Forschungsfragen behandeln, die quantitative Ansätze in dieser Intensität weder stellen noch bearbeiten [Geller, 2005]. Allgemein lässt sich sagen, dass die

quantitative Forschung auf Fragen wie „wie viel“ oder „wie häufig“ antwortet, die qualitative Forschung hingegen eher auf „warum“ und „wie“.

Oft wird betont, dass qualitative und quantitative Ansätze keinen Gegensatz darstellen [Friebertshäuser B, 1997]. Mayring empfiehlt, Stärken und Schwächen in quantitativen und in qualitativen Ansätzen zu erkennen, Analysestrategien differenziert dort einzusetzen, wo sie angemessen sind und damit auch nach einer Kombination qualitativer und quantitativer Strategien zu suchen [Mayring, 2001]. Auf diese Weise kann eine umfassendere Erklärung eines Gegenstandsbereichs ermöglicht werden [Flick, 2007].

Zentrale Schwerpunkte qualitativen Forschens sind:

- eine starke Subjektbezogenheit,
- die vielschichtige Betrachtung des zu erforschenden Gebietes,
- die Erschließung des Untersuchungsgegenstands durch Interpretation, da dieser nie völlig offen liegt, sowie
- die Erforschung des Untersuchungsgegenstands in seinem alltäglichen Kontext.[Flick, 2007]

Validiertes Wissen über die soziale Welt soll durch das Hineinversetzen in die verschiedenen Blickwinkel der Patienten erhalten werden. Dadurch, dass der Forscher sich auf die Perspektive des Befragten einlässt, kann er neue Aspekte entdecken, die ihm vorher nicht bewusst waren [Kvale, 2007]. Es kann zu einem „aha“Effekt kommen [Press, 2005].

Zur Datengenerierung wird häufig, aber keineswegs ausschließlich das Interview verwendet. Die Forschungsmaterialien werden hierbei am besten in ihrem natürlichen Kontext erhoben. Anschließend werden Aussagen im Kontext des gesamten Interviewverlaufs und der Biographie des Interviewpartners analysiert [Flick, 2007].

Es wird versucht, die Subjektivität des Befragten nachzuvollziehen und eine durch umfassendes Verständnis erreichte Aussagekraft für die Thematik zu erlangen, die die quantitative Forschung auf anderem Weg, durch hohe Teilnehmerzahlen anstrebt.

2. Zielstellung

Der hier vorliegenden Forschungsarbeit ging eine quantitative Studie voraus [von Trott, 2009]. In der randomisierten, kontrollierten Studie sollte der Effekt des Qigong auf Nackenschmerzen untersucht werden. Als primärer Zielparameter wurde die Veränderung der Schmerzintensität nach dreimonatiger Intervention im Vergleich zur Baseline gewählt, welche mit der visuellen Analogskala (VAS [Gloth, 2001]) ermittelt wurde. Als sekundärer Zielparameter wurde unter Anderem die Schmerzreduktion auf der Neck, Pain and Disability Scale (NPAD [Wheeler, 1999]) festgelegt.

Es nahmen 117 Patienten aus vier Altenwohnanlagen Berlins für drei Monate zwei Mal wöchentlich an Qigong- und Nackenübungskursen teil. Parallel zu den beiden Interventionsgruppen wurde eine Warteliste geführt.

Die durchschnittlich 76-jährigen Patienten litten im Mittel seit 19 Jahren an chronischen oder rezidivierenden Nackenschmerzen. Nach Ende der Interventionen konnte weder im Vergleich zur Baseline noch im Vergleich zur Warteliste eine signifikante Verbesserung der Nackenschmerzen verzeichnet werden. Allein durch die erhöhte Zuwendung, die die Teilnehmerinnen der Interventionsgruppen gegenüber der Warteliste erfahren hatten, wäre eine Verbesserung der Symptomatik im Sinne des Placeboeffekts zu erwarten gewesen. Beim Vergleich der Fragebögen einzelner Teilnehmerinnen widersprachen sich Angaben auf der VAS und der NPAD. Elf Teilnehmerinnen führten die Übungen selbstständig nach Ende der dreimonatigen Intervention weiter, obwohl sie den Fragebögen zu Folge keine Schmerzlinderung durch die Therapien erfahren hatten (siehe Abbildung 1).

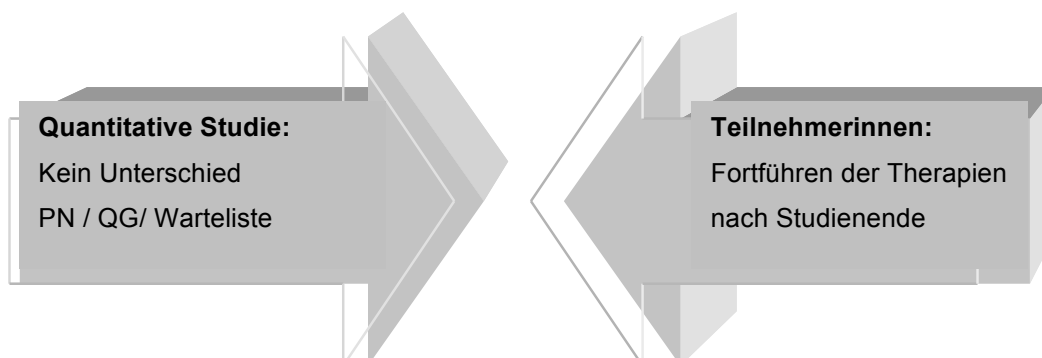


Abbildung 1: Widerspruch Studienergebnis und Verhalten der Teilnehmer

PN=Physiotherapeutische Nackenübungen; QG= Qigong

Im Forschungsteam wurden verschiedene Begründungen für den Widerspruch zwischen Studienergebnis und Verhalten der Teilnehmerinnen in Betracht gezogen. Zum einen wurde die Möglichkeit diskutiert, dass der Fragebogen kein adäquates Messinstrument für die Studienpopulation darstellte. Außerdem wurde die Möglichkeit in Betracht gezogen, dass der vordergründige Nutzen der Teilnehmerinnen ein anderer gewesen sein könnte als die Reduktion der Nackenschmerzen, welche die Forscher als primären Zielparameter festgelegt hatten. Es wurden mögliche andere Gründe wie der soziale Kontakt innerhalb der Gruppe, das Gefühl, etwas für die eigene Gesundheit zu tun, oder eine als positiv empfundene Strukturierung des eigenen Alltags in Betracht gezogen. Aufgrund dieser Überlegungen wurden zwei qualitative Studien konzipiert: eine überprüfte, wie gut die Teilnehmerinnen sich von den Fragebögen repräsentiert fühlten. Eine zweite, die hier vorliegende Studie, erforschte, von welchem therapeutischen Effekt die Teilnehmerinnen beider Gruppen berichteten. Effekte, die durch die Fragebögen nicht erfasst worden waren, sollten erkannt und mit jenen der physiotherapeutischen Nackenübungen verglichen werden. Sowohl hierfür als auch um zu erfahren, weshalb die Patientinnen aus Eigeninitiative die Therapien weiterführten, waren detaillierte Beschreibungen der subjektiven Sichtweise der Teilnehmerinnen von Interesse. Es erschienen Methoden der qualitativen Sozialforschung als sinnvoll, da sie die Möglichkeit bieten, Lebenswelten von innen heraus aus der Sicht der handelnden Menschen zu erforschen [Flick, 2007].

3. Material und Methoden

3.1 Studiendesign

Aufgrund der widersprüchlichen Ergebnisse der randomisierten, kontrollierten Studie entschlossen wir uns zu einer qualitativen Studie. Hier sollten insbesondere die subjektiven Sichtweisen der Teilnehmerinnen bezogen auf mögliche Effekte in Form von semi-standardisierten Interviews erfasst werden.

3.2 Erhebung des Materials

3.2.1 Interviews

Das Material dieser Arbeit wurde mittels semistrukturierter, problemfokussierter Einzelinterviews erhoben, die einerseits durch den Leitfaden zentrale Interviewthemen fallübergreifend ermittelten, dem Interviewer aber andererseits weitgehende Gestaltungsfreiheit bei der Durchführung des Interviews ließen [Kühn, 2000]. Auf diese Weise sollten subjektive Erfahrungen erhoben werden, die gleichzeitig einen engen Bezug zur klinischen Fragestellung aufwiesen.

Nach dem Einarbeiten in die theoretischen Grundlagen der qualitativen Forschung sowie der Interviewtechnik anhand der gängigen Standardlehrwerke [Flick, 2007; Kvale, 2007; Mayring, 2002] wurde zunächst ein Interviewleitfaden entwickelt und an Patienten vor der Verwendung in der Studie getestet. Es wurden eine offene Leitfrage und anschließende Folgefragen definiert. Zu einigen davon wurden konkretisierende Ergänzungsfragen hinzugefügt (siehe Abbildung 2)..

Leitfrage:

- Was hat sich bei Ihnen durch das Qigong/ die physiotherapeutischen Nackenübungen verändert?
 - Haben sich ihre HWS-Beschwerden geändert (gebessert oder verschlechtert)
 - bezüglich der Schmerzen und Beweglichkeit der HWS?
 - Hat sich sonst auf der körperlichen Ebene etwas verändert?
 - Hat sich in ihrer psychischen Befindlichkeit etwas verändert?

Folgefragen:

- Für welche Erkrankungen, glauben Sie, ist Qigong/ sind physiotherapeutische Nackenübungen hilfreich?
- Weshalb haben Sie sich entschieden Qigong/ die physiotherapeutischen Nackenübungen auf eigene Kosten weiterzumachen?
 - Hat bei der Entscheidung die Gruppe eine Rolle gespielt?
 - Hat bei der Entscheidung der Lehrer eine Rolle gespielt?
- Was gefällt Ihnen an Qigong/den physiotherapeutischen Nackenübungen?
- Was gefällt Ihnen an Qigong/den physiotherapeutischen Nackenübungen nicht?
- Weshalb haben Sie sich entschieden Qigong/ die physiotherapeutischen Nackenübungen auf eigene Kosten weiterzumachen?
 - Hat bei der Entscheidung die Gruppe eine Rolle gespielt?
 - Hat bei der Entscheidung der Lehrer eine Rolle gespielt?

Abbildung 2: Interviewleitfaden

3.2.2 Studienpopulation

Anhand der folgenden Kriterien wurde sowohl für die Teilnehmer der Qigonggruppe, als auch für die Patienten in der Kontrollgruppe ein Ranking erstellt:

- der Wert auf der VAS wurde im Vergleich zur Baseline schlechter
- der Wert auf der NPDS wurde im Vergleich zur Baseline schlechter
- der Wert auf der psychischen Summenskala des SF 36 wurde im Vergleich zur Baseline schlechter

Dabei wurde für jede Skala stets die größte Differenz als höher gewertet.

Beim ersten Platz des jeweiligen Rankings beginnend wurde telefonisch angefragt, ob die entsprechende Patientin zu einem Interview bereit wäre. Es sollten zehn Teilnehmer der Qigong- sowie zehn Teilnehmer der Gruppe der physiotherapeutischen Nackenübungen eingeschlossen werden. Sechs der angefragten Patienten wollten kein Interview geben. Diese sechs Patienten hatten aufgrund von Vorfällen in den Wohnanlagen Bedenken, ihnen unbekannte Personen einzuladen. Die verbleibenden 20 Patienten wurden zwei bis fünf Tage nach ihrer telefonischen Zustimmung interviewt. In den Fragebögen hatten neun der 20 Patienten auf der VAS am primären Endpunkt eine Verschlechterung ihrer Schmerzen im Vergleich zur Baseline angegeben, bei elf war eine Verbesserung der Schmerzen festgestellt worden. Bei neun Patienten hatten sich die Tendenzen von VAS und NPAD widersprochen. Elf Teilnehmer hatten den Wunsch geäußert weiterzutrainieren, ohne dass sich eine Verbesserung der Schmerzen in den Fragebögen abgezeichnet hatte, zwei Patienten trainierten nicht weiter, obwohl sich bei der Auswertung eine Linderung ihrer Beschwerden ergab.

3.2.3 Durchführung der Interviews

Nach Beendigung der Interventionen wurden insgesamt 20 Interviews durchgeführt, wovon zehn Patienten die physiotherapeutischen Nackenübungen und zehn den Qigongkurs besucht hatten.

Die Durchführung der Interviews fand in den Wohnungen der Teilnehmer statt, was eine vertraute Umgebung für die Patienten darstellte und so eine offene Gesprächsatmosphäre begünstigte [Manderson, 2006].

Nach der Begrüßung und Aufklärung über den Umgang mit dem Material sowie der Anonymisierung fand die Aufnahme des jeweiligen Interviews statt. Um dem Gedankenfluss der Patienten Raum zu geben und so die Formulierung interessanter Aussagen zu unterstützen wurde mit dem Interviewleitfaden flexibel umgegangen [Flick, 2007].

Es wurden zum einen erzählungsgenerierende Kommunikationsstrategien wie allgemeine Sondierungen, Ad-hoc-Fragen und nichtdirektive Kurzkommentare, zum anderen verständnisgenerierende Strategien wie das Nachfragen bei unklaren Formulierungen eingesetzt [Flick, 2007; Mayring, 2002]. Durch das Stellen von Ad-hoc-Fragen (lat.: „zur Sache passend“) konnten die Interviewer spontan eigene Fragen formulieren, sobald der Leitfaden an seine Grenzen stieß [Mayring, 2002]. Zur Qualitätssicherung wurden unmittelbar nach dem Gespräch Interviewprotokolle erstellt, die eine Zusammenfassung der Aussagen der Patienten beinhalteten und subjektive, spontane Eindrücke des Interviewers dokumentierten.

3.2.4 Datenerfassung und Transkription

Im Anschluss an die digitale Erfassung der Interviews und deren Übertragung auf den Computer erfolgte eine wortgetreue Transkription. Hierbei wurde sich an ein zuvor verfasstes Transkriptionsschema gehalten, welches sich an der Standardorthographie orientierte und Regeln für den Umgang mit Dialekten, Pausen und Unterbrechungen innerhalb des Interviews festlegte [Flick, 2007].

Nach Abschluss jeder Transkription wurde ein Transkriptionsprotokoll verfasst, welches die subjektiven Eindrücke des Transkripteurs sowie prägnante Zitate des jeweiligen Interviews enthielt.

3.3 Prinzipien der strukturierten Inhaltsanalyse nach Mayring

Anschließend musste die Fülle des Datenmaterials so reduziert werden, dass ein Informationsgewinn entstehen konnte [Lamnek, 1998]. Zu diesem Zweck wurde analog der strukturierten Inhaltsanalyse nach Mayring vorgegangen, da auch größere Datenmengen mit dieser Form der qualitativen Analyse bewältigt werden können [Flick, 2007].

Den Kern der strukturierten Inhaltsanalyse nach Mayring bildet das Kategoriensystem [Jenker, 2007], welches zunächst erstellt werden muss. Dies kann induktiv, also aus dem Material heraus, oder deduktiv auf der Grundlage vorgängigen Wissens geschehen. Für Material aus leitfadengestützten Interviews ist es sinnvoll, gemischt deduktiv-induktiv vorzugehen [Schreier, 2010]. Das bedeutet, dass der Forschende aus vorgängigem Wissen erste Kategorien (Codes) entwickelt, die dann an das jeweilige Material angepasst werden. Diese Anpassung erfolgt in Form von Probekodierungen, die anschließend mit anderen Forschern diskutiert werden. Durch das Probekodieren mit anschließender Diskussion entsteht eine überarbeitete Version des Kategoriensystems, welches erneut auf das Material angewendet wird. Dieser Prozess wiederholt sich, bis sämtliche für die Fragestellung relevanten Zitate der Interviewpartner einem Code des Kategoriensystems zugeordnet werden können (siehe Abbildung 3). Für jeden Code werden Regeln angegeben, unter welchen Bedingungen ein Materialsegment diesem Code zugeordnet werden sollte [Schreier, 2010].

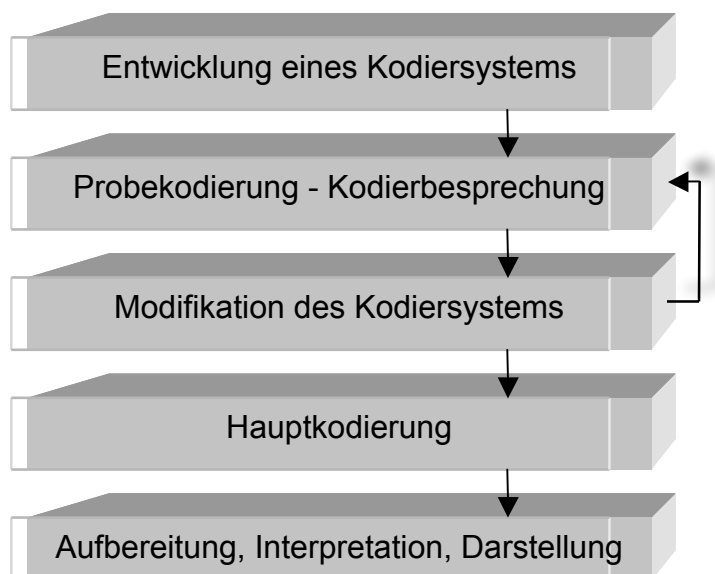


Abbildung 3: Übersicht über die deduktiv-induktive Kategorienbildung nach Mayring

Quelle: Eigene Darstellung nach [Schreier, 2010]

Die Codes stellen die ersten Kategorien dar und werden in einem zweiten Abstraktionsschritt erneut zu zweiten Kategorien zusammengefasst, welche als Familien bezeichnet werden. Es ergeben sich somit die in Abbildung 4 dargestellten Kategorisierungsebenen:

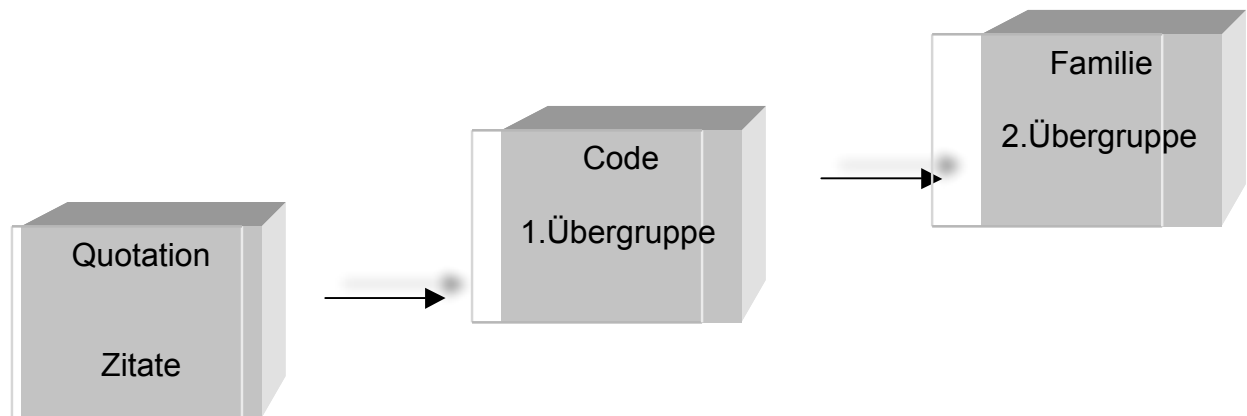


Abbildung 4: Kategorisierungsebenen

Schrittweise können so Theorien entwickelt und das Verständnis der Daten erreicht werden [Flick, 2007].

3.4 Analyse analog der strukturierten Inhaltsanalyse nach Mayring

Die transkribierten Texte wurden mehrmals gelesen und Assoziationen in Form von schriftlichen Notizen festgehalten. Jedes Interview wurde zusammengefasst, die prägnantesten Zitate wurden notiert.

Um den Quotations einzelne Codes zuordnen zu können, wurde analog der bereits beschriebenen gemischt deduktiv - induktiven Kategorienbildung nach Mayring zuerst ein Analyseraster erstellt [Jenker, 2007]. In Absprache mit zwei Supervisorinnen wurden die für die Fragestellung relevanten Codes verfasst, bis ein umfassendes Analyseraster vorlag.

Im Anschluss fand eine Probecodierung statt. Um einseitige Zuordnungen zu vermeiden, wurde der gesamte Codierungsprozess im Team von zwei Forscherinnen durchgeführt [Schreier, 2010]. Unabhängig voneinander wurde das Analyseraster auf ein erstes Interview angewendet. Anschließend wurden die Resultate verglichen und diskutiert. Codes, die zu ähnlich erschienen, wurden zusammengefasst. Weitere Codes wurden neu in das Analyseraster eingefügt, wenn für möglicherweise relevante Zitate

bisher kein passender Code vorhanden war. So wurde verhindert, dass neu auffallende Aspekte, die für die Fragestellung von Relevanz waren, verloren gingen. Codes, bei denen vermehrt Unstimmigkeiten auftraten, wurden klarer definiert. Anschließend wurde das überarbeitete Analyseraster auf ein weiteres Interview von beiden Forscherinnen erneut angewendet und verglichen (siehe Abbildung 5)

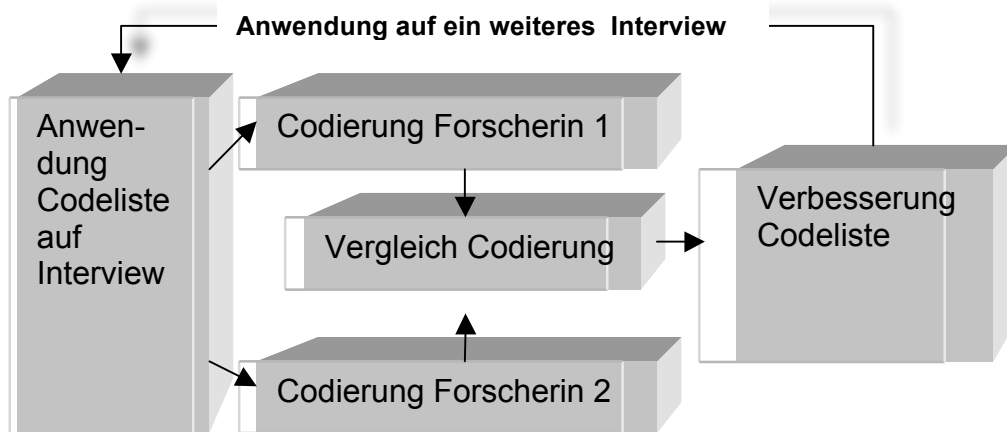


Abbildung 5: Entwicklung des Kodiersystems

Dieser Prozess wiederholte sich so lange, bis ein passendes, einheitliches Kategoriensystem entstand. Die Liste der Codes ist im Ergebnisteil Tabelle 4 dargestellt. Es wurden Beschreibungen zu jedem Code erstellt, die festlegten, wann ein Zitat unter die jeweilige Kategorie fiel [Schreier, 2010].

Nach dem Prinzip der deduktiven Kategorienanwendung [Mayring, 2001] wurden anschließend die zutreffenden Zitate (Quotations) den jeweiligen Codes zugeordnet.

Beide Forscherinnen wandten das Kategoriensystem auf sämtliche Interviews an und kontrollierten im Anschluss die resultierenden Codierungen auf ihre Stimmigkeit.

Nach Abschluss des Codierungsprozesses wurden zunächst die Quotations eines Codes anhand von Schaubildern (networks) in Beziehung zueinander gesetzt. Es wurde untersucht, inwiefern sich Quotations ergänzten, widersprachen oder miteinander übereinstimmten. Die Gesamtheit der zu einem Thema getroffenen Aussagen wurde in einem kurzen Text inhaltlich zusammengefasst.

In einem zweiten Schritt wurden die Codes Familien zugeordnet. Abbildung 6 veranschaulicht den Prozess von der Identifizierung der Quotations bis zur Zuordnung zu den Familien:

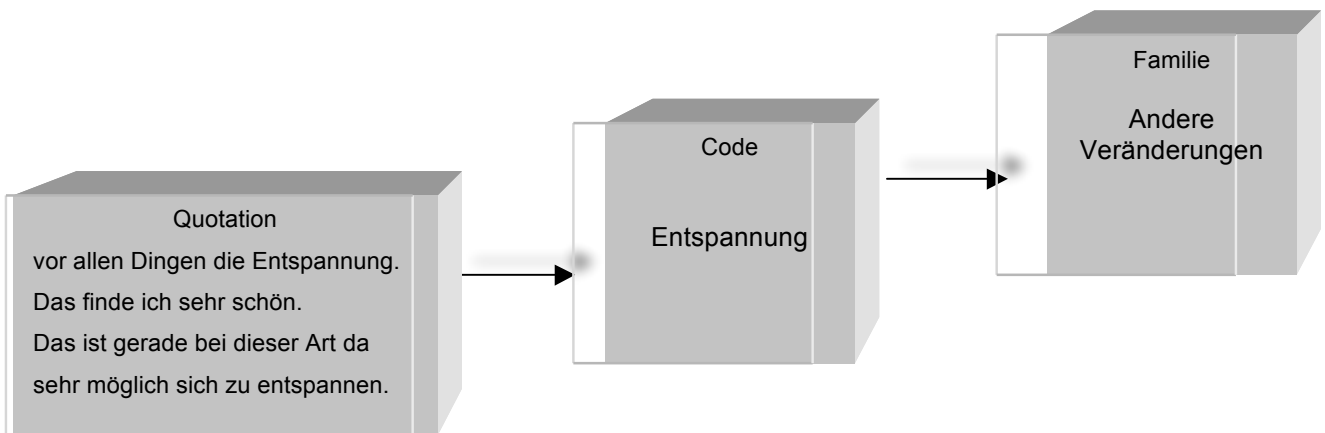


Abbildung 6: Kategorisierungsebenen

Es wurden Networks erstellt, die mehrere Codes einer Familie beinhalteten und Beziehungen der einzelnen Kategorien zueinander veranschaulichten.

Zum Analyseprozess gehörte auch das Verfassen von Notizen [Böhm, 2007]. Sie bildeten eine Brücke zwischen Codes und Ergebnissen. Auf diese Weise wurden spontane Ideen während des gesamten Analyseprozesses dokumentiert, die das Herausarbeiten des latenten Sinngelhalts unterstützten.

Schrittweise wurde ein Verständnis für die Daten erreicht [Flick, 2007]. Es wurden Skizzen erstellt, welche Ideen der Forscherin zum Sinngelhalt der Interviews veranschaulichten. In regelmäßigen Abständen wurden in einer Gruppe qualitativ Forschender das Material, die Codierungen und die Analysen diskutiert. Dieser Austausch förderte die systematische Bearbeitung des Materials und sicherte die Intersubjektivität und Überprüfbarkeit der Ergebnisse. Zudem erweiterten Diskussionen über das Material anderer qualitativ Forschender den Blick für das eigene Material.

Zur Analyse wurde das Programm Atlas-ti (Version 5.2.0; 1993-2008; Atlas-ti scientific software development Berlin) verwendet.

Es wurde eine sogenannte Hermeneutische Einheit in Atlas/ti[®] angelegt, die am Ende alle 20 Interviewtranskripte beinhaltete. Innerhalb der Hermeneutischen Einheit konnten

die Transkripte systematisch codiert werden. Mit der Notizfunktion wurden Notizen direkt im Material festgehalten. Gesprächs- und Transkriptionsprotokolle wurden jedem Interview zugeordnet. Im Networkmanager wurden sämtliche Netzwerke erstellt und verwaltet. Mit Hilfe von Vergleichsfunktionen war es möglich, Beziehungen zwischen einzelnen Codes oder Quotations innerhalb eines Schaubildes anhand von beschrifteten Pfeilen zu visualisieren.

4. Ergebnisse

Die Studienpopulation war zu 100% weiblich, mit einem Durchschnittsalter von 76,2 ($\pm 4,52$) Jahren und einer mittleren Schmerzdauer von 15,05 Jahren ($\pm 13,01$) (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2 Mittelwerte der Gruppen und der Studienpopulation insgesamt

Kriterium	Qigong MW(\pm SD)	Nackenübungen MW(\pm SD)	Gesamtpopulation MW(\pm SD)
Alter (Jahre)	77,9 ($\pm 3,33$)	74,5 ($\pm 4,90$)	76,2 ($\pm 4,52$)
Dauer Schmerzen (Jahre)	14,1 ($\pm 12,32$)	16,0 ($\pm 13,59$)	15,05 ($\pm 13,01$)

MW: Mittelwert; \pm SD: \pm Standardabweichung

Von den Teilnehmerinnen besaßen 50% einen Hauptschulabschluss, 20% das Abitur und die restlichen 30% andere Abschlüsse. Für Frauen dieser Generation ist diese Verteilung mit der Normalpopulation vergleichbar. Auf der VAS gaben neun der 20 Patientinnen am primären Endpunkt der quantitativen Studie [von Trott, 2009] eine Verschlechterung ihrer Schmerzen im Vergleich zur Baseline an, bei elf wurde eine Verbesserung der Schmerzen festgestellt. Sechs Teilnehmerinnen der Nackenübungsgruppe sowie fünf der Qigonggruppe gaben an weiterzutrainieren, obwohl eine Verschlechterung auf der VAS stattgefunden hatte. Zwei Patientinnen der Qigonggruppe erläuterten die Therapie nicht fortzuführen, obwohl sie sich auf der VAS verbessert hatten (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Patientinnen der Interviewgruppe

Teilnehmerin	VAS Differenz Baseline/3 Monate	Wunsch weitere Therapie	Alter	Beschwerdedauer(in Jahren)	Schul- bildung
PN 1	0,8	Ja	69	15	1
PN 2	4,5	Ja	75	15	3
PN 3	- 3,4	Ja	71	30	1
PN 4	2,3	Ja	76	2	1
PN 5	- 0,4	Ja	67	20	1
PN 6	0,9	Ja	79	3	1
PN 7	1,4	Ja	75	50	2
PN 8	- 2,7	Ja	70	5	3
PN 9	3,1	Ja	82	20	2
PN 10	-0,1	Ja	81	20	4
QG 1	1,1	Ja	75	20	1
QG 2	- 2,3	Ja	76	10	3
QG 3	3,3	Ja	76	30	4
QG 4	- 0,5	Ja	77	20	4
QG 5	- 1,5	Nein	78	5	2
QG 6	- 1,1	Ja	85	6	1
QG 7	- 2,3	Ja	81	10	1
QG 8	- 2,0	Nein	81	5	1
QG 9	1,2	Ja	73	10	1
QG 10	- 1,3	Ja	77	45	3

PN x: Teilnehmerin x der Physiotherapeutischen Nackenübungsgruppe, QG x: Teilnehmerin x der Qigonggruppe; **VAS Baseline:** Visuelle Analogskala für Schmerzintensität zur Baseline; **VAS primärer Endpunkt:** Visuelle Analogskala für Schmerzintensität zum primären Endpunkt; **VAS Differenz**

Endpunkt/Baseline: VAS am primären Endpunkt minus VASwert der Baseline; **Schulbildung:** 1 = Hauptschulabschluss, 2 = 10. Klasse, 3 = Abitur; 4=anderer Schulabschluss; QG= Qigong, PN= Physiotherapeutische Nackenübungen **Wunsch weitere Therapie:** Angabe in Fragebögen, nach Studienende weitertrainieren zu wollen

Die Interviewdauer betrug durchschnittlich 37 Minuten ($\pm 12,14$ min). Aus den 20 Interviews ergaben sich 35 Codes (siehe Tabelle 4) und sechs Familien.

Tabelle 4: Codeliste

1.	Alltag	18.	negatives Gruppenerlebnis
2.	Geld	19.	Lehrerin
3.	generelle Limitationen durch Alter	20.	weiteres Training
4.	Logistik	21.	Kein weiteres Training
5.	Wohnsituation	22.	Neugier
6.	andere Therapien	23.	Spaß
7.	andere Erkrankungen	24.	Motivation
8.	Ängste	25.	Therapiezeitraum
9.	Biographie	26.	Nackenschmerzen
10.	körperliche Aktivität	27.	Nackenschmerzen besser
11.	Leistungsgedanke	28.	Schlaf
12.	Leistungsgedanke	29.	Schwindel
13.	Hemmungen	30.	Temperatur
14.	Gruppe unwichtig	31.	Psyche unverändert
15.	Unterricht positiv	32.	Wohlbefinden
16.	Unterricht negativ	33.	weitere Schmerzlinderung
17.	positives Gruppenerlebnis	34.	Haltung gegenüber Nackenübungen
		35.	Haltung gegenüber Qigong

Aus diesen wurden 58 Netzwerke sowie 10 Skizzen erstellt. Dabei wurden die physiotherapeutische Nackenübungsgruppe und die Qigonggruppe stets einzeln betrachtet. Im Folgenden werden zuerst die Ergebnisse der physiotherapeutischen Nackenübungen und anschließend jene der Qigonggruppe dargestellt. Zur besseren Übersichtlichkeit wurde ein weitgehend ähnlicher Aufbau der Ergebnisdokumentation in beiden Therapiegruppen gewählt. Abschließend wurden die Ergebnisse der Qigonggruppe jenen der physiotherapeutischen Nackenübungsgruppe gegenübergestellt.

Zitate werden im Weiteren eingerückt und mit folgenden Abkürzungen dargestellt (siehe Abbildung 8):

P:	Aussagen der Patinnen
I:	Aussagen des Interviewers
(PN x /Zahl)	Teilnehmerin X der physiotherapeutischen Nackenübungsgruppe mit Nummerierung des Absatzes im Interviewtranskript, in dem das Zitat zu finden ist
(QG x /Zahl)	Teilnehmerin X der Qigonggruppe mit Nummerierung des Absatzes im Interviewtranskript, in dem das Zitat zu finden ist

Abbildung 7: Formatierung Zitate

4.1 Ergebnisse der physiotherapeutischen Nackenübungen .

4.1.1 In Bewegung bleiben – zentraler Effekt der physiotherapeutischen Nackenübungen

Bewegung war für die Patientinnen der physiotherapeutischen Nackenübungen sehr wichtig. Die Therapie wurde als Training gesehen, das den Zeitraum pro Woche, in dem sich die Patientinnen sinnvoll bewegten, erhöhte. Hieraus erhofften sich die Teilnehmerinnen eine Verlängerung ihrer Selbstständigkeit im Alltag.

Allen Teilnehmerinnen war bereits vor Studienbeginn der therapeutische Ansatz der physiotherapeutischen Nackenübungen vertraut. Teilweise hatten sie bereits ähnliche Übungsgruppen besucht oder physiotherapeutische Maßnahmen verschrieben bekommen. Sie begrüßten die Möglichkeit, gratis an einem Bewegungstraining in ihrer Wohnanlage teilzunehmen und erhofften sich, mithilfe der Therapie ihre Gesundheit zu unterstützen und ihre Selbstständigkeit länger erhalten zu können.

Alle beschrieben die Therapie als gewinnbringend. Es stellte sich als sehr unterschiedlich heraus, was Gewinn für sie bedeutete. Einige erläuterten ihn als Verbesserung ihrer Gesundheit, andere als Nicht - Verschlechtern ihres Zustandes. Sie wünschten sich, „ihren Zustand zu erhalten“(PN2/570).

Für manche war der Gewinn darin begründet, sich regelmäßig in ihrem Alltag zu bewegen, unabhängig davon, ob eine Besserung ihres Zustandes eintreten würde oder nicht, da sie Bewegung als generell positiv bewerteten.

Die Hälfte der Patientinnen berichtete von einer Verbesserung ihrer Konstitution durch das Training. Dies äußerte sich teils eher diffus in einem generell verbesserten körperlichen Wohlbefinden, teils konkreter in der Linderung Ihrer Nackenschmerzen oder einer vergrößerten Beweglichkeit. Drei Teilnehmerinnen beschrieben, durch die Therapie ihren Zustand erhalten zu können. Alle bewerteten die Bewegung generell als positiv.

Obwohl sich zwei Teilnehmerinnen enttäuscht darüber äußerten, keine Veränderung ihres körperlichen Zustandes erfahren zu haben, führten sie nach Ende der Studie die Therapie weiter, weil beide Bewegung als grundsätzlich wichtig einstufen.

P: ich denke mir, das kann nicht verkehrt sein, da mit zumachen, nicht?

I: Obwohl Sie auch nicht merken, dass es Ihnen was nützt.

P: Nee. Aber ich bilde mir ein, Bewegung ist ja immer gut. (PN1/138)

Eine weitere Teilnehmerin empfand zwar eine körperliche Verbesserung nach der Intervention, führte den Effekt aber nicht primär auf die physiotherapeutischen Nackenübungen zurück. Sie beschrieb, nach dem Üben ein gutes Gewissen zu haben, da sie sich bewegt hatte. Sie vermutete, dass allein das gute Gewissen der Grund für ihre gefühlte körperliche Verbesserung sei.

Beim Beantworten der Fragen nach den konkreten Effekten der physiotherapeutischen Nackenübungen berichteten zwei weitere Patientinnen von der generellen Schwierigkeit, zwischen dem Effekt der physiotherapeutischen Nackenübungen, den generellen Schwankungen ihres Zustandes sowie parallel wahrgenommenen therapeutischen Maßnahmen zu differenzieren.

4.1.2 Bewegung und Schmerzlinderung

Die Mehrheit der Patientinnen wünschte sich eine Linderung ihrer Schmerzen. Die Aussagen über Schmerzlinderungen standen mit den Aussagen über die Beweglichkeit in engem Zusammenhang. Oft beantworteten sie Fragen zur Schmerzlinderung zunächst mit Aussagen über die Verbesserung ihrer Beweglichkeit.

I: Was hatten Sie denn für Schmerzen vor der Studie?

P: Also ich konnte den Kopf gar nicht hier nach rechts oder nach links weiter drehn und [hatte] immer Schmerzen, die hier losgehen bis hoch zum Kopf.
(PN4/41)

Eine erhöhte Beweglichkeit war für sie in ihrem Alltag klar erfassbar und stand mit einer Verminderung des Schmerzes in engem Zusammenhang. Außerdem stellte für sie Beweglichkeit ein Kriterium dar, welches unmittelbar mit dem Erhalt ihrer Selbstständigkeit verknüpft war: konnten sie sich nicht bewegen, konnten sie nicht mehr selbst für sich sorgen. Wie zuvor berichtet stellte ihre persönliche Autonomie ihr vorrangiges Bestreben dar. Für sie war es wichtig, ihren Alltag bestmöglich zu bewältigen, was nur durch einen erhaltenen Bewegungsradius gewährleistet wurde. Somit war die Wahrnehmung ihrer Beweglichkeit für die Teilnehmerinnen von großem Interesse und die für sie wichtige Auswirkung eines reduzierten _Schmerzempfindens. Drei Teilnehmerinnen berichteten explizit, keine Veränderung ihrer Schmerzen verspürt zu haben. Zwei der drei berichteten, während der Studie jedoch auch nicht unter Nackenschmerzen gelitten zu haben. Davon befand sich eine gerade in einem schmerzfreien Intervall. Die andere hatte für die Therapie stets den Begriff „Rückenschule“ verwandt und die Intervention so als Training verstanden, welches auch auf ihre LWS- Problematik eingehen würde. Dass die Studie primär auf Nackenschmerzen ausgelegt war, habe sie erst sehr spät wahrgenommen. Die dritte Patientin ohne Schmerzreduktion litt an Schmerzen im Nacken und Lendenwirbelbereich, wobei die Schmerzen der Lendenwirbelsäule im Vordergrund standen. Ihr hatte die Therapie für den Nackenschmerz nicht geholfen, jenen der LWS jedoch gelindert.

Etwa die Hälfte der Patientinnen beschrieb leichte Verbesserungen, jedoch keine starke Verringerung der Schmerzintensität. Sie gingen damit verschieden um. Die Hälfte von ihnen bewertete dies positiv, da auch keine Verschlechterung stattgefunden hatte. Manche stellten die leichteren Verbesserungen zufrieden. Drei Patientinnen waren der Ansicht, dass bei älteren Menschen durch die Vielzahl der Erkrankungen sowie die starke Chronifizierung der Schmerzen, eine Linderung schwer möglich sei. Zwei Teilnehmerinnen empfanden die eingetretene Schmerzlinderung als unzureichend.

Drei Patientinnen berichteten von einer starken Reduktion ihrer Schmerzen. Eine Patientin litt unter sehr gravierenden Nackenschmerzen, die auch ihre Bewegungsfreiheit massiv eingeschränkt hatten. Durch die Therapie besserten sich die Beschwerden stark.

I: Sie sagen, die Beweglichkeit ist besser geworden im Nacken, haben sich denn auch die Schmerzen verbessert? [...] Sind die ganz weggegangen?

P: Nee, sind manchmal noch leicht da, aber gegen früher, was das für Schmerzen waren, das ist gar nicht der Rede wert, so ist das gut geworden.
(PN4/105)

Im Vergleich zum Zustand vor der Therapie erschienen ihr die verbliebenen Schmerzen als sehr gering. Keine Patientin berichtete von einer völligen Schmerzfreiheit.

Die Linderung der Schmerzen wurde unter verschiedenen Gesichtspunkten als positiv bewertet:

Zum einen stand die Verringerung der Schmerzen mit der Beweglichkeit im Zusammenhang: eine Verringerung der Schmerzen führte zu einer erhöhten Beweglichkeit, genau wie eine verbesserte Beweglichkeit die Schmerzen reduzierte. Sie berichteten, mobiler zu sein und sich im Alltag freier zu bewegen, was für sie von zentraler Bedeutung war.

Zum anderen führte die Schmerzlinderung zu einer verbesserten Stimmungslage. Zwei Patientinnen berichteten von einer starken Angst vor dem Schmerz. Durch die Verringerung der Schmerzen trat auch die Angst vor ihm seltener auf. Hierdurch verbesserte sich ihr Wohlbefinden insgesamt.

Wichtig war den Patientinnen die Regelmäßigkeit, mit der sie die Übungen durchführten. Sie stellten eine Abhängigkeit zwischen Ausmaß der Verbesserung und Intensität des Übens her. Sie berichteten, dass die Effekte auf Mobilität und Stärke der Schmerzen nur dann erhalten blieben, wenn regelmäßig trainiert wurde. Bereits nach einer Woche ohne Training berichtete eine Patientin von einer Verschlechterung ihrer Beweglichkeit, die durch erneutes Training wieder rückläufig war. Übten sie regelmäßig, hatten sie das Gefühl, kontinuierlich etwas für sich zu tun. Dies führte zu einem guten Gewissen, welches den Allgemeinzustand ebenfalls positiv beeinflusste.

4.1.3 Umgang mit dem Altern

Der Umgang mit dem eigenen Altern stellte eine ernst zu nehmende Herausforderung für die Patientinnen dar. Negative Komponenten des Altwerdens standen in ihren Berichten im Vordergrund, wie zum Beispiel die Angst, die viele vor den Alterungsprozessen verspürten.

Sie nahmen bei sich selbst einen körperlichen und geistigen Abbau wahr, den sie maßgeblich auf ihr fortgeschrittenes Alter zurückführten und der zu gesundheitlichen Problemen führte, die alle Teilnehmerinnen beschäftigten. Diese umfassten neben den Rückenproblemen insbesondere Herz-Kreislaufprobleme, postoperative Beschwerden und Einschränkungen der Sinneswahrnehmung. Viele beschrieben Beispiele aus ihrem Umfeld, in welchen ein plötzlicher rapider Abbau einen Menschen verändert hatte. Diese Erlebnisse erschreckten sie. Die Ausführlichkeit, mit der sie von diesen Themen erzählten, war ein Hinweis darauf, wie intensiv sie sich mit ihnen auseinandersetzten. Im Weiteren führte der körperliche und geistige Abbau zu einer Verminderung ihrer Leistungsfähigkeit, die sie teilweise als frustrierend empfanden.

Viele beschrieben, dass sie Tätigkeiten nicht mehr ausführen konnten, die sie früher problemlos bewältigt hatten. Dies wurde als generelles Phänomen betrachtet und bezog sich auf alle Lebensbereiche. Die empfundene Leistungsminderung hatte verschiedene Folgen. Zum einen schränkte sie dies in der alltäglichen Gestaltung ihres Lebens ein. Das Benutzen der öffentlichen Transportmittel wurde zum Problem (PN9/242). Bei manchen Witterungen war es einigen unmöglich geworden, ihre Wohnung zu verlassen.

Die zunehmende Abhängigkeit von anderen Menschen bei der Bewältigung ihres Alltags wollten die Patientinnen so lange wie möglich vermeiden.

P: Dass meine Tochter nicht, ihre ganze Freizeit opfert die für mich. Da fährt sie denn, wenn sie da mal einen freien Tag hat, hin und her und macht sauber und alles. [...] Ich hab immer die Hoffnung, [dass die Gesundheit besser wird], ich gebe sie nicht auf, ich bin auch immer noch ganz verbissen, hier noch mitzumachen (PN9/342)

Der Wunsch ihre Gesundheit zu verbessern und somit ihre Tochter weniger zu belasten bestärkte die Patientin darin, „ganz verbissen“ weiterhin zu trainieren.

Die Ernsthaftigkeit, mit der sie das Training betrachtete, verdeutlichte die Wichtigkeit, die der Erhalt ihrer persönlichen Selbstständigkeit für sie darstellte, den sie mit Hilfe des Trainings fördern wollte.

Mit dem Altern verbanden viele der Patientinnen, dass alltägliche Aufgaben schwerer durchzuführen waren. Dies führte bei einer Frau dazu, dass sie Angst davor hatte, Dinge zu vergessen. Eine Patientin beschrieb, durch das Abfallen der eigenen Leistungsfähigkeit Ängste zu entwickeln.

P: vor dem eigenen Versagen, da habe ich ein bisschen [Angst]; das war früher nicht so und deshalb bemerke ich das, weil, ältere Menschen wissen das eben und ich merke, dass mein Gedächtnis schlechter ist als früher, dann hat man schon eher Hemmungen. [...] Dinge, die man früher mit links gemacht hat, die werden jetzt zum Problem (PN8/279)

Die Angst vor dem eigenen „Versagen“ führte dazu, dass die Patientin sich gehemmt fühlte. Zudem war es für manche Teilnehmerinnen von Wichtigkeit, ein bestimmtes Auftreten vor anderen Personen zu bewahren. Was dies genau beinhaltete, war innerhalb der Gruppe individuell verschieden. Viele wünschten sich, bei den Übungen gut mitzukommen und nicht negativ aufzufallen. Einer Teilnehmerin war es wichtig, gegenüber jüngeren Gruppenmitgliedern keine schlechte Figur zu machen.

P: Man hat ja auch Hemmungen, wenn man dann älter ist und dann vielleicht mit jüngeren Menschen trainiert und nun geht das Bein nicht mehr so hoch und nicht mehr so schön gerade. (PN8/46)

Eine 75-jährige Patientin wollte nicht „mit so einem Roller-Rentnerauto [her]umfahren“ (PN2/104). Sie empfand das Hilfsmittel als stigmatisierend. Ein Teil ihrer Motivation weiter zu trainieren lag in dem Wunsch, keine Gehhilfe zu benötigen.

Die Therapie wurde als willkommene Möglichkeit verstanden, dem altersbedingten Verlust der Selbstständigkeit entgegenzutreten. Sie empfanden die physiotherapeutischen Nackenübungen als prophylaktisch für die altersbedingten, negativen Veränderungen.

P: „Prophylaktisch und schon das Gefühl, also ich tue ja was für mich. Also da muss man schon ein bisschen aufpassen, dass man kein Übergewicht hat und so was das gehört alles da mit rein. Da versuche ich schon ein bisschen danach zu leben. Ganz einfach, wenn Sie 71 sind, da sitzt Ihnen die Angst im Nacken. Sie wissen ja, was alles kommen kann.“ (PN8/180)

Auch die Ungewissheit, ob und wann für die Teilnehmerinnen negative Veränderungen eintreten würden, empfanden sie als verunsichernd. Sie sahen die Therapie als Möglichkeit, die negativen Folgen des Alterns unwahrscheinlicher zu machen. Hierbei war ihnen wichtig, dass sie selbst die Handelnden waren. Den aus dem Abfallen der eigenen Leistungsfähigkeit resultierenden Verlust an persönlicher Selbstständigkeit nahmen sie als Prozess wahr, der passiv, ohne ihr Zutun stattfand. Dies führte zu der Angst, dem eigenen gesundheitlichen Abbau ohne Handlungsmöglichkeiten ausgesetzt zu sein. Eine Patientin berichtete, dass die Sorge um diese Verschlechterung der Konstitution schlimmer war als die Schmerzen, unter denen sie litt.

P: Ich bin jetzt 71 und man hat natürlich Angst, also das Alt - Werden ist nicht einfach und dass dann immer mehr dazu kommt, man weiß es auch, und die größte Angst ist natürlich, dass man irgendwie eine Demenz kriegt oder so in diesen Tagen. Die Knochen sind es natürlich auch. Ich bin ein beweglicher Mensch und wenn ich nicht mehr laufen kann, ist das Leben nicht mehr so sehr lebenswert.[...] Die Angst ist manchmal schlimmer, dass ich eben nicht mehr laufen kann oder so, die ist schlimmer als der Schmerz an sich. (PN8/164)

Der Wert, den sie ihrem Leben zuschrieb, hing für sie mit der Fähigkeit laufen *zu können*, zusammen. Mit der Therapie war es möglich, „etwas für sich zu tun“ und so auf ihre Konstitution aktiv Einfluss zu nehmen. Das Aktivsein in der Therapie, um ihre Gesundheit zu stabilisieren oder zu erhalten, trug zum Wohlfühl der Patientinnen bei. Die Angst vor dem körperlichen Abbau konnte auf diese Weise reduziert werden.

4.1.4 Gruppendynamik

Die Gruppe erleichterte die für das Training notwendige Selbstüberwindung und stellte so einen maßgeblichen Faktor für das Durch- und Weiterführen der Therapie dar. Die

Patientinnen hatten Spaß am gemeinsamen Training und berichteten, es als wohltuende Abwechslung empfunden zu haben. Die Tatsache, sich zu einer Gruppe zugehörig zu fühlen, bereicherte ihren Alltag.

Vier Teilnehmerinnen nannten die Gruppe als einen der entscheidenden Gründe, das Training durchzuführen. Das alleinige Üben fiel ihnen schwer. Zuhause gab es für sie viele andere Tätigkeiten, die sie vom Trainieren abhielten. Die feste Uhrzeit sowie die Regelmäßigkeit der Treffen erleichterte es ihnen, die Übungen durchzuführen. Die Verbindlichkeit, die sie gegenüber den Forschern sowie der Gruppe empfanden, ermöglichte es, den „inneren Schweinehund, der so gar nicht dafür“ (PN7/103) war, zu überwinden.

Eine Teilnehmerin beschrieb die Erfahrungen, die sie mit dem Trainieren alleine gemacht hatte. Es fiel ihr allein im Vergleich zum Gruppentraining schwerer, den „inneren Schweinehund“ zu überwinden. Dies führte dazu, dass sie allein die Übungen nicht durchführte, zusammen mit den anderen Teilnehmerinnen jedoch schon. Sie *bezeichnete* bei ihrer Erklärung die Gruppe als aktive Instanz, die sie bewegt. Sich selbst schilderte sie als passives Element, das durch die Gruppe bewegt wurde:

P: Also dass ich weiter bewegt werde. Alleine macht man ja doch nichts, das ist der innere Schweinehund. Bei älteren Menschen ist das sowieso schwerer. Wenn dann was weh tut, und man schwerfälliger ist und so weiter - und das nicht so klappt. (RS9/117)

Die Patientin empfand das Üben für ältere Menschen mühsamer als für jüngere. Auch hier hemmte sie die Frustration, dass Bewegungen, die früher problemloser durchführbar waren nun zur Herausforderung wurden. Sie sah gerade bei älteren Menschen die Gruppendynamik als Möglichkeit, trotz erschwelter Situation weiter zu üben. Auch die Zusammensetzung der Gruppe spielte hier eine Rolle. Da manche Teilnehmerinnen selbst mit ihrem Zustand unzufrieden waren, schämten sie sich, vor jüngeren Menschen zu üben. Das Trainieren in einer Seniorengruppe empfanden sie als Sicherheit vor einer solchen Blamage.

Fünf Patientinnen betonten, in der Gruppe Spaß zu haben. Sie schätzten die Ablenkung, die das Üben in ihren Alltag brachte, das Lachen und die Tatsache „dass man nicht so tierisch ernst da was üben musste“ (RS9/100). Der feste Rahmen, den

das Training bot, gab den Übungsstunden eine gewisse Kontinuität. Das Durchführen von gemeinsamen Aufgaben sowie das Gefühl unter Menschen zu sein, wurden als weitere Gründe genannt, aufgrund welcher die Teilnehmerinnen Spaß am Trainieren hatten.

Besonders die Teilnehmerinnen in einer Rückenschulgruppe berichteten, sich „immer gefreut [zu haben] wenn der Montag rangekommen ist“ (PN4/201)

Zwei Teilnehmerinnen kritisierten die entspannte Übungsweise. Für sie gab es „ein bisschen zu viel Gerede“ (PN5/173)

Auch nach Studienende war das Gefühl der Zugehörigkeit zu einer Gruppe ein Grund, weiterzumachen. Eine Teilnehmerin berichtete, dass für ihren Körper das Training keine erkennbare Besserung dargestellt hatte. Da jedoch die gesamte Gruppe wünschte weiterzumachen, schloss sie sich der allgemeinen Meinung an. Auch eine weitere Patientin hielt es für möglich, in der gemeinsamen „Hoppelei“ den Anstoß zum weiteren Trainieren zu finden, der bis dahin gefehlt hatte.

Zwei Teilnehmerinnen trainierten für kurze Zeit in der Qigonggruppe mit. Sie hatten jedoch das Gefühl, nicht in der neuen Gruppe willkommen zu sein. Da es ihnen nicht „behagte“, kehrten sie wieder zu den vertrauten, physiotherapeutischen Nackenübungen zurück (PN5/PN2).

Zwei Teilnehmerinnen vermuteten, dass die Gruppenzugehörigkeit vor allem bei den älteren Teilnehmerinnen „der Antriebsmotor“ sei (PN10).

Aus ihrer Sicht waren es besonders die Älteren, die „gedrängelt“ hatten, weitermachen zu können. (PN3/211) Die ältesten Patientinnen der Studie äußerten sich jedoch nicht zu diesem Thema.

Da sich keine über das Training hinausreichenden soziale Kontakte ergaben, stellte das gemeinsame Üben die einzige Verbindung zwischen den Teilnehmerinnen dar. Diese Tatsache wurde weitgehend als unproblematisch bewertet. Viele empfanden es als nicht notwendig weitergehende Kontakte zu knüpfen. Sie beschrieben ihren Alltag als bereits ausgefüllt, einige sogar als anstrengend.

4.1.5 Die Rolle der Therapeutin

Alle Teilnehmerinnen bewerteten die Therapeutinnen positiv. Sie begründeten dies in deren Kompetenz, dem respektvollen Umgang mit den Teilnehmerinnen und deren Fähigkeit, auf die Bedürfnisse älterer Menschen einzugehen. Dies trug entscheidend

zur Motivation während und nach dem Training bei und bildete die Grundlage für die positive Atmosphäre innerhalb der Gruppen.

Die Kompetenz der Trainerinnen war für viele ein entscheidender Vorteil des Gruppentrainings im Vergleich zum Training zuhause. Vieles, was man alleine immer falsch gemacht hätte, wurde so gesehen und verbessert.

Durch die Kompetenz, die die Teilnehmerinnen den Therapeutinnen zusprachen, hatten diese die Möglichkeit, die Vorstellungen der Patientinnen von einem guten Training teilweise zu beeinflussen.

Bei einer Teilnehmerin hatte ein prinzipielles Umdenken stattgefunden. Statt schnell und ruckartig zu üben, lernte sie, „alles schön langsam [zu machen,] langsam und genau.“ (PN10/105)

Die meisten Patientinnen empfanden ein Üben, das sie an ihre Grenzen führte, als gutes Training. Sie bewerteten es als positiv „rangenommen“ zu werden. In einer Gruppe hatte ein Wechsel der Lehrerin stattgefunden. Teilnehmerinnen beschrieben die neue Trainerin als „härter“ (PN9/84), da sie sie mehr fordere. Auch wenn dies zu mehr Muskelkater führte, erklärten sie, von diesem Training stärker zu profitieren. Sie hatten das Gefühl, dass ein schwereres Training zu einem größeren Profit führte.

Es war für viele sehr wichtig, dass das anfängliche Üben auf Stühlen durch das Trainieren auf Bällen ersetzt wurde. Eine 75-jährige Teilnehmerin bezeichnete Übungen im Sitzen generell als „Geriatricübungen“ (PN2/38). Sie fühlte sich dadurch nicht ausreichend gefordert und hätte sich ein verstärktes Üben im Stehen gewünscht. Andererseits äußerten drei Teilnehmerinnen, dass für sie die Möglichkeit, eine Übung auszulassen, wichtig war.

P: [Im Fernsehen] habe ich eigentlich gedacht, ich muss alles mitmachen. Manchmal stand drunter „bei Wirbelsäulenbeschwerden nicht“, ich habe versucht es mitzumachen und es ist an die Wand gegangen.

[Die Lehrerin] hat immer gesagt, also wenn sie es nicht machen können, dann lassen Sie es und so weiter, versuchen Sie es. Sie hat sich auf ältere Menschen eingestellt. (PN8/111)

Der professionelle Rat, gab ihr die Möglichkeit, ihre Leistungsansprüche an sich selbst zu senken. Sie äußerte sich außerdem positiv darüber, dass dies auf respektvolle Weise geschah. So hatte sie nicht das Gefühl, versagt zu haben, sondern vielmehr nun

für sich besser zu trainieren. Diese Umgangsweise fasste sie als adäquat für ihre Altersgruppe auf.

Die individuellen Ratschläge ermöglichten, beiden Wünschen nachzukommen: derjenigen der Teilnehmerinnen, die „intensiv“ üben wollten, und derer, die sich ein sanfteres Training wünschten. Im Weiteren gab ihnen dies das Gefühl, individuell wahrgenommen zu werden.

Anerkennung war für die Teilnehmerinnen sehr wichtig. So hatte das Loben der Lehrerin deutlichen Einfluss auf die Patientinnen. Sie erinnerten sich an genaue Wortlaute eines Lobes. Für eine Teilnehmerin war die Aussage dass „diese Gruppe die beste von allen“ sei (PN4/203), sehr motivierend. Zudem stärkte das Lob das Gruppengefühl. Interessant war, dass diese Rückenschulgruppe zu großen Teilen auch nach Therapieende weitertrainierte.

Es konnte auch ein erzieherischer Aspekt des Lobens festgestellt werden; bestimmte Verhaltensweisen, wie beispielsweise das genauere, langsamere Üben wurden durch gezieltes Loben vereinzelt gefördert.

Die von den Lehrerinnen gestalteten Rahmenbedingungen wurden großteils als durchdacht beschrieben. Ein sinnvoller Aufbau und eine konsequente Struktur in den Übungsstunden wurden positiv bewertet. Sie empfanden dies als Ausdruck von Kompetenz, was das Vertrauen in die Unterrichtenden erhöhte. Die Zuverlässigkeit der Lehrerinnen war einigen von Bedeutung; das Zuspätkommen einer Lehrerin wurde angemerkt. Zwei Teilnehmerinnen hatten aufgrund einer Schwerhörigkeit teilweise Probleme, den Anweisungen zu folgen, jedoch nicht den Mut, dies in den Situationen zu äußern. Hier hätten sie sich ein lauterer Sprechen gewünscht.

4.1.6 Zusammenfassung

In Bewegung zu bleiben war das grundlegende Ziel, das alle Teilnehmerinnen in der Nackenübungsgruppe verfolgten. Gründe hierfür waren zum einen, ein Fortschreiten ihrer Beschwerden zu verhindern und gegebenenfalls eine Verbesserung ihres Zustandes zu erzielen. Zum anderen stellte das Üben für sie eine Möglichkeit dar, aktiv dem Prozess des Alterns zu begegnen, ihre Gesundheit zu fördern und damit vor allem das Bewahren ihrer Selbstständigkeit zu unterstützen. Die Gruppe stellte für die Patientinnen einen angenehmen sozialen Rahmen dar. Gruppe und Lehrerin halfen Ihnen, Motivation sowie Art und Weise des Trainings zu finden und gaben ihnen Abwechslung und Anerkennung im Alltag.

4.2 Ergebnisse der Qigonggruppe

4.2.1 Zur Ruhe kommen – zentraler Effekt der Qigongtherapie

Für neun von zehn Patientinnen der Qigonggruppe war der offensichtlichste Gewinn der Therapie die Möglichkeit, sich durch die Übungen zu entspannen und zur Ruhe zu kommen. Sie schilderten dies oft ausführlich und engagiert. Viele hatten diese Auswirkungen neu entdeckt und wurden von ihnen überrascht. Keine Patientin hatte aus der Motivation heraus, sich entspannen zu wollen an der Studie teilgenommen. Die Tatsache, etwas bisher Unbekanntes erfahren zu haben, war einer der Gründe für den Enthusiasmus, mit dem sie von diesem Effekt der Therapie berichteten. Sie empfanden es als bereichernd Neues zu erlernen.

Die Mehrheit hatte sich ursprünglich für die Studie interessiert um ihre Gesundheit zu unterstützen. Sie wünschten sich, dass ihnen mit ihren Beschwerden „geholfen wird“ (QG18/37). Vereinzelt wurden auch individuelle Beweggründe genannt, wie beispielsweise der Wunsch, sich eine andere Haltung des Halses angewöhnen zu können (QG10/31).

Viele hatten sich aus Neugier für die Studie interessiert. Da sie für ihre chronischen Schmerzen schon vieles ausprobiert hatten, stellte Qigong eine neue, unbekannte Therapieform dar. Manche hatten von asiatischen Methoden gehört. Eine Teilnehmerin hatte von Bekannten Empfehlungen der „asiatischen Therapien“ erhalten. Eine andere Probandin hatte Menschen im Park üben sehen und Gefallen an den fließenden Bewegungen gefunden. beide erhofften sich, der Qigonggruppe zugeteilt zu werden

Die Möglichkeit, durch Bewegung und Konzentration zu Ruhe und Entspannung zu kommen, stellte den zentralen Gewinn für neun von zehn Teilnehmerinnen dar. Die Ruhe und Entspannung, die das Training auslöste, führte bei manchen zu einer Änderung der persönlichen Haltung gegenüber der Therapie. Von einer anfangs skeptischen Position wechselten sie zu einer positiveren Sichtweise.

Vier Patientinnen standen der Therapie zunächst skeptisch gegenüber. Eine Teilnehmerin berichtete, zunächst enttäuscht über ihre Zuteilung zur Qigonggruppe gewesen zu sein. Aufgrund der Sanftheit der Übungen hatte sie sich gefragt „was denn da helfen [soll]“, da sie früher „andere Übungen gemacht“ hatten (QG18/302) um ihren Körper trainiert zu halten. Sowohl die Theorie als auch die Bewegungen waren ihnen

fremd. Sie zweifelten, „ob es überhaupt was bringen würde (QG9/60)“ und eine so sanfte Therapie helfen könne. Sie gaben an, früher „andere Übungen“ gemacht zu haben.

Diese frühere Trainingsform bewertete oft ein Training als umso gewinnbringender, je anstrengender, intensiver und teils auch schmerzhafter es war. Qigong bildete hierzu einen Kontrast, der zunächst als fremd wahrgenommen wurde.

Das Gefühl, möglicherweise umsonst an der Therapie teilzunehmen, beschäftigte einige Patientinnen anfangs stark. Die Fremdheit der Methodik führte zur Abwehr der Übungen. Nach den ersten Stunden berichteten einige von einem Zeitraum, in dem ein Umdenken stattfand. Eine Teilnehmerin beschrieb, wie der Wandel durch den beruhigenden Einfluss auf die Übende stattfand:

P: Na erstmal war ich ganz verwundert; weil das sehr langsame und eigentümliche Bewegungen sind, die man so gar nicht für sich geglaubt hat, dass die einem helfen können. Das ist ganz komisch. Aber dann mit der Zeit hat man gemerkt, dass das einen sehr beruhigt hat und man so eine gewisse Ausgeglichenheit bekommen hat, nicht gleich sich über alles ärgert und aufregt und so, das hat es mir eigentlich gebracht. Bin ein sehr temperamentvoller Mensch gewesen und da hat es mir eben sehr gut getan (QG5/64).

Nachdem sie sich auf die Übungen eingelassen hatte, konnte sie die beruhigende Wirkung immer stärker für sich nutzen. Sie beschrieb eine Ausgeglichenheit, die auch einen Effekt auf ihren Alltag und ihre persönliche Wahrnehmung hatte.

Manchen fiel es schwer, die „innere Ruhe“ (QG9/18) für die Übungen aufzubringen. Auch hier änderte sich dies in dem Moment, in dem sie feststellten, dass die beruhigenden Übungen eine Bereicherung für sie darstellten. Dies motivierte sie, sich auf das Training stärker einzulassen.

Andere beschrieben die Wirkung genereller. Oft benutzten sie mehrere Bilder um den Effekt zu erläutern. Es wurde von einer „inneren Wärme“, einem „Ruhepol“, „Entspannung“ und einer „gewissen Heiterkeit“ (QG 6/10/4) gesprochen. Es fiel ihnen nicht leicht, diese Auswirkung in Worte zu fassen. Eine Teilnehmerin fühlte sich hiermit überfordert und erklärte, „schlecht im Gefühle - Ausdrücken“ zu sein. Für sie war die

Wirkung „eine innere Beruhigung, irgendwie ein Wohlbefinden“ (QG6/151). Die am weitesten gefassten Erläuterungen waren, sich generell wohler zu fühlen (QG9 / QG5). Eine Patientin gab an, „glücklicher gewesen“ zu sein (QG2).

Nur eine von zehn Teilnehmerinnen verneinte, psychische Auswirkungen erlebt zu haben. Sie gab an, „eigentlich nicht psychisch kaputt“ gewesen zu sein (QG8/163). Die Patientin äußerte sich zu sämtlichen Fragen sehr knapp, was sich auch in der kurzen Interviewdauer von 15 min widerspiegelte. Als das Interview beendet wurde, berichtete sie von ihrer Angst, in der Studie etwas falsch gemacht zu haben und deshalb zu einem Interviewtermin eingeladen worden zu sein. Es könnte sein, dass sie aufgrund ihrer Angst eher daran interessiert war, das Interview schnellstmöglich zu beenden und ihre Antworten auf Fragen so gestaltete, dass sie wenig Raum für Rückfragen boten.

Vor diesem Hintergrund besteht die Möglichkeit, dass sie die Frage nach psychischen Effekten als Angriff empfunden haben könnte. Berichte der Teilnehmerin über beruhigende oder entspannende Effekte könnten auf diese Weise verloren gegangen sein.

Einige beschäftigten sich mit einer Gewichtung des psychischen Effekts gegenüber den körperlichen Veränderungen. Manche vermuteten einen stärkeren psychischen Effekt. So beschrieb eine Patientin, dass die Therapie eine „weitaus stärkere Wirkung auf das seelische Befinden“ (QG4/79) hatte. Die Patientin sprang im Verhältnis zu den anderen Teilnehmerinnen am stärksten auf die imaginäre Komponente der Übungen an.

Sie selbst erklärte dies unter anderem durch ihren starken Bezug zur Natur sowie ihre ausgeprägte Phantasie. Sie berichtete, wie sie zuhause übte:

P: Ich habe gemerkt, dass diese ruhige, seelische Empfindung auf mich die größere Wirkung hatte als die körperliche. Das war auch mehr der Grund, wenn ich dann morgens auf dem Bettrand gesessen habe und mir gesagt habe, was empfindest du jetzt? Sonnenschein, Laub, also im Herbst, Laub, raschelndes Laub und mit den Füßen so geschoben, so wie man das als Kind gemacht hat. Da hatte ich wirklich diese Empfindung. Ich bin durch den Flur gegangen mit bloßen Füßen und habe Laub vor mir her geschoben. Und das habe ich als schön empfunden, beruhigend, da hat meine Seele gequitscht [lacht] (QG4/96).

Die verwandten Naturbilder weckten in ihr positive Empfindungen. Sie weckten positive Assoziationen aus der Vergangenheit und führten zu einem beruhigenden, positiv

empfundenes Gefühl, das sie als seelisch wohltuend empfand. Im Weiteren beschrieb sie Qigong als empfehlenswert bei „Seelenverkrampfungen“.

Andere glaubten, dass die körperlichen Auswirkungen zeitlich verzögert auftraten. Zuerst zeigte sich für sie die psychisch beruhigende und entspannende Wirkung. In einem zweiten Schritt konnte der Körper dann sich ebenso „richtig entspannen“ (QG9/54).

Aufgrund dieser Entspannung würden dann Verbesserungen körperlicher Beschwerden ermöglicht (QG9,10). Eine Teilnehmerin erklärte, dass diese Übungen „speziell für unseren ganzen Körperbereich“ sinnvoll wären (QG6/127). Sie wünschte sich, Qigong schon früher entdeckt zu haben. Sie war auch eine der Teilnehmerinnen, die aufgrund der ruhigen und entspannenden Bewegungen diese besonders für ihre Altersgruppe als gewinnbringend betrachtete.

4.2.2 Beweglichkeit und Schmerzlinderung

Im Vergleich zu ihren Antworten bezüglich der entspannenden Wirkung des Qigong, fassten sich die Teilnehmerinnen bei Fragen zur Besserung der Schmerzen kurz. Dennoch berichteten einige von einem Nachlassen des Schmerzes.

Eine Teilnehmerin beschrieb, dass die ersten Besserungen nach drei Wochen eingetreten waren. Auch nach Therapieende hatte die Schmerzlinderung angehalten. Mit der Zeit waren die Schmerzen jedoch wieder zurückgekehrt.

Eine weitere Teilnehmerin äußerte, dass „die Schmerzen schon noch ein bisschen weniger werden könnten.“ Sie relativierte aber diesen Wunsch:

P: weil ich ja selbst merkte: [Schmerzfreiheit] kann einfach in dieser kurzen Zeit nicht sein. Ich weiß auch nicht, ob man das ganz allein, nur mit dem Qigong schafft. Kommt doch auch drauf an, was für Schmerzen man hat. Aber wenn man [sie] einschränken kann und man nicht Spritzen und so viel Tabletten nehmen muss, dann ist das wunderbar, dass man das zusätzlich machen kann. Das ist so mein Standpunkt. Ich muss trotzdem ein Medikament nehmen, aber nicht so viel [davon]. Das hilft doch schon sehr (QG6/228).

Eine Linderung, die zur Einnahme einer geringeren Dosis an Schmerzmedikation führte, empfand sie als zufriedenstellenden Fortschritt. Eine Heilung durch Qigong bezweifelte sie und setzte die Stärke des Effekts mit der Therapiedauer in Verbindung.

Sechs Teilnehmerinnen äußerten, durch die Therapie beweglicher geworden zu sein.

Manche beschrieben Schwierigkeiten beim Beantworten von Fragen, in denen sie zwischen einer erhöhten Beweglichkeit und einer Schmerzlinderung unterscheiden sollten. Wie auch für die Patientinnen der physiotherapeutischen Nackenübungen war für die Qigongteilnehmerinnen die erhöhte Beweglichkeit greifbarer und eindeutiger als die Schmerzlinderung.

Beweglichkeit in Bezug auf die Qigongtherapie bedeutete für sie zudem mehr, als gelenkiger zu sein. Eine Teilnehmerin bejahte die Frage nach einer verbesserten Beweglichkeit und erklärte, dass „die Abläufe der einzelnen Glieder etwas geschmeidiger dadurch wurden. Sie bekamen einen andern Rhythmus (QG3/91)“.

Der Begriff beinhaltete für sie auch die Geschmeidigkeit und somit die Art und Weise der Bewegung. „Beweglicher“ in Bezug auf das Qigong meinte somit auch auf flüssigere Art und Weise.

Eine Patientin umging die Differenzierung zwischen Schmerz und Beweglichkeit und beschrieb stattdessen ihre Bewegungen als „öliger“(QG5/88), nach sechs Wochen konnte sie ihren Kopf deutlich besser und weiter drehen als zuvor. Eine andere Teilnehmerin erläuterte, ihren Arm weiter heben zu können (QG6/163). Einer weiteren Teilnehmerin wurde ihre bessere Beweglichkeit im Nacken von ihrem Arzt bestätigt. Sie äußerte die Überlegung, dass durch eine „seelische Entkrampfung“ Schonhaltungen aufgegeben wurden:

P: weil dieses ewige, pass bloß auf, was man nicht zu Ende denkt, so drin steckt. Also den Kopf nicht zu weit rüber bewegen, das ist einfach schon zur Gewohnheit geworden. Und da hat man's eben ganz leicht und immer wieder und nur bis zur Schmerzgrenze gemacht. Man hat festgestellt: es geht aber! (QG4/275)

Die stete, schmerzlose Wiederholung von Bewegungen, die bei zu heftigem Durchführen schmerzten, war für sie der Grund des Erfolgs. Sie hatte wieder Spaß an den Bewegungen und wieder mehr Lust „herumzulaufen“.

Die erhöhte Beweglichkeit ging bei einigen Teilnehmerinnen mit einer verbesserten Körperhaltung einher. Manche fühlten sich damit auch jünger. Diese Verjüngung erhöhte das Wohlbefinden.

Meine Beweglichkeit hat sich insgesamt gebessert. Ich bin da aufrechter gegangen als zum Beispiel jetzt[...]. Meine Haltung, die war [durch die Therapie] anders geworden. Ich war wieder so ein bisschen [...], selbstbewusster ist falsch. Es hat sich vielleicht so ausgedrückt, aber ich dachte immer: Ach, du gehst jetzt wieder so wie ein Jüngerer, ja, dachte ich. (QG2/171)

Die Stärke der Besserungen wurde von vielen mit der Regelmäßigkeit des Übens in Verbindung gebracht. Je besser es ihnen gelang, die Übungen kontinuierlich durchzuführen, umso größer war der wahrgenommene Erfolg (QG5,3,6).

4.2.3 Andere Veränderungen

Es fiel auf, dass einige Teilnehmerinnen von sehr individuellen, oft vegetativen Auswirkungen der Therapie berichteten, die sich auf unterschiedlichste Weise zeigten. Sie erläuterten Verbesserungen, die meist in persönlichen Schwachstellen der Gesundheit der Teilnehmerinnen auftraten. Beispiele hierfür waren oberflächliches Atmen, gelegentlich auftretender Schwindel, schlechtes Einschlafen oder schnelles Frieren. Teilweise wurde dies durch einen anderen Umgang mit dem eigenen Körper erreicht. Eine Patientin berichtete, zu oberflächlich geatmet zu haben. Sie achtete nun verstärkt auf ihre Atmung, atmete tiefer und führte täglich Atemübungen auf ihrem Balkon durch (QG5/178). Eine Teilnehmerin konnte die Haltung ihres Halses verändern. Sie erklärte hierdurch die Linderung ihres Schwindels (QG 10/47).

Bei zwei Teilnehmerinnen riefen die Übungen eine körperliche Wärme hervor. Eine davon berichtete, unter kalten Extremitäten zu leiden. Die Bewegungen verursachten einen Wärmestrom, der die unangenehme Kälte linderte (QG6/159).

Patientinnen berichteten von einem generell veränderten Körperbewusstsein.

Es fiel ihnen nicht leicht, diese Veränderung zu greifen, da sie ihnen eigenartig erschien.

P: Ganz eigenartig ist das, dass man seinen Körper so, na sagen wir mal trainieren kann, dass man da Dinge, woran man nie gedacht hat, dass das so

einen tiefen Zusammenhang hat. Im Großen und Ganzen hat es mir sehr viel Spaß gemacht und mir sehr gefallen, kann ich nicht anders sagen“ (QG5/253).

Das Training hatte das Körperbewusstsein verändert; sie hatte Zusammenhänge innerhalb des Körpers entdeckt. Diese Erkenntnis war ein Grund dafür, die Therapie als Bereicherung zu empfinden. Eine weitere Teilnehmerin hatte bereits vor der Therapie die Ansicht, dass der Mensch als Ganzheit zu betrachten sei. Sie berichtete, dass beim Qigong diese Erkenntnis im Vordergrund stand und mit ihr gearbeitet wurde.

P: Der Mensch ist ne Ganzheit. Man kann nicht sagen, wenn es mir hier weh tut, dann muss ich hier was machen und alles andere ist uninteressant. Und das ist einfach auch bei dem Qigong so aufgefallen (QG10/35).

In ihrer Aussage wandte sie die Theorie der Ganzheit des Körpers auf ihre konkreten Schmerzen an. Demnach sollte bei Beschwerden in einer Körperpartie auch auf den Rest des Körpers eingegangen werden. Qigong bot eine praktische Umsetzung dieser Erkenntnis.

Qigong wurde zudem als einfache Methode beschrieben, mit der die Teilnehmerinnen gegen Verschlechterungen ihres Zustandes angehen konnten. Die Patientinnen konnten dabei die Dauer, Art und Häufigkeit der Übungen den Beschwerden anpassen. Sie hatten „etwas an die Hand gekriegt“ (QG10/68), womit sie bei erneuten Nackenschmerzen schneller den Schmerz wieder in den Griff bekommen konnten. Dies war für sie eine neue, weitere Möglichkeit, ihren Beschwerden entgegenzutreten.

4.2.5 Umgang mit dem Altern

Es lag ein Unterschied zwischen dem primären Grund vor, aus dem die Teilnehmerinnen an der Therapie teilnahmen und jenem, der sie zum Weiterführen des Trainings veranlasste. Bei Beginn der Studie wünschten sie sich vor allem, ihre Gesundheit zu unterstützen. Sie sahen im Qigong eine noch nicht versuchte Möglichkeit der Schmerzreduktion und der Förderung der körperlichen Gesundheit. Während der Intervention lernten sie mit der Zeit deren beruhigende und entspannende Wirkung kennen. Nach Therapieende war dies der Hauptgrund, weshalb sie Qigong durchführten. Der unerwartete Effekt hatte sie von den ursprünglichen Beweggründen abgelenkt. Sie sprachen weniger von Beschwerden und Schmerzen, sondern verstärkt

über die neu entdeckten Einflüsse auf Körper und Psyche. Die Therapie fungierte so als Ablenkung von den alltäglichen, meist mit dem Alter assoziierten Beschwerden. Die Entspannung ermöglichte es einer Teilnehmerin, ihre Gedanken für eine Weile auszublenden.

P: vor allen Dingen auch so die Entspannung. Dass man abschaltet, ja dass man eben wirklich dann schön reinkommt in diese langsamen Übungen und das, das wirkt sich aus, auf 's Nervensystem (QG3/48).

Eine Teilnehmerin äußerte, dass sie jedoch glaubte, aufgrund ihres Alters nicht genug von der Therapie profitieren zu können, da sie das Erlernte schnell wieder vergaß. Sie konnte aus diesem Grund die Übungen nicht zuhause wiederholen und wünschte sich, dass unter jungen Menschen Qigong bekannter würde (QG16).

Vereinzelt sprachen die Teilnehmerinnen von altersbedingten Veränderungen, gingen jedoch selten ins Detail. Zwei Teilnehmerinnen beschrieben, große Angst vor dem Stürzen zu haben. Sie wünschten sich, gesundheitlich stabiler zu werden um nicht hinzufallen.

Im Gegensatz zu einer sorgenvollen Haltung gegenüber dem Altwerden standen die Aussagen von zwei Teilnehmerinnen. Durch ein Akzeptieren des Alterns mit seinen Beeinträchtigungen, hatten sie eine positivere Einstellung zu ihrem Zustand.

Eine 82-jährige Teilnehmerin relativierte die Beeinträchtigungen, die sie aufgrund des Alters hatte. Im Vergleich zu Gleichaltrigen hatte sie geringere Beschwerden, das stimmte sie gelassen (QG7/103).

Die zweite Patientin kalkulierte einen gesundheitlichen Abbau klar mit ein. Sie empfand es als unrealistisch, dass älter werdende Menschen sich wünschten, keine gesundheitlichen Verschlechterungen zu erfahren.

P: ich bin genauso wie alle anderen, die ich kenne, ich erwarte, dass meine Gesundheit nachlässt. Ich kann doch nicht erwarten- mir haben sie zum Geburtstag jetzt alle Gesundheit gewünscht und ich hab nur gedacht: Mensch und keiner hat an meinen Lottogewinn gedacht. Ich wünsche mir ja eigentlich einen Lottogewinn. [Mit der] Gesundheit lass ich mich überraschen (QG9/131).

Für sie waren Spekulationen um das Thema Gesundheit eher lästig, da sie in jedem Fall eine schicksalhafte Komponente beinhalteten.

4.2.6 Gruppendynamik

Das Gefühl, unter „Leidensgefährtinnen“ (QG12) zu sein, wurde als angenehm wahrgenommen.

Es erschien ihnen von Vorteil, dass die anderen Teilnehmerinnen etwa gleichaltrig waren. Die Patientinnen konnten sich untereinander vergleichen. Sie bemerkten, dass auch die anderen Beschwerden hatten und konnten das eigene Leiden relativieren. Die Tatsache, dass die anderen Frauen sich in ähnlicher Lage „tapfer“ zeigten, motivierte, auch selbst - trotz innerem Widerstand - mitzumachen. Eine Teilnehmerin sprach von einem Zwang, den sie durch die bestätigte Teilnahme an der Gruppe empfand. Sie bewertete ihn als sehr positiv, da sie sich sonst nicht zu einem ausgiebigen Training motivieren konnte.

Die Patientinnen erläuterten, Spaß am gemeinsamen Üben gehabt zu haben. Sie empfanden den menschlichen Kontakt als positiv. Eine Teilnehmerin bedauerte, dass die sozialen Kontakte sich nicht über das Training hinaus entwickelt hatten. Sie erklärte, auch, selbst nicht die Initiative ergriffen zu haben und somit auch keinen Anspruch darauf erheben zu können.

4.2.7 Die Rolle der Therapeutin

Die Therapeutin verkörperte in der Qigonggruppe eine Schlüsselrolle. Da die Teilnehmerinnen mit einer neuen Methodik vertraut gemacht wurden, musste die Kursleiterin den Zugang zur bisher unbekanntem Therapieform herstellen. Sie diente als Vorbild und verkörperte zunächst die Therapieform Qigong. Es hing besonders zu Anfang von ihr ab, ob sich die Teilnehmerinnen auf die Übungen einlassen würden oder nicht. Eine Teilnehmerin schilderte, dass sie anfangs die Wirksamkeit des Qigong eher bezweifelte.

P: Denn vorher habe ich immer gedacht: naja, Mensch, kann doch gar nicht sein, dass durch Kopf und trallala und was die immer erzählen, so kann's ja gar nicht sein. Dass das sich so auswirkt, auf verschiedene Belange im Körper. Ich weiß nicht, ob man da immer so ein ungläubiger Thomas bleibt [...], ob das Überheblichkeit ist, dass man denkt, die andern sind doof und nur du hast Recht (QG2/171).

Im Nachhinein suchte sie nach Gründen für ihr anfängliches Zweifeln und nannte als einen möglichen Faktor eine Überheblichkeit gegenüber fremd erscheinenden therapeutischen Ansätzen. Im Weiteren beschrieb sie als zentral, dass die Lehrerin „mit Leib und Seele dabei war“ (QG12/14). Durch dieses Verkörpern der Therapieform wirkte der Unterricht als ganzheitliches Erlebnis und strahlte eine Atmosphäre aus, die die Entspannung für die Teilnehmerin ermöglichte. Eine Teilnehmerin beschrieb, beim selbstständigen Qigongtraining immer an das Bild der Lehrerin zu denken, das mit einer bestimmten Stimmung verknüpft war. Allein dieses Bild hatte schon eine entspannende Wirkung auf sie (QG10). Eine weitere Patientin beschrieb die Lehrerin direkt als „fließend“. Sie hatte die Person stark mit ihren Bewegungen in Verbindung gebracht. Beim Üben war den Patientinnen wichtig, dass die Trainerin selbst die Übungen mitmachte. Durch das Vormachen wurde das Geforderte deutlicher als durch Beschreibungen

Wichtig war ihnen auch, ihre während der Übungen aufkommenden Fragen beantwortet zu bekommen, die sie „wie verrückt hatten“ (QG 15/279).

Als weiteren Grund, aus welchem sich die Patientinnen auf die nichtvertraute Therapieform einließen, nannten sie, dass sie die Didaktik der Lehrerin als sehr angenehm empfanden. Hier erläuterten sie es als besonders wichtig, dass sie nicht zu fordernd oder bedrängend auftrat. Lobende und aufmunternde Worte erhöhten die Motivation zu üben. Eine Patientin benutzte „Mutter“ als Metapher für die Lehrerin.

P: Auch weil der Therapeut sich dann gefreut hätte. Sie wissen ja, wenn Mutti sich freut, macht man vieles [lacht] (QG2/212).

Die persönliche Anteilnahme am Fortschritt der Teilnehmer wirkte auf sie motivierend. Der ruhige, respektvolle Umgang erschien den Patientinnen als passend, sowohl zum Gesamtkonzept der Therapie als auch zum Umgang mit Menschen ihres Alters.

Authentizität und Didaktik der Lehrerinnen bewirkten, dass die Patientinnen sie als sehr kompetent einstufen. Die individuellen Verbesserungsvorschläge während der Kurseinheiten sowie den Erfahrungsschatz, den die Therapeutinnen mitbrachten, verstärkten diesen Eindruck. Das Gefühl, in fachkundiger Betreuung zu sein, erhöhte ihr

Vertrauen in den Unterricht und somit die Bereitschaft, sich intensiv am Training zu beteiligen.

Die Bewertung der Lehrerinnen als fachlich und persönlich kompetent, war Grund für die auffallende Sympathie, mit der alle Teilnehmerinnen von den Kursleiterinnen sprachen. Eine Teilnehmerin beschrieb den positiven Einfluss, den die persönliche Kompetenz auf ihren therapeutischen Gewinn hatte. Durch eine Ansprache, die nicht schikanierte, konnte sie erkennen, dass ihr die Übungen nützten.

P: Dass das nicht etwa Schikane sein soll, sondern dass es einem hilft. Das macht man dann lieber, wenn man merkt, dass der andere kompetenter zu sein [scheint] als der Therapeut, der dann das abhandelt. Ja, ich hab sie sehr geschätzt.[...], ich hab sie sehr geschätzt. Das drückt mein Gestottere aus (QG2/102).

Sie verlieh der Aussage, die Lehrerin zu schätzen Nachdruck, indem sie sie wiederholte. Als Einschränkung ihres Lobes fügten einige Patientinnen hinzu, jedoch keinen Vergleich zu anderen Lehrerinnen zu haben, da dies ihr erster Kontakt zu Therapeutinnen des Qigong dargestellt hatte. Eine Teilnehmerin stellte sich die Frage, ob die Therapieform möglicherweise Grund für die positive Bewertung der Lehrerin sein könne, da Qigong die im Kurs als positiv empfundenen charakterlichen Eigenschaften in den Vordergrund stelle.

4.2.8 Zusammenfassung

Durch Bewegung zur Ruhe zu kommen war der zentrale Nutzen, den die Patientinnen in der Qigonggruppe erlebten. Von einer anfangs teils eher skeptischen Haltung fanden sie sich mit der Zeit in die neuerlernte Therapieform ein. Der Lehrerin kam hier eine Schlüsselrolle zu, da sie das Vertrauen der Teilnehmerinnen gewinnen musste, damit diese sich der Therapie öffneten. Der neu entdeckte Effekt übertraf die Wichtigkeit, die die Reduktion der Schmerzen für sie hatte. Dennoch berichteten sie von Verbesserungen der Nackenschmerzen, jedoch nicht von Heilungen. Sie betonten eine verbesserte Beweglichkeit. Bewegungen wurden von einigen als geschmeidiger wahrgenommen. Es trat eine Vielzahl an weiteren Verbesserungen auf. Häufig milderten sich Beschwerden in individuellen körperlichen Schwachstellen.

Die Gruppe stellte für sie die Möglichkeit dar, die eigene Bequemlichkeit zu überwinden, die sie, wenn sie allein waren, vom Üben abhielt. Außerdem ermöglichte sie, sich mit anderen zu vergleichen sowie sozial auszutauschen.

4.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die zunehmende körperliche Gebrechlichkeit stellte eine große Herausforderung für die Patientinnen in der Studie dar. Besonders in der Gruppe der physiotherapeutischen Nackenübungen wurde ausführlich über deren Auswirkungen auf den Alltag berichtet. Die Patientinnen bedauerten, dass ihre Leistungsfähigkeit im Vergleich zu früheren Zeiten nachgelassen hatte. Hierdurch waren sie in der Gestaltung ihres Alltags eingeschränkt und abhängiger von der Unterstützung anderer. Vereinzelt berichteten die Patientinnen von einer Angst, den Herausforderungen im täglichen Ablauf nicht mehr gewachsen zu sein und so vor sich und anderen zu versagen. Die persönliche Beweglichkeit diente ihnen als ein Maßstab, mit welchem sie den Grad des körperlichen Abbaus beobachten konnten. Die Beweglichkeit war für sie einfacher zu beobachten als die Intensität ihrer Schmerzen, da sie diese oft schon lange Zeit verspürten und die Intensität des Schmerzes oft wechselte. Das Fortschreiten der körperlichen Einschränkungen geschah für sie zu großen Teilen, ohne dass sie es beeinflussen konnten. So suchten sie Möglichkeiten, sich gegen die als negativ empfundenen Veränderungen zur Wehr zu setzen.

In der Qigonggruppe wurde weniger über den Verlust der eigenen Selbstständigkeit gesprochen. Viele Patientinnen äußerten sich eher knapp zu ihrer Sichtweise des eigenen Alterns. Vereinzelt berichteten sie von der Angst, aufgrund der nachlassenden Körperfunktionen zu stürzen. Zwei Teilnehmerinnen beschrieben Sichtweisen des Alterns, die sich von jenen der Patientinnen der physiotherapeutischen Nackenübungen unterschieden. Die erste war, sich nicht mit jüngeren, sondern mit Gleichaltrigen zu vergleichen. Sie relativierte so die Problematik der eigenen Situation. Die Zweite beschrieb, den körperlichen Abbau als natürlichen Vorgang zu akzeptieren und als Bestandteil des Alterns in die Lebensplanung einzukalkulieren. Die Teilnehmerin relativierte ihre Situation nicht nur, sondern nahm sie an und integrierte sie als natürlichen Prozess in ihren Alltag mit ein.

Die Patientinnen motivierte der Gedanke, mit Hilfe der Therapie die eigene Gesundheit aktiv unterstützen zu können. Das Ausmaß ihrer Erwartungen unterschied sich individuell. Diese gingen von dem bloßen Wunsch, sich körperlich mehr zu betätigen über das Bestreben, ihren Zustand zu erhalten, bis hin zur Hoffnung, nach Therapieende deutlich weniger Schmerzen zu haben und beweglicher zu sein. Besonders in der Gruppe der physiotherapeutischen Nackenübungen war es den Teilnehmerinnen wichtig, dass sie dabei selbst die Handelnden waren und eigenständig die gewünschten Erfolge erzielen konnten. Sie wünschten sich das Gefühl, etwas für sich tun zu können, Autonomie hinzuzugewinnen und somit selbst zur Erhaltung ihrer Selbstständigkeit beizutragen. Sie berichteten, dieses Ziel mit der Therapie erreicht zu haben.

Auch in Bezug auf die Schmerzreduktion und die Beweglichkeit äußerten sich die meisten Teilnehmerinnen nach Beendigung der Studie zufrieden. Zwei Teilnehmerinnen gaben an, sich eine etwas stärkere Schmerzlinderung erhofft zu haben. Viele glaubten, dass durch Regelmäßigkeit und Dauer des Übens die Wirkung noch gesteigert werden *könnte*. Schilderungen der Beweglichkeit waren für sie griffiger als jene der Schmerzreduktion.

Im Qigong zeigten sich nahezu alle Teilnehmerinnen von der entspannenden und beruhigenden Wirkung des Trainings überrascht und beeindruckt. Viele berichteten von unterschiedlichen vegetativen Verbesserungen ihres Allgemeinzustandes. Nach anfänglicher Befremdung konnten sie sich immer stärker auf die Methode einlassen und veränderten teilweise ihr Körperbewusstsein zu einem ganzheitlicheren Verständnis des Organismus. Die Lehrerinnen vermittelten hier zwischen Üben und Therapieform. Die durch die Therapeutinnen erhaltene Anerkennung empfanden die Teilnehmerinnen in beiden Gruppen als sehr bereichernd. Das Training in der Seniorengruppe wirkte als schützender Rahmen vor dem Gefühl, blamabel aufzutreten. Es erleichterte den Patientinnen, alt sein zu dürfen. Außerdem wirkte das gemeinschaftliche Trainieren auf sie stark motivierend.

Die Teilnehmerinnen zogen aus beiden Therapien für sich das heraus, was ihnen in ihrer Lebenssituation von Nutzen war. Bei den physiotherapeutischen Nackenübungen stand hier der Aspekt der Erhaltung der Beweglichkeit und somit der Selbstständigkeit im Vordergrund. Das Training gab ihnen das Gefühl, durch aktives Handeln etwas für sich tun zu können.

In der Qigonggruppe half ihnen die Möglichkeit, sich zu entspannen und mindestens für den Zeitraum des Übens alltägliche Gedanken auszublenden.

Verbesserungen der Nackenschmerzen traten in beiden Gruppen auf, eine Heilung konnte weder durch die physiotherapeutischen Nackenübungen noch durch das Qigong erreicht werden.

Die Beweglichkeit wurde insgesamt als deutlich verbessert beschrieben, wobei Beweglichkeit in den Gruppen eine etwas unterschiedliche Bedeutung hatte. Während bei den physiotherapeutischen Nackenübungen damit vor allem der Grad gemeint war, bis zu welchem sie ihre Gelenke drehen konnten, kam in der Qigonggruppe noch die Komponente des Bewegungsflusses hinzu.

Nur in der Qigonggruppe traten Verbesserungen in vegetativen Bereichen sowie Veränderungen des Körperbewusstseins auf.

Das Training als Gruppe wurde von beiden als sehr motivierend bewertet. Es stellte eine Abwechslung im Alltag dar, die ihnen Spaß und sozialen Kontakt brachte. Die Lehrerinnen wurden in beiden Therapiegruppen als professionell und persönlich kompetent bewertet. Sie hatten in beiden Gruppen vereinzelt die Möglichkeit, die Definition der Teilnehmerinnen von gutem Trainieren nachhaltig zu verändern. Im Qigong kam ihnen noch zusätzlich die Rolle der Vermittlerinnen zwischen Patientinnen und neuartiger Therapie zu.

5. Diskussion

5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die beiden Gruppen unterschieden sich hinsichtlich des berichteten zentralen Effekts der Therapien. In der Gruppe der physiotherapeutischen Nackenübungen sahen die Patientinnen das Üben primär als sinnvoll für den Erhalt ihrer Selbstständigkeit. Sie schätzten die Möglichkeit, aktiv gegen den altersbedingten körperlichen Abbau vorgehen zu können. Für die Qigongteilnehmerinnen stellte die Möglichkeit, sich durch die Therapie entspannen zu können den zentralen Gewinn dar. Durch die Erfahrung des entspannenden Effekts wechselte ihre Einstellung gegenüber der Qigongtherapie von einem anfangs eher skeptischen Blickwinkel zu einer positiven Haltung. Das neuentdeckte Therapiekonzept empfanden sie als Bereicherung in ihrem Alltag. Außerdem wurden in der Qigonggruppe positive, vegetative Effekte erläutert, die oft in Schwachstellen der individuellen Gesundheit auftraten. Im Weiteren berichteten beide Gruppen von einer leichten bis mittleren Reduktion ihrer Beschwerden, jedoch von keiner Heilung. Berichte über die Schmerzreduktion wurden häufig von Äußerungen zu einer verbesserten Beweglichkeit begleitet. Die Beweglichkeit war für die Patientinnen ein Maßstab für das Nachlassen ihrer Beschwerden. Gruppe und Therapeutin stellten in beiden Therapiegruppen wichtige Motivationsfaktoren für das regelmäßige Trainieren dar.

5.2 Methodik

Die qualitative Forschung gewann in den letzten Jahren im biomedizinischen Bereich zunehmend an Bedeutung [Barbour, 2003]. Im Fachbereich der Medizin bieten sich besonders Fragestellungen, in welchen die Sicht der Patienten zu spezifischen Therapien und deren individuelle Auswirkung erforscht werden soll für qualitative Forschungsmethoden an [Green, 2001].

Somit stellte die Fragestellung dieser Studie, von welchem Effekt der Therapien die Patientinnen berichteten, einen gängigen Einsatzbereich für qualitative Methoden im medizinischen Bereich dar. Qualitative Forschung kann so zu einer an Standpunkten und Bedürfnissen der Patienten orientierten Medizin beitragen [Green, 2001].

Zudem sollte nach den Forschern bisher unbekanntem Gründen für das Fortführen der Therapien gesucht werden. Mit qualitativen Methoden war es möglich, auch von den

Forschern nicht erwartete Antworten zu erhalten [Press, 2005]. Es konnte der Nutzen der Teilnehmerinnen ermittelt und so deren Gründe für das Weiterführen der Therapien erklärt werden. Die offengebliebene Frage der quantitativen Parallelstudie wurde mit Hilfe eines qualitativen Forschungsdesigns beantwortet. Dies kommt der Forderung nach, Stärken und Schwächen in quantitativen und in qualitativen Ansätzen zu erkennen und Analysestrategien differenziert dort einzusetzen, wo sie angemessen sind [Mayring, 2001].

5.2.1 Studienpopulation

Die Population dieser Studie bestand zu 100% aus Frauen. Auch in der quantitativen Studie war die Studienpopulation zu einem Großteil weiblich [von Trott, 2009]. Die öffentlich erfolgte Ausschreibung war sowohl an Männer als auch an Frauen gerichtet. Eine Begründung dafür, dass sich trotzdem vor allem Frauen meldeten, stellte mit Sicherheit der hohe Frauenanteil in der beforschten Altersgruppe dar [Statistisches Bundesamt, 2009]. Im Weiteren gibt es Hinweise, dass die Motivation von Frauen, ihre Gesundheit aktiv zu fördern höher sein könnte als jene von Männern [Fraser, 2007].

Auch die Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie führte zu einer Selektion. Es ist davon auszugehen, dass Patienten, die sich zu einer kontinuierlichen Intervention bereit erklären, ein Mindestmaß an körperlicher Fitness, Offenheit und Kooperationsbereitschaft mitbringen. Zudem wohnten sämtliche Teilnehmerinnen in Wohnanlagen, was ebenso nur einen bestimmten Teil der älteren Bevölkerung repräsentierte. Durch das Rekrutieren der Patientinnen aus vier Wohnanlagen wurde jedoch verhindert, dass Eigenschaften einzelner Wohnanlagen zu sehr die Ergebnisse der Studie beeinflussten.

Die Studienpopulation von 20 Teilnehmerinnen erscheint vor dem Hintergrund quantitativer Erhebungen sicherlich relativ klein. Jedoch hat sich in beiden Gruppen jeweils schon ab etwa dem dritten Interview bei jedem weiteren Interview gezeigt, dass sich getroffene Aussagen zunehmend wiederholten. Deshalb lässt sich vermuten, dass die Stichprobe groß genug war, um die relevanten Themen abzubilden.

Die Studienpopulation war mit einem Durchschnittsalter von 76,2 Jahren ($\pm 4,52$) ungewöhnlich alt. Viele Studien beschäftigten sich nur mit Probanden zwischen dem 60. und 65. Lebensjahr. Einer der Gründe dafür ist die mit zunehmendem Alter immer häufiger auftretende Erkrankung an einer Demenz, die gerade in ihrem Anfangsstadium

schwer zu diagnostizieren ist. Vor Beginn der quantitativen Studie wurden die kognitiven Fähigkeiten auf mental-psychische Erkrankungen hin im Rahmen des Aufnahmegesprächs getestet.

5.2.2 Interviews

Für diese Studie wurden Einzelinterviews durchgeführt. Im Gegensatz zu zum Beispiel Gruppendiskussionen konnte sich der Interviewende ausschließlich auf die entsprechende Interviewpartnerin konzentrieren und so am gründlichsten ihre individuelle Sichtweise erfassen. Die ungeteilte Konzentration auf den jeweiligen Interviewpartner gilt als förderlich für die Offenheit der Befragten [Przyborski, 2006]. Außerdem konnten die Teilnehmerinnen auf diese Weise in ihrer vertrauten Umgebung befragt werden und mussten nicht den Weg zu einem Treffpunkt zurücklegen, was sich für manche Patientinnen als problematisch erwiesen hätte.

Über die wahrgenommenen therapeutischen Effekte sollte auf ausführliche Weise berichtet werden. Hierfür wurde innerhalb der qualitativen Forschung das semistrukturierte, problemfokussierte Interview empfohlen [Schons, 2009]. Gerade im Bereich der Komplementärmedizin bietet es die Möglichkeit, auch komplexe Erfahrungen von Patienten und Klinikern wissenschaftlich zu beforschen [Broom, 2005]. Das semistrukturierte, problemfokussierte Interview gilt in der Literatur als strukturierte Unterform des narrativen Interviews [Stangl, 2010]. Ziel war, die narrative Komponente, also das vom Interviewten geleitete Erzählen zu gewährleisten und mit Hilfe des knappen Leitfadens zugleich die Darstellung der therapeutischen Effekte im Laufe des Interviews sicherzustellen. Der Interviewleitfaden beinhaltete die für das Forschungsthema relevantesten Fragen und gab der Gesprächssituation eine Grundstruktur. Im Vordergrund stand aber der Gedankengang des Interviewten, an welchen der Leitfaden während des Gesprächs flexibel angepasst wurde [Kühn, 2000]. Sechs angefragte Patientinnen lehnten ein Interview ab. Aspekte des therapeutischen Nutzens, von welchen ausschließlich diese Patientinnen berichtet hätten, könnten so verloren gegangen sein. Zudem ist nicht auszuschließen, dass negative Erfahrungen während der Studie den Grund für das Ablehnen des Interviews darstellten, die so ebenfalls nicht berücksichtigt werden konnten.

Die Patientinnen, die an der Befragung teilnahmen, zeigten häufig einen großen Respekt vor der Studie und *ihren Erhebern*.. Die Antworten einer Teilnehmerin fielen sehr knapp aus, da sie den Grund für das Interview in einem Fehlverhalten ihrerseits

während der quantitativen Studienzeit vermutete. Auch andere Beeinflussungen der Antworten durch die Interviewsituation sind möglich. Weitere Teilnehmerinnen könnten aus dem Bedürfnis heraus, sich gut präsentieren zu wollen, vereinzelt ihre Antworten zu Gunsten der vermuteten Wünsche des Interviewers abgeändert haben [Phillips, 2010].

5.2.3 Analyse des Materials

Die qualitative, strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring beinhaltet unter anderem die gemischt deduktiv-induktive Kategorienbildung [Schreier, 2010] sowie die anschließende deduktive Kategorienanwendung. Das bedeutet, dass zuerst anhand des Materials ein Analyseraster aus Codes erstellt und dann an das Material adaptiert wird. Ist dies abgeschlossen, werden diese Codes auf das Material angewandt [Mayring, 2000]. Beim Vorgehen nach Mayring werden somit nur die Inhalte des Materials analysiert, die von einem zuvor generierten Code erfasst werden. Textpassagen, die nicht durch Codes abgedeckt *sind*, werden nicht weiter berücksichtigt [Flick, 2007].

Eine gängige, alternative Vorgehensweise zur strukturierten Inhaltsanalyse nach Mayring stellt die „grounded theory“ dar. Hier werden zunächst sämtlich Aussagen der Teilnehmer in Codes gefasst, die Theorie erwächst so aus den Daten [Böhm, 2007]. Dieses Vorgehen stellt sicher, dass keine interessanten Informationen verloren gehen. Aufgrund der zielgerichteten Fragestellung dieser Arbeit war es von Bedeutung, konkrete und detaillierte Antworten zu generieren. Aus diesem Grund entschloss man sich dennoch dazu, analog der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring vorzugehen. Die Codierung des Materials durch zwei Forscher stellte sicher, dass die für das Kodierungssystem relevanten Aussagen umfassend erfasst wurden und verhinderte eine zu einseitige Betrachtung des Materials.

5.2.4 Stärken und Schwächen der Studie

Interviewerhebung, Transkription und Analyse des Materials fanden nacheinander statt. Eine Verschränkung der einzelnen Arbeitsschritte hätte zu einer Qualitätssteigerung der Arbeit beitragen können, da die während des Interviews und der Transkription gewonnenen Erkenntnisse direkt in die Analyse eingeflossen wären [Böhm, 2007]. Um dieser Limitation zu begegnen, wurden Interview- und Transkriptionsprotokolle erstellt, die die jeweiligen spontanen Eindrücke festhielten.

Die Arbeit fand zusätzlich zu einer randomisierten, kontrollierten Studie statt. Dies entsprach der Idee, durch die Anwendung einer zweiten Methodik zur Erforschung

desselben Phänomens einen vielschichtigeren Erkenntnisgewinn zu erzielen [Flick, 2007].

Man kann nicht von einer repräsentativen Stichprobe sprechen. Qualitative Forschung erhebt hierauf jedoch nur in den seltensten Fällen Anspruch. Wichtiger ist die Generalisierbarkeit der Ergebnisse, die unter anderem dadurch erreicht werden kann, dass die Typik des untersuchten Forschungsgegenstands bestimmt wird und dadurch die Übertragbarkeit auf andere, ähnliche Gegenstände gewährleistet [Flick, 2007; Mayring P, 2007]. Da diese Arbeit als Parallelstudie zur quantitativen Studie durchgeführt wurde, stellte sie bereits eine zweite Methode zur Untersuchung desselben Forschungsgegenstandes dar, was die theoretische Generalisierbarkeit der Ergebnisse erhöht [Flick, 2007].

Das Codieren sowie die Generierung von Familien und Netzwerken wurden im ständigen Austausch zweier Forscher durchgeführt. Hierdurch konnte sichergestellt werden, dass das Material nicht zu einseitig betrachtet wurde. Zudem wurde die Theorienbildung regelmäßig in der qualitativen Forschungsgruppe vorgestellt und diskutiert. Das ständige Feedback der Gruppenteilnehmer steigerte die Qualität der Arbeit [Press, 2005].

Durch das außergewöhnlich hohe Durchschnittsalter der Teilnehmerinnen von 76,2 Jahren wurde eine Studienpopulation untersucht, die in der bisherigen Forschung im Vergleich zu ihrer soziodemographischen Bedeutung stark unterrepräsentiert ist. Diese Studie konnte ihren Teil dazu beitragen, dem bestehenden Forschungsbedarf für physiologische Nackenübungsprogramme und komplementärmedizinische Therapieverfahren nachzukommen.

5.3 Diskussion der Ergebnisse

5.3.1 Motivation zur Teilnahme an der Studie

Da die Frage zur Motivation, an der Studie teilzunehmen, nach Ende der Therapie erhoben wurde, prägte die erlebte Therapie die Berichte. Teilnehmerinnen der Qigonggruppe erinnerten sich zwar an den Anfang, beschrieben aber primär ihre Anfangsmotivation für den Fall, dass sie in die *Qigonggruppe über das Losverfahren ausgesucht* würden. Sie erläuterten als Motivation für die Studienteilnahme nur, in Bewegung bleiben zu wollen. Die Teilnehmerinnen der physiotherapeutischen

Nackenübungsgruppe motivierte der Wunsch, ihre Selbstständigkeit durch das Durchführen der Intervention erhalten zu können. Dieser Beweggrund für die Teilnahme am Training konnte in der Qigonggruppe nicht klar herausgearbeitet werden. Weitere Studien berichten von der generellen Wichtigkeit, die ältere Patienten dem Erhalt der Selbstständigkeit beimessen [Kruschinski, 2010]. In einer qualitativen Studie mit durchschnittlich 66-jährigen Frauen, die an Brustkrebs erkrankt waren, berichteten die Patientinnen, durch ihre Aktivität und ihr soziales Leben die eigene Autonomie zu bewahren. Ihre erhaltene Selbstständigkeit war Grund dafür, dass sie sich selbst nicht als alt bezeichneten [Adler, 2009].

Eine qualitative Arbeit untersuchte die Motivation älterer Patienten für Verfahren wie die Akupunktur, die Aromatherapie, die Naturheilkunde, die Homöopathie, das Shiatsu und die Osteopathie. Sie beschrieb, dass auch komplementärmedizinische Verfahren aus dem Wunsch der Selbsterhaltung heraus verwendet wurden. Die Hoffnung, mit Hilfe der Therapien die körperliche und soziale Leistungsfähigkeit zu erhalten, stellte hier die zentrale Motivation der Patienten für die Durchführung der Therapien dar [Cartwright, 2007].

5.3.2 In Bewegung bleiben

Der Erhalt ihrer Selbstständigkeit war nicht nur Grund ihrer Motivation für die Teilnahme an der Studie, sondern auch zentraler therapeutischer Gewinn für die Patientinnen der physiotherapeutischen Nackenübungsgruppe. Dieser Effekt beinhaltete sowohl physische als auch psychische Komponenten. Der positive physische Effekt von Bewegungen auf die körperliche Gesundheit ist umfassend bekannt [Dapp, 2008; Karinkanta, 2005; Siefkes-Wiehn, 2003; Ylinen, 2007a]. Dies passt auch zum Konzept der Intervention, körperliche, pathophysiologische Veränderungen rückgängig zu machen [Ylinen, 2007a]. Die psychische Wirkung geht jedoch nicht aus dem therapeutischen Konzept hervor und war aus Sicht der derzeitigen Studienlage überraschend. In Übersichtsarbeiten zu physiotherapeutischen Nackenübungen mit anderen Altersgruppen wurde nicht von der Möglichkeit berichtet, durch die Therapie die persönliche Selbstständigkeit fördern zu können [Hurwitz, 2009; Kay, 2005; Smidt, 2005]. Demnach ist es möglich, dass dieses Ergebnis spezifisch für die hier untersuchte Altersgruppe ist. In einer qualitativen Studie mit einer Studienpopulation vergleichbaren Alters berichteten Patientinnen, ihre Selbstständigkeit durch Aktivität erhalten zu können. Aktivität umfasste für sie regelmäßiges Trainieren, ein erhaltenes Sozialleben,

das Weiterführen eines Berufs oder einfach das Nachgehen privater Beschäftigungen [Adler, 2009].

Vereinzelte Patientinnen hielten es für möglich, dass die Gewissheit, mit der Therapie ihre Selbstständigkeit zu fördern und aktiver ungewünschten Prozessen entgegenzutreten, auch ihren Gesundheitszustand positiv beeinflusste. Auch dies wird in der Literatur beschrieben [Kelner, 1997].

Eine Patientin reflektierte den Einfluss ihrer eigenen Haltung auf ihren empfundenen gesundheitlichen Zustand im Interview kritisch. Sie war unsicher, ob ihre Nackenschmerzen tatsächlich besser geworden waren oder ob das Gefühl, etwas für sich zu tun zu einer positiveren Bewertung ihres Zustands geführt hatte. Im Umkehrschluss könnte so durch alleinige Aktivierung der Patientinnen eine empfundene Besserung ihres körperlichen Zustandes erzielt werden.

Für den Nackenschmerz ist generell bekannt, dass psychische Faktoren einen deutlichen Einfluss auf die Schmerzintensität haben können [Linton, 2000]. Die durch die physiotherapeutischen Nackenübungen ausgelösten psychischen Effekte wären demnach möglicherweise auch in anderen Altersgruppen für den Effekt der Therapie von Bedeutung. Derzeit erarbeitet die „Cochrane Musculoskeletal Group“ ein Review, welches quantitative Studien über die psychischen Wirkungen von Bewegungstherapien auf Erwachsene umfasst [Mirza, 2006].

Im Gegensatz zu den Patientinnen der physiotherapeutischen Nackenübungen berichteten die Teilnehmerinnen des Qigongkurses seltener von dem Nutzen, den Erhalt ihrer Selbstständigkeit durch die Bewegungstherapie unterstützen zu können. Sie bewegten sich durch die therapeutischen Interventionen jedoch ebenfalls häufiger als zuvor.

Dies könnte daran liegen, dass der Effekt zwar eingetreten ist, jedoch durch Beschreibungen der entspannenden Wirkung des Qigong möglicherweise weniger relevant war. Zudem wäre es möglich, dass sie trotz der neugewonnenen Wertschätzung gegenüber der Qigongtherapie und des ihm zugrundeliegenden, therapeutischen Konzepts ihr ursprüngliches Konzept von nützlichem Training parallel beibehielten. Dieses Konzept beinhaltete, dass der Nutzen von Übungen mit der körperlichen Anstrengung, die sie den Übenden abverlangten, stieg. Es könnte sein, dass sie Qigong durch die Sanftheit der Übungen als weniger wirksam für den Erhalt ihrer Selbstständigkeit auffassten.

Zur Ruhe kommen

Die Möglichkeit mit Hilfe des Qigong zur Ruhe zu kommen wurde von den Patientinnen sehr einstimmig als zentraler Effekt der Qigongtherapie beschrieben.

Auch andere Studien berichten von dieser therapeutischen Wirkung [Lee, 1998; Tsang, 2002; Tsang, 2006]. Teilweise wird Qigong auch als „Entspannungstherapie“ bezeichnet [Jang, 2004]. Einige Arbeiten befassten sich mit dem Zusammenhang zwischen Qigongübungen und entspannender Wirkung. Unter Berücksichtigung der Neurologie und der Endokrinologie wurde sowohl von reduzierter Sympathikusaktivität [Lee, 2004; Skoglund, 2007] als auch von erniedrigten ACTH, Kortisol und Aldosteron-Spiegeln im Blutplasma der Probanden berichtet [Tsang, 2006]. In einer weiteren Studie stellte man nach einem vierwöchigen Qigongtraining bei gesunden Erwachsenen signifikante biochemische Veränderungen, besonders in Enzymkonzentrationen fest. Die stressreduzierende Wirkung des Qigong wird als eine hierfür mögliche Ursache diskutiert und könnte ebenfalls eine Erklärung für auftretende, vegetative Effekte darstellen [Vera, 2007].

Aus Sicht der chinesischen Medizin ist der entspannende Effekt einem verbesserten Fluss des Qi durch den Körper zuzuschreiben [Dorcas, 2003; Kemp, 2004].

Auch weiteren Therapien, die auf anderen theoretischen Konzepten beruhen, wird ein entspannender Effekt zugesprochen.

Aus dem komplementärmedizinischen Bereich gibt es Studien, die die beruhigende Wirkung der indischen Yogatherapie, der aus dem Buddhismus stammenden Vipassana – Meditation sowie des Tai Chi Chuan beforschen. In einer Übersichtsarbeit, die bis 2005 durchgeführte Studien zur Wirksamkeit von Entspannungstherapien aus 17 medizinischen und psychologischen Datenbanken umfasste, konnte jedoch aufgrund von methodologischen Mängeln keine abschließende Aussage zu deren Evidenz getroffen werden [Ospina, 2007].

Auch in der westlichen Medizin wurden verschiedene Entspannungstherapien entwickelt. Hier kommen vor allem die Progressive Muskelrelaxation nach Jakobson, sowie das autogene Training zum Einsatz, obwohl auch für diese Ansätze in verschiedenen Studien die Evidenzlage als unklar beschrieben wurde [Kwekkeboom, 2006].

Einige Qigongteilnehmerinnen hatten zu Beginn eine eher skeptische Haltung gegenüber der Therapie. Zum einen war ihnen größtenteils die Methodik unbekannt und

somit fremd, zum anderen herrschte in ihrer Generation ein anderes Konzept von gewinnbringendem Training vor. Der Effekt der Entspannung trat für sie so deutlich auf, dass er ihre Haltung bezüglich des Nutzens der Therapie veränderte. Dies lässt möglicherweise Rückschlüsse auf die Intensität schließen, mit welcher die entspannende Wirkung wahrgenommen wurde.

5.3.3 Umgang mit dem Alter

Der Großteil der Patientinnen nahm das Älterwerden als einen eher negativen Prozess wahr, berichtete von Sorgen und Ängsten vor den mit dem Altern einhergehenden Einschränkungen und fühlte sich dadurch belastet. Dies wurde ausführlicher in der Gruppe der physiotherapeutischen Nackenübungen thematisiert.

Es ist Teil des Konzepts der Qigongtherapie über das Zusammenspiel von Atem, Bewegung und Kognition therapeutische Effekte zu erzielen [Kemp, 2004]. Die körperliche Fitness stand hierbei nicht im Vordergrund, was für die Patientinnen zur Erfahrung führte, sich trotz der eingeschränkten körperlichen Leistungsfähigkeit erfolgreich bewegen zu können. Möglicherweise berichteten die Teilnehmerinnen während des Interviews weniger von den negativen Auswirkungen des Alters, da sie sie in der Therapie ebenfalls weniger als Problem wahrnahmen. Sie erlebten sich nicht als defizitär, was langfristig auch ihre Haltung bezüglich des eigenen Alterns positiv beeinflussen könnte.

Für erfolgreiches Altern stellten Baltes und Goulet die Theorie der lebenslangen Entwicklung als zentral dar. Diese beinhaltet, dass der Prozess des Alterns nicht nur auf ältere Menschen begrenzt ist, sondern von der Geburt bis zum Tod stattfindet. Hieraus folgt, dass über 65-jährige nicht in besonderer Weise vom Altern betroffen sind, sondern sich in einem von zahlreichen Lebensabschnitten befinden, der mit den für diesen Abschnitt spezifischen Bedürfnissen einhergeht. Die Möglichkeit, in jedem Lebensabschnitt, besonders auch im Alter neue, für die spezifische Lebenslage nützliche Impulse zu erfahren galt als einer der Faktoren, die ein erfolgreiches Altern ermöglichen [Baltes, 1970]. Dieser Theorie zufolge wäre es möglich, dass die Entdeckung eines neuen, für ihre Lebenssituation nützlichen Therapiekonzepts einen solchen positiven Impuls darstellte und außerdem von alltäglichen Sorgen und Ängsten ablenkte.

Zwei Teilnehmerinnen konnten durch das Relativieren oder Akzeptieren des Alterns eine positivere Perspektive einnehmen, die sich auch auf ihren Allgemeinzustand

auswirkte. Im qualitativen Teil einer Studie, die verschiedene Erhebungsmethoden beinhaltete (mixed methods study), wurden 26 Patienten zum Thema Altern befragt. Viele definierten es als Prozess der Adaptation an die körperlichen Gegebenheiten. Jene, die von sich sagten, erfolgreich alt zu werden, relativierten die körperliche Gesundheit und einwandfreie kognitive Fähigkeiten. Sie bewerteten soziale Gemeinschaft und ein persönliches Wohlbefinden als wichtiger [von Faber, 2001]. Diese von körperlicher Fitness unabhängige Haltung zum erfolgreichen Älterwerden ging mit einer höheren Lebensqualität einher.

Etwa 25% der Teilnehmer der Berliner Altersstudie wiesen ein psychologisches Profil auf, das in der Literatur als erfolgreiches Altern beschrieben wird. Insgesamt 35% waren stärker durch „psychische Dysfunktionalität“ gekennzeichnet. Während der körperliche Abbau mit zunehmendem Alter kontinuierlich zunahm, gab es in den Bereichen Selbst, Persönlichkeit und soziale Beziehungen keine klare, mit dem Alter korrelierende Verschlechterung der Lebensqualität. Dies verdeutlichte die andauernde Auswirkung, welche erfolgreiche, individuelle Verarbeitungsprozesse auf die psychosoziale Gesundheit aufweisen konnten [Lindenberger, 2010]. Möglicherweise können Bewegungstherapien im Alter einen erfolgreichen Bewältigungsprozess unterstützen.

5.3.4 Therapeutin und Gruppe

Die Anerkennung, die die Patientinnen durch die Lehrerin erfuhren, wirkte besonders im Zusammenhang mit dem oft als frustrierend empfundenen persönlichen Leistungsabfall als wohltuend. Besonders im Alter gewinnt die Wertschätzung, die ältere Menschen vom Umfeld erfahren, an Bedeutung [Alaphilippe, 2008].

Da die Teilnehmerinnen keinen Beruf mehr ausübten, hatten sie keine Möglichkeit im beruflichen Alltag Anerkennung zu erhalten. Je nach persönlichem Hintergrund war auch die Bestätigung aus dem sozialen Umfeld gering. Das Training war ein Ort, an dem die Patientinnen Anerkennung erfahren konnten und gewann hierdurch an Attraktivität.

Das Trainieren in der Gruppe der Gleichaltrigen sowie das Einstellen der Lehrerin auf die Altersgruppe führte zu einer Atmosphäre, in der die Teilnehmerinnen alt sein durften. Alter war Normalität und wurde auf selbstverständliche Weise in den Ablauf der

Übungsstunden eingeplant. Diesen Zustand, dass die Umgebung an ihre Bedürfnisse adaptiert war, erlebten die Patientinnen außerhalb der Therapie eher selten.

Zudem war die Gruppe für das regelmäßige Durchführen der Übungen wichtig. Auch in einer qualitativen Arbeit zur Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen äußerten Patienten, dass das Üben in der Gruppe ihnen die Überwindung, regelmäßig zu trainieren, deutlich erleichterte [Jolly, 2007].

Die Annahme der Forscher, dass die Patientinnen vor allem aufgrund des sozialen Zusammenseins die Therapien nach Ende der Studie weiterführten, konnte nicht bestätigt werden. Nur vereinzelt wurde diese Begründung gegeben und stellte meist nicht das Hauptmotiv für das weitere Trainieren dar. In anderen Studien wurde jedoch ein positiver Effekt des Trainings auf die soziale Gesundheit älterer Menschen beobachtet [Tsang, 2002; Tsang, 2003]. Auch die regelmäßige Struktur, die die Termine der Gruppenübungen dem Alltag der Patientinnen gaben, war für das Fortführen der Therapie von zu vernachlässigender Bedeutung.

5.3.6 Vergleich der Ergebnisse mit jenen der quantitativen Studie

Für die Teilnehmerinnen war die Bedeutung der Schmerzlinderung geringer als von den Forschern vermutet. Während in der quantitativen Studie die Schmerzlinderung als primärer Zielparameter festgelegt war, empfanden die Teilnehmerinnen den Erhalt der Selbstständigkeit sowie die durch die Qigongtherapie hervorgerufene Entspannung als zentral.

Der Unterschied zwischen quantitativem Studienziel und dem vorrangigen Ziel der Patientinnen könnte das Weitertrainieren der Patientinnen trotz nicht signifikantem Endergebnis der quantitativen Studie erklären. Es zeigte sich aber auch ein Widerspruch zwischen Angaben zur Schmerzlinderung in der quantitativen und der qualitativen Studie. Die Auswertung der Fragebögen hatte widersprüchliche Angaben, teils sogar Verschlechterungen der Beschwerden im Vergleich zur Baseline ergeben. Im Interview berichteten nahezu alle Teilnehmerinnen beider Gruppen von leichten bis mittleren Schmerzlinderungen.

Allein aufgrund des durch die Interventionen zu erwartenden Placeboeffekts scheint dieses Ergebnis plausibel. Zudem ergab die Auswertung der Fragebögen der Patientinnen in der quantitativen Studie einen signifikanten Rückgang der Anzahl an Arztbesuchen im Verlauf der Interventionen (Reduktion um 20% nach sechs Monaten, in der Warteliste: 5%).

Berichte über die Schmerzen standen bei den Interviewteilnehmerinnen meist im Zusammenhang mit Beschreibungen einer verbesserten Beweglichkeit, die für sie greifbarer war. Bei Schilderungen der Schmerzintensität wirkten sie zurückhaltender. Möglicherweise fühlten sie sich in ihren Aussagen über eine Schmerzreduktion wohler, wenn sie diese mit Beschreibungen der verbesserten Beweglichkeit kombinieren konnten. Interessant wäre, ob man mit dem primären Zielparameter „bessere Beweglichkeit“ einen signifikanten positiven Effekt der Interventionen hätte wahrnehmen können. Wäre der Effekt der Interventionen auf die Schmerzintensität für die Patientinnen nur zu undeutlich gewesen, hätten die Angaben auf der VAS vor und nach den Interventionen ähnlich sein müssen. Da die Angaben der Teilnehmerinnen zur Schmerzintensität nicht nur unverändert blieben, sondern stark schwankten sowie Angaben auf der VAS und der NPAD widersprüchlich waren, bleibt zu überprüfen, ob die Fragebögen eine für die Studienpopulation geeignete Erhebungsmethode darstellten.

Es wurde von keiner Heilung berichtet. Ein möglicher Grund hierfür könnte die starke Chronifizierung von durchschnittlich 15,05 Jahren der Nackenbeschwerden sein.

In einem Fall berichtete die Teilnehmerin, generell keine Nackenschmerzen gehabt zu haben. Sie nahm an der Studie teil, obwohl sie ausschließlich an Beschwerden der unteren Lendenwirbelsäule litt. In den Fragebögen der quantitativen Studie hatte sie jedoch bei Einschluss in die Studie Nackenschmerzen von größer 20 mm auf der VAS angegeben. Aus ihrer Sicht lag der Ursprung des Missverständnisses im Begriff „Rückenschule“. Die Studienpopulation der quantitativen Studie bildete Grundlage für die hier eingeschlossenen Patientinnen. Obwohl offiziell mit dem Begriff „Physiotherapeutische Nackenübungen“ für die quantitative Studie geworben worden war, verwandten einige Teilnehmerinnen den Begriff „Rückenschule“. Um eine patientennahe Sprache bemüht, wurde auch von Seiten der Forscher diese Bezeichnung in Gesprächen mit den Patientinnen gebraucht. Aus dem Wort „Rückenschule“ ging jedoch nicht hervor, ob die Intervention für den Nacken, die Lendenwirbelsäule oder den ganzen Rücken gedacht war. Dies erklärt das Missverständnis nur zum Teil. Es bleibt unklar, weshalb die Patientin bei der Einschlussuntersuchung sowie den Fragebögen, die explizit Informationen über „Nackenschmerzen“ erfragten, Antworten gab, die zum Studieneinschluss führten.

5.4 Ausblick für weitere Forschungsprojekte

Das Durchführen von semistrukturierten, problemfokussierten Einzelinterviews konnte die Sicht von älteren Patienten detailliert erfassen. Es ist zu empfehlen, dass in Zukunft verstärkt qualitative Studien zur Erforschung der Validität quantitativer Verfahren eingesetzt werden [Verhoef, 2002].

Um Hypothesen zu generieren und komplementärmedizinische Effekte in ihrer Bandbreite erfassen zu können, wären weitere explorative Studien mit qualitativem Forschungsdesign wünschenswert [Verhoef, 2005], auf deren Grundlage dann Konzepte für RCTs erarbeitet werden könnten.

Auch im Bereich der physiotherapeutischen Nackenübungen wäre es erstrebenswert, weitere Studien - auch in anderen Altersgruppen - durchzuführen um den zentralen therapeutischen Effekt aus der Perspektive der Patienten zu erforschen. Indem mehr auf die für die Teilnehmer zentralen Effekte eingegangen würde, könnten therapeutische Interventionen optimiert werden.

Um den Effekt der Reduktion von Nackenschmerzen zu untersuchen wäre es möglicherweise sinnvoll quantitative Studien mit Studienpopulationen durchzuführen, die eine geringere Chronifizierung der Beschwerden aufweisen. Es ist zu raten, trotz der Wichtigkeit einer patientennahen Sprache nicht den Begriff Rückenschule für spezifische Interventionen zu verwenden, da dies zu Missverständnissen führen kann.

Durch die demographische Entwicklung [Statistisches Bundesamt, 2009] ist der Erhalt der Gesundheit älterer Menschen von wachsendem, sozioökonomischem Interesse und wird von politischer Seite unterstützt [World Health Organisation and Tufts University, 2002], was sich auch in der staatlichen Finanzierung der derzeit laufenden, großen Longitudinalstudien zeigt [Erasmus, 2010; Lindenberger, 2010; National Institute on Ageing, 2010]. Auf der Grundlage der Theorie der „Lebenslangen Entwicklung“ [Baltes, 1970] entwickelten die Vereinten Nationen den „International Plan of Action on Ageing“, der einen Leitfadens der europäischen Politik für den Umgang mit den Interessen der Älteren darstellen soll [United Nations, 2002].

Aus den in dieser Studie gemachten Erfahrungen ergeben sich verschiedene Möglichkeiten, wie der Allgemeinzustand älterer Patienten gefördert werden könnte.

Der positive Effekt, den regelmäßiges, aktives Bewegen auf den physischen und psychischen Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung haben kann, ist bedeutend

[Rogers, 2009]. Durch ein selbstverständliches Akzeptieren und somit Einkalkulieren der körperlichen Beschwerden älterer Menschen im Alltag ist es möglich, Versagensgefühle zu reduzieren. Die Gelegenheit, auch im Alter neue Erfahrungen zu machen, unterstützt den Prozess des erfolgreichen Alterns, somit den Allgemeinzustand der älteren Menschen [Baltes, 1970] und trägt zum Erhalt von kognitiven Funktionen bei [Ho, 2007]. Auch das Schaffen von Kontexten, in welchen Alternde Anerkennung und Lob erfahren, ist für deren Selbstbewusstsein und Gesundheit von Gewinn [Alaphilippe, 2008]. Insgesamt könnte so eine positivere Betrachtungsweise des Alterns ermöglicht werden und zu einem verbesserten Wohlbefinden älterer Menschen beitragen.

6. Zusammenfassung

Die Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie (RCT) bei älteren Patienten mit chronischen Nackenschmerzen zeigten weder auf der Visuellen Analogskala noch auf der Neck, Pain and Disability Scale eine Verbesserung der Nackenschmerzen durch Qigong und physiotherapeutische Nackenübungen im Vergleich zu keiner Behandlung (Wartelistengruppe). Da ein größerer Teil der Patienten die Therapien nach Beendigung der Interventionen auf eigene Kosten fortführte, ergab sich ein Widerspruch zu den Ergebnissen. Die hier vorliegende qualitative Studie hatte zum Ziel, mögliche Effekte von Qigong und Nackenübungen und das Erleben des Trainings aus der individuellen Sicht der Studienteilnehmer zu evaluieren.

Hierzu wurden die Teilnehmer der Qigonggruppe und der physiotherapeutischen Nackenübungsgruppe aus der RCT getrennt voneinander gerankt und in der Reihenfolge kontaktiert. Mit den ersten zehn Patienten, die in beiden Gruppen zustimmten, wurden semistrukturierte, problemzentrierte Einzelinterviews durchgeführt. Im Anschluss an die Datenerhebung wurde das Tonmaterial transkribiert und unter Verwendung der Software Atlas/ti® unter Anwendung der strukturierten Inhaltsanalyse nach Mayring analysiert.

Die zu 100% weibliche Studienpopulation für die qualitative Studie war im Mittel 76,2 ($\pm 4,52$) Jahre alt. Die Interviewdauer betrug durchschnittlich 37 Minuten ($\pm 12,14$ min). Die Gruppen unterschieden sich deutlich hinsichtlich des berichteten zentralen Effekts der Therapien. In der Gruppe der physiotherapeutischen Nackenübungen sahen die Patientinnen das Üben als sinnvoll für den Erhalt ihrer Selbstständigkeit an und schätzten die Möglichkeit, aktiv gegen den altersbedingten, körperlichen Abbau vorgehen zu können. Für die Qigongteilnehmerinnen stellte die Möglichkeit, sich durch die Therapie entspannen zu können, den zentralen Gewinn dar. Von einem anfangs teils eher skeptischen Blickwinkel wechselte ihre Einstellung gegenüber der Qigongtherapie zu einer positiven Haltung und sie äußerten, dass die unerwartete Neuentdeckung eine Bereicherung in ihrem Alltag darstellte. Außerdem wurden in der Qigonggruppe positive vegetative Effekte erläutert, die oft in Schwachstellen der individuellen Gesundheit auftraten. Im Weiteren berichteten beide Gruppen von einer leichten bis mittleren Reduktion ihrer Beschwerden, jedoch von keiner Heilung. Berichte über die Schmerzreduktion wurden häufig von Äußerungen zu einer verbesserten

Beweglichkeit begleitet. Gruppe und Lehrerin stellten in beiden Therapiegruppen wichtige Motivationsfaktoren für das regelmäßige und exakte Trainieren dar.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass für Teilnehmerinnen der physiotherapeutischen Nackenübungen der Erhalt der Selbstständigkeit, für Patientinnen des Qigong die Möglichkeit, durch die Therapie zu entspannen, den zentralen therapeutischen Nutzen darstellte. Beide Gruppen berichteten von einer Reduktion der Schmerzen, welche für sie jedoch nicht zentral für das Weiterführen der Therapie war.

7. Abkürzungen

Abb.	Abbildung
ACTH	Adrenokortikotropes Hormon
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V
BASE	Berliner Altersstudie
HWS	Halswirbelsäule
I:	Interviewer:
LWS	Lendenwirbelsäule
Min	Minuten
NPAD	Neck, Pain and Disability Scale
P:	Patient:
PN	Physiotherapeutische Nackenübungen
(PN x/Zahl)	Teilnehmerin X der Qigonggruppe mit Nummerierung des Absatzes im Interviewtranskript, in dem das Zitat zu finden ist
QG	Qigong
(QG x /Zahl)	Teilnehmerin X der Qigonggruppe mit Nummerierung des Absatzes im Interviewtranskript, in dem das Zitat zu finden ist
RCT(s)	Randomized controlled trial(s)
Tab.	Tabelle
TENS	Transkutane elektrische Nervenstimulation
v. Chr.	Vor Christus
VAS	Visuelle Analogskala
WHO	World Health Organisation

8. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Widerspruch Studienergebnis und Verhalten der Teilnehmer	20
Abbildung 2: Interviewleitfaden.....	23
Abbildung 3: Übersicht über die deduktiv-induktive Kategorienbildung nach Mayring ..	26
Abbildung 4: Kategorisierungsebenen.....	27
Abbildung 5: Entwicklung des Kodiersystems	28
Abbildung 6: Kategorisierungsebenen.....	29
Abbildung 7: Formatierung Zitate	33

9. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Interventionsstudien zu Qigong 1997 bis 2006.....	14
Tabelle 2 Mittelwerte der Gruppen und der Studienpopulation insgesamt.....	30
Tabelle 3: Patientinnen der Interviewgruppe	31
Tabelle 4: Codeliste	32

10. Literaturverzeichnis

- 1 Adler SR, Wrubel J, Hughes E, Beinfield H. Patients' interactions with physicians and complementary and alternative medicine practitioners: older women with breast cancer and self-managed health care. *Integr Cancer Ther* 2009;8(1):63-70.
- 2 Alaphilippe D. [Self-esteem in the elderly]. *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2008;6(3):167-76.
- 3 Baltes P, Goulet L. Status and issues of a life-span developmental psychology. *Life-span developmental psychology: Research and theory*. New York: Academic Press, 1970:3-21.
- 4 Barbour RS. The newfound credibility of qualitative research? Tales of technical essentialism and co-option. *Qual Health Res* 2003;13(7):1019-27.
- 5 Birdee GS, Wayne PM, Davis RB, Phillips RS, Yeh GY. T'ai chi and qigong for health: patterns of use in the United States. *J Altern Complement Med* 2009;15(9):969-73.
- 6 Böhm A. Theoretisches Codieren: Textanalyse in der Grounded Theory. *Qualitative Forschung*. Rowohlts Enzyklopädie, 2007:475-85.
- 7 Bovim G, Schrader H, Sand T. Neck pain in the general population. *Spine (Phila Pa 1976)* 1994;19(12):1307-9.
- 8 Broom A. Using qualitative interviews in CAM research: a guide to study design, data collection and data analysis. *Complement Ther Med* 2005;13(1):65-73.
- 9 Brown B, Knoferl G. *Qi Gong: The Chinese Art of Working with Energy*. London: Thorsons, 2001.
- 10 Capodaglio P, Capodaglio EM, Facioli M, Saibene F. Long-term strength training for community-dwelling people over 75: impact on muscle function, functional ability and life style. *Eur J Appl Physiol* 2007;100(5):535-42.
- 11 Cartwright T. 'Getting on with life': the experiences of older people using complementary health care. *Soc Sci Med* 2007;64(8):1692-703.
- 12 Cheung CK, Wyman JF, Halcon LL. Use of complementary and alternative therapies in community-dwelling older adults. *J Altern Complement Med* 2007;13(9):997-1006.
- 13 Daly AE, Bialocerkowski AE. Does evidence support physiotherapy management of adult Complex Regional Pain Syndrome Type One? A systematic review. *Eur J Pain* 2009;13(4):339-53.

- 14 Dapp U. Gesundheitsförderung und Prävention selbstständig lebender, älterer Menschen. Kohlhammer, 2008.
- 15 Dorcas A, Yung P. Qigong: harmonising the breath, the body and the mind. *Complement Ther Nurs Midwifery* 2003;9(4):198-202.
- 16 Erasmus M. The Rotterdam Study. <http://www.epib.nl/research/ergo.htm> 2010;
- 17 Ertel KA, Glymour MM, Berkman LF. Effects of social integration on preserving memory function in a nationally representative US elderly population. *Am J Public Health* 2008;98(7):1215-20.
- 18 Flick U. *Qualitative Forschung - ein Handbuch*. Reinbeck bei Hamburg: rowohlt's enzyklopädie, 2007.
- 19 Fraser C, Polito S. A comparative study of self-efficacy in men and women with multiple sclerosis. *J Neurosci Nurs* 2007;39(2):102-6.
- 20 Friebertshäuser B. *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. München: Juvenata, 1997.
- 21 Geller G, Bernhardt BA, Gardner M, Rodgers J, Holtzman NA. Scientists' and science writers' experiences reporting genetic discoveries: toward an ethic of trust in science journalism. *Genet Med* 2005;7(3):198-205.
- 22 Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(2):CD007146.
- 23 Gloth FM, Scheve AA, Stober CV, Chow S, Prosser J. The Functional Pain Scale: reliability, validity, and responsiveness in an elderly population. *J Am Med Dir Assoc* 2001;2(3):110-4.
- 24 Gore DR. Roentgenographic findings in the cervical spine in asymptomatic persons: a ten-year follow-up. *Spine (Phila Pa 1976)* 2001;26(22):2463-6.
- 25 Green T. *Martial arts of the world: an encyclopedia*. Oxford: ABC CLIO Ltd, 2001.
- 26 Grotkasten S. *Wirbelsäulengymnastik*. Heyne Verlag, 2006.
- 27 Gunzelmann T, Schumacher J, Brahler E. [The prevalence of pain in the elderly German population: results of population-based studies with the Giessen Subjective Complaints List (Giessener Beschwerdebogen GBB)]. *Schmerz* 2002;16(4):249-54.
- 28 Guo X, Zhou B, Nishimura T, Teramukai S, Fukushima M. Clinical effect of qigong practice on essential hypertension: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Altern Complement Med* 2008;14(1):27-37.

- 29 Hesketh T, Zhu WX. Health in China. Traditional Chinese medicine: one country, two systems. *BMJ* 1997;315(7100):115-7.
- 30 Higginbottom GM. Sampling issues in qualitative research. *Nurse Res* 2004;12(1):7-19.
- 31 Ho TJ, Liang WM, Lien CH et al. Health-related quality of life in the elderly practicing T'ai Chi Chuan. *J Altern Complement Med* 2007;13(10):1077-83.
- 32 Hoffman JR, Mower WR, Wolfson AB, Todd KH, Zucker MI. Validity of a set of clinical criteria to rule out injury to the cervical spine in patients with blunt trauma. National Emergency X-Radiography Utilization Study Group. *N Engl J Med* 2000;343(2):94-9.
- 33 Hurwitz EL, Carragee EJ, van d, V et al. Treatment of neck pain: noninvasive interventions: results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *J Manipulative Physiol Ther* 2009;32(2 Suppl):S141-S175.
- 34 Jahnke R, Larkey L, Rogers C, Etnier J, Lin F. A comprehensive review of health benefits of qigong and tai chi. *Am J Health Promot* 2010a;24(6):e1-e25.
- 35 Jahnke RA, Larkey LK, Rogers C. Dissemination and benefits of a replicable Tai Chi and Qigong program for older adults. *Geriatr Nurs* 2010b;31(4):272-80.
- 36 Jang HS, Lee MS. Effects of qi therapy (external qigong) on premenstrual syndrome: a randomized placebo-controlled study. *J Altern Complement Med* 2004;10(3):456-62.
- 37 Jenker J. Die drei Analysetechniken: Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung. <http://www.ph-freiburg.de/projekte/quasus/einstiegstexte-in-methoden-der-qualitativen-sozial-unterrichts-und-schulforschung/datenauswertung/auswertungsmethoden/qual-inhaltsanalyse/erlaeuterung-der-analysetechniken.html> 2007;
- 38 Jolly K, Taylor R, Lip GY et al. The Birmingham Rehabilitation Uptake Maximisation Study (BRUM). Home-based compared with hospital-based cardiac rehabilitation in a multi-ethnic population: cost-effectiveness and patient adherence. *Health Technol Assess* 2007;11(35):1-118.
- 39 Karinkanta S, Heinonen A, Sievanen H, Uusi-Rasi K, Kannus P. Factors predicting dynamic balance and quality of life in home-dwelling elderly women. *Gerontology* 2005;51(2):116-21.
- 40 Kay TM, Gross A, Goldsmith C et al. Exercises for mechanical neck disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(3):CD004250.
- 41 Kelner M, Wellman B. Health care and consumer choice: medical and alternative therapies. *Soc Sci Med* 1997;45(2):203-12.

- 42 Kemp CA. Qigong as a therapeutic intervention with older adults. *J Holist Nurs* 2004;22(4):351-73.
- 43 Kruschinski C, Theile G, Dreier SD, Hummers-Pradier E. The priorities of elderly patients suffering from dizziness: a qualitative study. *Eur J Gen Pract* 2010;16(1):6-11.
- 44 Kühn T, Witzel A. Der Gebrauch einer Textdatenbank im Auswertungsprozess problemzentrierter Interviews. *Forum: Qualitative Sozialforschung* 2000.
- 45 Kuhnt U. Von der „Klassischen Rückenschule“ zur „Neuen Rückenschule“. *die Säule* 2006;16.
- 46 Kuramoto AM. Therapeutic benefits of Tai Chi exercise: research review. *WMJ* 2006;105(7):42-6.
- 47 Kvale S. *InterViews - an introduction to Qualitative Research Interviewing*. Sage Publications, 2007.
- 48 Kwekkeboom KL, Gretarsdottir E. Systematic review of relaxation interventions for pain. *J Nurs Scholarsh* 2006;38(3):269-77.
- 49 Lamnek S. *Gruppendiskussion. Theorie und Praxis*. Weinheim: Psychologie Verlag Union, 1998.
- 50 Lansinger B, Larsson E, Persson LC, Carlsson JY. Qigong and exercise therapy in patients with long-term neck pain: a prospective randomized trial. *Spine (Phila Pa 1976)* 2007;32(22):2415-22.
- 51 Lee MS, Kang CW, Shin YS et al. Acute effects of chundosunbup qi-training on blood concentrations of TSH, calcitonin, PTH and thyroid hormones in elderly subjects. *Am J Chin Med* 1998;26(3-4):275-81.
- 52 Lee MS, Lim HJ, Lee MS. Impact of qigong exercise on self-efficacy and other cognitive perceptual variables in patients with essential hypertension. *J Altern Complement Med* 2004;10(4):675-80.
- 53 Lee MS, Pittler MH, Ernst E. External qigong for pain conditions: a systematic review of randomized clinical trials. *J Pain* 2007;8(11):827-31.
- 54 Lin MR, Hwang HF, Wang YW, Chang SH, Wolf SL. Community-based tai chi and its effect on injurious falls, balance, gait, and fear of falling in older people. *Phys Ther* 2006;86(9):1189-201.
- 55 Lindenberger USJMKUBPB. Die Berliner Altersstudie (BASE). <http://www.base-berlin.mpg.de/de/Introduction.html> 2010;
- 56 Linton SJ. A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine (Phila Pa 1976)* 2000;25(9):1148-56.

- 57 Linton SJ, van Tulder MW. Preventive interventions for back and neck pain problems: what is the evidence? *Spine (Phila Pa 1976)* 2001;26(7):778-87.
- 58 Logghe IH, Zeeuwe PE, Verhagen AP et al. Lack of effect of Tai Chi Chuan in preventing falls in elderly people living at home: a randomized clinical trial. *J Am Geriatr Soc* 2009;57(1):70-5.
- 59 Luskin FM, Newell KA, Griffith M et al. A review of mind/body therapies in the treatment of musculoskeletal disorders with implications for the elderly. *Altern Ther Health Med* 2000;6(2):46-56.
- 60 Maiers MJ, Hartvigsen J, Schulz C et al. Chiropractic and exercise for seniors with low back pain or neck pain: the design of two randomized clinical trials. *BMC Musculoskelet Disord* 2007;8:94.
- 61 Manderson L, Bennett E, Andajani-Sutjahjo S. The social dynamics of an interview. *Sage Journal* 2006.
- 62 Mannerkorpi K, Henriksson C. Non-pharmacological treatment of chronic widespread musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2007;21(3):513-34.
- 63 Manzanegue JM, Vera FM, Maldonado EF et al. Assessment of immunological parameters following a qigong training program. *Med Sci Monit* 2004;10(6):CR264-CR270.
- 64 Mayring P. On Generalization in Qualitatively Oriented Research. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum Qualitative Social Research* 2007;8.
- 65 Mayring P. Einführung in die qualitative Sozialforschung. Beltz Studium, 2002.
- 66 Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum Qualitative Social Research (FQS)* 2000;1.
- 67 Mayring P. Kombination und Integration qualitativer und quantitativer Analyse. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum Qualitative Social Research (FQS)* 2001;2.
- 68 McNair PJ, Portero P, Chiquet C, Mawston G, Lavaste F. Acute neck pain: cervical spine range of motion and position sense prior to and after joint mobilization. *Man Ther* 2007;12(4):390-4.
- 69 Mirza I, Pit SW. Exercise for positive mental health outcomes in adults. Mirza Ilyas , Pit Sabrina W Exercise for positive mental health outcomes in adults *Cochrane Database of Systematic Reviews : Protocols* 2006 Issue 1 John Wiley & Sons , Ltd Chichester, UK DOI : 10 1002 /14651858 CD005615 2006.
- 70 Morone NE, Greco CM. Mind-body interventions for chronic pain in older adults: a structured review. *Pain Med* 2007;8(4):359-75.

- 71 National Center for Complementary and Alternative Medicine. The Use of Complementary and Alternative Medicine in the United States. http://nccam.nih.gov/news/camstats/2007/camsurvey_fs1.htm; 2008;
- 72 National Health and Research Council. Musculoskeletal disorders in the older person. 1994.
- 73 National Institute on Ageing. The Baltimore Longitudinal Study of Ageing. <http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00233272> 2010;
- 74 Ng BH, Tsang HW. Psychophysiological outcomes of health qigong for chronic conditions: a systematic review. *Psychophysiology* 2009;46(2):257-69.
- 75 Nguyen GT, Wittink MN, Murray GF, Barg FK. More than just a communication medium: what older adults say about television and depression. *Gerontologist* 2008;48(3):300-10.
- 76 Ospina MB, Bond K, Karkhaneh M et al. Meditation practices for health: state of the research. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)* 2007;(155):1-263.
- 77 Phillips AE, Gomez GB, Boily MC, Garnett GP. A systematic review and meta-analysis of quantitative interviewing tools to investigate self-reported HIV and STI associated behaviours in low- and middle-income countries. *Int J Epidemiol* 2010.
- 78 Poole E, Treleaven J, Jull G. The influence of neck pain on balance and gait parameters in community-dwelling elders. *Man Ther* 2008;13(4):317-24.
- 79 Press N. Qualitative research: thoughts on how to do it; how to judge it; when to use it. *Genet Med* 2005;7(3):155-8.
- 80 Przyborski A, Wohlrab-Sahr M. *Qualitative Forschung - ein Arbeitsbuch*. Oldenburg, 2006.
- 81 Qigonginstitute. What is the difference between Qigong, Tai Chi, and Kung Fu? <http://www.qigonginstitute.org/html/FAQ.php> 2010;
- 82 Robert Koch Institut, Bundesamt für Statistik. *Gesundheitsberichterstattung des Alters*. 2002.
- 83 Roberti di SP. The Social Demand for a Medicine Focused on the Person: The Contribution of CAM to Healthcare and Healthgenesis. *Evid Based Complement Alternat Med* 2007;4(Suppl 1):45-51.
- 84 Rogers CE, Larkey LK, Keller C. A review of clinical trials of tai chi and qigong in older adults. *West J Nurs Res* 2009;31(2):245-79.
- 85 Saturno PJ, Medina F, Valera F et al. Validity and reliability of guidelines for neck pain treatment in primary health care. A nationwide empirical analysis in Spain. *Int J Qual Health Care* 2003;15(6):487-93.

- 86 Scherer MPM. DEGAM Leitlinie Nackenschmerzen. <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/053-007k.pdf> 2009;
- 87 Schons J. Grundgedanken des Problemzentrierten Interviews. Das narrative und problemzentrierte Interview, eine Gegenüberstellung. München und Ravensburg: Grin - Verlag für akademische Texte, 2009.
- 88 Schreier M, Odag Ö. Forschungswerkstatt Qualitative Inhaltsanalyse.
- 89 Schweizerische Berufsorganisation der TCM. Qigong. <http://www.sbo-tcm.ch/verband/was-ist-tcm/qi-gong.html> 2010;
- 90 Siefkes-Wiehn H. Primär- und Sekundärprävention von Rückenleiden durch Rückenschulen. Universität Marburg/Lahn 2003.
- 91 Skoglund L, Jansson E. Qigong reduces stress in computer operators. *Complement Ther Clin Pract* 2007;13(2):78-84.
- 92 Smidt N, de Vet HC, Bouter LM et al. Effectiveness of exercise therapy: a best-evidence summary of systematic reviews. *Aust J Physiother* 2005;51(2):71-85.
- 93 Stangl W. Das problemzentrierte Interview. <http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/FORSCHUNGSMETHODEN/ProblemzentriertInterview.shtml> 2010;
- 94 Statistisches Bundesamt. Bevölkerungsentwicklung in Deutschland bis 2060. http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2009/Bevoelkerung/bevoelkerungsentwicklung2009_Uebersicht,templateId=renderPrint.psml 2009;
- 95 Tindle HA, Davis RB, Phillips RS, Eisenberg DM. Trends in use of complementary and alternative medicine by US adults: 1997-2002. *Altern Ther Health Med* 2005;11(1):42-9.
- 96 Tsang HW, Cheung L, Lak DC. Qigong as a psychosocial intervention for depressed elderly with chronic physical illnesses. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002;17(12):1146-54.
- 97 Tsang HW, Fung KM, Chan AS, Lee G, Chan F. Effect of a qigong exercise programme on elderly with depression. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006;21(9):890-7.
- 98 Tsang HW, Mok CK, Au Yeung YT, Chan SY. The effect of Qigong on general and psychosocial health of elderly with chronic physical illnesses: a randomized clinical trial. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18(5):441-9.
- 99 United Nations. Report of the Second World Assembly on Ageing. 2002.
- 100 Unschuld PU. Das Heil der Mitte - Theorie und Praxis, Ursprung und Gegenwart der Medizin in China. München: Cygnus Verlag, 2005.

- 101 Vera FM, Manzanque JM, Maldonado EF et al. Biochemical changes after a qigong program: lipids, serum enzymes, urea, and creatinine in healthy subjects. *Med Sci Monit* 2007;13(12):CR560-CR566.
- 102 Verhagen AP, Karelis C, Bierma-Zeinstra SM et al. Ergonomic and physiotherapeutic interventions for treating work-related complaints of the arm, neck or shoulder in adults. A Cochrane systematic review. *Eura Medicophys* 2007;43(3):391-405.
- 103 Verhagen AP, Karelis CC, Bierma-Zeinstra SM et al. WITHDRAWN: Ergonomic and physiotherapeutic interventions for treating work-related complaints of the arm, neck or shoulder in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(3):CD003471.
- 104 Verhoef MJ, Casebeer AL, Hilsden RJ. Assessing efficacy of complementary medicine: adding qualitative research methods to the "Gold Standard". *J Altern Complement Med* 2002;8(3):275-81.
- 105 Verhoef MJ, Mulkins A, Boon H. Integrative health care: how can we determine whether patients benefit? *J Altern Complement Med* 2005;11 Suppl 1:S57-S65.
- 106 von Faber M, Bootsma-van der WA, van Exel E et al. Successful aging in the oldest old: Who can be characterized as successfully aged? *Arch Intern Med* 2001;161(22):2694-700.
- 107 von Trott P, Wiedemann AM, Ludtke R et al. Qigong and exercise therapy for elderly patients with chronic neck pain (QIBANE): a randomized controlled study. *J Pain* 2009;10(5):501-8.
- 108 Wang C, Collet JP, Lau J. The effect of Tai Chi on health outcomes in patients with chronic conditions: a systematic review. *Arch Intern Med* 2004;164(5):493-501.
- 109 Wayne PM, Kaptchuk TJ. Challenges inherent to t'ai chi research: part I--t'ai chi as a complex multicomponent intervention. *J Altern Complement Med* 2008;14(1):95-102.
- 110 Wheeler AH, Goolkasian P, Baird AC, Darden BV. Development of the Neck Pain and Disability Scale. Item analysis, face, and criterion-related validity. *Spine (Phila Pa 1976)* 1999;24(13):1290-4.
- 111 Willich S. Schulmedizin und Komplementärmedizin: Verständnis und Zusammenarbit müssen vertieft werden. *Deutsches Ärzteblatt* 2004;101.
- 112 Witt C. Komplementärmedizin: Weitere Forschung ist die Basis für Integration in die Versorgung. *Deutsches Ärzteblatt* 2009;106(37).
- 113 World Health Organisation and Tufts University. keep fit for life - meeting the nutritional needs of older persons. <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241562102.pdf> 2002;

- 114 Xinhua News Agency. Qigong: a good way to promote Chinese culture. <http://www.china.org.cn/english/international/241049.htm> 2008;
- 115 Yeh GY, Wang C, Wayne PM, Phillips RS. The effect of tai chi exercise on blood pressure: a systematic review. *Prev Cardiol* 2008;11(2):82-9.
- 116 Ylinen J. Physical exercises and functional rehabilitation for the management of chronic neck pain. *Eura Medicophys* 2007a;43(1):119-32.
- 117 Ylinen J, Kautiainen H, Wiren K, Hakkinen A. Stretching exercises vs manual therapy in treatment of chronic neck pain: a randomized, controlled cross-over trial. *J Rehabil Med* 2007b;39(2):126-32.

11. Danksagung

Zuallererst möchte ich meiner Betreuerin, Frau Prof. Dr. Claudia Witt, für die intensive Betreuung danken, die ich von ihr erfahren durfte, für die ständige Bereitschaft, ihre Hilfestellungen immer wieder auf meine Bedürfnisse hin zu optimieren sowie für ihre beeindruckende Zuverlässigkeit, auf die ich bei meinen Fragen stets bauen konnte. Besonderen Dank geht auch an Dr. phil. Christine Holmberg, die sowohl mit ihrer Kompetenz im Bereich der qualitativen Forschung als auch mit ihrer persönlichen Kompetenz diese Arbeit möglich gemacht hat. Im Weiteren möchte ich Julia Karner für die vielen intensiven Gespräche und ihre Freundschaft danken. Außerdem bedanke ich mich bei der qualitativen Arbeitsgemeinschaft für die beständigen, wertvollen Anregungen. Dank geht auch an Iris Bartsch, Beatrice Eden, Katja Wruck sowie Ralf Krause, die mir stets helfend zur Seite standen. Weiterhin bedanke ich mich bei Anna-Maria Wiedemann, Philipp von Trott sowie den Patientinnen der Studie, außerdem bei Franz und Hedwig Larsch sowie Alfred Zenker, von denen ich viel über die Thematik dieser Arbeit lernen konnte.

Schließlich möchte ich mich auch bei Familie Cramme, Josette Aubin und Françoise Séné, sowie Ingrid Goes für die persönliche Unterstützung beim Schreiben der Arbeit herzlichst bedanken. Meinen Eltern ist diese Arbeit gewidmet.

12. Erklärung

Ich, Julia Rappenecker, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation zum Thema: „Effekte von Qigong und Nackenübungen aus der Sicht älterer Patienten mit chronischen Beschwerden der Halswirbelsäule - eine qualitative Studie“ selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die unzulässige Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.

Datum

Unterschrift

