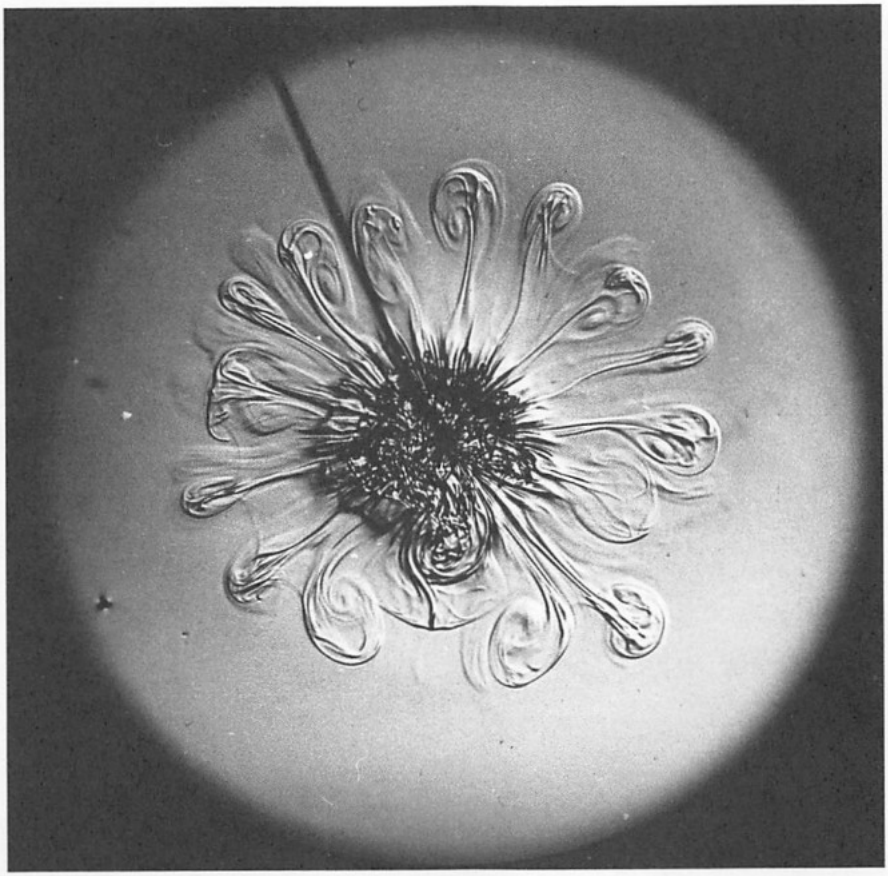
Medizinisch-Pädagogische Konferenz

Rundbrief für in der Waldorfpädagogik tätige Ärzte, Erzieher, Lehrer und Therapeuten



Heft 23 / November 2002

Impressum

Die Medizinisch-Pädagogische Konferenz erscheint viermal im Jahr in Zusammenarbeit mit dem Bund der Freien Waldorfschulen.

Jeder Autor ist für den Inhalt seines Beitrags selbst verantwortlich.

Nachdruck einzelner Artikel ist nur nach vorheriger schriftlicher Zustimmung der Herausgeber möglich, drei Belegexemplare werden erbeten.

Beiträge und Anfragen können an die Herausgeber gesendet werden:

Peter Fischer-Wasels, Markt 4, 44137 Dortmund, Fax 0231-162 97 45
E-Mail: p.fischer-wasels@t-online.de

Dr. med. Claudia McKeen, Neuer Berg 32, 70327 Stuttgart,
Fax 0711-259 19 97

Abonnentenservice und Anzeigen:
Eveline Staub Hug, Ehrenhalde 1, 70192 Stuttgart, Fax: 0711-259 86 99
E-Mail: med-paed-konferenz@gmx.net

Konto: Bund der Freien Waldorfschulen e.V.
– Medizinisch-Pädagogische Konferenz – Eveline Staub Hug
Bank für Sozialwirtschaft Stuttgart, Kto.-Nr. 8712400, BLZ 60120500

Für unsere Abonnenten in der Schweiz:
Bund der Freien Waldorfschulen e.V. – Medizinisch-Pädagogische Konferenz –
Raiffeisenbank Menzingen-Neuheim, CH-6313 Menzingen, Kto.-Nr. 24 696.07,
BC 81457, Postcheckkonto 60-6187-0

Der Kostenbeitrag pro Heft beträgt € 3,– zuzüglich Porto und wird bei den Abonnenten per Lastschrifteinzugsverfahren einmal im Jahr abgebucht. Bei Bestellungen von Einzelheften bitte im voraus Entgelt in Briefmarken (in Deutschland € 4,–) oder Betrag in Euro beilegen (Ausland € 4,25).

Redaktionsschluss für das nächste Heft: 20. Januar 2003

Umschlagbild: Tropfenbild

Medizinisch-Pädagogische Konferenz

Rundbrief für in der Waldorfpädagogik tätige Ärzte, Erzieher, Lehrer und Therapeuten

Heft 23 – November 2002

Herausgegeben von Dr. Claudia McKeen und Peter Fischer-Wasels

Inhalt:

		Seite
Claudia McKeen	Liebe Leser	3
Gisbert Husemann †	Aufrechtbewegung, Sprachbewegung, Eurythmie und Turnen	5
Stefan Schmidt-Troschke/ Themis Michael	Masern heute – neue Fragen und Perspektiven	16
Lüder Jachens	Enthornung und Milchqualität	27
Christoph Schneider	Bryophyllum argento cultum bei kindlicher Hysterie	32
Bund der Freien Waldorfschulen	Pressemitteilung: Nationale Bildungsstandards Ein Schritt vor und zwei zurück	39

Therapiemodelle

Johannes Bockemühl	Therapeutische Gemeinschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie – Höfe am Belchen – Sonderkrankenhaus Neuenweg	40

Berichte von Tagungen

Berichte von der Kolisko-Tagung in Lahti/Finnland

Erika Leiste	Der therapeutische Auftrag des Lehrers Wie können wir die Zusammenarbeit zwischen Lehrern und Therapeuten intensivieren?	43
Nicola Fels / Bartholomeus Maris	Überlegungen zu einer erweiterten sexuellen Aufklärung an der Waldorfschule	53
Sigrid Sendler	Umschmelzung des Vererbungsleibes in einen individuellen Leib am Krankheitsbild Bronchitis und Asthma. Chirophonetik und Heileurythmie begegnen sich. Bericht einer Arbeitstagung in Hannover	58

Erika Leiste — Kurzbericht von der Regionalkonferenz „Therapie an der Waldorfschule" in München-Schwabing — 61

Buchbesprechungen

Henning Köhler — Was haben wir nur falsch gemacht? *(Peter Fischer-Wasels)* — 62

Masaru Emoto — Die Botschaft des Wassers und Wasserkristalle *(Peter Fischer-Wasels)* — 65

Aus dem Leserkreis – an den Leserkreis

Tobis Tüchelmann — Neues vom Zappelphilipp oder muss es denn immer nur Ritalin sein? — 68

Eva-Maria Autenrieth — Elektrosmog und die Unruhe der Kinder — 71

Aktuelle Informationen

– Spiel mit der Angst: Allerweltsleiden immer häufiger zu bedrohlichen Krankheiten aufgebauscht 74
– Resümee aus zwei Jahrzehnten Praxiserfahrung: „Ungeimpfte Kinder gesünder" 76
– Impfung in der Kindheit – Gürtelrose im Alter? 77
– Zeckenbiss – was tun? 77
– Geräusch-CD für Singles 79
– Lärm im Klassenzimmer macht Lernen zur Qual 79
– Auch Lehrer sollen Leistung testen lassen 79
– Beeinflusst Frömmigkeit die Laborwerte? 80
– Handygrenzwerte schützen nicht vor athermischen Effekten 80
– Ökotest: DECT-Telefone wegen zu hoher Strahlenbelastung durchgefallen 81
– Stillen ist gesund – für Kinder wie Mütter 81
– Der Verein für Anthroposophisches Heilwesen stellt sich vor 82

Tagungsankündigungen

– Augenheileurythmiekurs am Goetheanum vom 7.-17. Januar 2003 in Dornach 83
– 7. Treffen der Arbeitsgruppe zur anthroposophischen Kinder- und Jugendpsychiatrie: Heimlich unheimlich – „High-functioning-Autismus" und Asperger-Syndrom – verborgene Krankheiten? vom 15./16. Februar 2003 in Herdecke 84
– 2. Schulheileurythmietagung vom 14.-16. März 2003 in München Schwabing 86
– Intensivkurs für Schulheileurythmisten „Die Wirkungsweise der Konsonanten und Vokale und ihre heileurythmische Anwendung" vom 28. Juli-10. August 2003 auf Meloy, Norwegen 88

Anschriften der Verfasser — III. Umschlagseite

Terminkalender — IV. Umschlagseite

Liebe Leser!

Gerade fand der Ethik-Kongress in Kassel statt mit dem Thema: Ethik des Sterbens – Würde des Lebens. Etwa 500 Teilnehmer aus verschiedensten Berufen kamen zusammen um sich über ihre Fragen und Erfahrungen mit der Begleitung Sterbender auszutauschen.
Was ist Sterbebegleitung? Es ist eigentlich Lebensbegleitung. Wir begleiten den lebenden Menschen bis zum Tode hin. Und so, wie jede Zelle in sich Stoffe enthält, die die Zelle zerstören können, so birgt jedes Leben den Tod in sich. In jedem Moment des Lebens kann Sterben eintreten, das Sterben beginnt mit dem ersten Augenblick, der Konzeption. Wir denken nur meist nicht daran, dass wir in jedem Augenblick den Tod in uns tragen.
Was würden Sie tun, wenn Sie wüssten: dieser Tag ist der letzte in meinem Leben? Würden Sie weitermachen wie bisher? Tun was Sie sich vorgenommen hatten? Etwas anderes, vielleicht ganz Verrücktes machen? Das Leben noch einmal genießen? Oder das tun, was Sie eigentlich schon immer tun wollten, wozu Sie nur immer nicht kamen? Vielleicht würden Sie sogar dasselbe tun – nur viel besser! Der Gedanke an den Tod kann Ernst, Verantwortung, eine größere Verbindlichkeit in unser Leben bringen. Vor allem aber ein Bewusstsein von der Bedeutung des Augenblickes, des Jetzt, des Heute. Ich fühle sofort die Verantwortung gegenüber dem, was ich in der Gegenwart tue, spreche, denke, weil es kein Nachher mehr gibt, wohin ich etwas aufschieben kann, und kein Morgen, wo ich es besser machen kann. Wie oft sagen wir uns doch: Wenn dies oder das vorbei ist, dann... kommt das Eigentliche. Schon beim Kind fängt das an: ... wenn ich groß bin, ... wenn ich in die Schule gehe, ... wenn ich konfirmiert bin ..., wenn – dann und wer denkt nicht, was er alles tun will, wenn er pensioniert ist?
Wann leben wir denn richtig? Können wir nicht viele dieser „wenn ... dann ..." auch heute leben? Versuchen wir doch weniger „demnächst" zu leben, sondern jetzt!
In diesem Heft finden Sie einen ersten Bericht unserer Masernmeldestelle in Herdecke. Stefan Schmidt-Troschke macht deutlich, welch neue Situation heute durch die Impfprogramme entstanden ist und wie mehr denn je eine Entscheidung pro oder contra Impfung nur aus individueller Sicht und aus spirituellen Hintergründen heraus zu fällen ist.
Wen beschleicht heute nicht immer mehr ein gewisses Misstrauen gegenüber Ergebnissen von wissenschaftlichen Studien? Nach den vielen Meldungen in letzter Zeit, dass Studienergebnisse durch Wirtschaftsinteressen beeinflusst wurden, hören wir den Ausspruch: etwas sei „wissenschaftlich bewiesen" mit gemischten Gefühlen. In diesem Zusammenhang macht der Beitrag von Veronika

Hackenbroch (Seite 74) über das Spiel mit der Angst nachdenklich. Auf was kann man sich noch verlassen?
Selbst wenn scheinbar objektive Ergebnisse vorliegen, bleibt immer noch die Frage offen: Wie werden sie interpretiert? Folgt zum Beispiel aus der Pisa-Studie wirklich die Notwendigkeit, dass Kinder ein Jahr früher eingeschult werden müssen? Mischen sich da nicht gleich wieder ganz andere Interessen herein, die die allgemeine Verunsicherung ausnützen?
Es wird immer schwieriger, bei der Fülle von Meinungen und Informationen, den eigenen, individuellen Standpunkt zu finden. Unser Rundbrief möchte für das pädagogische und medizinische Gebiet ein Forum bieten, wo wir uns gegenseitig bei der Urteilsfindung helfen.

Claudia McKeen

Aufrechtbewegung, Sprachbewegung, Eurythmie und Turnen*

Gisbert Husemann

Die Sonderstellung des Menschen gegenüber dem Tier lässt sich an vielen Stellen seines Körpers zeigen. Der aufrechte Gang, mit dem zugleich die Sprache und das Denken erworben wird, fällt jedem sogleich ein. Sucht man für die Eurythmie ein tieferes Verständnis, dann ist es unerlässlich, einige der wichtigsten Sonderbildungen genauer zu durchschauen; denn nur dann wird begreiflich, dass der Leib selbst in der Eurythmie so zum Kunstinstrument gemacht werden konnte, wie der Kehlkopf das Instrument der Sprache ist. Weil die Sprache in innigem Verhältnis zur Gesamtgestalt steht, konnte diese Gestalt zum Instrument für eine bewegte Sprach-Plastik (Eurythmie) werden. Wir versuchen nun, aus dem Vergleich der ganzen Gestalt mit dem Sprachorgan in das innere Kräftespiel der Sprachmuskeln Einblick zu gewinnen.

Die Aufrichtung im Hüftgelenk

Will man die aufrechte Gestalt an ihrem Hebelpunkt aufsuchen, dann muss man die beiden Hüftgelenke ins Auge fassen. Sie sind durch eine quer verlaufende Achse verbunden, die durch die Mittelpunkte der beiden Oberschenkelköpfe geht. Um diese Querachse der Hüftgelenke herum richtete sich in der Vorzeit und richtet sich heute noch der Mensch auf. Die Hüftknochen mit den Oberschenkeln bilden das Beckengewölbe mit dem Kreuzbein als Schlussstein in der Mitte.
Lastende Kräfte von oben und stützende Kräfte von beiden Seiten und unten stehen im Gleichgewicht.
Die Abbildung A zeigt die oberflächlich liegenden, großen Muskelzüge am Rücken, die den Menschen aufrichten. In tieferen Schichten, die verdeckt sind, wirken andere Muskeln mit. Sie sind in verschiedenen Stufen senkrecht, die Wirbelkörper übergreifend, längs der Wirbelsäule angeordnet.
In der unteren Region des Rückens liegt der Sitz- oder der große Gesäßmuskel, lateinisch: Glutaeus maximus. Vom Darmbeinkamm entspringend, übergreift er das Hüftgelenk und setzt am Schenkelhals an. Zieht er sich zusammen, dann wird zum Beispiel beim Aufstehen aus sitzender Haltung oder beim Hochstemmen eines Koffers in der Eisenbahn das Hüftgelenk unter die Last des Körpers

* Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Verlages Freies Geistesleben aus Gisbert Husemanns Buch mit dem Titel „Sinnesleben, Seelenwesen, Krankheitsbilder", Seiten 227- 239

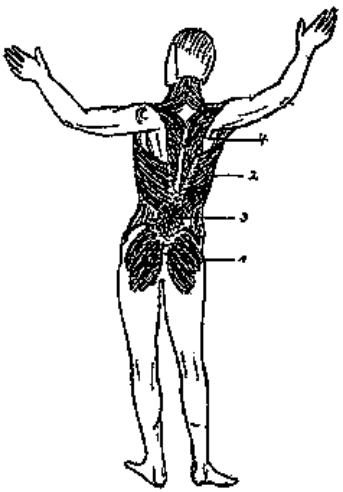


Abb A: Rückenmuskeln
1 Glutaeus maximus
2 Latissimus dorsi
3 Überkreuzung der Muskelketten
4 Trapezius (nach Hoepke 1961)

gedrückt und empor- oder aufgerichtet. Weiter unten geschieht das gleiche durch den auf der Vorderseite gelegenen geraden Oberschenkelmuskel (Musculus quadriceps femoris), in welchen zur Verbesserung seines streckenden Zugmomentes die Kniescheibe wie ein Knebel eingelassen ist. Die Kniestreckung ist eine Teilaufrichtung am Bein. Am Hüftgelenk greift die Muskelwirkung hinten an, im Kniegelenk vorn. Das Hüftgelenk ist das größte Gelenk mit der größten Tragkraft, mit dem stärksten Muskel (Glutaeus maximus) und dem dicksten Nerv, dem in die Beine verlaufenden Nervus ischiadicus. Bevor die aufrichtenden Kräfte zum Zuge kommen, müssen sich die Füße ihren festen Standort suchen; beim Gehenlernen der Kinder und bei Lastträgern kann man das beobachten. Erst nachdem die Füße mit den Zehen am Boden festhalten, vollzieht sich das ziehende, stemmende, aufrichtende Muskelspiel. Die Tiere sind gebückt, sie müssen zur Erde blicken, die Menschen als aufgerichtete Wesen richten ihre Augen bis zu den Sternen hinauf.

Mit diesem Gliederbau ist eine grundlegende Voraussetzung der gegliederten artikulierten Sprache geschaffen. Homer gibt dem Menschen daher das Beiwort: »die ihre Stimme gliedernden Wesen«. Wenn Tiere, wie Raben, Stare, Papageien, dem Menschen in aufrechter Haltung des Halses näherkommen, dann lernen sie sogar Laute zu imitieren. Die Bedingung dafür liegt in der teilweisen Aufrechtheit der Organe des Halses und der Lunge.

Der Hüftmuskel wirkt nicht allein. Wir müssen weitere Muskeln ins Auge fassen. Die Muskelfasern des Glutaeus setzen sich in der gleichen Richtung auf die andere oder Gegenseite fort; wir gelangen damit in die mittlere Region, zum breiten Rückenmuskel, Latissimus dorsi, dem Muskel mit der größten Flächenausdehnung.

Wie die Abbildung A andeutet, sind es zuerst straffe Fasern einer sehnigen (muskelfreien) Platte, die die Muskelzüge beider Hüftmuskeln aufnimmt. Ist die Muskelkraft durch die Sehnenplatte gelaufen, mündet sie wieder in einen Muskel ein, der die Richtung aufnimmt und der bestimmt, wo der Latissimus und damit

die ganze Kette beiderseits endet: an den Oberarmen. Von zwei Seiten herkommend, überkreuzen und durchsetzen sich über dem oberen Beckenrand zwei große Muskelketten. Sie beginnen sogar, weil der Glutaeus sich bis auf den Unterschenkel faserig fortsetzt, unterhalb des Kniegelenkes und enden auf der Gegenseite am Oberarm. Die Kniegelenke, die Hüftgelenke, die Wirbelsäule als Linie der Kreuzung und die Oberarme werden beiderseits von hinten zu einer Gesamtstruktur von Muskelketten zusammengefasst, wobei die einzelnen Muskelindividuen sich dem Zug zum Ganzen unterordnen.[1] Der Rücken in seiner Gesamtheit spricht von gegliederter Aufrichtung. Wenn wir als Kinder in der Schaukel saßen, haben wir diese Muskelketten geübt. Was haben wir getan? Die Hände müssen zuerst die Schaukelstricke fest umklammern; damit wird ein fester Punkt – vermittels der Aufhängung oben am Balken – gegeben, den für das Stehen die Füße geben müssen. Sogleich wird dann der Rumpf tief nach vorn gebeugt, und dadurch werden die Rückengurte vorbereitend gespannt und gedehnt; der Schwerpunkt liegt jetzt hinten, und mit einem Ruck – die Hände am Strick müssen festhalten – werden die Gurte kontrahiert und so das Becken nach vorn gedrückt. Der Körper wird von hinten gepackt und nach vorn geworfen; die Beine, zuerst stark gebeugt, werden im Kniegelenk jetzt gerade gestreckt! Die Schaukel-Schwingungen sind das dynamische Bild der Aufrechtbewegung. Statt der Füße fixieren die Hände, statt der Richtung nach aufwärts ergibt sich aus der Streckung im Hüftgelenk das schwingende Körperpendel zwischen vorn und hinten. Frei schwingt der ganze Körper. Das Schaukelinstrument lässt äußerlich vergrößert erleben, was zwischen dem eigenen Muskelleib und dem Skelett vor sich geht. Und darin liegt das Beglückende für das Kind.

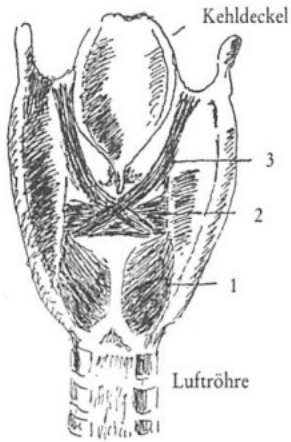


Abb. B: Äußere Kehlkopfmuskeln, von hinten
1 M. cricoarytaenoideus
2 M. arytaenoideus, pars transversa
3 M. arytaenoideus, p. obliqua
(nach Spalteholz 1940)

1 Hoepke: Das Muskelspiel des Menschen, Stuttgart 1961

Die Wirbelsäule

Wenn wir uns nun die Wirbelsäule im Vergleich zu ihrem Verlauf beim Tier vorstellen, dann muss sie selbst zum Spiegel der aufrechten Gestalt werden. Sie wird im Hüftgelenk nach hinten gebogen (Lendenlordose); vor der Abknickungsstelle liegt der Schwerpunkt; der Brustkorb hängt nach vorn an der Brustwirbelsäule und biegt sie nach vorn; der Kopf balanciert im Gleichgewicht – ebenso wie es die Last des Rumpfes in den Hüftgelenken tut – auf der Halswirbelsäule. Sie wird, wie die Lendenwirbelsäule, nach hinten gebogen. Der Kopf biegt sich entsprechend im rechten Winkel nach vorn. Diese Vorwärtsbewegung zur Horizontalen dient dem Eröffnen der Sinnesorgane in den Umkreis (Horizont). Die ganze Wirbelsäule wird als Folge der Aufrichtung zwischen hinten und vorn in drei Schwingungen versetzt. Und dort, wo sie in ihrer Stellung besonders gefährdet ist, in der Lendengegend, bilden sich Sehnenplatten heraus. Hier neigt sie auch zu krankhaften Veränderungen und Schmerzen.
Wir sahen, wie die Hüftmuskeln von hinten, die Kniestrecker von vorn angreifen. Auch die Wirbelsäule, aus circa 30 Wirbeln aufgebaut, schwingt zwischen hinten und vorn.

Der Fuß

Schließlich zeigt sich die Aufrechtbewegung am menschlichen Fuß. Kein anderes Wesen hat einen solchen Fuß. Allein der Menschenfuß hat ein Längsgewölbe. Dieses Gewölbe kommt dadurch zustande, dass sich das Fersenbein erhebt. Es bildet mit dem Erdboden einen nach vorn offenen Winkel! Das Fersenbein spiegelt mit seiner von der Ferse schräg aufwärts gehenden Erhebung bis zum Scheitel des Gewölbes die Aufrichtung am kleineren Teil. Die höheren Affen lassen das Fersenbein auf der Erde, sie erheben es nicht. Auf das Fersenbein ist beim Menschen das Sprungbein gehüpft, es bildet den Schlussstein des Fußgewölbes und empfängt die ganze Körperlast von oben. Das Sprungbein verteilt die Last nach vorn auf die drei inneren Zehen als Strebepfeiler, die beiden äußeren Zehen verbinden sich nach hinten mit dem Fersenbeinhöcker, mit dem sich der Fuß anstemmt. Hier hinten setzt die Achillessehne des Wadenmuskels an und zieht die Ferse hoch. Jetzt wird die Last, wie schon im Stehen zum Teil, ganz auf die nach vorn ansetzenden fünf Zehen-Strebepfeiler des Gewölbes verteilt. Der Mensch kann auf den Zehen stehen, er kann die Ferse von der Erde abheben. Damit ist im Fuß das Stehen, Gehen, Laufen, Hüpfen und Springen vorgebildet. Nur der Mensch hat einen Wadenmuskel. Über den Hüftgelenken liegt der Schwerpunkt, der balanciert wird. Über den Füßen wird mit der ganzen Last in geradezu artistischer Form gespielt. Die Aufrichtung ist ganz versteckt, aber fortgesetzt wirksam.

Tiere spezialisieren sich jeweils auf *eine* Bewegungsart. Das Pferd läuft, der Löwe springt, das Känguruh hüpft und so weiter. Der Menschenfuß ist in seiner Art universell, wie die Hand. Er ist eine einzigartige menschliche Sonderbildung (Spezialkonstruktion). Der Mensch kann stehen, den Fuß erheben, ihn schwingen lassen und ihn wieder hinstellen. Auf einer ersten Strecke wird der Fuß angehoben, auf der zweiten Strecke schwingt er im Gleichgewicht mit dem anderen, stehenden Fuß; auf der dritten Strecke wird er aufgesetzt, und zugleich wird der andere, der Standfuß, erhoben. Aus dem dreigegliederten Gewölbe zwischen hinten und vorn, im Gleichgewicht zwischen der Ferse, dem Sprungbein als Schlussstein und den Pfeilern im vorderen Fuß ist das Stehen und Gehen im Gleichgewicht von oben und unten, von rechts und links entwickelt worden. Das Beckengewölbe im Gleichgewicht von Last und Aufrichtung hat im Fußgewölbe eine Metamorphose gefunden.

Der Schwerpunkt

Eine wichtige Einzelheit, für das Ganze von fundamentaler Bedeutung, muss hierbei beachtet werden: die Lage des Schwerpunktes des ganzen Körpergewichtes.

Die Muskelströme der Aufrichtung (siehe oben Seite 5 folgende) verlaufen dort, wo sie sich im Lendenwirbelbereich durchkreuzen, genau hinter dem Massenschwerpunkt der ganzen Gestalt. Die Muskelketten richten uns auf, und dann wachen sie dauernd über die eroberte Haltung im labilen Gleichgewicht; denn der Massenschwerpunkt liegt über den Unterstützungspunkten im Hüftgelenk; im Gegensatz dazu liegt er beim Tier unter den Unterstützungspunkten der vier Glieder (Pferd, Rind und andere). Das ist der Grund, warum der Mensch so leicht fallen kann, während die vierfüßigen Säugetiere eine stabile Gleichgewichtslage haben.

Am schönsten ist die tierische Lage des Schwerpunktes an den kleinen Kletteraffen zu beobachten. So wie ein Pendel an einem längeren Faden weiter als an einem kürzeren schwingen kann, so nehmen sie an einem ihrer langen Arme Schwung auf und lassen sich durch den tiefliegenden Schwerpunkt ihres Körperpendels bis zu zehn Meter frei durch die Luft schwingen. Mit ihren Händen und Füßen halten sie sich an einem Zweige der Baumkronen fest, die sie schwingendkletternd durchfliegen. Das Gegenteil hat der Mensch zur Aufgabe bekommen. Er soll fest auf der Erde stehen und sich doch dabei mit der Last bewegen. Er muss lernen, mit der Erdenlast des Körpers frei umzugehen, nicht der Last zu folgen und ihr zu unterliegen. Das gelingt, indem der Schwerpunkt vor dem Kreuzbein über den Hüftgelenken liegt und dauernd balanciert wird; steht der Körper senkrecht, ist dafür nicht viel Kraft nötig. Der Mensch hebt sich dadurch aus der Tierreihe

heraus, dass sein Gleichgewicht im und durch den Organismus zustande kommt: Der Schwerpunkt wird entgegen den Erdenkräften hinauf- und herausgehoben. Der menschliche Leib lebt physisch im labilen Gleichgewicht, statt im stabilen, wie Vierbeiner, Stuhl und Tisch. „Und alles, was in der menschlichen Sprache, im menschlichen Denken zum Ausdruck kommt, hängt innig zusammen mit diesen Gleichgewichtsverhältnissen."[2]
Die Abbildung A zeigt, außer den besprochenen Muskeln, in einer unteren und mittleren Region noch einen weiteren, den Musculus trapezius in der oberen Region. Er besteht aus zwei Dreiecken, deren breite Grundseiten wieder in einer Sehnenplatte in der Mittellinie aneinandergrenzen, entlang der Wirbelsäule. Die absteigenden, vom Kopfe kommenden Fasern haben ihr Gegenbild in den aufsteigenden Fasern. Dazwischen verlaufen quer die Fasern zwischen den Schulterblättern. In der Mitte ragt der Dorn des siebten (letzten) Halswirbels hervor. Der Trapezius kann die Schulterblätter (mit Hilfe noch anderer, tieferer Muskeln), je nachdem, welche Faserportionen sich kontrahieren, an irgendeinem Punkt auf dem Brustkorb hinten feststellen, so wie es für die Arm- und Handbewegungen am günstigsten ist. Die Schulterblätter sind verschiebbar wie das fahrbare Unterteil eines Kranes. Arme und Hände werden mit dem Schulterblatt an die gewünschte Stelle des Brustkorbes hingefahren, wo sie hantieren und greifen sollen.

Der Kehlkopf als Spiegelbild der ganzen Gestalt

Wenn wir nun den Kehlkopf als Teil mit dem Ganzen vergleichen, so muss beachtet werden, dass es sich hierbei nur um die wichtigsten der hinten gelegenen Kehlkopfmuskeln handelt.
Die Kehlkopfmuskeln sind wohl die kleinsten willkürlich beweglichen Muskeln des Körpers. Sie haben keine mechanischen Aufgaben für die Körperbewegung; im Gegenteil, sie sind durch die Aufrichtung davon befreit und haben ganz andere Aufgaben bekommen.* Der ganze knorpelelastische Kehlkopf ist sehnig muskulös am knöchernen Zungenbein aufgehängt. Aber nicht nur das. Der Kehlkopf wird von außer ihm liegenden Muskeln wie eine Saite gespannt. Dazu bedarf es voneinander entfernter Festpunkte, zwischen denen die Saite fixiert wird. Diese Fixpunkte liegen unten am Brustbein, oben am Kopf, an den beiden Warzenfortsätzen hinter dem Ohr und am Kinn. Zwischen diesen vier Punkten wird der

2 Steiner, Rudolf: Das Ewige in der Menschenseele; Unsterblichkeit und Freiheit, Vortrag am 15.4.1918, GA 67

* Von der mechanischen Funktion der fest verschlossenen Stimmritze bei allen Muskelarbeiten, die Atemstillstand und Bauchpresse erfordern (zum Beispiel Tragen schwerer Lasten) ist hier abgesehen (Anmerkung des Herausgebers).

Kehlkopf gespannt. Er vibriert daher beim Sprechen wie eine Saite. Es ist kein Zufall, welche Punkte es sind; denn mit dem Ohr wird die Sprache kontrolliert und gehört, mit dem Kiefer-Zungenapparat wird sie gestaltet, und aus der Brust kommt die Luft, mit der wir sprechen. So ist der Kehlkopf den zu ihm gehörenden Organen mit Muskeln verbunden. Der Kehlkopf ist aus dem übrigen Körper herausgehoben und durch seine äußere Einspannung zugleich innig mit dem Ganzen verbunden.

Die Abbildung B (Seite 7) ermöglicht uns, die Muskeln der Kehlkopfhinterseite mit denen des Rückens zu vergleichen. Wir sehen, dass auch hier ein Muskel sich überkreuzt, es ist der schräge Stellknorpelmuskel (Musculus arytaenoideus). Die Kreuzung wiederholt im kleinen die großen Muskelketten der ganzen Gestalt. Der Typus ist deutlich, der Bauplan einheitlich. Es fehlen am Kehlkopf die zwischengeschalteten Sehnenblätter, die mechanisch so wichtig waren. Die zu umhüllenden Teilelemente sind die Stellknorpel und der Kehldeckel; nur zwei gegenüber der Vielzahl im Großen (Becken, Beine, Wirbel, Rippen und Arme). Im Kleinen wird, weil zusammengeschoben, alles viel einfacher. Die Gewebe sind Muskeln und Knorpel, keine Knochen. Die Gelenke führen auch nicht die Bewegungen wie am knöchernen Skelett, sondern hier gibt es die Verschiebegelenke bei den Stellknorpeln, die auf dem Ringknorpel gleiten können.

Am Ganzen des Körpers lag vor der Überkreuzung der Massenschwer-punkt; beim Abbild im Kleinen überbrückt die Muskelkreuzung den Spalt zwischen den beiden Stellknorpeln (im Bilde verdeckt), von denen die Stimmbänder, nach vorn ziehend, abgehen. Hier liegt ein Geheimnis verborgen: Gegenüber dem Massenschwerpunkt im Großen müssen wir hier den Luftstrom ins Auge fassen, welcher zwischen den Stimmbändern aus der Lunge durch die Luftröhre aufsteigt. Auf der Höhe der Überkreuzung der beiden schrägen Kehlkopfmuskeln wandelt sich der Luftstrom in Klang! Der aufsteigende Luftstrom trägt die Sprache auf seinen Flügeln hinaus. Gegenüber den herabziehenden Schwerekräften im Großen macht sich hier durch die Ausatmung, befreit von aller Schwere, der frei schwingende Sprachstrom geltend; er strahlt in die Welt aus. So gesehen treten beide, die Schwerkraft und die Sprachkraft, als verwandelte Aufrichtekraft vor uns hin.

In der Polarität zwischen dem Körperpunkt, an dem durch die Erde die Schwere angreift, und dem Klang erzeugenden Muskelgriff in den aufsteigenden Luftstrom ist das Ich des Menschen wirksam. Der Erde gegenüber wird von ihm die Aufrichtung bewirkt, in die Luft hinein wird die Sprache gestaltet. Über dem eroberten herausgehobenen Gleichgewicht in den Hüftgelenken wird die Sprache als Gleichgewichtsschwingung zwischen der eigenen Seele, der Welt und dem anderen Menschen gestaltet.

Wir sahen, wie der Trapezius die Schulterblätter auf dem Brustkorb verschieben

kann. Dementsprechend werden die Stellknorpel auf der Unterlage des Ringknorpels, ohne auf die Gelenke Rücksicht zu nehmen, in gleitenden Bewegungen verschoben. Die Stellknorpel setzen sich über sonst festhaltende Gelenke hinweg. Die Bewegungen werden dadurch zu einer Art Gleithüpfen, wie vom Sprachwind bewegte Wellen. Die Stellknorpel schweben schwerelos in den Muskeln, wie nur Töne schweben können.[3]

Für die dreiseitigen Schulterblätter ergibt sich, dass sie von den Stellknorpeln mit ihrer tetraedrischen Form im Kleinen wiederholt und gespiegelt werden. Und wie sich am Schulterblatt der Arm anfügt und in der Hand endigt, so entspringen von den Stellknorpeln die Stimmbänder. Aber vorn sind sie am Schildknorpel fixiert. Die Handbeweglichkeit und die fein abgestuften Fingerbewegungen werden ganz in die vom Gehör kontrollierte Abstimmschärfe der Stimmbandschwingungen verwandelt. Diese Modifikation ist von der allergrößten Bedeutung; denn sie zeigt, dass die Bewegungen der Finger dadurch, dass sie im Kehlkopf festgehalten sind, in das Element des Musikalischen, das heißt nach innen, umgesetzt werden. Im Kehlkopf findet, indem äußere physische Bewegungsmöglichkeiten verkümmern, eine Verinnerlichung in den seelischen Sprachraum statt. So kommen wir nach und nach am Kehlkopf zu einem verkleinerten Bewegungsmenschen, der in das Seelische und Geistige aufgenommen worden ist.

Der Muskel (Nummer 1 in Abbildung B, Seite 7), der vom Ringknorpel (Cricos) zum Stellknorpel (Arytaena-Schälchen = Gießbeckenknorpel) zieht, hat äußerlich die Form des Glutaeus; so wie der Glutaeus das Hüftgelenk überbrückt und zum Aufrichter wird, so zieht dieser Kehlkopfmuskel zum seitlichen Stellknorpelfortsatz und zieht ihn nach hinten. Und was geschieht? Die Stimmbänder, nach vorne abgehend, werden durch eine Hebelwirkung geöffnet. Die plastische Gestaltaufrichtung hat ihr musikalisch-sprachliches Äquivalent in der Stimmritzenöffnung.

Erinnern wir uns nun, dass die Glutaeus-Latissimus-Kette am Oberarm ansetzt, dann können wir selbst die dargestellte Spiegelung mit eigenen Bewegungen nachmachen. Dafür halten wir die Arme nach vorn gestreckt und lassen die Hände einander anfassen. Wenn wir nun die Arme im Ellenbogengelenk beugen und die Hände dem Brustbein etwas nähern, entsteht das entsprechende Fünfeck im Großen zwischen Brust, Oberarmen, Unterarmen mit Händen. Diese Bewegung ist im Großen das, was die Stellknorpel im Kleinen tun, wenn sie die Stimmritze öffnen. Dieses Pentagramm bildet sich im Kehlkopf bei starker Einatmung. Es hat mit den Gestaltungskräften der Lunge zu tun, deren Wachstum embryonal nach dem Gesetz des Goldenen Schnitts verläuft. – Warum spricht der Gliedermensch nicht, sondern bleibt bei stummen Gesten stehen? Weil seine Bewegungen sich

3 Braus, H.: Anatomie der Menschen, ³1956, Band II, S. 153

zu langsam vollziehen, um gehört zu werden. Der Sprachmuskelmensch wurde um ein Vielfaches beschleunigt, die Organe wurden gespannt, so dass sie wie Saiten vibrieren und daher gehört werden können.
Die Stimmbänder als fixierte Arme haben ihre »Hände« in den übrigen Gebilden – den Gaumen, den Zähnen, der Zunge und den Lippen –, welche wie Finger in die Saiten einer Violine in den Luftstrom von außen eingreifen und ihn gestalten. Das Öffnen und Schließen der Stimmritze kann dagegen eher mit dem Spielen auf einem Blasinstrument verglichen werden. Die Stimmbegabung und der Sprachapparat haben Züge teils von einem Saiten-, teils von einem Blasinstrument.[4]
Durch die verkümmernde Reduktion auf der einen Seite und die gesteigerte Beweglichkeit auf der anderen Seite wird die ganze plastische Gestalt in schwingende Luftgestalten oder tönende Luftplastik transformiert: in das Wort des Menschen.
Die Sprachorgane sind ein kleines Spiegelbild der ganzen Bewegungsgestalt des Menschen. Die Aufrechtbewegung ist die Voraussetzung für die Sprachbewegungen. Wir sprechen mit den verkleinerten und verfeinerten Muskel-Bewegungsorganen, welche unsere Gestalt aufrichten. Im Ich ist die Aufrecht- und die Sprachbewegung gleichen Wesens; denn ich richte mich auf und ich kann sprechen.
Aus den beschriebenen Organbeziehungen möge nun anschaulich werden, was entstehen kann, wenn die schnellen Bewegungen sinngemäß wieder auf die langsamen Bewegungen zurück übertragen werden. Die hörbaren Worte werden wieder stumm, aber dafür werden sie sichtbar. So entsteht Eurythmie als sichtbare Sprache.

Eurythmie vom Gesichtspunkt einer medizinisch-pädagogischen Physiologie (Hygiene)

Wenn der Mensch geboren ist, kann er nicht sogleich aufrecht stehen, während die meisten höheren Tiere sich bald nach der Geburt auf ihre Beine stellen können. Die Fähigkeit zu sprechen verzögert sich noch länger als die Aufrichtung. Erst wenn die Gliederbewegungen unter die Herrschaft des menschlichen Wesens gebracht worden sind, fängt der Mensch an, allmählich auch die Kehlkopf-, Zungen- und Lippenbewegungen im Dienst der Sprache zu beherrschen. Die Benutzung der feineren Muskelbewegungen des Kehlkopfes setzt voraus, dass vorher die ganze Gestalt im menschlichen Sinne zur Aufrechtbewegung durchgestaltet wurde. Nachdem die Glieder beherrscht werden und der Körper aufrecht

4 Nach einem Wort Rudolf Steiners ist daher der Kehlkopf „eine Blasgeige" (Hinweis Maria Schüppel)

bewegt werden kann, sind diese Kräfte frei geworden und können nun für die sprechenden Muskelbewegungen benutzt werden. Aus der langsamen Körperbewegung an der Erde werden sie herausgehoben und befreit für den Dienst am Geistig-Seelischen des Menschen.
Dieser Gesichtspunkt kann die pädagogische Seite der Eurythmie verständlich machen. Was sich nämlich zwischen Glieder- und Sprachbewegung abgespielt hat, wiederholt sich am Ende der ersten Lebensepoche. Der Leib hat eine erste Gestaltungsphase durchgemacht. In dem Herausschieben der Milchzähne und in dem Nachrücken der zweiten Zähne kommt leiblich zum Ausdruck, dass bestimmte bildende Kräfte frei geworden und herausgehoben sind, welche der Lehrer im Unterricht anspricht. So wie mit der ausgeatmeten Kohlensäure die Sprache herausgehoben und gesprochen wird, so benutzt der Lehrer die sich heraushebenden Bildekräfte und gestaltet mit ihnen am geistig-seelischen Wesen des Kindes.
Das Kind wird geschult zuzuhören, sich etwas vorzustellen, sich zu erinnern. Es entwickelt zum Beispiel die Vorstellung der Zahl. Die Zahlenvorstellungen sind das gegebene Mittel, ein Gedächtnis zu entwickeln, welches das Ich tragen kann. Ohne ein Ich-stützendes Gedächtnis in der Kindheit ist das Ich des Menschen seiner Umwelt wie ein schwankendes Rohr ausgeliefert, es kann von dieser Umwelt mit Leichtigkeit verschluckt werden und aus der Welt verschwinden. Die Tendenzen dazu sind heute in manchen sogenannten Kultureinrichtungen vorhanden. Die eurythmische Bewegung als Sprachbewegung des menschlichen Ich-Wesens kommt der beabsichtigten Entwicklung entgegen; denn für die sinnvolle Bewegung der Eurythmie muss ja der Wille tätig sein. Ein eurythmisch angeleiteter Ich-Wille verstärkt die Fähigkeit zur Zielsetzung und Sinngebung des eigenen Lebens.
Wenn wir den Turnunterricht ins Auge fassen, so ist für seine speziellen Bewegungen das Vorstellen besonders wichtig. Wer sich einen turnerischen Bewegungsablauf am Reck, auf dem Sprungbrett, am Startloch in seinem Gliederablauf in möglichst vielen Einzelheiten vorher klargemacht hat, das heißt ihn sich vorstellt, dem wird das Durchführen und das Gelingen der Übung viel leichter fallen. An dieser Stelle hat der Turnlehrer eine wichtige Aufgabe am bewussten Vorstellungsleben des Kindes. Die ausgeführte Turnübung führt aber zum Gegenteil der eurythmischen Bewegung. Beide bilden zusammen eine lebensgemäße Polarität, die wir uns kurz skizzieren wollen:

Turnen beansprucht die Sehnen, Muskeln, Glieder und Gelenke. Sie fügen sich ein in die Erdenschwere und überwinden fortgesetzt die Schwere; Turnen verkörpert im Erdenleib und lässt nach innen das freie Seelische empfinden.

Eurythmie beansprucht vor allem die Ober- und Unterarme sowie Hände im Bewegungsfluss der Atmung und der Sprache. Eurythmie gestaltet sinnvolle Bewegung und verkörpert den freien Ausdruck des Ich, wie in der Sprache.

Wenn man turnerisch die Geschicklichkeit für eine bestimmte Übung trainiert, arbeitet man an der Überwindung der leiblich-stofflichen Widerstände gegen die vorgestellte Bewegung. Mit der gelungenen Übung hat der Wille die Herrschaft über den Körper erlernt. Die körperliche Bewegung, die den Leib zu beherrschen gelernt hat, erzeugt nach innen in das Seelische eine Art Komplementärempfindung der eigenen sich freier fühlenden Seele. An dieser Stelle kann das turnerische Erlebnis und Ergebnis, wozu der Lehrer anleiten sollte, in das *Bewegungsspiel* übergeführt werden. In der Bothmer-Gymnastik[5] liegen hier viele schöne Möglichkeiten. Wird die Bewegung *quantitativ* zum Selbstzweck (zum Beispiel je schneller um so besser), nimmt man der Jugend ihren Leib weg; er wird sinnlosen Bewegungen geopfert. Der Leistungssport als Teil des Wirtschaftslebens hat daher mit pädagogischen Zielen nichts mehr zu tun.[6]
In der Eurythmie wird das herausgehobene, von der Sprache getragene Freiheitserlebnis künstlerisch verkörpert und gestaltet. Aus dem Turnen, aus der Gymnastik mit Bewegungsspielen sowie der Eurythmie ergibt sich eine Dreiheit pädagogisch wirksamer Körperbewegungen, die das Menschenwesen zwischen Körper und Geist im Gleichgewicht entwickeln.

5 Bothmer, Fritz Graf von: Gymnastische Erziehung, Stuttgart ^{3}1989
6 Husemann, Gisbert: Der Sport ein Religionsersatz. Der Merkurstab 1996, Heft 3, Seite 222. Nachdruck in Medizinisch-Pädagogische Konferenz, Heft 4, Januar 1998, Seite 46-50

Masern heute – neue Fragen und Perspektiven

Stefan Schmidt-Troschke / Themis Michael

Einführung

Circa 85% aller deutschen Kinder werden heute gegen Masern geimpft. Regional ist die Rate geimpfter Kinder sehr unterschiedlich.[1] Masern treten heute nur noch bei einer abnehmenden Zahl von Kindern auf, deren Eltern sich gegen eine Impfung entschieden haben. Sie suchen häufiger Beratung und Unterstützung bei komplementärmedizinisch orientierten Ärzten. Im Rahmen von Medienkampagnen wird diesen Ärzten mitunter die Unterlassung ihrer ärztlichen Sorgfaltspflichten unterstellt. In jüngster Zeit sind immer wieder auch anthroposophisch orientierte Ärzte und Einrichtungen in einen Zusammenhang mit dem Auftreten von Masern-Epidemien gebracht worden. Das Anliegen, die möglichen Ressourcen der Erkrankung in den Blick zu nehmen, weicht zunehmend einer ausgeprägten Angst gegenüber ihren möglichen Komplikationen. Die folgenden Erörterungen haben zum Ziel, aufzuzeigen, wie sich das Auftreten und die Erscheinungsform der Erkrankung im Zuge der veränderten epidemiologischen Situation darstellt. Dabei werden auch heutige soziale und gesellschaftliche Bedingungen in Betracht gezogen. Diese Darstellung kann hoffentlich all denjenigen Unterstützung sein, die sich zukünftig gemeinsam mit Eltern um einen wirklich individuellen Impfentscheid bemühen.

Nationale und internationale Bestrebungen zur Masern-Elimination

Nationale und internationale Bemühungen, die Masernerkrankung zu eliminieren, haben in den letzten Jahren zu einem deutlichen Rückgang von Masernerkrankungen weltweit geführt. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) strebt letztlich eine globale Eradikation[2] der Erkrankung an. Hierzu wurde ein detaillierter Stufenplan ausgearbeitet, nach dem für Europa eine Maserelimination bis zum Jahr 2007 anvisiert wird.[3] Die nationalen Gesundheitsbehörden werden angehalten, entsprechende Maßnahmen zur Erreichung dieses Ziels zu implementieren. In Deutschland wurde 1999 mit einem nationalen Programm zur Eliminierung der Masern begonnen. Hierzu sind verschiedene Initiativen ergriffen worden, zu denen insbesondere die Verabschiedung des sogenannten Infektionsschutzgesetzes im Jahre 2000 gehört. Nach diesem am 1. Januar 2001 in Kraft getretenen Gesetz sind Patienten mit Masern bereits bei Verdacht

namentlich dem zuständigen Gesundheitsamt zu melden. Bei Bedarf kann das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit aufgehoben werden und Zwangsmaßnahmen zur Eindämmung von Epidemien (Riegelungsimpfungen, Schließung von Einrichtungen et cetera) ergriffen werden.
Ein weiterer Schritt zur Bekämpfung der Erkrankung in Deutschland bestand in der Gründung der sogenannten „Arbeitsgemeinschaft Masern", einem Kooperationsbündnis von den drei großen Impfstoffherstellern (Aventis Pasteur MSD, Chiron Behring und GlaxoSmithKline), dem Deutschen Grünen Kreuz in Marburg und dem Robert-Koch-Institut in Berlin. Wesentliches Ziel der Arbeitsgemeinschaft Masern (AGM) ist die Überwachung von lokalen Epidemien und deren Charakterisierung und geographische Verfolgung anhand von Erregertypisierungen.
In Hinblick auf die Durchimpfungsraten gegen die Masernerkrankung rangiert Deutschland auf den hinteren Plätzen in Europa[4] (zusammen mit zum Beispiel Frankreich, Italien, die Schweiz, Österreich und den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion). Dies mag vor allem damit zusammenhängen, dass es in Deutschland breite Bevölkerungsgruppen gibt, welche in der Masernerkankung keine Bedrohung sehen, beziehungsweise annehmen, dass durch die Erkrankung Gesundheitsressourcen freigesetzt werden könnten.

Folgen von Eliminationsbestrebungen

Im Zuge der flächendeckenden Einführung von Masernimpfungen weltweit hat sich ein deutlicher Rückgang der Erkrankung eingestellt: sowohl Nordamerika als auch große Teile Südamerikas nähern sich dem Ziel einer Maserelimination an. In diesen Ländern also gibt es kaum noch einheimische, das heißt aus dem Land selber stammende Erkrankungen, so dass zunehmend Schutzmaßnahmen gegenüber eingeschleppten Maserinfektionen ergriffen werden müssen. So kam es beispielsweise in Venezuela Ende letzten Jahres zum Ausbruch einer größeren Masernepidemie. 2.416 Masernerkrankungen wurden in diesem Zusammenhang durch Laboruntersuchungen oder bestätigte epidemiologische Kontakte registriert, insgesamt sind bei den zuständigen Behörden in einem Zeitraum von 9 Monaten circa 6.380 Verdachtsmeldungen eingegangen.[5] In Venezuela waren seit 1995 jährlich nicht mehr als 200 Erkrankungen registriert worden. Bei dem sogenannten „Indexfall", das heißt dem ersten erkrankten Menschen dieser Epidemie, handelte es sich um einen Touristen, der sich unmittelbar vor seiner Erkrankung in der Schweiz, Deutschland und Spanien aufgehalten hatte. Berichte über solche „eingeschleppten" Epidemien werden heute mit zunehmender Aufmerksamkeit bedacht, gerade dann, wenn die Einschleppungen aus Ländern erfolgen, die noch weit entfernt sind von dem Ziel einer Maserelimination.

Die Frage, ob eine weltweite Eradikation der Masern wirklich möglich ist, muss weiterhin offen bleiben. Unseres Erachtens müssen die 1984 durch Levy geäußerten Bedenken gegenüber der Eradikation weiter aufrecht erhalten werden.[6] Levy kommt durch Modellberechnungen zu dem Ergebnis, dass im Jahre 2050 in den USA Großepidemien bei Erwachsenen zu erwarten sind, da zu diesem Zeitpunkt über 10 Prozent der Gesamtbevölkerung keine wirksame Immunität den Masern gegenüber haben dürfte. Das ungeschützte Kollektiv wäre dann gleichmäßig über alle Altersgruppen verteilt. Es ist einschlägig bekannt, dass die Erkrankung im Erwachsenenalter mit häufigeren und schwereren Komplikationen einhergeht, nicht selten werden auch Todesfälle beschrieben.[7] Es mag für sich sprechen, dass auch die WHO derzeit kein Datum angibt, für das eine weltweite Masern-Eradikation, das heißt die völlige Ausrottung der Erkrankung anzustreben ist. Es bleibt zu fragen, ob dieses Ziel überhaupt realistisch ist.
Sollte es nicht gelingen, die Masern zu eradizieren, so ist zu befürchten, dass es in der Tat zu den von Levy beschriebenen Großepidemien kommt. Wollte man dies wirksam verhindern, so wären Impfprogramme notwendig, mit denen ein Großteil der Weltbevölkerung über viele Jahrzehnte hinweg auch über den Zeitpunkt der regionalen Elimination hinaus geimpft werden müßten. Der Gewinn für die Industrie ist diesenfalls wohl kaum auszumalen.
Ein bekanntes historisches Beispiel dafür, wie fatal sich eine Masernepidemie in einer nicht immunen Bevölkerung auswirken kann, ist die Epidemie auf den Faröer Inseln 1846.[8] Inselbewohner hatten über zwei Generationen keinen Masernkontakt mehr gehabt, als aus Dänemark die Masern neu eingeschleppt wurden. Von den insgesamt 7782 Bewohnern erkrankten 6000, von denen ihrerseits 200 verstarben. 98 alte Leute, die sich an eine eigene Masernerkrankung erinnern konnten, blieben von einer Erkrankung verschont.

Veränderung der klinischen Situation

Gegenwärtig haben sich die Verhältnisse durch die Massenimpfung bereits so weit verschoben, dass von einer deutlich höheren Komplikationsrate der Masern in westlichen Industrieländern auszugehen ist.[9] Im frühen Kindesalter entstehen zunehmend weniger Möglichkeiten einer Ansteckung mit Masern. Demzufolge verlagert sich die Erkrankungsmanifestation in höhere Lebensalter, mit der bereits erwähnten Konsequenz einer zunehmenden Komplikationshäufigkeit und -schwere.
Auch Säuglinge sind in Folge der impfbedingten Verlagerungen stärker gefährdet: Mütter, welche die Erkrankung selber nicht durchgemacht haben, sondern als Kinder gegen Masern geimpft wurden, vermitteln ihren Säuglingen einen deutlich geringeren Nestschutz.[10] Da eine Impfung im frühen Säuglingsalter nicht

möglich beziehungsweise wirksam ist, sind insbesondere Säuglinge in den ersten Lebensmonaten seit Einführung der Massenimpfstrategie gefährdeter als je zuvor, an Masern zu erkranken und die in diesem Alter häufigeren Komplikationen der Erkrankung zu erleiden.
In Italien erkrankten jüngst schätzungsweise 24.000 Menschen an Masern. Insgesamt kam es zu drei Todesfällen, darunter auch ein Säugling im Alter von sechs Monaten.[11] Ob die Infektion dieses Säuglings auf einen nicht vorhandenen mütterlichen Nestschutz zurückgeht, ist nicht mehr zu eruieren. Grundsätzlich ist damit zu rechnen, dass aufgrund der verminderten Viruszirkulation eine natürliche Boosterung der Immunität zukünftig ausbleibt, so dass der durch die Mutter verliehene Nestschutz vieler Säuglinge weiter geschwächt wird. Eine zunehmende Gefährdung für Kinder im ersten Lebensjahr ist jetzt schon absehbar und kann mittelfristig nur durch flächendeckende Impfungen abgemildert werden. Auf diese Weise entsteht ein Circulus vitiosus: Dadurch, dass eine natürliche Immunisierung durch die Impfprogramme weitgehend verhindert wird, kommt es mit Verschiebung des Erkrankungsalters zu komplizierteren Verläufen, welche ihrerseits nur durch einen rigiden Einsatz von Impfungen in der Allgemeinbevölkerung wirksam verhindert werden könnten ...
Beispielhaft sei noch eine niederländische Epidemie 1999-2000 erwähnt, in deren Verlauf es unter circa 3.000 Erkrankten ebenfalls zu 3 Todesfällen kam.[12] Das Spezifische dieser Epidemie bestand darin, dass sie in einem Land mit sehr hohe Durchimpfungsrate gegen Masern auftrat und zwar überwiegend unter Angehörigen einer religiösen Splittergruppe, welche Impfungen grundsätzlich ablehnt. Die Epidemie löste in Fachkreisen begründete Zweifel darüber aus, ob in Holland überhaupt an eine Elimination der Erkrankung zu denken ist. In den Niederlanden wurden zum Zeitpunkt der Epidemie bereits 96% aller Kinder gegen Masern geimpft, womit epidemiologisch betrachtet bereits ein wesentliches Kriterium für die Masern-Elimination vorlag.[13] Der Verlauf der Epidemie illustriert, wie man sich zukünftig auch Szenarien unter Nichtgeimpften hierzulande vorstellen kann. Darüber hinaus ist zu befürchten, dass einer der erklärten Beweggründe für die Einführung der Masernimpfung in Industrieländern, nämlich die Vorbeugung der Hirnentzündung, nicht eintritt. In einer finnischen Studie wurde festgestellt, dass die Gesamthäufigkeit aller Hirnentzündungen trotz des weitgehenden Schutzes gegenüber Masern-Hirnentzündungen (durch Impfung), unverändert geblieben ist, da an die Stelle der Masern andere Erreger getreten sind.[14] Dies kann als Hinweis dafür gewertet werden, dass eine ausschließliche Ursachenbeziehung zwischen Erkrankung und Erreger nicht genügt, den überaus komplexen Tatbestand der individuellen Erkrankung zu erklären.[15]

Die Situation in Entwicklungsländern

Bemerkenswert ist, dass die Masern in der sogenannten 3. Welt (mit Ausnahme von Südamerika), insbesondere aber in Afrika und Teilen von Asien, zu einer der häufigsten Todesursachen im Kindesalter gehören und einen nicht unbeträchtlichen Anteil an der Gesamtmorbidität dieser Kinder (Blindheit, geistige Behinderung) haben. Ein Zusammenhang des Verlaufes mit den sozio-ökonomischen Bedingungen in diesen Ländern ist seit langem bekannt.
Durch die dort vorgenommenen Impfprogramme konnten sowohl die Mortalität als auch die Morbidität der Masern in den letzten 20 Jahren deutlich gesenkt werden (siehe Abbildung 1). Nach Schätzungen der WHO sterben allein in Afrika weiterhin jedoch 500 000 Kinder pro Jahr an Masern.[16] Diese Situation wird sich nur ändern, wenn durch die internationale Gemeinschaft erhebliche zusätzliche Ressourcen für die Bekämpfung der Erkrankung zur Verfügung gestellt werden. Auch bei vorhandenen Mitteln ist eine effektive Umsetzung der Maßnahmen mehr als fraglich.[17]

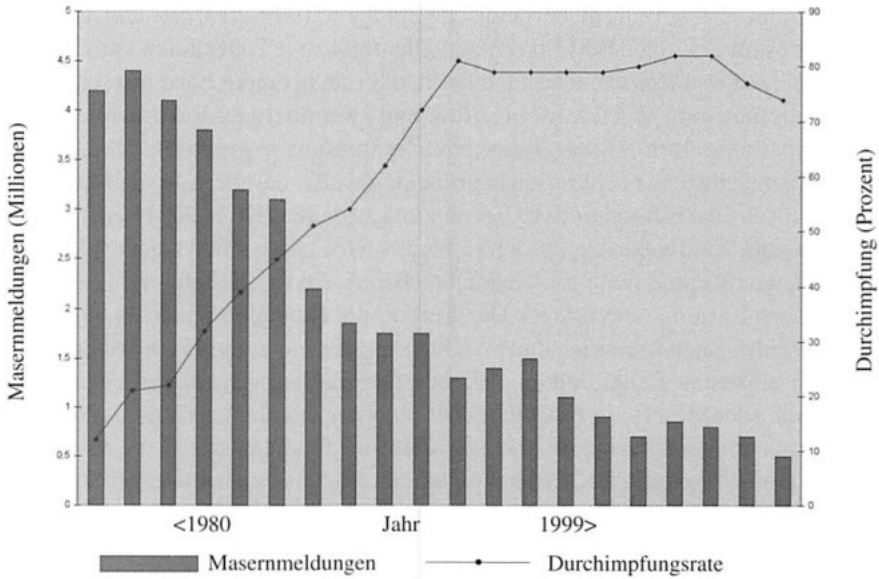


Abbildung 1: Weltweite Durchimpfungsrate und gemeldete Masernerkrankungen, 1980- 1999[18]

Umgekehrt hat sich insbesondere in Europa gezeigt, dass die Masernmorbidität und -mortalität insgesamt auch bereits zurückgegangen war, bevor die Impfung flächendeckend eingeführt wurde.[19] Der Zusammenhang mit den Lebensbedingungen der Menschen erscheint hier unmittelbar evident. Die Verbesserung der Lebensbedingungen in Afrika und in Teilen Asiens wird aller Wahrscheinlichkeit nach nur allmählich, wenn überhaupt, erreichbar sein. Sollte es nicht gelingen, die Masern in diesen Ländern wirksam zu bekämpfen beziehungsweise zu eliminieren, so sind Szenarien zu erwarten, die durch eine massive zusätzliche Abschottung der „masernfreien Zone" und damit der reichen gegenüber ärmeren Ländern gekennzeichnet sein werden.

Die komplementärmedizinische Perspektive und Konsequenzen

In Deutschland kommen Masern heute überwiegend in Populationen vor, die sich der allgemeinen Impfstrategie nicht beugen wollen, sind aber insgesamt auch hier seltener geworden. In Kreisen anthroposophisch und homöopathisch orientierter Ärzte liegen viele persönliche Erfahrungen vor im Umgang mit der Erkrankung. Immer wieder wird von den möglichen positiven Auswirkungen der Erkrankung auf die kindliche Entwicklung berichtet (zum Beispiel sprunghaft fortschreitende Sprachentwicklung, plötzlicher Eintritt der „Sauberkeit" im unmittelbaren Anschluss an die Erkrankung und so weiter). Beispielhaft sei hier (siehe Abbildung 2, Seite 22) eine Schriftprobe eines Kindes direkt vor der Masernerkrankung und bei erneutem Schulbesuch danach wiedergeben (mit freundlicher Genehmigung der behandelnden Ärztin Nicola Fels).
Die längerfristigen Auswirkungen der Masernerkrankung auf das Immunsystem sind bis heute weitgehend unerforscht. Albonico konnte jedoch in einer vergleichenden retrospektiven Studie zeigen, dass Menschen, die in ihrer Kindheit häufige und ausgeprägte fieberhafte Infektionen hatten, im Erwachsenenalter signifikant seltener an bestimmten Krebsarten erkranken.[20] Diese Ergebnisse bedürfen einer Bestätigung im Rahmen von größer angelegten Untersuchungen.

Eigene Erhebungen

Vor dem Hintergrund der geschilderten Situation weltweit hielten wir es für notwendig, das Verhalten, eher nicht zu impfen oder gar dezidiert von der Impfung abzuraten, einer empirischen Überprüfung zu unterziehen. In diesem Rahmen haben wir im letzten Jahr begonnen, eine eigene Erhebung, die sogenannte Meldestelle Masern am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke, durchzuführen. Insgesamt 330 komplementärmedizinisch geführte Arztpraxen melden

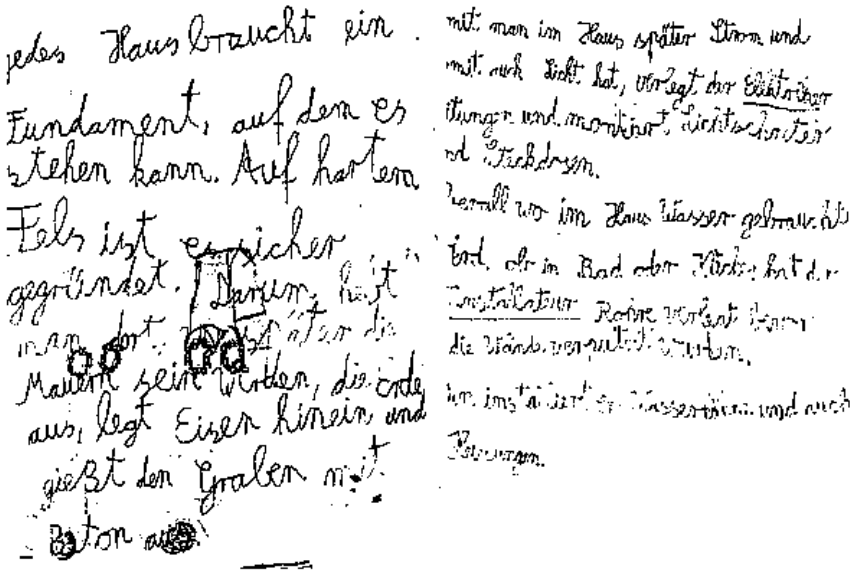


Abbildung 2: Auszug des Schulheftes eines 9-jährigen Jungen unmittelbar vor der Masernerkrankung (links) und bei erneutem Schulbesuch danach (rechts).

regelmäßig alle aufgetretenen Masernerkrankungen an die Studienzentrale nach Herdecke. Dabei berichten sie auch über aufgetretene Komplikationen, deren weiteren Verlauf wir unsererseits bei den Eltern telefonisch erfragen. Im folgenden werden erste Ergebnisse unserer Erhebung präsentiert. Ein Großteil der Masernerkrankungen traten epidemisch in Coburg auf. Mit insgesamt 1280 betroffenen Menschen wäre noch vor wenigen Jahren kaum bundesweit über die Epidemie berichtet worden. Jeweils ein homöopathisch und ein anthroposophisch orientierter Kinderarzt standen im Zentrum einer öffentlichen Kampagne, in der ihnen eine Vernachlässigung ihrer ärztlichen Pflichten vorgehalten wurde. Die Medienberichte darüber sind als durchweg einseitig und stark emotional gefärbt zu werten. Nicht zuletzt kam auch eine Waldorfschule ins Blickfeld, an der die Epidemie ihren Ausgang genommen hatte. Es mag für sich sprechen, dass von den circa 850 Patienten, die durch diese beiden Ärzte behandelt wurden, lediglich zwei hospitalisiert werden mussten. Insgesamt waren im Verlauf der Epidemie 43 Patienten im Krankenhaus behandelt worden. Nicht komplementärmedizinisch orientierte Ärzte wiesen ihre Patienten demnach 40fach häufiger in eine Klinik ein. Die vergleichsweise extrem hohe Hospitalisierungsrate bei Patienten, welche offenbar durch Ärzte behandelt wurden, die weniger Erfahrung mit der Erkrankung besitzen, deutet auf die zunehmende Verunsicherung in der

Masernbehandlung, sowohl in breiten Teilen der Bevölkerung als auch in Fachkreisen, hin.

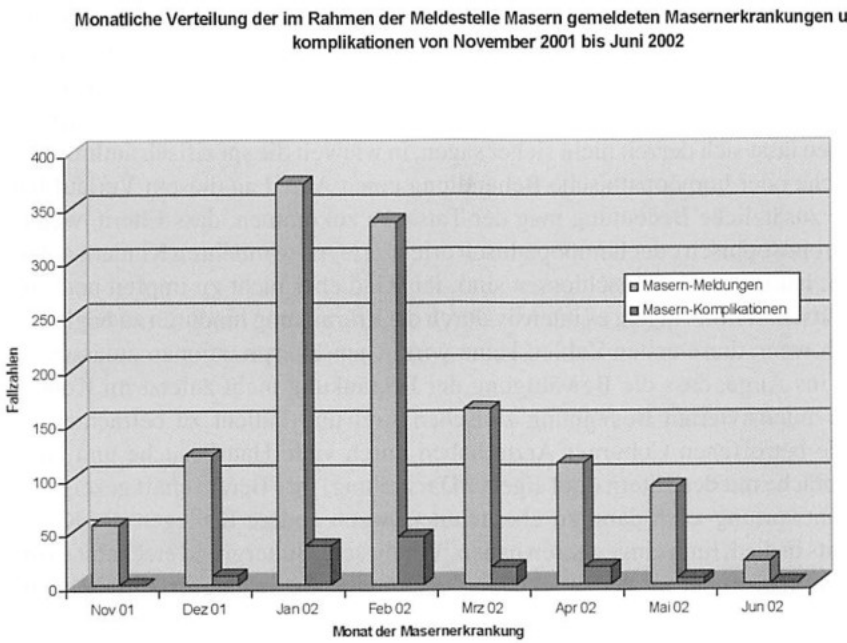


Abbildung 3: Monatliche Verteilung der im Rahmen der Meldestelle Masern gemeldeten Masern-erkrankungen und -komplikationen von November 2001 bis Juni 2002

Komplikation	Zahl(n)	Anteil an den Komplikationen	Anteil an den Erkrankungen
Mittelohrentzündung	77	57%	6%
Lungenentzündung	40	30%	3%
Hirnentzündung	0	-	-
Andere Komplikationen (vorwiegend Darmbeteiligung)	17	13%	1%

Tabelle 1: Masern-Komplikationen der im Rahmen der Meldestelle Masern von November 2001 bis Juni 2002 gemeldet wurden.

Unter den insgesamt 1350 Patienten, die wir zwischen Erhebungsbeginn in November 2001 und Juni 2002 erfassen konnten, traten Komplikationen auf, wie sie in Tabelle 1 dargestellt sind. Eine Hirnentzündung wurde in keinem der uns gemeldeten Fälle diagnostiziert. Auch zu Langzeitkomplikationen kam es nicht. Die Coburger Epidemie zeigt, dass Patienten, welche durch Ärzte versorgt wurden, die ihrerseits mit der Erkrankung vertraut sind, weniger Komplikationen entwickeln als in der Literatur angegeben wird[21] und nur selten im Krankenhaus behandelt werden müssen. Angesichts der noch vergleichsweise sehr geringen Zahlen lässt sich derzeit nicht sicher sagen, in wieweit die spezifisch anthroposophische oder homöopathische Behandlung einen Anteil an diesem Verlauf hat. Eine zusätzliche Bedeutung mag der Tatsache zukommen, dass Eltern, welche anthroposophisch oder homöopathisch orientierte Ärzte mit ihren Kindern aufsuchen, häufig bereits entschlossen sind, ihr Kind eher nicht zu impfen und eine Bereitschaft mitbringen, es intensiv durch die Erkrankung hindurch zu begleiten. Auch wenn diese ersten Zahlen keine wirklichen Interpretationen zulassen, so fällt ins Auge, dass die Bewältigung der Erkrankung nicht zuletzt im Kontext einer intensivierten Begegnung zwischen Arzt und Patient zu betrachten ist. Beide betroffenen Coburger Ärzte haben durch viele Hausbesuche und lange Gespräche mit den Eltern (laut eigener Darstellung) ihre Bereitschaft gezeigt, die Verantwortung auch dann zu übernehmen, wenn andere Kollegen die Kinder bereits in die Klinik eingewiesen haben. Vor diesem Hintergrund erscheint es uns wesentlich, erneut auf den möglichen Zugewinn an Beziehungserfahrung hinzuweisen, wie er unter Umständen in ganz spezifischer Weise nur durch schwer verlaufende, hoch fieberhafte Erkrankungen möglich ist.

Masern im Spannungsfeld menschlicher Beziehung

Abschließend sei noch eine Bemerkung angefügt, die in unseren persönlichen klinischen Erfahrungen gründet. Die Bewältigung der Masernerkrankung scheint in einem Zusammenhang auch damit zu stehen, auf welche Weise sich die Bezugspersonen des Patienten einbringen, mit welcher Sicherheit, mit welcher inneren Sinn-Gewissheit sie das Kind, gegebenenfalls auch den Erwachsenen durch die schweren Phasen aber auch die Rekonvaleszenzphase der Erkrankung hindurch zu begleiten vermögen. Als Ärzte sind wir daher umso mehr aufgefordert, zu prüfen, inwieweit ein alleinerziehendes Elternteil oder Eltern in einer anderweitig belasteten Familie in der Lage sein können, ihrem Kind wirklichen Rückhalt in der Bewältigung der Erkrankung zu vermitteln. So kann zum Beispiel an der Art und Weise, wie eine Mutter/ein Vater bisher mit fieberhaften Erkrankungen bei ihren/seinen Kindern umgegangen ist, ein guter Anhaltspunkt auch für die Sicherheit gewonnen werden, mit der eine solche Krankenbegleitung bei

Masern voraussichtlich möglich sein wird. Die Selbstverständlichkeit, mit der auch und gerade in anthroposophischen Kreisen nicht selten davon ausgegangen wird, dass eine Familie die „Masern-Last" tragen kann, ist vor dem Hintergrund eines sich wandelnden gesellschaftlichen Verständnisses von Familie mehr und mehr in Frage zu stellen. Kinder können sich auf die familiären Bande und ihre daraus folgenden Bindungen heute immer weniger verlassen. Inwieweit die Herausforderung angenommen werden kann, eine schwer verlaufende fieberhafte Erkrankung heute als mögliche Ressource im Hinblick auf die Entwicklung eines Kindes anzusehen, hängt mehr denn je auch vom Charakter der vorhandenen sozialen Bindungen ab.

Fazit

Die flächendeckende Masernimpfung hat in vielen Ländern dazu geführt, dass deutlich weniger Kinder insbesondere in Entwicklungsländern an der Erkrankung sterben oder schwere Komplikationen erleiden. Nichtsdestotrotz bleibt fraglich, was geschieht, wenn die von der WHO angestrebte Eradikation nicht gelingt. Die Folgen werden in der Gefahr von eingeschleppten Fällen aus Ländern bestehen, in denen eine Elimination bis dahin nicht erreicht worden ist. Die Masern werden für alle anderen Beteiligten zu einer gefährlichen Erkrankung, zu deren Verhinderung über eine Impfung man dann in Zukunft mehr und mehr gezwungen sein wird.

Impfentscheidungen sollten „individuell" sein – zieht man die dargestellte Situation in Betracht. Unseres Erachtens ist es notwendig, Eltern mit ihren zunehmend berechtigten Ängsten der Masernerkrankung gegenüber ernst zu nehmen und sie nicht mit pauschalen menschenkundlichen Aussagen zu überfordern, zu denen sie aus ihrer Lebenssituation heraus kein Verhältnis finden. Auch die Entscheidung *für* eine Impfung ist unter Umständen „individuell" motiviert und kann sehr berechtigt sein.

Aus diesen Erörterungen soll kein grundsätzliches Plädoyer für die Masern-Routine-Impfung abgeleitet werden. Um eine Entscheidung für oder gegen eine solche Impfung muss heute jedoch anders gerungen werden als noch vor 10 Jahren. Die Masern scheinen heute schwerer zu verlaufen, legt man die Zahlen aus Italien und den Niederlanden zugrunde. Durch die flächendeckende Impfung werden ältere Kinder/Erwachsene und Säuglinge relativ häufiger von der Erkrankung betroffen und leiden nicht selten an schweren Komplikationen. Die Frage nach der Notwendigkeit einer Masernimpfung muss nicht bereits im zweiten Lebensjahr endgültig entschieden werden, sondern kann gegebenenfalls immer wieder neu thematisiert werden. Masern sind eine „Kinder"-Krankheit. Insofern ist nach vorheriger Antikörpertiterbestimmung im Blut zu überlegen, ob eine

Masernimpfung mindestens für werdende Jugendliche in Betracht zu ziehen ist, die im Rahmen der geringen Viruszirkulation immer weniger Möglichkeiten hatten, sich im Kindesalter zu infizieren. Die individuelle Abwägung einer Masernimpfung gegenüber, sollte heute mithin auch im gesellschaftlichen Kontext erfolgen. Eine organisierte Impfgegnerschaft macht vor dem dargestellten Hintergrund heute keinen Sinn. Das Recht darauf, sich im Zweifel auch gegen eine Impfung zu entscheiden und dabei an der individuellen Gesundheits- und Lebenssituation eines Kindes zu orientieren muss bewahrt und – wo nötig – eingefordert werden.

Anmerkungen:

1 Tischer, A.: Sind Masern in Deutschland noch ein Problem?, Monatsschrift Kinderheilkunde 2002, 150: 1077-1086

2 Die Begriffe „Elimination" und „Eradikation" sind im epidemiologischen Sprachgebrauch klar definiert. Unter „Elimination" versteht man eine Situation, in der über einen längeren Zeitraum in einer definierten Region (zum Beispiel Europa) keine einheimischen Erkrankungen auftreten. „Eradikation" hingegen bezeichnet die weltweite Ausrottung eines Krankheitserregers. Die Erkrankung tritt nicht mehr auf. Impfungen können eingestellt werden.

3 Measles Mortality Reduction and Regional Elimination, Strategic Plan 2001-2005; World Health Organization, Department of Vaccines and Biologicals, Geneva, Switzerland (www.who.int/vaccines-documents/) and United Nations Children's Fund, Programme Division Health, New York, NY, USA

4 Gerike, E.: Masernimpfung in Deutschland. Immunologie & Impfen 1999, 2: 110-120

5 Outbreak of Measles – Venezuela and Colombia, 2001-2002. MMWR 2002, 51 (34): 757-760, Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

6 Levy, D. L.: The future of measles in highly immunized populations – A modeling approach. American Journal of Epidemiology 1984, 120: 39-47

7 The National Vaccine Advisory Committee (NVAC): The measles epidemic – The problems, barriers and recommendations. JAMA 1991, 266: 1547-1552

8 Panum, P.: Observations made during the epidemic of measles on Färöer Island in the year 1846. Virchows Archiv 1847

9 Windorfer, A.: Masern, Mumps und Röteln bei Jugendlichen. Kinderärztliche Praxis 1999, Sonderheft Impfen 2: 26

10 Papania, M.: Increased Susceptibility to Measles in Infants in the United States. Pediatrics 1999, 104: e59

11 Measles, Fatal - Italy (Campania) (02) www.cdc/ncidod/dvrd/revb/measles/promed/measles_fatal_italy_campania_02.htm

12 Measles Outbreak - Netherlands, April 1999 - January 2000. MMWR 2000, 49 (14): 299-303, Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

13 Bonn, D.: Eliminating measles in Netherlands may prove impossible. The Lancet Infectious Diseases 2001, 1: 73

14 Koskiniemi, M.: Epidemiology of Encephalitis in Children: A prospective Multicentre Study. European Journal of Paediatrics 1997, 156: 541-545

15 Tautz, C.: Kinderkrankheiten - Krankheiten im Kindesalter? – Schulmedizinische und anthroposophisch erweiterte Perspektiven. Verlag Johannes M. Mayer & Co. GmbH, Stuttgart - Berlin 2000

16 Christopher, J. L. ed.: The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020 – summary. World Health Organization Geneva, Switzerland 1996: 17-26
17 Expanded Programme on Immunization (EPI): Measles Control in the WHO African Region, Weekly Epidemiological Record 1996, 71: 201-203
18 Global measles vaccine coverage and reported measles cases, 1980-1999. World Health Organization Department of Vaccines and Biologicals Vaccine Assessment and Monitoring Team, Geneva, Switzerland www.who.int/vaccines-surveillance/graphics/htmls/measles cascov.htm
19 Nightingale, M.: Measles – Vaccination. Epoch Magazine 1981/82
20 Albonico, H. U.: Febrile infectious childhood diseases in the history of cancer patients and matched controls. Medical Hypotheses 1998, 51: 315-320
21 Tischer, A.: Sind Masern in Deutschland noch ein Problem? Monatsschrift Kinderheilkunde 2002, 150: 1077-1086

Enthornung und Milchqualität*

Lüder Jachens

Der Arzt ist in der hausärztlichen und noch mehr in der allergologischen und hautärztlichen Sprechstunde täglich mit dem Phänomen der Unverträglichkeit von Kuhmilch bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern, seltener auch im Erwachsenenalter konfrontiert. Es gibt Ärzte, die deswegen die Kuhmilch schlichtweg als artfremdes Eiweiß bezeichnen, das für den Menschen nicht geeignet und deshalb zu meiden sei. Ein Blick auf die Jahrtausende alte Tradition des Gebrauchs der Kuhmilch als Nahrungsmittel und deren Verarbeitung zu Sauermilchprodukten, Käse und so weiter zeigt, dass diese Ansicht falsch sein muss. Der Genius der Sprache kann die Richtung weisen, in der der Wert der Kuhmilch zu suchen ist: In der Bibel wird das Land Israel und auch das Paradies umschrieben mit dem „Land, wo Milch und Honig fließen" (zum Beispiel 2. Mose 3,8). „Die Milch der frommen Denkungsart" ist bei Menschen zu finden, die ein ehrliches, frommes und aufrichtiges Wesen auszeichnet. In beiden Fällen benutzt die Sprache die Milch als Bild für einen Stoff von hohem Wert, voller Reinheit und Güte. Wir können also festhalten, dass die Kuhmilch ein für den Menschen

* unveränderter Abdruck aus „Die Kuh braucht ihre Hörner!" 1. Aufl. 2002. Hrsg. v. Kulturgemeinschaft zur Förderung des Biologisch-Dynamischen Landbaus e.V. Untersteig 1, 88617 Maierhöfen.

besonders gut geeignetes, sehr wertvolles Nahrungsmittel ist. Dieses gilt in höchstem Maße für das Kindesalter.

Aber warum ist die Kuhmilch heute für so viele Menschen nicht verträglich? Warum kann ein Glas Milch beispielsweise bei manchen Kindern eine bestehende Neurodermitis (= Hautausschlag aufgrund einer ererbten Neigung zur Überempfindlichkeit der Haut) innerhalb von Stunden bis Tagen drastisch verschlechtern? Neurodermitis, Nahrungsmittelunverträglichkeiten und speziell auch die Unverträglichkeit von Kuhmilch bis hin zur Allergie auf Kuhmilchproteine haben in den Jahrzehnten nach dem 2. Weltkrieg in allen hochindustrialisierten Ländern außerordentlich zugenommen. Fragt und forscht man nach den Ursachen, so sieht man sich einem Geflecht zahlreicher Wirkungen auf unterschiedlichen Ebenen und aus verschiedenen Richtungen gegenüber; in der medizinischen Wissenschaft spricht man von einer multifaktoriellen Verursachung eines Krankheitsgeschehens. Grob einteilend kann zum einen die Kuhmilch und zum anderen der darauf reagierende Mensch unterschieden werden.

Die Neigung zu Überempfindlichkeiten und allergischen Reaktionen hat aus der Sicht des anthroposophischen Arztes beim Menschen an der Jahrtausendwende aus folgenden Gründen zugenommen:

- Belastung des menschlichen Organismus mit Fremdstoffen, die aus der menschengeschaffenen Technik und chemischen Industrie stammen und nicht aus der zusammen mit dem Menschen von Gott geschaffenen Natur;
- Minderung der Vitalität des Menschen durch einen unrhythmischen Lebensstil und die verminderte Fähigkeit aller Nahrungsmittel zu ernähren;
- Überlastung der Sinnesorgane und des Nervensystems durch ein Überangebot an Sinnesreizen (zum Beispiel durch elektronische Medien wie Fernsehen, Internet und durch Reklame);
- Anforderung an jeden Menschen, eine individuelle, einmalige Biographie zu gestalten, heute meistens ohne die feste Einbindung in eine Großfamilie, einen Berufsstand oder eine Dorfgemeinschaft zu leben.

Damit sind Anforderungen und Belastungen aufgezählt, die für den Menschen heute bestehen und denen viele von uns nicht gewachsen sind. Eine von mehreren Möglichkeiten des menschlichen Organismus, darauf mit einer Schwächung der Funktionen der Organe oder mit einer physischen Erkrankung zu reagieren, ist die Schwächung der Verdauungskräfte: Die Nahrung wird durch die Verdauungssäfte des Magen-Darm-Traktes nicht richtig abgebaut und gerät über die Darmschleimhaut ins Blut mit einer noch anhaftenden Fremdqualität. Diese nicht vollständig ihrer Eigenarten entledigten, halb verdauten Stoffe aus der Nahrung fördern allergische Reaktionen, durch die der Fremdkörper nach außen ausgeschieden wird. Andersherum ausgedrückt: Der in das Blut gelangte Fremdstoff wird von zentrifugal wirkenden Kräften erfasst und über eine Entzündung an der

Körperoberfläche, an der Haut zum Beispiel als Neurodermitis, an den Schleimhäuten als Heuschnupfen oder Asthma ausgeschieden.
Damit sind die Bedingungen grob umrissen, die dazu führen, dass heute zunehmend mehr Menschen die Kuhmilch nicht vertragen und eine erhöhte Bereitschaft aufweisen, auf den Genuss von Kuhmilch mit Unverträglichkeitsreaktionen zu antworten.
Betrachtet man die Milch als Nahrungsmittel und stellt die Frage nach deren Qualität, so sehen wir uns einem ähnlichen Geflecht von Wirkungen gegenüber, die heute im Vergleich zu einer ursprünglichen Landwirtschaft gegeben sind und Einfluss auf die Milchqualität haben. Hier sind unter anderem zu nennen:
- moderne Zuchtbemühungen zur Maximierung der Milchleistung;
- Versorgung mit eiweiß- und energiereichem Kraftfutter;
- häufige Grasschnitte, erster Schnitt vor der Blüten- und Samenbildung;
- Überdüngung der Wiesen und Weiden;
- Beeinträchtigung einer natürlichen Bakterienbesiedlung der Kuhmilch durch die Kühlung der Milch direkt nach dem Melken.

Polarität von irdischen und kosmischen Kräften

Bei Wachstum und Gedeihen von Pflanze und Tier in der Landwirtschaft ist eine bestimmte Polarität im Kräftegefüge des Lebens von grundsätzlicher Bedeutung und hat auch Auswirkungen auf die Qualität der Nahrungsmittel: Es ist die Polarität von irdischen und kosmischen Einflüssen auf das Leben von Pflanze und Tier.
Die Pflanze steht unter dem Wirken von Wärme, Licht und Luft, die aus der Umgebung, aus dem Kosmos an den Pflanzenleib gelangen. Diese Wirkungen sind vom Sonnenlicht getragen, ohne das es kein Leben auf der Erde geben würde. Dem steht das Wirken von Wässrigem und Festem gegenüber, das sich aus dem Dunkel der Erde in die Pflanzen von unten nach oben erstreckt. Kosmische Kräfte sind in Blüte und Frucht, irdische Kräfte in Wurzel und Stängel zu Hause. Im grünen Blatt verbinden sich stets beide Kräftearten; Wärme, Licht und Luft wirken mit Wasser und Erde zusammen, sodass in der Photosynthese der Pflanzenleib aufgebaut werden kann. Es liegt auf der Hand, dass die Betonung eines Pols dieses Kräftegefüges Auswirkungen auf das Pflanzenwachstum und die Qualität der Pflanze als Nahrungsmittel für Mensch und Tier hat. So bewirkt die Betonung der oberen Kräfte durch Hitze, Lichtfülle und Trockenheit Aroma bis hin zur Schärfe, Gefahr der Verholzung und Mangel an Pflanzenmasse. Die Betonung der unteren Kräfte durch Überwässerung und Überdüngung führt zur Zunahme der Pflanzenmasse, zur Abnahme der Lagerfähigkeit und zur Neigung zum Pilzbefall.

Die Polarität kosmischer und irdischer Kräfte findet sich auch beim Tier, nur ist das Tier in diese Kräftewirkungen nicht *vertikal* wie die Pflanze, sondern *horizontal* eingespannt. So wirken auf den vorderen Teil der Kuh, auf Kopf und Brust, vornehmlich Wärme, Licht und Luft aus dem Umkreis. Auf den hinteren Teil, auf den gesamten Stoffwechsel, wirken irdische Einflüsse aus Wasser und Boden. Beim Blick auf die äußere Gesamtgestalt der Kuh ist das Vorderende durch das spitze, harte Horn charakterisiert; das Hinterende trägt unten das füllige, runde Euter. Vorne oben spitz und hart - hinten unten rund und weich; das ist eine Polarität, die die reine Betrachtung der Gestalt der Kuh nahe legt und die die Frage aufwerfen kann nach der Verbindung des Kuhhorns mit der Milchqualität.

Geht man dem Zusammenhang des tierischen Organismus des Rindes mit seiner Umgebung in der oben angedeuteten Weise weiter nach, so liegt der Gedanke nicht fern, dass die Kuhhörner eine Art „Saugorgan" für die Wirkungen des Lichtes sind. Durch die Hörner erstreckt das Licht seine Wirkungen in den tierischen Organismus bis in den Verdauungstrakt; hier wirkt es, bildlich gesprochen, als „Gärtner" beim Aufrechterhalten der weisheitsvollen Ordnung der Mikroorganismen, die nötig sind für die Verdauung von Zellulose. Erst nach dem Abbau des pflanzlichen Futters in seine einzelnen Bestandteile kann sich die Substanz zum Tierkörper aufbauen; ein Spezialweg dieses Aufbaus ist die Milchbildung im Euter der Kuh. Wenn nun der Eintrittsweg der Lichtqualität in den tierischen Organismus durch die Enthornung der Kuh behindert ist, dann ist auch die Wirksamkeit des Lichtes im Inneren des Tieres vermindert. Der „Lichtstoffwechsel" des tierischen Organismus ist gestört; wie oben gezeigt, sind Auswirkungen im Verdauungstrakt der Kuh und im gesamten Stoffwechsel bis hin zur Milchbildung möglich. Um das Wechselspiel der Lichtwirkungen mit dem Stoffwechsel besser zu verstehen, ist es hilfreich, auf die erstmals von Aristoteles beschriebene Polarität von *Stoffkräften* und *Formkräften* bei organischen Bildevorgängen zurückzugreifen. Die Stoffkräfte sind in allem Irdischen vertreten, sie gehen von einem Punkt aus und strahlen nach außen. Stoff fordert Raum und ihm haftet Schwere an. Stoffkräfte schieben sich im Organismus der Kuh, vom Stoffwechselpol ausgehend, von hinten nach vorn.

Das Euter ist nach Form und Funktion ein typisches Beispiel für Organe, in denen die Stoffkräfte überwiegen. Demgegenüber wirken die Formkräfte aus der Peripherie auf ein Zentrum zu. Sie begrenzen den Stoff und formen die Gestalt, den Umriss eines Tieres. Formkräfte sind in der Wirksamkeit von Wärme, Licht und Luft, die kosmischen Ursprungs sind, enthalten. Im Organismus der Kuh wirken die Formkräfte vom Nerven-Sinnes-Pol, von vorn nach hinten. Vor diesem gedanklichen Hintergrund kann man das Kuhhorn als typisches Ergebnis des Wirkens der Formkräfte an der tierischen Gestalt bezeichnen. Entfernt man

nun das Horn der Kuh, so ist ein Ungleichgewicht zwischen Formkräften und Stoffkräften im betreffenden tierischen Organismus zu erwarten. Die Formkräfte werden dadurch geschwächt zugunsten eines Überwiegens der Stoffkräfte. Mit qualitativen Begriffen beschrieben wird die Milch der enthornten Kühe zu „schwer", zu „mastig", nicht genügend „durchlichtet" sein. Die Bildschaffenden Untersuchungsmethoden weisen auf diese Verhältnisse hin.[1]

Vor dem Hintergrund des hier gezeichneten Bildes von der Verdauungstätigkeit der Wiederkäuer wird auch verständlich, warum eiweiß- und energiereiches Futter das Tier krank macht: Der Organismus des Wiederkäuers ist für derartiges Futter nicht geschaffen. Seine Verdauungskräfte können und wollen mageres, zellulosereiches Raufutter bearbeiten und sie brauchen diese Arbeit. An dieser Arbeit erstarkt das Tier, aus der Verdauungstätigkeit der Kuh ergibt sich die Tiergesundheit, die Gesundheit der gesamten Landwirtschaft und auch diejenige des Menschen. Die heute vorherrschende landwirtschaftliche Methode, die sich an hoher Milchleistung und an schnell erreichtem, hohem Mastgewicht orientiert, verwendet ein Futter, das den Verdauungskräften des Rindes keinen Widerstand bietet. Dadurch wird der Organismus des Rindes und auch die Milch mit Stoffen aus dem Verdauungstrakt überschwemmt.

Entsprechend dem von Rudolf Steiner formulierten Grundsatz, dass Geist niemals ohne Materie auftritt und Materie niemals ohne Geist, würde es den Verfasser dieser Zeilen nicht wundern, wenn die biochemische Forschung eines Tages einen hormonähnlichen Botenstoff finden würde, der vom Horn ausgeschieden wird mit regulierenden Wirkungen auf Vorgänge in der Verdauung und im Stoffwechsel der Kuh bis hinein in die Milchbildung. Dieses ist jedoch bisher nicht der Fall; aus materiellen Fakten lässt sich keine Antwort geben auf die Frage, inwieweit die Enthornung der Kuh auf die Milchqualität eine Auswirkung hat. Deshalb müssen sich die vorstehenden Überlegungen (noch) auf qualitative Aspekte, die ein Kräftegeschehen im tierischen Organismus charakterisieren, beschränken. Hieraus kann jedoch schon jetzt hervorgehen, dass durch die Enthornung der Kuh die Milchqualität weiter in eine Richtung getrieben wird, durch die die Milch für Menschen mit schwachen Verdauungskräften und Neurodermitis- und Allergieneigung zunehmend unverträglicher wird.

1 Beispiele der Hagalis Kristallanalyse, durchgeführt von Dr. med. W. Höfer und der Steigbildmethode sowie der Kupferchloridkristallisation, durchgeführt von Dipl. Renate Irion, finden sich in der Broschüre „Die Kuh braucht ihre Hörner".

Bryophyllum argento cultum bei kindlicher Hysterie*

Christoph Schneider

Zusammenfassung
Es wird von einem heute knapp neunjährigen Jungen berichtet, bei dem sich im Alter von ungefähr fünf Jahren Züge einer „kindlichen Hysterie" (im Sinne von Rudolf Steiner) zeigen. Die Therapie mit Bryophyllum argento cultum Rh D3 verläuft erfolgreich. Klinisches Bild, menschenkundliche Grundlagen, Ratio der Therapie und Verlauf werden dargestellt.

I. Vorgeschichte

1. Schwangerschaft und Geburt

Markus wird als Kind der 30-jährigen Mutter und des 34-jährigen Vaters nach unkomplizierter Schwangerschaft am 23. April 1991 geboren. Wegen zu engem Becken der Mutter erfolgt 13 Tage nach dem errechneten Termin eine Sektio (Geburtsgewicht 3800g, Länge 57cm, Kopfumfang 37,5cm, Apgar-Werte 9/10). Die postpartale Phase und die Neugeborenen-Zeit verliefen völlig unauffällig.

2. Entwicklung bis zum Kindergarteneintritt (4 $^1/_4$ Jahre)

In der Säuglingszeit findet Markus seine Tag-Nacht-Rhythmik ab der 11. Woche. Er wird fünf Monate lang voll gestillt, dann erfolgt Zufütterung.
Die statomotorische Entwicklung verläuft eher langsam: Robben mit 9, freies Sitzen mit 12, freies Stehen mit 13, freies Gehen mit 16 Monaten. Markus ist nie viel hingefallen. Die Feinmotorik entwickelt sich problemlos. Alle Vorsorge-Untersuchungen U3 bis U9 waren unauffällig.
Die Sprachentwicklung verläuft zeitgerecht, drei Tage vor seinem dritten Geburtstag bezeichnet er sich erstmals mit „Ich".
Er spielt phantasievoll, ausdauernd und konzentriert, zeigt weder Unruhe, Nervosität noch Zappeligkeit. Er ist ein in sich ruhendes Kind, das wach und ausdauernd beobachtet, gerne und intensiv zuschaut. Der Mutter fällt auf, dass er immer dann, wenn es eine aufregende Situation gibt, blass wird und kalte Hände bekommt.
Die Mutter berichtet, wie auffallend jeder wesentliche Entwicklungsschritt in Motorik oder Sprache nach einer hochfieberhaften Erkrankung erfolgt sei.

* Die folgende Kasuistik wurde im Rahmen der Internen Anerkennungsordnung zum Anthroposophischen Arzt erstellt und dem MERKURSTAB zur Veröffentlichung überlassen, dessen Redaktion uns den Nachdruck freundlicherweise gestattet.

II. Aktuelle Anamnese in Bezug auf das zu beschreibende Krankheitsbild

1. Kindergartenzeit

Mit 4¼ Jahren kommt Markus in den Waldorfkindergarten. Er setzt sich intensiv im sozialen Kontakt mit den Kindern auseinander einschließlich der vielen Infektionsmöglichkeiten. Er erkrankt häufig und fehlt viel im Laufe der drei Jahre Kindergartenzeit. Nach dem unauffällig laufenden ersten Vierteljahr beobachten Mutter und Kindergärtnerin, dass Markus oft schon morgens blass in den Kindergarten kommt. Markus verhält sich sehr still und beobachtend. Dabei entsteht der Eindruck, dass er sich im Beobachten verliert. Zu Hause findet er in seiner Mittagspause weder Ruhe noch den gewohnten Schlaf, abends schläft er erst spät ein. Seelisch fällt eine Überempfindlichkeit mit vermehrtem Weinen auf, er wird schneller ungeduldig mit sich selbst und wirkt so, als ob er völlig aus dem Gleichgewicht geraten wäre.

2. Gestalt (beschrieben für den Zeitpunkt von etwa 4 Jahren)

Die äußere Gestalt zeigt ein deutlich großköpfiges, blondhaariges, aber in den Proportionen sehr harmonisches Kind. Auffällig sind in Blick und Haltung der Ausdruck großer Offenheit und Hingegebenheit an das gerade zu Erlebende. Der Körperbau ist schlank und grazil.

III. Diagnose

1. Schulmedizinische Diagnose

Am ehesten kommt eine „Anpassungsstörung" in Frage. Nach dem neu zu verwendenden ICD-10-Schlüssel wäre das die Nummer F 43.2.1–3

2. Anthroposophisch-medizinische Diagnose

Nach meiner Einschätzung, die unten in Abschnitt VII näher hergeleitet und begründet werden wird, handelt es sich um eine leichte und vorübergehende Form der „Kindlichen Hysterie" im Sinne des Heilpädagogischen Kurses von Rudolf Steiner.[1]

IV. Therapie

Von November 1995 bis April 1996 erhält Markus das Medikament Bryophyllum argento cultum Rh D3 (3 x 7 Tr.). Die Begründung der Indikation erfolgt in Abschnitt VI.

V. Weiterer Verlauf

1. Die unmittelbare Symptomatik

Dem Bericht der Mutter zufolge beginnt das Medikament schon nach circa einer Woche seine Wirkung zu entfalten: zunehmend kommt das Kind wieder zur

Ruhe, schläft wieder zu seinen gewohnten Zeiten. Die Überempfindlichkeit verschwindet, und das alte Gleichgewicht etabliert sich wieder.

2. Festigung durch weitere Krankheiten

Mit 4 $^{3}/_{4}$ Jahren macht Markus eine Lungenentzündung durch, die nicht mit Antibiotika behandelt wird (Ende 12/95 bis Anfang 1/96). Mit 5 Jahren (4/96) werden Scharlach (ohne Antibiotika behandelt) mit 5 $^{1}/_{2}$ Jahren Pertussis und mit 7 $^{11}/_{12}$ Jahren Röteln durchgemacht. Sowohl aus der durchgemachten „hysterischen Phase" als auch aus den anschließenden schwereren Erkrankungen geht Markus deutlich gekräftigt hervor.

3. Weiterer Verlauf bis heute

Markus kommt mit 7 Jahren $^{1}/_{3}$ in die Schule. In seinem Wesen ist er weiterhin sehr wach beobachtend, sehr offen, leicht ablenkbar und auch in Gefahr, sich zu verlieren. Letzteres wird besonders verstärkt durch Schlafmangel, besonders nach aufregenden und eindrücklichen Erlebnissen, die zu einer Überforderung des Kindes geführt hatten. In solchen Phasen gibt die Mutter dann für 2 bis 3 Wochen die Bryophyllum-Tropfen, wodurch eine prompte Stabilisierung erfolgt. Solche „Rückfälle" haben bisher etwa 2- bis 3-mal pro Jahr stattgefunden.

VI. Ratio des Therapieansatzes

1. Menschenkundliche Situation um das vierte Lebensjahr

Es würde den Rahmen dieses Beitrags sprengen, eine Darstellung der physiologischen menschenkundlichen Situation des Kindes im vierten und fünften Lebensjahr zu geben. Wichtig sind an dieser Stelle aber folgende Hinweise:

1. die vorherrschende Dynamik des Nerven-Sinnes-Systems im ersten Jahrsiebt
2. das Freiwerden des Ätherleibes im ersten Jahrsiebt in drei Stufen
   a) im ersten Drittel aus dem Nerven-Sinnes-System
   b) im zweiten Drittel aus dem Rhythmischen System
   c) im dritten Drittel aus dem Stoffwechsel-Gliedmaßen-System
3. die noch nicht so eigenständige Tätigkeit der einzelnen Organe im kindlichen Organismus im Gegensatz zum Erwachsenen.

2. Medizinisch-menschenkundliche Betrachtungen zum Krankheitsbild – Wertung der Symptome

Bei Markus bestehen folgende Schlüssel-Symptome: In der Vorkindergartenzeit Erblassen mit kalten Händen bei Aufregung. In der Krankheitsphase Blässe, Sich-Verlieren in der passiven Beobachtung, Unruhe, Einschlafstörungen, seelisches Ungleichgewicht und vermehrtes Weinen. Im weiteren Verlauf das Auftreten gleicher Symptome in abgeschwächter Form als Schlafmangel nach starken seelischen Eindrücken und Überforderung.

Im Heilpädagogischen Kurs[1] beschreibt Rudolf Steiner eine grundlegende medizinisch-heilpädagogische Polarität: Epilepsie und Hysterie. Dabei entwickelt er das Bild der kindlichen Hysterie sehr differenziert mit folgenden Bildern (Steiners Formulierungen weitgehend wörtlich übernommen):

- die Organe halten nicht genügend von Ich-Organisation/Astralleib für ihren eigenen Gebrauch in sich selber zurück,
- die Organoberfläche lässt zu viel durch,
- Astralität/Ich-Organisation fließen über das Organ hinaus, rinnen aus,
- Vergrößerung des Astralleibes und der Ich-Organisation,
- Das Kind erfasst die Außenwelt ... zu stark; es steckt überall in die Umgebung ... seinen Astralleib und das Ich hinein, es erfasst ein jegliches in so intensiver Weise, wie es eigentlich beim so genannten Normalen nicht möglich ist,

Und so entsteht nach Steiner folgende Symptomatologie:

- Gefühl des seelischen Wundseins,
- überempfindliche Hingabe an die ganze Umgebung, empfindet sie viel intensiver, spiegelt sie auch viel stärker in sich selbst,
- Schmerzempfindung bei der Vorstellungsbildung und Willensentfaltung,
- depressive Zustände, Bettnässen, Schwitzen, auffällige Geruchsbildung,
- zeitliche Latenz von circa drei Tagen zwischen auslösendem Ereignis und „hysterischer Reaktion".

Rudolf Steiner schildert im Heilpädagogischen Kurs die Ausbildung des Vollbildes der Störung als „Hysterisches Irresein". Nach meiner Auffassung und Erfahrung mit vielen weiteren Kindern mit ähnlichen Problemen gibt es aber individuell abgestufte, auch milder ausgeprägte Krankheitsbilder des gleichen Grundtypus des oben genannten Vollbildes – gleichsam „Minor-Varianten". Und so deute ich die Symptome von Markus als ein Auftreten der Wesensgliederkonstellation wie bei der „kindlichen Hysterie" jedoch wie im „status nascendi". Sicher besteht von der Wesensglieder-(Organ-)Konstitution her gesehen eine gewisse Disposition für eine solche Entgleisung, die im Beginn der Kindergartenzeit akut entstanden ist, aber auch vorher und nachher bei entsprechenden Auslösern abgeschwächt aufgetreten ist [2, 3] (siehe auch Anmerkung).

3. Begründung der Therapie

Um einen Ausgangspunkt für die Ratio der gewählten Therapie mit Bryophyllum argento cultum zu finden, sei noch einmal auf die von Rudolf Steiner charakterisierte Wesensgliederkonstellation bei der kindlichen Hysterie zurückgegriffen:

- die Organe halten Ich-Organisation und Astralleib für ihren eigenen Verbrauch nicht genügend in sich selbst zurück
- die Organoberfläche wird für Ich-Organisation und Astralleib zu durchlässig, das Organ rinnt in Bezug auf Ich-Organisation und Astralleib aus
- Astralleib und Ich-Organisation sind vergrößert.

In Bezug auf eine „Stöchiometrie der Wesensglieder" in den Organen[4] könnte daraus auch abgeleitet werden, dass das Ätherische gegenüber Astralleib und Ich-Organisation sich relativ zu stark verhält, zu wenig geformt wird, nicht im richtigen Verhältnis im Organ anwesend ist. Somit ist die therapeutische Aufgabe umrissen:

- Astralleib und Ich-Organisation ins Organ zurückzuführen
- Eingliederung des zu selbstständigen Ätherleibes in das Organ.

Aus der Fülle der Primär- und Sekundärliteratur über Silber sollen hier die beiden wichtigsten Aspekte für die durchgeführte Therapie angeführt werden:
Im Silber finden wir eine Substanz, die den Ätherleib für die Einflüsse von Ich-Organisation und Astralleib aufschließt und die Organ-Nachreifung anregt.[2] Besonders wirksam ist es nach Schockwirkungen. „Silber hat ... immer die Tendenz, Deformationen der höheren Organisationsglieder wieder herzustellen"[3]
Bryophyllum hält das Ätherische im unteren Menschen fest.[4] Durch den spezifischen pharmazeutischen Prozess, der zur Herstellung der „Vegetabilisierten Metalle" benützt wird, werden die Wirkungen der beiden Einzelsubstanzen Argentum und Bryophyllum verstärkt in dem Präparat Bryophyllum argento cultum miteinander verbunden.

4. Bestätigung durch den Verlauf

Das prompte Ansprechen des Patienten auf die Gabe von Bryophyllum argento cultum und die Rückbildung der Symptome bestätigen den aus der Pathologie abgeleiteten therapeutischen Ansatz.
Die Erfahrungen der Mutter mit Bryophyllum argento cultum bei den später immer wieder auftretenden, leichten „hysterischen Tendenzen" zeigt zudem, dass mit diesem Ansatz auch eine Möglichkeit besteht, einerseits Akuttherapie zu betreiben und auch im echten Sinne Prophylaxe.
Abschließend ist noch folgende Frage sehr interessant, ob der Scharlach in Bezug auf den Astralleib und sowohl die Pneumonie als auch der Keuchhusten in Bezug auf das Freiwerden des Ätherleibes im mittleren Drittel des ersten Jahrsiebtes eine wirksame Hilfe bei dem Überwinden der beschriebenen kritischen Entwicklungsphase im fünften Lebensjahr von Markus waren. Unter diesem Gesichtspunkt wird der Blick auf das Rhythmische System beziehungsweise die Lungenorganisation gerichtet, und die Frage nach dem Organ als dem Ort des „hysterischen Prozesses" (vergleiche Abschnitt VI.3) bekommt eine etwas genauere Richtung.
Dies findet auch darin seine Bestätigung, dass bei Markus seit Schuleintritt eine sehr gute und stabile Gesundheitssituation vorliegt.

Literatur

Steiner, R. Heilpädagogischer Kurs. 4. Vortrag vom 28. 7. 1924. GA 317. Rudolf Steiner Verlag, Dornach/Schweiz 1975
Treichler, R. Hysterie und Organe. Merkurstab 1962, Heft 3 und 5
Notizen aus dem Nachlass von R. Steiner Nr. 27
Steiner R. Physiologisch-Therapeutisches auf Grundlage der Geisteswissenschaft. Vortrag vom 1. 1. 1924. GA 314, Rudolf Steiner Verlag, Dornach/Schweiz 1975
Weleda AG Hrsg. Heilmittelangaben R. Steiners. 1969, unter Argentum und Bryophyllum

Anmerkungen:

Bezüglich der „Kindlichen Hysterie" ist mir folgende Sekundärliteratur bekannt:

a) Rudolf Treichler (2): Der Autor geht hier besonders auf die Aspekte der Jugend- und Erwachsenen-Psychiatrie ein, weniger auf die „Minor-Formen".

b) Bernard Lievegoed: „Der Mensch an der Schwelle" Kapitel 16, Verlag Freies Geistesleben 1985, Stuttgart. In diesem Beitrag wird sehr gut herausgearbeitet, wie die gesamte Wesensglieder-Konstitution ein Pendeln um eine Mittellage ist, aus der ein Entgleisen nach beiden Richtungen möglich ist. Im Übrigen beschreibt er auch die mehr zur Erwachsenen-Psychiatrie hinneigenden Verläufe.

c) H. F. Jaenicke in Bernard Lievegoed: „Heilpädagogische Betrachtungen", Kapitel 7, Verlag Freies Geistesleben, Stuttgart, 1995
Ausführliches Eingehen auf die kindliche Hysterie in Anlehnung an die Kindertypologie von Claude Sigaud, die von B. Lievegoed weiterentwickelt wurde. Das Vorkommen auch außerhalb der heilpädagogischen Einrichtungen und in Minor-Formen wird plausibel.
Walter Holtzapfel: Seelenpflege-bedürftige Kinder, Teil 1, Kapitel 8, Philosophisch-Anthroposophischer Verlag Goetheanum, Dornach, 1976
Hier wird eine ausführliche Darstellung der kindlichen Hysterie gegeben, auch mit Hinweisen auf schwächer ausgebildete Formen.

1 Die Frage ist hier sicher berechtigt, ob unter schulmedizinischen Aspekten das geschilderte Krankheitsbild als pathologisch und behandlungsbedürftig eingestuft worden wäre.

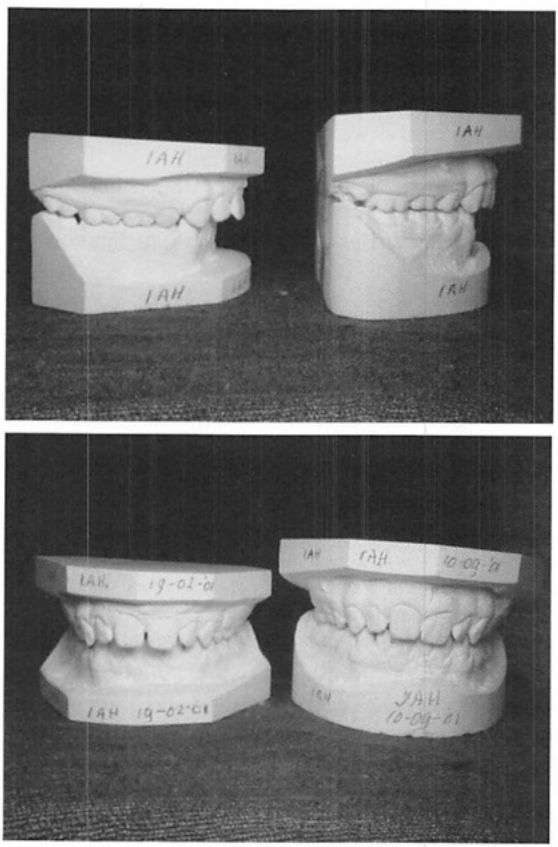
2 Im Gesamtbild ist hier sicher auch die großköpfige Konstitution zu beachten. Dieser Aspekt wurde aber zu Gunsten der Modellvorstellung der „kindlichen Hysterie" zurückgestellt. Auch die Frage nach den Bedingungen, die zu der Notwendigkeit der Sektio geführt haben und die Tatsache der Sektio selbst sind im Hinblick auf die Überschaubarkeit der diagnostizierten und behandelten Wesensglieder-Konstellation zurückgestellt worden.

3 Krankheiten im „status nascendi" also als Krankheitstendenzen, in den Blick zu bekommen, ist mit einer an Leitlinien orientierten in einem weltweiten ICD-Katalog verschlüsselbaren medizinischen Wissenschaft kaum vereinbar. Dies zeigt sich besonders bei den für die Anthroposophische Medizin charakteristischen „weichen Diagnosen" wie zum Beispiel den funktionellen Störungen, den Organschwächen oder den Krankheitsdispositionen.

4 Der Begriff der „Stöchiometrie der Wesensglieder" wird in heilpädagogischen Zusammenhängen gerne gebraucht. Er geht auf den Teil des vierten Vortrags des Heilpädagogischen Kurses zurück, welcher der Schilderung der Hysterie unmittelbar vorausgeht. Rudolf Steiner charakterisiert dort, dass die Wesensglieder in den einzelnen Organen in ganz bestimmten, jeweils spezifischen Verhältnissen zueinander stehen. Er benützt dabei den Vergleich mit der chemischen Verbindung von Wasserstoff, Schwefel und Sauerstoff. Das Prinzipielle der Wesensglieder-Dynamik bei der

Kindlichen Hysterie kann mit folgendem Bild verdeutlicht werden, welches mir im Laufe der langjährigen Beschäftigung mit diesem Thema gekommen ist: Wir denken uns eine Kugel (= Organ) mit einer durchlässigen Membran als Hülle (= Organgrenze). Sie ist ausgefüllt mit drei farbigen Gasen (gelb = Ich, rot = Astralleib, blau = Ätherleib) die sich durchdringen, aber nicht vermischen. Alle drei ragen ein kleines Stück über die Membran hinaus. Die den Gasen innewohnende zusammenhaltende Kraft und die grenzbildende Membranstruktur bedingen einmal die Farbintensität der Gase, zum anderen das Maß des Überragens der drei Gaskörper über die begrenzende Membran. – Im „Normalfall" pendeln nun Farbintensität und der die Membran überragende Teil der Gase um eine Mittellage. – Bei der Dynamik des hysterischen Prozesses findet eine Entgleisung in der Weise statt, dass die beiden Gase „gelb" und „rot" sich sehr weit in die Umgebung der Kugel ausbreiten und gleichzeitig ihre Farbintensität in der Kugel abnimmt oder aufhellt. Es fällt nicht schwer, für den polaren epileptischen Prozess das Bild entsprechend umzuwandeln.

Corrigenda:



Im letzten Heft (Nummer 22 / August 2002) ist in dem Beitrag „Heileurythmie und Kieferorthopädie II – Der Distalbiss" von Gerard Willemsen (S. 10 ff.) bei den Abbildungen folgender Fehler unterlaufen: In den Abb. 1 und 2 waren die Abdrücke der Ober- und Unterkiefer vor und nach der Behandlung vertauscht worden. Links die richtiggestellten Abbildungen.

Pressemitteilung des Bundes der Freien Waldorfschulen:

Nationale Bildungsstandards: Ein Schritt vor und zwei zurück

Schlechte Noten für die Chancengleichheit hat die PISA-Studie Deutschland verpasst. Jetzt sollen nationale Bildungsstandards Abhilfe schaffen, fordern die Politiker fast aller Parteien in seltener Einigkeit.
Nachdem das Wahlkampfgerassel verklungen ist und erste Konkretisierungen angekündigt sind, mahnt der Bund der Freien Waldorfschulen zur Besonnenheit:

Nationale Bildungsstandards
- spornen nicht zu höheren Leistungen an, denn sie engen die Zielvorgaben ein.
- führen keineswegs zu besseren Ergebnissen, denn sie formulieren nur das Ziel, verbessern aber nicht die Bedingungen auf dem Weg dorthin,
- reduzieren schulischen Erfolg und Leistung auf quantitative, messbare Kriterien,
- erzwingen die Normierung, anstatt die individuelle Vielfalt zu fördern.

Eines allerdings erreichen nationale Bildungsstandards: eine weitere Selektion der Schüler. Doch das deutsche Bildungssystem braucht nicht noch mehr Regelwerk.
Es braucht pädagogische Freiräume und (Eigen-)Verantwortlichkeit vor Ort: in jeder einzelnen Schule, bei jeder einzelnen Lehrerpersönlichkeit. Die Modellversuche Selbstständige Schule in Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen etwa sind durchaus ein Schritt in diese Richtung.
Zentrale Bildungsstandards aber heben die erhoffte Wirkung eher auf. Sie ignorieren das im Grundgesetz verankerte Gebot der Vielfalt im Bildungsbereich. Sie werden auch nicht der Vielfalt der kindlichen Entwicklungsbedürfnisse sowie den gesellschaftlichen Zukunftsaufgaben gerecht.

Der Bund der Freien Waldorfschulen appelliert deshalb an alle Parteien und Entscheidungsträger:

- Geben Sie den Schülerinnen und Schülern Raum für die Entdeckung und Entfaltung ihrer Begabungsvielfalt.
- Tragen Sie dazu bei, dass das Bildungsklima in Deutschland sich nicht weiter verschlechtert, sondern schöpferisches und ganzheitliches Lernen unterstützt.
- Chancengleichheit reicht nicht aus – unsere Kinder brauchen Chancengerechtigkeit.

25. September 2002 Bund der Freien Waldorfschulen

Konzeption der Therapeutischen Gemeinschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie Höfe am Belchen

Johannes Bockemühl

Die Therapeutische Gemeinschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde 1980 gegründet aus der Erkenntnis, dass eine umfassende Psychodiagnostik und vor allem Psychotherapie im Rahmen einer Krankenhaussituation für dieses Fachgebiet nur bruchstückhaft sein kann, weil die Situation für Kinder oft stigmatisierend ist, die Station ein künstliches Milieu schafft, ständigen Wechsel der Bezugspersonen beinhaltet und aus dem Lebenszusammenhang herausgelöste therapeutische Maßnahmen stattfinden.
Die Integration in einen natürlichen Lebenszusammenhang, etwa einer Familie, kann in Krankenhäusern nicht geschehen, so dass eine Rehabilitation in das Zu-Hause auf herkömmliche Weise nicht unmittelbar möglich und sinnvoll ist. Die üblichen Krankenhausaufenthalte sind auch für familientherapeutische Interventionen viel zu kurz und eine praktische Übung im Lebensalltag mit den Eltern zusammen ist auf einer Station ebenfalls in der Regel nicht gegeben.

Diagnose und Behandlung

Apparative Diagnostik geschieht extern. Das Behandlungsinventar beinhaltet die klassischen kinderpsychiatrischen Methoden, Psychotherapie (tiefenpsychologische Psychotherapie) psychodynamische Psychotherapie nach Dührsen, Elemente der Verhaltenstherapie, erweitert um die menschenkundlich-anthroposophischen und biographischen Aspekte. Hinzu treten kunsttherapeutische Behandlungen wie Musik, Malen, Eurythmie, Plastizieren, Werken. Außerdem werden allgemeinmedizinische Behandlungen durchgeführt. Die Beschäftigungstherapie ist in der Mithilfe in der Berglandwirtschaft zu sehen. Es kommen erzieherisch und heilpädagogisch bewährte Methoden hinzu, wobei wir uns insgesamt um eine Erweiterung im Sinne der Anthroposophie bemühen.
Neben diesem Weg der Kinderpsychiatrie wurde in Neuenweg versucht, den Gemeinschaftsgedanken in zwei Richtungen zu verwirklichen. Im Therapeutischen dadurch, dass Patienten und Mitarbeiter aus den natürlichen Lebensprozessen heraus eine Einheit bilden, indem die Mitarbeiter eine solidarische

Lebensgemeinschaft zu bilden versuchen zusammen mit unseren Patienten. Auf die große Rolle der Landwirtschaft, die wir biologisch-dynamisch betreiben, sei hier ausdrücklich hingewiesen. Diese dient auch zur Offenhaltung der Landschaft und dem arterhaltenden Tierschutz. Das gemeinsame Band von Therapie, Landwirtschaft und sozialer Gestaltung gibt die Anthroposophie Rudolf Steiners vor und bildet so eine zweite Seite des Sozialen. Da die Einrichtung mitten im Dorf ist, ist sie auch „gemeindenah". Wir kommen gut miteinander aus, Nachbarn sind uns hier wie Freunde.

Träger

Der Träger der Einrichtung ist ein gemeinnütziger Verein, dieser ist Mitglied des DPWV. Die Einrichtung ist im Sinne des §7 Absatz 2 SGB V anerkannt, und es besteht gesetzlicher Bestandsschutz. Die Einrichtung ist aber kein Heim und untersteht daher nicht dem Jugendamt, sondern wird regelmäßig vom Gesundheitsamt und arbeitsmedizinisch betreut. Sie ist ständig fachärztlich versorgt, die mittlere Behandlungsdauer beträgt 140 Tage bei etwa 6000 Pflegetagen pro Jahr. Die Warteliste der Patienten liegt in der Regel bei 30 Vormerkungen. Durch die kleinen Behandlungseinheiten – 6-7 Patienten pro Therapiehof – entsteht ein enger personeller Bezug rund um die Uhr mit qualifizierten Fachkräften, ohne ständigen Wechsel durch Schichtarbeit oder der Gefahr der unqualifizierten Versorgung, mit dem großen Vorteil durchgehender geschulter Beobachtung und ständiger ärztlicher therapeutischer Interventionsmöglichkeit.
Die Einrichtung ist als modellhaft vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Baden-Württemberg bezeichnet worden. Die Einrichtung ist großzügig vom Land Baden-Württemberg und der Aktion Sorgenkind bezuschusst worden und der Endausbau hat eine Kapazität von 16 Betten erlangt.
Die Weiterbildungsberechtigung zum Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie für 18 Monate liegt vor.

Patienten

Das Patientengut umfasst alle Erkrankungen der klinischen Kinder- und Jugendpsychiatrie mit der Ausnahme vorwiegend sozialbedingter Entwicklungsabwegigkeiten, Drogenabhängigkeit oder schwerster Fälle, die einer geschlossenen Abteilung bedürfen. Das Schwergewicht umfasst die Behandlung von Anorexie-Patienten und Essstörungen anderer Art, deren Erfolgsquote bei uns vor allem durch den kontinuierlichen personellen Bezug hoch ist. Die zweite Häufung liegt bei den zentral funktionsgeschädigten Kindern, meist verbunden mit sekundärer Symptomatik, so dass hier auch seit der Gründung der Einrichtung reichhaltige Erfahrungen gesammelt werden konnten. Unsere Erfolgsstatistik ist erstaunlich gut. Bisher wurden 450 Patienten stationär behandelt.

Wir führen eine ambulante Praxis in einem beschränkten Umfang, in der etwa 9000 Fälle in den letzten Jahren diagnostiziert, behandelt und beraten wurden.

Einzugsgebiet

Das Einzugsgebiet umfasst die Länder der Bundesrepublik und der angrenzenden Staaten, der Schweiz, Frankreich und Österreich.

Krankenschule

Die staatlich-anerkannte und genehmigte Waldorf-Krankenschule erteilt Epochen-, Fach- und Förderunterricht in Anlehnung an den Lehrplan der Freien Waldorfschulen. Es werden meist zwei oder drei jahrgangsübergreifende Schulgruppen unterrichtet von Mitte Oktober bis Mitte Mai. Einzelunterricht findet während dieser Zeit, aber auch während der Sommermonate statt, falls es im Einzelfall bei schweren Teil-Leistungsstörungen oder Vorbereitung auf Schulabschlüsse notwendig ist. Es werden entsprechend dem Krankengut, fast ausschließlich Gymnasiasten, Real-Schüler, Waldorfschüler und Hauptschüler, selten lernschwache Kinder beschult. Schulabschlüsse können weitgehend in der Einrichtung – von eigenen Lehrern geprüft – absolviert werden.
Die weitere soziale, schulische und berufliche Reintegration ist uns ein wichtiges Anliegen, deshalb haben wir nach der Behandlungszeit beschützte Hauswirtschaftslehrstellen; eine beschützte Tischlerlehrstelle ist noch im Aufbau.

Eine Buchveröffentlichung über die Kinder- und Jugendpsychiatrie und aktuelle Probleme, die dadurch bewältigt werden können, ist in Vorbereitung.

Wir suchen dringend
einen **qualifizierten Arzt**
für die leitende ärztliche Funktion
und die angeschlossene und notwendige
vor- und nachbetreuende Praxis am Ort.

Kontakt:
Therapeutische Gemeinschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Höfe am Belchen
Sonderkrankenhaus, 79691 Neuenweg,
Tel. 07673-787891 und 07673-931797, Fax: 07673-931798

Der therapeutische Auftrag des Lehrers

Bericht aus Arbeitsgruppen bei der Kolisko-Tagung 2002 in Lahti

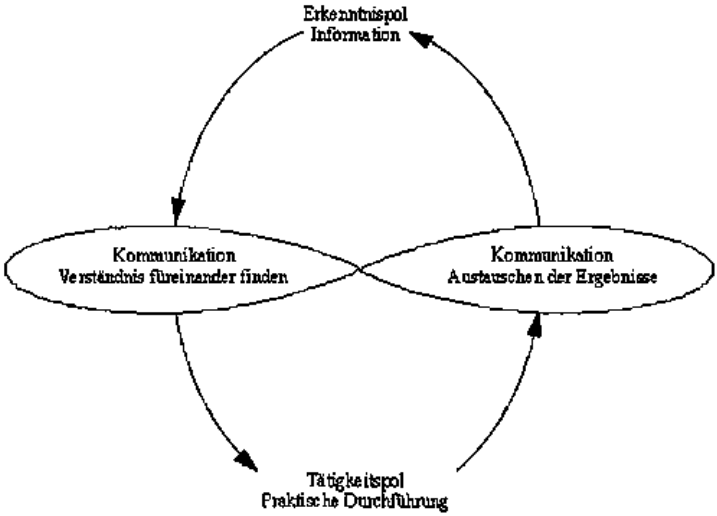
Wie können wir die Zusammenarbeit zwischen Lehrern und Therapeuten intensivieren?

Wach werden für die Nöte des Kindes

Im Forum 4 auf der Kolisko-Tagung 2002 arbeiteten wir am 2. Tag an der Frage: Wann und in welchem Umfang sind Einzelfördermaßnahmen angezeigt? Frau Ingun Schneider, Kalifornien, berichtete aus ihrer Arbeit. Zur Einleitung ihrer Ausführungen erzählte sie, wie einmal eine erwachsene Frau sie eingeladen habe. Sie erfuhr, dass diese Frau, eine Waldorfschülerin, ihre ganze Schulzeit hindurch sich als dumm gefühlt hätte, und erst als Erwachsene bemerkt hätte: Ich bin gar nicht dumm, ich habe nur eine Legasthenie. Sie fragte: Warum wurde das nicht erkannt, als ich Schulkind war? Ich hätte individuelle Hilfe gebraucht, statt dessen wurde ich so mitgetragen als Dummerchen. Ingun Schneider erzählte dann aus ihrer Arbeit, wie sie als Klassenlehrerin die Kinder motiviert, die Einzelförderung zu akzeptieren und zu wünschen. Der wichtigste Aspekt war, dass die Kinder sich erkannt fühlen müssen, dass wir, Lehrer und Therapeuten, ihren Bedürfnissen gerecht werden können.

Angesichts dieser Darstellung wurde uns klar, dass wir es oft nicht schaffen, ein wirkliches Verständnis für die Nöte des Kindes zu entwickeln. Deswegen widmeten wir den folgenden Forumstag der Frage: „Wie werden wir wach für die Nöte des Kindes?"

Wir, ein buntes Gemisch von 90 Lehrern, Schulärzten, Förderlehrern, Eltern und Therapeuten aus Ländern aller Welt bildeten Arbeitsgruppen zu viert, alle zu diesem Thema und trugen die Ergebnisse im Plenum zusammen. Es zeigte sich, dass durch die vielen Menschen sich frische, neue, ungeahnte Möglichkeiten auftaten, dass die Ergebnisse Bereiche des gesamten lebendigen Schulorganismus betreffen. Von diesen Ergebnissen, den zahlreichen Vorschlägen, die die Forumsteilnehmer erarbeitet haben, möchte ich hier berichten.



Die Schule als dreigliedriger Organismus

Wenn man sich den Schulorganismus als ein lebendiges Wesen vorstellt, so wie wir Wesen sind, mit Kopf, Brust und Gliedmaßenbereich, so werden ja diese Bereiche verschiedenartig gepflegt. Solche verschiedenartigen Gesichtspunkte ergeben sich auch für die drei Bereiche des Schulorganismus.

1. Schritt: Kommunikation – Verständnis füreinander finden

Die Not der Kinder – die Not der Lehrer

Liebe Therapeuten, machen wir uns genügend klar, dass es nicht nur die Not der Kinder gibt, sondern auch die Not der Lehrer? Ich möchte allen Therapeuten empfehlen, Vertretungsstunden zu übernehmen, und so am eigenen Leibe die Schwierigkeiten in der Klasse zu erleben. Auch, wenn es nicht besonders gut geht, wie zum Beispiel Esther: „Frau Leiste, warum sind wir immer so laut, wenn du bei uns bist?" Wir sind ja nicht als Pädagogen, sondern als Therapeuten ausgebildet, aber Lehrer haben oft den Anspruch an sich, alles allein und rein pädagogisch bewältigen zu können. Wenn die Kinder dann trotz Waldorfpädagogik schwierig sind, kann es sein, dass Lehrer sich genieren, es zuzugeben, sie erleben ihr Scheitern, fühlen sich unfähig in ihrem Beruf, fürchten sich vor Kritik, auch vor unausgesprochener, vielleicht möchten sie auch niemanden hospitieren lassen, um sich nicht zu blamieren, und erleben es als Makel, Spezialisten hinzuzuziehen. Indem wir aber die Not des Lehrers miterleben, entsteht eine Basis des Vertrauens, ein Raum, in dem der Lehrer offen seine Not schildern kann. Jetzt zeigt sich,

wie der Lehrer unter Druck steht. Er will seinen Lehrplan durchziehen, muss sich vorbereiten, hat eine Klasse zu führen, steht unter Zeitdruck und ist weder als Therapeut noch als Förderlehrer ausgebildet. Es fehlt ihm an Kenntnissen über die verschiedenartigen Schwierigkeiten, Krankheiten, die die Kinder mitbringen.

2. Schritt: Arbeit am Erkenntnispol. Was braucht der Lehrer?

Ein grundsätzlicher Schritt wäre, in der Lehrerausbildung, in den Lehrerseminaren, nicht nur Menschenkunde und Lehrplan zu unterrichten, sondern auch zu berücksichtigen, dass viele Lehrer sich aus ihrem Beruf zurückziehen, weil sie die schwierigen Kinder nicht bewältigen. Wie könnte das konkret aussehen?

2.1. Blick auf die heutigen Krankheitsbilder, Information

Es wären verschiedene Gesichtspunkte denkbar, und das bezieht sich nicht nur auf die Lehrer sondern auch auf die Heileurythmie und andere therapeutische Ausbildungen. Spezialisten, nämlich Ärzte, erfahrene Lehrer, Förderlehrer, Therapeuten könnten unterrichten über die aktuellen Erscheinungen, ich nenne als Beispiel Legasthenie, Hyperkinese, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Ungeschicklichkeit, oder auch Rückzugserscheinungen wie Willensschwäche, Anorexie, et cetera. Eventuell könnte der Seminarist selber Fördermaßnahmen kennenlernen. Zum Beispiel: Was ist Anorexie? Wie kann ich ihr begegnen? Oder: Was ist ADHS? Wie gehe ich damit um?

2.2. Blick des Lehrers auf sich selbst

Der Lehrer sollte zur Selbsterkenntnis und zur Selbsterziehung angeregt werden, so dass er unterscheiden lernt, was sein Problem, und was das Problem des Kindes ist. Es gibt auch Klagen:

- „Lehrer überschätzen ihre Kompetenz."
- „Klassenlehrer nehmen Kinder auf, die sie nicht bewältigen."
- „Klassenlehrer empfehlen hilfsbedürftige Kinder erst zu spät, zum Beispiel einen Fünftklässler, der nicht lesen kann."
- „Lehrer glauben oft, Waldorfpädagogik sei schon genug."

Aus vielen solcher Beiträge schält sich heraus, dass der Lehrer lernen muss, die Bedürfnisse seiner Kinder nicht als Versagen seiner eigenen Pädagogik zu sehen, und dass er lerne, sich frei zu machen von dem Anspruch, alle Probleme allein zu bewältigen.

„Die Motivation, das Kind in die Obhut anderer Fachkräfte zu geben, beruht auf Vertrauen zur eigenen Person."

So wird der Klassenlehrer sich nicht angegriffen fühlen, wenn Kinder seiner Klasse Extra-Förderung brauchen. Andererseits wird er aber auch angeregt, sich selber zu verändern, zuzuhören, zu kooperieren mit Förderlehrern, Therapeuten und Kollegen. Notwendig ist, dass er erleben lernt – es ist ja ein Kreislauf – Kraft aus dem Studium der Menschenkunde zu gewinnen, dass er übt, abends über die

Kinder nachzudenken, dass er die Eigenarten der Kinder nicht nur als Schwächen disqualifiziert, sondern den höheren Menschen im Kinde gewahrt. Eine Hilfe sind vielleicht die folgenden Worte Rudolf Steiners aus einem Vortrag vom 12. August 1924 (GA 311): „In Kindern, die nicht so brav sind, sondern ordentlich toben, ordentlich sich ausschreien, die einem Mühe machen, in denen regt sich der Geist, natürlich auf ungeschickte Art, denn er ist vom Himmel auf die Erde versetzt, aber er regt sich eben. Er braucht den Leib. Man kann tatsächlich das wüste Geschrei eines Kindes zuweilen furchtbar entzückend finden, aus dem einfachen Grunde, weil man dabei erfährt, welches Martyrium zunächst der Geist durchmacht, wenn er in einen kindlichen Körper hinunterkommt."

2.3. Blick auf das individuelle Kind

Das Wesentlichste ist also sicher der Blick auf das individuelle Kind. Wie kann man lernen, das Kind genau zu erkennen, in seiner eigenen Problematik und nicht nur die auffälligen, sondern auch die stillen Kinder? Wie kann man lernen, Schüler richtig einzuschätzen, sie nicht abzustempeln, sondern ihnen ein Recht auf eine individuelle Förderung zuzuerkennen? Eine zentrale Aufgabe ist hier, zu lernen, wie man ein Kind anschaut, versteht, erkennt.

- Das Kind, nicht unser Problem muss ganz im Mittelpunkt stehen,
- indem wir kindzentriert denken lernen,
- in das Kind hineinschlüpfen lernen,
- die Not des Kindes selber erleben,
- daraus die Intuition schöpfen, wie man dem Kind helfen kann,

also die Technik der Kinderbesprechung erlernen. Die Erfahrung zeigt, dass eine gelungene Kinderbesprechung bereits viele Probleme löst.

Das Ideal wäre es, wenn alles dieses bereits im Lehrerseminar angelegt würde. Andererseits steht der Seminarist noch nicht unter Leidensdruck, für ihn sind die Probleme noch abstrakt. „Ich hab das damals nicht so ernst genommen." Wie kann also der bereits tätige Lehrer, der tätige Therapeut sich fortbilden?

2.4. Wo könnte der bereits tätige Lehrer/Therapeut das lernen? Was gibt es für Möglichkeiten?

schulextern	**schulintern**
Tagungen	Pädagogische Konferenz
Extraseminare	schulinterne Extraseminare
	Mentoren für unerfahrene Lehrer

- Tagungen: Vielleicht sollten wir Lehrertagungen einrichten, wo systematisch und direkt die aktuellen Probleme behandelt werden, zum Beispiel: Was ist Anorexie? Wie gehen wir damit um? Solche aktuellen Probleme werden ja zum Beispiel auf den Kolisko-Tagungen gründlich bearbeitet.

- Extraseminare. Oder sollten wir bundesweit Extraseminare einrichten, zu denen die Lehrer beurlaubt würden?
- Pädagogische Konferenz. Das Sinnvollste, Fruchtbarste wäre sicher, in der Pädagogischen Konferenz systematisch an diesem Thema zu arbeiten, und wir sollten uns auch nicht scheuen, jeweils Spezialisten hinzuzuziehen.
- Schulinterne Extraseminare. Wir könnten auch schulinterne Extraseminare veranstalten. Das versuchen wir ja bereits in den medizinisch-pädagogischen Konferenzen, die wir in den verschiedenen Regionen durchführen. Diese werden allerdings vorwiegend von Förderlehrern, Schulärzten und Therapeuten, und weniger von Lehrern frequentiert.
- Mentoren. Ein weiterer Vorschlag lautet: Mentoren für unerfahrenere Erstklasslehrer einsetzen, die die Klasse beobachten und Führung geben können. Es zeigt sich, dass das in der Praxis oft schwierig ist: Angst, Mangel an Vertrauen stehen dem entgegen. (Wir haben auf der Konferenz nicht bearbeitet, wie dem beizukommen ist.)

3. Schritt: Kommunikation über die Erkenntnisseite

Durch derartige Ausbildung ist nun der Lehrer so weit, dass er Erkenntnisse gewonnen hat über die vorhandenen Schwierigkeiten – der Therapeut hat sich so weit ausgebildet, dass er sich traut, Fragen zu beantworten und tätig zu werden. „Der Dialog zwischen Klassenlehrer, Förderlehrer und Therapeut muss ein positiver kommunikativer Prozess sein, wo der Klassenlehrer sich in seiner Integrität als Lehrer wohl fühlt." Vielleicht könnte die jetzt fällige Kommunikation institutionalisiert werden, um sie stärker ins Bewusstsein des ganzen Kollegiums zu bekommen. Die Vorschläge der Forumsteilnehmer ähneln sich:

- professionelles Team bilden von Arzt, Förderlehrer und Therapeut;
- Care group bilden für Kinderbesprechungen. Klassenlehrer und Förderlehrer einladen;
- Care group einrichten, die sich wöchentlich trifft;
- monatliche Care group einrichten mit Lehrern, Therapeuten, Ärzten, Förderlehrern;
- wöchentliche Therapiegruppe einrichten mit Arzt, Heilpädagoge Heileurythmist, regelmäßig mit Lehrern und Eltern.

Solche Care groups sind also wünschenswert und notwendig. Sie existieren ja auch an vielen Schulen, zumindest in der engen Zusammenarbeit von Schularzt und Heileurythmisten. Aber sicher wäre die Arbeit dieser Care groups noch fruchtbarer, wenn die Zusammenarbeit mit den Lehrern intensiviert würde.

4. Schritt: Durchführung – Was sind die Aufgaben der Care group?

Therapeutisch tätige Mitglieder der Care group sind ja Gehilfen des Gottes Merkur. Also ist es ihre Aufgabe, merkurielle Tätigkeit zu entfalten. Sie kann

Berichte von Klassenlehrern, Eltern, Kindergärtnerinnen erbitten, vor allem aber auch

4.1. Die Teilnehmer von Therapiekonferenzen zusammentrommeln

- Lieber Lehrer, wir laden dich ein, um deine Problemkinder mit uns zu besprechen. Oder:
- Lieber Lehrer, möchtest du deine nächste Klassenkonferenz ganz dem Thema deiner Problemkinder widmen, dann kommen wir, die Care group dazu. Oder:
- Lieber Lehrer, sollten wir die Eltern des Kindes zu unserem Gespräch, beziehungsweise zu unserer Klassenkonferenz einladen? Oder:
- Lieber Lehrer, aus der Klassenkonferenz hat sich die Notwendigkeit ergeben, dass wir eine Kinderbesprechung in der Pädagogischen Konferenz machen. Sollen wir das gemeinsam anmelden?

4.2. Kinderbesprechungen

Ist es nun gelungen, die Teilnehmer zusammenzutrommeln, ist es notwendig, dafür zu sorgen, dass eine ordentliche Kinderbesprechung stattfindet, wo wirklich das Kind im Mittelpunkt steht, und nicht unsere Probleme. Dass man zum Beispiel gemeinsam eine genaue Wahrnehmung des Kindes herbeiführt, dass man sich in das Kind, in seine Nöte, wirklich einfühlt. Aus einer gelungenen Kinderbesprechung entspringen die Intuitionen, sowohl beim Lehrer, als auch beim Therapeuten, was jetzt geschehen muss. Und oft fühlt sich – über Nacht – das Kind verstanden, bereits durch die Besprechung, und ein Heilprozess hat begonnen. Die Technik der Kinderbesprechung ist ein eigenes Kapitel. Sie ist erlernbar, erübbar, und wurde auf der Kolisko-Tagung am folgenden Tage bearbeitet.
Es wird durch die gelungene Kinderbesprechung der Lehrer ein neues Verhältnis zu dem betreffenden Kinde gewonnen haben, er kann jetzt das Kind anders sehen, es anders ansprechen und ihm ein Recht auf individuelles Sondersein zugestehen. Jetzt ist er auch bereit, das Kind aus dem Unterricht hinauszugeben, in eine Therapie, obwohl eventuell dadurch eine gewisse Unruhe entsteht, oder obwohl das Kind jetzt ein Stückchen des Unterrichts nicht dabei ist. – Positive approach of trust and wait might turn into being too late. – Diese Gefahr ist jetzt gebannt.

4.3. Sorge für die praktische Durchführung der Maßnahmen

Natürlich ist es jetzt die Aufgabe der Care group, dafür zu sorgen, dass die Ideen, die durch die Kinderbesprechung eingetreten sind, auch verwirklicht werden. Dass jetzt eventuell notwendige Gespräche geführt werden, dass notwendige Therapien wirklich stattfinden – eventuell muss sie Phantasie entwickeln, wie diese finanziert werden können, dass notwendige Maßnahmen, die sich ergeben haben, auch wirklich durchgeführt werden, beziehungsweise führen ja die Mitglieder der Care group diese Therapien teilweise selber aus, oder sie kennen die externen therapeutischen Möglichkeiten im Umkreis.

4.4. Praktische Hilfsmittel an die Lehrer geben

Eine andere Aufgabe der Care group ist es jetzt, dem Lehrer praktische Hilfsmittel nahezubringen, zum Beispiel Bewegungsübungen, die er selber mit dem Kinde durchführen kann; oder ihn eventuell an den Übungen, die das Kind jetzt bekommt, zu beteiligen. Man kann zum Beispiel den Lehrer einladen, bei der Heileurythmie seines Kindes zu hospitieren. Oder man kann das ganze Kollegium mit heileurythmischen Übungen vertraut machen, sodass die Lehrer die Wirkung solcher Übungen am eigenen Leibe verspüren. „Lehrer sollten mehr Förderlehrer-Unterricht kriegen, damit sie Übungen in den Unterricht integrieren können. Dadurch müssen nur Extremfälle zur Extra-Therapie."

Solch spezifischer Beistand für den einzelnen Lehrer, aber auch für das ganze Kollegium ist sicher eine wesentliche Aufgabe der Care group. Die Therapiegruppe schafft eine Weiterbildungsmöglichkeit für die Lehrer.

Hier müssen sich nun die Therapeuten von dem Anspruch frei machen, alles selber zu können. Sie können ihrerseits Spezialisten hinzuziehen, um diese Weiterbildung im Kollegium durchzuführen.

5. Schritt: Kommunikation über die Ergebnisseite

Sind die Therapien nun durchgeführt, kommt ein Schritt, den wir zum Beispiel an unserer Schule vernachlässigt haben, dem wir viel zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet haben:

5.1. Was hat sich durch die Therapie / die Fördermaßnahme verändert?

Die Forumsteilnehmer mahnen:

- Die Verwirklichung der Vorschläge verfolgen.
- Fragt den Lehrer, wie das Kind nach einer Förderstunde oder nach einer Heileurythmiestunde ist.
- Weiterverfolgen, was es genützt hat.
- In der Konferenz berichten, was sich durch die Therapie/ den Förderunterricht ergeben hat.

Auf diese Weise kann sich bei den Therapeuten und Lehrern ein Bewusstsein von der Wirksamkeit der verschiedenen therapeutischen Möglichkeiten installieren, durch die Reflektion werden die Erfahrungen bewusst gemacht, es kann ein Schulbewusstsein entstehen für die Wirksamkeit der verschiedenen Therapien. Das gibt dann eine Grundlage für die weiteren Kinderbesprechungen.

Die Vorschläge zur Reflektion kommen hauptsächlich von den englischsprachigen Teilnehmern. Im Nachhinein überlege ich, warum wir es, jedenfalls an unserer Schule, zu wenig pflegen. Es stehen diesem Schritt innere und äußere Widerstände entgegen.

5.2. Widerstände gegen den Schritt der Reflektion

- Das vorher auffällige Kind ist vielleicht durch die Therapie oder den Förderunterricht unauffällig geworden. Es entschlüpft unserem Bewusstsein.
- Peinlich: Der Therapeut hat vielleicht Angst, hören zu müssen: Die Therapie hat nichts verändert, die Therapie hat nichts genützt. Das möchte er eventuell. nicht wahr haben, und er möchte auch nicht, dass diese Tatsache dem Lehrerkollegium bewusst wird, weil er dadurch seine eigene Existenz an der Schule in Frage stellt.
- Das Lehrerkollegium ist durch neue Probleme so in Anspruch genommen, dass keine Bereitschaft besteht, Vergangenes wieder aufs Tapet zu bringen.
- Der Therapeut ist oft ein tätiger Mensch, er interessiert sich für das, was aktuell notwendig ist, wo er selber tätig werden will, und vergisst die Notwendigkeit eines Rückblicks.

In den Widerständen, die wir als Kollegium gegen solchen Rückblick, gegen solche Reflektion haben, finden sich lustigerweise in leisem Anklang viele Symptome wieder, die wir bei den Kindern vorfinden und beklagen:

- Aufmerksamkeitsdefizit
- Angstzustände
- Zivilisationseinflüsse
- Hyperaktivität

Also so ein Rückblick ist eine freie Tat, die sich nicht von allein einstellt oder aus Notwendigkeit ergibt, sondern die bewusst – auch gegen Widerstand – gehandhabt werden muss.

6. Schritt: Weitere vertrauensbildende Maßnahmen

Durch diese verschiedenen Schritte ist inzwischen ein Raum entstanden, „wo jeder offen schildern kann, was ihn bewegt, was er erfahren hat." – „Kollegiales Klima, wo Vertrauen und Zuversicht in die eigene Arbeit und in die der Kollegen herrscht, sodass eine Ebene gemeinsamer Arbeit zum Wohle des Kindes entstehen kann."

In der Orana-Schule in Australien hat es sich sehr bewährt, ein retreat für alle Mitarbeiter der Schule, nicht nur für die Lehrer, einzurichten. Es sei sehr effektiv, es jedes Jahr zu machen, es sei ein kreativer Prozess. Es wird dort Biografie-Arbeit genutzt, um soziale Verwandtschaft und gegenseitiges Verständnis zu entwickeln.

Es gibt dort auch das kollegiale System, dass jedes Mitglied der Schule seine Schwierigkeiten mit einem anderen Mitglied der Schule bespricht. Und es ist ein klares Streitverhalten für die ganze Schule, Eltern, Lehrer, Therapeuten, Mitarbeiter, verabredet, sodass Streitfragen bearbeitet werden können und nicht ignoriert werden.

Dieses, dass die ganze Schule in diese kommunikativen Prozesse mit einbezogen wird, ist ein wesentliches zeitgemäßes Vorgehen. Es ist auch darauf zu achten, dass die Zusammenarbeit bereits in den Kindergärten installiert wird – sollten vielleicht die Schulärzte unserer Schulen regelmäßig die Kindergärten besuchen, dort hospitieren, die schwierigen Kinder mit den Kindergärtnerinnen besprechen?
In vielen Arbeitsgruppen wurde auf die notwendige Zusammenarbeit mit den Eltern hingewiesen, und wir haben auf dem letzten Forumstag eine Arbeitsgruppe diesem Thema gewidmet.

7. Schritt: Zusammenarbeit mit den Eltern
Es zeichnet sich ab, dass auch hier, wie im gesamten Schulorganismus eine dreigliedrige Zusammenarbeit möglich ist, die aber immer einer kommunikativen Grundlage bedarf, also: Information, Erkenntnis – Kommunikation, Gespräche – gemeinsame Tätigkeit.

7.1. Information, Erkenntnis
Auf vorschulischen Informationsabenden, auf Klassenelternabenden, oder auf klassenübergreifenden Elternabenden können die Eltern in die Grundlagen der Waldorfpädagogik eingeführt werden. Die Bildhaftigkeit, die das Gemüt der Kinder ernährt, ernährt und befriedigt auch die Eltern. Die früher Internen Lehrertagungen sind ja inzwischen teilweise auch für Eltern geöffnet, zum Beispiel bei uns in München, und es zeigt sich, dass wir dadurch in den Eltern dankbare Mitarbeiter gewinnen. Auch die Kolisko-Tagung ist inzwischen für Eltern geöffnet. Für die Eltern ist es wesentlich, Vorblick zu bekommen, Vorblick auf das Schuljahr, insbesondere aber auch Vorblicke auf die entwicklungsbedingten Krisen, das entschärft das Entsetzen. Fruchtbar hat es sich erwiesen, auf vorschulischen Informationsabenden Eltern, die ihre Kinder schon an der Waldorfschule haben, berichten zu lassen.

7.2. Kommunikation
Auf Elternabenden kann man es manchmal erleben, wie sich durch kritische Äußerungen kritischer Eltern die Atmosphäre aufheizt und der Lehrer in die Enge getrieben wird. „Ängstliche Lehrer sind stets in Verteidigungshaltung." – Ein Vorschlag lautet: „Communication training for teachers."
Es ist überaus fruchtbar, Elterngespräche zu führen, wo die Eltern dem Lehrer über die frühe Entwicklung des Kindes erzählen, wo die Eltern über die Not sprechen können, die sie mit ihrem Kind haben.
Liebe Lehrer, könnt Ihr Euch vorstellen, wie es ist, wenn man keine Nacht durchschlafen kann, weil das Kind nachts schreit, wie es ist, wenn jeden Morgen die Schlafhose, das Bett, die Matratze nass sind, wie schwierig es ist, neben einem

konzentrationsschwachen Kind, das seine Schularbeiten machen soll, Ruhe und Gelassenheit zu bewahren? Und alles täglich, 24 Stunden lang, auch am Wochenende, in den Ferien ...
In solchen Gesprächen kann aber auch der Lehrer seine Not schildern, und er kann den Eltern vermitteln, wie sich eine Problemstellung im Hinblick auf die ganze Klasse ausnimmt. Ein Ideal ist es, die Eltern in die Kinderbesprechungen mit einzubeziehen. Indem Eltern und Lehrer gemeinsam auf das Kind schauen, verschwinden die Fronten, es wird ein Nebeneinander, Miteinander, in dem das Kind aufblühen kann.

7.3. Tätige Mitarbeit der Eltern

Durch auf solche Weise bewusst gepflegte Beziehung zu den Eltern, erleben diese wiederum die Schule als ihre Schule. Sie fühlen sich mitverantwortlich und sind nun bereit, ideelle, finanzielle und praktische Hilfe zu leisten: Eine gesunde und freudige Basis für das gesamte Leben der Schule!

Ausblick: Werden die hier gesammelten Ideen irgendwo verwirklicht?

So weit mein Bericht vom Forum 4 der Kolisko-Tagung. Mir ist klar, dass das Eigentliche, das zum Verständnis der Nöte des Kindes führt, die Kinderbesprechung ist, die hier nur gestreift wurde. Aber es sind doch durch die Erfahrungen und Anregungen der vielen Menschen eine Reihe Hilfsmöglichkeiten aufgezeigt, die sich wie zu einem Konzept zusammenfügen. Jetzt gibt es aber ein Riesenproblem. Nach so einer reichen und festlichen Tagung voller lebendigster Anregungen geht man erfüllt und beschwingt nach Hause – der Alltag kommt wieder mit allen Anforderungen und Problemen – es ist die Gefahr, dass alles im alten Trott weitergeht. Wie kriegt man es hin, die frisch gewonnenen Ideen und Impulse zu realisieren? In die Tat umzusetzen?
Es würde mich interessieren, ob von diesen gesammelten Anregungen, die hier in Ideen-Form vorliegen, irgendwo irgendetwas von jemandem verwirklicht wird. Falls ja, wäre ich dankbar für eine Rückmeldung.

Erika Leiste

Überlegungen zu einer erweiterten sexuellen Aufklärung an der Waldorfschule

Bei der 5. internationalen Kolisko-Tagung für Waldorflehrer, Ärzte und Therapeuten, die vom 27. Juli bis 2. August 2002 in Lahti (Finnland) stattfand, kamen 850 Teilnehmer aus 45 Ländern zusammen. Das übergreifende Thema der Tagung war „Der therapeutische Auftrag des Lehrers. Welchen Beitrag leistet die Waldorfpädagogik zur modernen Salutogeneseforschung?" In einer der vielen Arbeitsgruppen wurde das Thema „Sexuelle Aufklärung in der Waldorfschule" bearbeitet. Der folgende Aufsatz soll sowohl eine Zusammenfassung dieser Arbeit sein, wie auch ein Diskussionspapier zur weiteren Konkretisierung dieses Themas.

Problemstellungen

Sexualität kann dann zu einem Problem werden, wenn die Sexualität losgelöst, isoliert und einseitig wird. Durch die immer frühere und einseitigere Straßenaufklärung, die Medien und vor allem das frei zugängliche Internet mit den vielen Sexseiten sind Kinder und Jugendliche den Gefahren und Risiken dieser Art des Umgangs mit der Sexualität zunehmend ausgesetzt.

In Deutschland haben 66/61% der 17-jährigen Mädchen/Jungen regelmäßig Geschlechtsverkehr (40/37% der 16-jährigen; 25/18% der 15-jährigen; 11/8% der 14-jährigen).[1] 12-15% vergessen beim ersten Mal über Verhütung nachzudenken. Von den meisten wird als Grund für das Vergessen angegeben, dass „es" zu spontan und unbeabsichtigt „geschah". Die Zahl der Abtreibungen bei jungen Frauen (unter 18) hat sich in den letzten acht Jahren verdreifacht.

Eine aktuelle Studie[2] ergab, dass SchülerInnen zwischen 13 und 17 erhebliche Wissenslücken aufweisen bezüglich Kenntnissen, die mit dem Erlangen der Geschlechtsreife und spätestens mit dem Beginn von sexuellen Beziehungen vorausgesetzt werden müssen. Es handelt sich um einfache Kenntnisse der Anatomie und Physiologie, sexuell übertragbare Infektionskrankheiten, Verhütung und Schwangerschaft.

Das Angebot an Verhütungsmethoden ist groß und aufdringlich (zum Beispiel in der Jugendzeitschrift „Bravo" wird regelrecht Propaganda für die Pille gemacht). 77% der 14 bis 17-jährigen, die regelmäßig Verkehr haben, nehmen die Pille.

In den Schulen fällt mehr und mehr auf, dass es vor allem die Jungen sind, die „verhaltensauffällig" sind. Auch in der Fachliteratur wird verstärkt auf das Problem der Erziehung der Jungen hingewiesen. Teils durch die zunehmende Zahl der Frauen im Lehrerberuf, teils durch die Abwesenheit der Väter im

familiären Alltag, fehlt es vielen Jungen an männlichen Vorbildern und Gesprächspartnern. Somit kommt es nicht selten zu einer gestörten Pubertätsentwicklung mit geschlechtlichen Identifikationsproblemen.
Die Häufigkeit des sexuellen Missbrauchs nimmt wahrscheinlich zu, deren Ausprägung und Brutalität nimmt sicher zu. Amerikanische Studien berichten, dass mit 18 Jahren ein Drittel der Mädchen und ein Viertel der Jungen missbraucht wurden, davon 50% außerhalb der Familie und 80% innerhalb der Familie oder im Bekanntenkreis. 70% der Drogenabhängigen waren Missbrauchsopfer, 75% der Prostituierten ebenso. Wahrscheinlich haben fast alle Täter eine gestörte Sexualentwicklung gehabt und viele waren selber Opfer. Missbrauch ist noch immer ein Tabu-Thema, Missbrauch-Vorbeugung auch.

Waldorflehrplan

Themen, die mit männlich-weiblich, Partnerschaft, Sexualität und Fortpflanzung zu tun haben, sind alle auf einer altersentsprechenden Weise in dem bestehenden Waldorflehrplan vorhanden (Märchen, Sagen, Geschichte, Parzival, Faust, Menschenkunde et cetera). Trotzdem sind viele Lehrer, Eltern und auch ältere Schüler der Meinung, dass diese Themen viel expliziter zur Sprache kommen sollten. Selbstverständlich gehören die sexuelle Aufklärung und die verwandten Themen primär ins Elternhaus, dies entlastet aber die Schulen nicht, auch ihren Anteil beizutragen. Im übrigen werden die meisten Kinder weder Zuhause, noch in der Schule aufgeklärt, sondern von Freunden, auf der Straße oder über die Medien (siehe oben).
Weiter wird darauf hingewiesen, dass im Schulordnungsgesetz das Fach Sexualkunde vorgesehen ist.

Was eine Waldorfschule leisten könnte/sollte, ist:

1. Intensive Elternarbeit, Elternabende zum Thema Sexualerziehung, Missbrauchprophylaxe, Elternabende nur für Väter, und so weiter.
2. Die Einbettung oder den Rahmen anbieten, so dass die isolierte einseitige Straßenaufklärung die dringend notwendige Umgebung finden kann. Dies bedeutet unter anderem die seelischen, geistigen und menschenkundlichen Aspekte hinzuzufügen zu der „Straßenaufklärung".
3. Gesprächspartner für die Jugendlichen sein, zeigen, dass dieses Thema auch für die Erwachsenen ein Thema ist und dass die Jugendlichen mit ihren Fragen ernst genommen werden.

4. Erweiterte Gesichtspunkte zum Thema Verhütung, Abtreibung und Fortpflanzung anbieten. (Beispiel: Was macht die Pille eigentlich im Organismus der Frau?)

Da die Zeiten sich geändert haben (vor 100 Jahren gab es noch keine Verhütungsmittel, kaum Pornographie, kaum aufdringliche Medien) und der Bedarf (oder die Not) groß ist, scheint es für viele angebracht, die Themen, die mit der Geschlechtlichkeit, Sexualität, Fortpflanzung et cetera zu tun haben, in extra Unterrichtsstunden in den Lehrplan aufzunehmen.
Menschenkundliche Hintergründe zum Thema, so wie diese in der Kolisko-Arbeitsgruppe besprochen wurden, sind unter anderen die Geschlechtertrennung in der Menschheitsentwicklung, embryologische Gesichtspunkte, die Frage des weiblichen und männlichen Ätherleibes sowie die Charakteristika der Jahrsiebtentwicklung.

Lebenskunde

Erarbeitet wurde ein Konzept, welches unter dem Namen „Lebenskunde" vorsieht, dass in den verschiedenen Klassen – entweder als extra Epoche oder durchgehend eine Stunde pro Woche – Themen geboten werden, die eine Einbettung der sexuellen Entwicklung in die menschliche geschlechtliche Reifungsphase so gesund wie möglich begleitet. Im Sinne einer Prophylaxe oder Salutogenese sollen die Schüler gestärkt werden, die Flut an einseitigen und/oder krankmachenden Informationen verdauen oder abweisen zu können und auf eine gesunde Art den Eintritt in die geschlechtliche Lebensphase zu vollziehen.
In dem Fach Lebenskunde sollte neben der Ernährungslehre auch der Themenbereich der Ökologie behandelt werden.
In diesen Unterrichtsstunden geht es nicht nur um das *was*, sondern vor allem auch um das *wie* (zum Beispiel kein Frontalunterricht, sondern Gruppenarbeit, Projektarbeit, Rollenspiele, viel integrierte künstlerische Tätigkeit und so weiter).
Für manche Themen kann es angebracht sein, dass sie nicht vom Klassenlehrer oder Klassenbetreuer gegeben werden, sondern von jemandem, der den Schülern nicht zu nah steht.
Für die oberen sieben Klassen ist folgende Themengliederung denkbar:

Klasse 6: Pubertätsentwicklung
Seelische und körperliche Aspekte der Pubertätsentwicklung werden besprochen. Zum Teil nach Mädchen und Jungen getrennt, wird anhand einfacher Anatomie und Physiologie die Menstruation und der weibliche Zyklus besprochen sowie Bau und Funktion der männlichen Geschlechtsorgane. Hierzu kann zum Beispiel die griechische Kunst hilfreich sein.

Klasse 7: Ernährungslehre
schon im Lehrplan vorhanden.

Klasse 8: Pubertät, Sexualität, Liebe
Erneut wird auf die Unterschiede von Mädchen/Frau und Junge/Mann eingegangen, sowohl auf typische seelische Eigenschaften (hier eignen sich Rollenspiele gut) wie auf Unterschiede in Anatomie und Physiologie (nicht nur der Geschlechtsorgane). Behandelt wird die Geschlechtertrennung als Voraussetzung der menschlichen Fortpflanzung sowie das Verhältnis zwischen Sexualität, Fortpflanzung und Liebe. Unterschiede zwischen Mensch und Tier (bei Tieren sind Sexualität und Fortpflanzung immer miteinander verbunden). Auf das Thema Homosexualität als Sonderform kann eingegangen werden.

Klasse 9: Verhütungsmethoden
Neben der sachlichen und faktischen Behandlung der verschiedenen Verhütungsmethoden (Pille, Spirale, Sterilisation, Kondom, Diafragma, natürliche Verhütung, Verhütungscomputer) wird auf erweiterte Gesichtspunkte eingegangen, was die jeweiligen Methoden auf körperlicher, aber auch auf seelischer und gegebenenfalls geistiger Ebene bewirken. Besonders eignet sich eine historische Bearbeitung der Entstehungsgeschichte der Pille.

Klasse 10: Schwangerschaft und Geburt
Der Entwicklungsprozess einer Schwangerschaft, sowohl mit Blick auf die Embryologie wie auf die Veränderungen bei der Frau wird behandelt. Die Geburt sollte besprochen werden mit einer Hebamme und einer Mutter, gegebenenfalls kann ein sorgfältig ausgesuchter Film gezeigt werden. Einiges über Säuglingspflege (Stillen, Ernährung, Kleidung) muss behandelt werden.

Klasse 11: Abtreibung, vorgeburtliche Diagnostik, Therapie bei Unfruchtbarkeit.
Zentral steht die Urteilsbildung über die modernen Methoden, in den Prozess der Fortpflanzung einzugreifen. Behandelt wird die Abtreibung, inklusive soziale Notsituationen (zum Beispiel Rollenspiel), Gesetzeslage und Geschichtliches; die vorgeburtliche Diagnostik (Fruchtwasserpunktion, Ultraschall, Selektion und Abtreibung von behinderten und kranken Ungeborenen); Einzelheiten über die Techniken der Fertilitätstherapie (Retortenbefruchtung, Klonen, Eizell- oder Samenspende, et cetera). Auch hier geht es sowohl um die persönliche Situation eines Paares mit unerfülltem Kinderwunsche als um die ethischen Fragen der Anwendung der medizinischen Möglichkeiten.

Klasse 12: Elternschule, Partnerschaft, Familie, Verantwortung
Partnerschaftsformen werden besprochen, von der kurzen Begegnung bis zur Ehe und deren Bedeutung für die persönliche Entwicklung und die eventueller Kinder, auch eingehend auf Homosexualität, Treue und Untreue, Trennung, Seitensprung und Prostitution. Welche Voraussetzungen sind erforderlich oder werden gewünscht für den Empfang von Kindern: Themen wie Elternschaft, Erziehungsfragen und Verantwortung.

Die genannten Themen pro Klasse sind hier nur kurz erwähnt worden, sie müssen noch weiter ausgearbeitet werden. Die jeweilige individuelle Färbung ist natürlich abhängig von der Klasse und dem entsprechenden Lehrer.
Bei der Gliederung der Thematik in den vier Klassen der Oberstufe wurde geachtet auf die Zuordnung der vier Wesensglieder physischer Leib, Ätherleib, Astralleib und Ich in die 9. bis 12. Klasse. So werden in der 9. Klasse (physischer Leib) die physischen und stofflichen Aspekte der Verhütung, Wirkung der Pille, Geschichte des Kondoms, Spirale et cetera behandelt werden; in der 10. Klasse (Ätherleib) die Werdungsvorgänge bei Schwangerschaft und Geburt; in der 11. Klasse (Astralleib) geht es um die Urteilsbildung über ethische Fragen der modernen Fortpflanzungsmedizin, Abtreibung und so weiter; und in der 12. Klasse (als Vorschau auf die Ich-Ebene) steht zentral die Begegnung, Partnerschaft, Familie und Verantwortung.
Auf ähnliche Weise können den Klassen 1-4 physischer Leib bis zum Ich zugeordnet werden und den Klassen 5 - 8 Ich, Astralleib, Ätherleib und physische Ebene.
Es ist sicher sinnvoll, auf eine geeignete Weise in den unteren Klassen schon vorbereitend etwas anzubieten, dies müsste noch erarbeitet werden.
In verschiedenen Waldorfschulen sind inzwischen unterschiedliche Erfahrungen zum Thema Sexualunterricht und Aufklärung gemacht worden. Mit der Absicht ein Handbuch Lebenskunde auszuarbeiten, bitten wir
– um Reaktionen auf diesen Bericht,
– um schon gemachte Erfahrungen in diesem Bereich,
– um Rückmeldung von denjenigen, die sich an dieser Arbeit beteiligen wollen.

Nicola Fels / Bartholomeus Maris

1 Laut der Studie „Jugendsexualität 2001 „ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
2 Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung der Frau (ÄGGF) e.V., 2001.

Umschmelzung des Vererbungsleibes in einen individuellen Leib am Krankheitsbild Bronchitis und Asthma

Chirophonetik und Heileurythmie begegnen sich

Zu diesem Thema trafen sich am 21. September 2002 im Freien Waldorfkindergarten Raphael in Hannover-Bothfeld 30 Menschen aus den Bereichen der Chirophonetik, Heileurythmie, Heilpädagogik, Erziehungswesen, Medizin und Physiotherapie zur gemeinsamen Arbeit.

Grundlage der Betrachtungen waren einerseits der 1. Vortrag aus dem Heilpädagogischen Kurs von Rudolf Steiner vom 25. Juni 1924, sein Vortrag „Der unsichtbare Mensch in uns" vom 11. Februar 1923 sowie andererseits die Vorstellung zweier Geschwister mit ihrer Problematik. Der Heilpädagogische Kurs soll auch die nächsten Treffen kontinuierlich thematisch bestimmen.

Die beiden 3- und 5-jährigen Brüder mit deutlicher familiärer Allergie-Belastung und Neigung zu Atemwegsinfektionen wurden uns durch Frau Rilke, die die Jungen chirophonetisch und in Einzelspielsituationen behandelt, und durch die Kindergartenerzieherin lebhaft dargestellt: An Gemeinsamkeiten haben sie die Großköpfigkeit, den großen und schweren Körperbau, die trockene, sich leicht entzündende Haut, die vergrößerten lymphatischen Organe, die Kraft zu fiebern, den guten Schlaf, Appetit und gute Verdauung sowie die Neigung zum Asthma bronchiale. Auch ist die Neigung zur direkten Nachahmung in der Kindergarten- und Therapiesituation ist bei beiden gleich schwach ausgebildet und wird auf das „Nachspielen" zu Hause verschoben. Beide reagieren auf Orts- oder Betreuerwechsel mit Krankwerden und suchen einen festen Rhythmus; zur Zeit besteht die Therapie aus täglich zwei Hüben eines corticoidhaltigen Sprays sowie in Akutsituationen aus bronchienerweiternden Aerosolen. Während der ältere, blauäugige Junge noch leichte Stammelfehler in seiner Sprache inklusive eines Sigmatismus interdentalis (Lispeln) aufweist, nachts stark schwitzt und sich tagsüber mehr betrachtend, gut beobachtend aber eher verbal als aktiv gestaltend im Kindergarten zeigt, greift der jüngere, braunäugige, mit mehr kloßig-gutturaler Sprache, aktiver, unruhiger in das Geschehen ein. Der ältere Bruder machte zwei Pneumonien (Lungenentzündungen) und mehrere schwere Bronchitiden durch. Der Jüngere litt gleich im ersten Lebensjahr unter heftigen Bauchschmerzen und Neurodermitis, schrie in den ersten sieben Monaten viel, schläft jetzt lange, wurde mit 2 $^{1}/_{4}$ Jahren adenotomiert (Entfernung der Rachenmandeln) und erhielt eine Paukendrainage. Beide Kinder – so arbeiteten wir heraus – fanden für ihr Leben

einen dichten, schweren Körper als Modelleib vor, der der Inkarnation aktiv Widerstand entgegensetzte.
Die verstärkte Einatmung, das fast krampfhafte Eintauchenwollen, ist als ein Versuch der Heilung auf leiblicher Ebene anzusehen, die Überempfindlichkeit auf seelischer und stofflicher Ebene eine Konsequenz bei entsprechender erblicher Disposition.
Eine unterschwellige Überbelastung, fast Vergiftung von unten her aus dem Stoffwechselsystem verhindert zusätzlich die atmende Durchdringung des Körpers, die Beschäftigung mit dem Stoffwechsel kostet Kraft. Die vermittelnde Kraft des rhythmischen Systems ist noch nicht ausreichend entwickelt im ersten Jahrsiebt. Der Astralleib darf nicht vom Kopf her eingreifen, er muss erst durch die Wesensglieder hindurchgeführt werden und kann dann von der Niere her gestalten.

Die Heilung sollte angeregt werden:

1. über die Stärkung des Rhythmischen, was zur Zeit noch von den Erwachsenen in der Umgebung gestaltet werden muss, bis sich die „Mitte" als vermittelnder Zwischenbereich im 2. Lebensjahrsiebt beim Kind selbst weiterentwickelt. Chirophonetik und Heileurythmie können aber schon jetzt therapeutisch hier viel erreichen neben pädagogischen Maßnahmen.

2. über eine Entlastung, Entgiftung im Stoffwechsel, was nicht nur ein Vermeiden von Nahrungsmitteln bedeutet, sondern eher ein Lernen zu „zerstören", zu verdauen und auszuscheiden. Hier können neben der Diätetik ebenfalls die Chirophonetik und Heileurythmie sehr hilfreich sein sowie homöopathische, anthroposophische Heilmittel.

3. auch – sofern nötig – über allopathische Medikamente, wobei zum Beispiel Corticoide den vom Nieren-Nebennieren-System her wirkenden Astralleib nachahmen in ihrer Wirkweise, oder die Bronchodilatatoren es übergangsweise ermöglichen, dass das Atmen der Seele und das Atmen des Körpers zusammenkommen. Die anthroposophische Medizin hält jedoch für dieses Krankheitsbild auch bewährte Heilmittel bereit.

In den therapeutischen Überlegungen schlugen die Chirophonetikerinnen die Merkurform mit dem **I** für die Lunge und die Beweglichkeit vor, die Venusform mit dem **A** für die Niere und Anregung der Ausscheidungstätigkeit. **L-AOUM,** die Ausatmung fördernd, 9 x gestrichen mit bestimmten rhythmischen Auslassungen in der Chirophonetik, schlugen auch die Heileurythmistinnen vor.

Durch die chirophonetische Arbeit an den Beinen helfen wir dem Stoffwechsel, im Körper abzubauen und auszuscheiden. Die Heileurythmisten schlugen für die Stoffwechselaktivierung **T S R M A** vor. Beide Gruppen befürworteten das **O,** das in die Weite führt, und den **Trochäus,** als Rhythmus für eine bessere Atemtiefe. Das **Ja** und **Nein** mit den Beinen gegen Kurzatmigkeit und die große **A-Übung** führten die Heileurythmisten vor. Sie wiesen jedoch darauf hin, dass sie bei Kindern, die an Asthma leiden, altersentsprechend gestaltete Übungen anwenden. Die Arzneimittelbilder von Sulfur, Mercur und Cuprum standen fast unausgesprochen mit im Raum – mit ihren vegetabilisierten Formen oder ihren Pflanzenentsprechungen sicherlich gut anwendbar.

Das praktische Erleben sowohl der chirophonetischen Anwendungen wie auch der Heileurythmie ließ wieder einen fruchtbaren Gedankenaustausch aufkommen, wann und für wen welche der beiden Therapieformen gut sei. Das sich gute Hintereinanderfügen – zuerst Chirophonetik, später Heileurythmie – gerade bei Kindern wurde übereinstimmend erkannt, aber nicht an eine bestimmte Altersstufe gebunden.

Die beiden besprochenen Kinder mit ihren mangelhaften Nachahmungskräften belegten die Sinnhaftigkeit und Effektivität der chirophonetischen Therapie, die auch schon zu guten Erfolgen bei beiden Kindern geführt hat. Das wärmende, lösende, plastizierende Element in der Chirophonetik wurde von einer sie erlebenden Teilnehmerin direkt erfahren.

Ein Gast trug am Nachmittag noch zu einem besonderen Erlebnis bei, nämlich Frau Beate Josten, aus der Umgebung von Hannover, die als Atem-, Sprech- und Stimmlehrerin nach der Schlaffhorst-Andersen-Methode ausgebildet wurde und mit uns bewusst unter dem Aspekt „Asthma" Übungen durchführte, um Einatmung, Ausatmung und besonders die Lösung erfahrbar zu machen sowie in Sprech- und Singübungen die Charakteristika der verschiedenen Laute, das Hauchen, Stauen und Strömen. Diese Therapie führt sie bei Erwachsenen durch. Dabei verflog jede Müdigkeit, und gut durchgeatmet und innerlich klingend konnten wir weiterarbeiten.

Nach einem reichen Arbeits- und Begegnungstag trennten wir uns am Abend in Vorfreude auf das nächste Treffen am 15. März 2003.

Sigrid Sendler

Gedächtnisbildung

Kurzbericht von der Regionalkonferenz „Therapie an der Waldorfschule" am 12. Oktober 2002 in München-Schwabing

Wir arbeiten im Augenblick am Thema Gedächtnis. Es wurde von Frau Dr. Niedersteiner, Waldorfschule Landsberg, die Gedächtnisbildung vom Aspekt der Hirnforschung aus dargestellt. Dr. Buschmann, Waldorfschule Augsburg, sprach über die menschenkundlichen Gesichtspunkte. Wir werden noch an dem Thema bleiben und wollen die Vorträge von Rudolf Steiner vom 12., 13. und 14. August 1921 aus GA 206 zugrunde legen. Es soll das nächste Mal auch an der Gedächtnisbildung von pädagogischer Seite aus gearbeitet werden. Wie jedes Mal hatten wir auch Raum für Aktuelles, so hatten wir diesmal Berichte von der Kolisko-Tagung 2002 in Lahti und der Jahreskonferenz der Medizinischen Sektion in Dornach. Die nächsten Treffen: 14.-16. März 2003: Fachtagung für Schulheileurythmisten, Schulärzte, Waldorflehrer in München-Schwabing. 26. Juni 2003, 14-18 Uhr: Regionalkonferenz „Therapie an der Waldorfschule" in München-Schwabing.

Erika Leiste

Die verflixten Schuldgefühle in der Erziehung

Henning Köhler: Was haben wir nur falsch gemacht? Kindernöte, Elternsorgen und die verflixten Schuldgefühle. Reihe Praxis Anthroposophie 60. 352 Seiten. kartoniert 11,90 Euro. Verlag Freies Geistesleben Stuttgart 2000. ISBN 3-7725-1260-7

„Das Buch handelt von Chancen und Grenzen der Erziehung, vom Rätsel des menschlichen Lebenslaufes, von pädagogischer Verantwortung und elterlichen Schuldgefühlen. Es wendet sich ganz besonders, aber nicht nur, an die Mütter und Väter so genannter Problemkinder. Meinen Respekt vor ihnen, der im Laufe der Jahre immer mehr gewachsen ist, will ich dadurch zum Ausdruck bringen, dass ich aus der Phalanx der Sachverständigen ausschere, denen beim Stichwort „verhaltensgestörte Kinder" – man müsste den Begriff abschaffen! – nichts Besseres einfällt, als in immer neuen Variationen die Eltern an den Pranger zu stellen. Wenn ihnen kein offenkundiges erzieherisches Versagen nachzuweisen ist, werden Indizien zusammengetragen, um sie als negative Vorbilder, wandelnde Konfliktherde, verkappte Neurotiker oder – letztes Register – Lieferanten schlechter Gene zu entlarven" (Seite 9-10).

„Wie, wenn diese Kinder im Grunde genommen überhaupt nicht „geschädigt" wären? Wie, wenn sich bei näherer Betrachtung die Pathologisierung ihres Wesensbildes als trauriges Ergebnis der in der heutigen Zeit eskalierenden Tyrannei des Normativen erwiese?" (251). „Man bringt die sich ankündigende Genialität auf den pathologischen Begriff, um sie dann nach allen Regeln der Kunst auszutreiben" (167). „Die Ächtung demütigender Strafen ist ein Fortschritt ... (Er) droht durch die Hintertür zunichte gemacht zu werden durch den allgemeinen Übereifer der Therapeutisierung und Medizinalisierung abweichender kindlicher Verhaltensweisen. Die Störungsdiagnose – mit allem, was aus ihr folgt – ersetzt, so scheint es, das erzieherische Repressions-Arsenal früherer Zeiten" (263).

Angesichts dieser für Elternhaus und Schule oft bedrückenden Situation entfaltet Henning Köhler auf rund 350 Seiten ein umfassendes Panorama kulturgeschichtlicher Betrachtung der Kindheits- und Jugendwelt. „Es schien mir angebracht, den Text so zu gestalten, dass ich nicht sozusagen mit der Tür ins Haus falle, sondern zunächst sorgfältig den Hintergrund ausleuchte, um erst dann direkt auf

die Kernfrage zuzugehen. Meine treuen Leser sind ja mit dieser Vorgehensweise schon vertraut. Es ging mir darum, eine Fülle von unterschiedlichen Wahrnehmungen und widerstreitenden Empfindungen auf ein bestimmtes Motiv hin – Hans Müller-Wiedemann, dem ich die entscheidende Anregung verdanke, betonte unermüdlich die „Schicksalsabsichten" der sich inkarnierenden Individualität; ich bevorzuge den Ausdruck „biographischer Richtungsimpuls"– zu ordnen, welches zugleich ein Angebot zum Perspektivenwechsel ist, um dann, im Finale sozusagen, Schlussfolgerungen in Hinblick auf das Leitthema „Schuldgefühle" zu ziehen" (307-308).

Dabei werden all die großen, bekannten und weniger bekannten Denker, Pädagogen, Kulturkritiker, Künstler und andere, die sich eingemischt haben, wie Janusz Korczak, Martin Buber, Rudolf Steiner, Johann Heinrich Pestalozzi, Maria Montessori, James Hillmann, Emanuel Levinas, Manfred Gerspach, Jean Gebser, Marianne Grohnemeyer, Joseph Beuys und wie sie alle heißen (in Hunderten von Zitaten und Nennungen) aufgerufen, um in immer wieder neuen Anläufen (in 44 Kapiteln, 15 Zwischenkapiteln „Zum Verweilen", 6 Nachträgen und 19 aphoristischen Anmerkungen neben sonstigen Anmerkungen, Literaturangaben und Nachweisen) den gesellschaftlichen Status quo zu analysieren. Dabei wird weit ausgeholt, von der Antike über die ersten neuzeitlichen Wurzeln der Pädagogik, in welchen sich „Frömmigkeit, Poesie und aufgeklärte Vernunft in manchmal großartiger Weise gegenseitig stützten und bewahrheiteten" (35), als eine Kindheitsverehrung einsetzte, die bis heute in einzelnen Blüten noch bemerkbar ist, bis hin zur Gegenwart, in der zunehmend von einer nicht nur Umweltvergiftung, sondern „Kindheitsweltvergiftung" gesprochen werden muss. Vor diesem Hintergrund wird auch nachvollziehbar, dass wahre Pädagogik im Grunde immer auch gesellschaftskritisch sein muss.

Ein wesentlicher Aspekt von Köhlers Ausführungen ist, nach dem 3. Faktor neben Umwelt und Vererbung in der Pädagogik zu suchen. Wir müssen nur genügend ernst nehmen, dass mit jedem Kind eine unverwechselbare Individualität die Erde betritt, mit eigener Vorgeschichte (in diesem Zusammenhang auch die Aufforderung, die Ungeborenheit, die Vorgeburtlichkeit für wahr zu nehmen), mit eigenem Lebensplan, mit eigenem Genius, um einzusehen, dass wir Erzieher, Eltern, Lehrer, Therapeuten und so weiter nicht die Aufgabe haben, „das Kind zu formen, sondern ihm zu erlauben, sich zu offenbaren" (74). Der Pädagoge soll Kindesführer sein, der das Gelände hier schon besser kennt und seine Kenntnisse lediglich in den Dienst einer Aufgabe zu stellen hat, die jedes Kind schon mitbringt. „Was setzt sich fort, wenn der Mensch geboren wird?" ist die Frage (107).

Schauen wir so, verstehen wir, was Köhler über die „unzeitgemäßen Begabungstypen" sagt, über Kinder, die sich nicht stromlinienförmig in den heutigen

Erziehungsalltag einfügen, der zunehmend von unmenschlichen, kinderfeindlichen Einflüssen geprägt wird. Ein Blick auf herausragende Persönlichkeiten der Geschichte zeigt, wie sich besondere Begabungen oft gerade gegen die uniforme Umgebung schützen müssen, um ihren Weg gemäß ihrem Genius zu finden. „Wir müssen aufhören, uns ideale Biografien als gemütliche Spaziergänge ohne Brüche, Ängste, Leiderfahrungen, Irrwege und Niederlagen vorzustellen. Aber indem wir dem *ganz und gar Eigenen* des Kindes die gebührende Aufmerksamkeit zuteil werden lassen – das ist der Dreh- und Angelpunkt! – und von der anderen Seite her die Fundamente sichern, geben wir ihm das seelische Rüstzeug mit, um später an den Prüfungen, die ihm das Leben – der Genius? – auferlegt, nicht zu zerbrechen, sondern zu wachsen" (136).

Schließlich kommt Köhler auf die Schuldgefühle und Versagensängste der Eltern und Erziehenden zu sprechen: „Die Aufgabe, Kinder ins Leben zu geleiten, ist in der Tat überfordernd, ganz objektiv, niemand kann sich da ausnehmen. Und das wäre eine schreckliche Sache – wenn wir mit ihr *allein gelassen* wären. Aber wir sind ja nicht allein! Das Problem der elterlichen Schuldgefühle – einschließlich der entsprechenden gesellschaftlichen Fehlurteile, auf die wir noch zu sprechen kommen – hängt in hohem Maße damit zusammen, dass das Bewusstsein für die Gegenwart und den Beistand der Engel verloren gegangen ist. Erziehung kann nur im Bunde mit der höheren Führung des Kindes geleistet werden" (187).

Und „mich dünkt, die Legende vom massenhaften Elternversagen beschwöre die Misere, die sie erklären soll, in gewisser Hinsicht erst herauf ... Man muss den Eltern das Vertrauen in ihre Fähigkeiten zurückgeben! *Sie* sind die Experten!" (226).

Viele Themen habe ich noch nicht angesprochen, zu denen der Autor des Buches auf Grundlage der angedeuteten Grundhaltung Stellung nimmt, wie weitere Betrachtungen zum Genius, angelologische Fußnoten, Schulphobie, Legasthenie, standardisierte Testverfahren, Hochbegabung, Gewalt, Aggressivität, Sucht, Karma, Aufhebung des Widerspruchs zwischen Erkenntnis und Liebe, zerrüttete Familienverhältnisse und Scheidung, Rolle der Mutter und des Vaters in der Erziehung und so weiter. Durch die Verweise auf weitere Bücher von Henning Köhler und anderen Autoren ergeben sich Möglichkeiten der Vertiefung in viele Richtungen.

Das Buch hat sein Ziel erreicht, wenn die Leserin, der Leser zunehmend Mut und Vertrauen in die eigenen erzieherischen Möglichkeiten findet und so immer wieder neu die offene Begegnung von Mensch zu Mensch im Pädagogischen sucht (310). „Rezeptartige Erziehungsratschläge finden Sie in diesem Buch nicht ... Aber Sie finden eine Fülle von Hinweisen auf Phänomene, die gewöhnlich gar nicht oder nur ganz am Rande gewürdigt werden, sowie, anknüpfend an meine früheren Bücher, weitere Meditations-, Übungs- und Gestaltungsanregungen, die

geeignet sind, die innere Ebene der Beziehungspflege zu eröffnen. Je besser wir uns dort bewegen lernen, desto überflüssiger werden Rezepte. Man kann im Grunde sehr einfach ausdrücken, was Erziehung ist:

An das Kind denken.
Mit dem Kind fühlen.
Für das Kind handeln."

Peter Fischer-Wasels

Bilder vom lebendigen Wasser

Masaru Emoto: Die Botschaft des Wassers Band 1. Titel der Originalausgabe: „Messages from Water", Hado Kyoikushu Co., Ltd. Aus dem Englischen von Urs Thoenen. Gebunden 142 Seiten. 25 Euro. KOHA Verlag Burgrain 2002. ISBN 3-929512-21-1

Masaru Emoto: Wasserkristalle. Was das Wasser zu sagen hat. Titel der Originalausgabe: „Water tell us precious things", 2001 IHM, Tokio, Japan. Aus dem Japanischen von Dr. Monika Wacker. Kartoniert 155 Seiten. 17,40 Euro. KOHA Verlag Burgrain 2002. ISBN 3-929512-20-3

Masaru Emoto hat eine Methode der Fotografie von Wasser-Mikrokristallen (200- bis 500-fach vergrößert) entwickelt, die nicht nur die filigrane Schönheit dieser Kristalle sichtbar macht, deren Betrachtung ein Genuss sein kann wie das Hören einer schönen Musik, sondern damit ist zugleich eine bildschaffende Methode erfunden, die Qualitäten von Wasser, unterschiedliche Einflüsse auf Wasser in erstaunlicher Weise sichtbar macht.
In dem gebundenen Bildband „Die Botschaft des Wassers" mit vielen, oft ganzseitigen (25 x 21 cm) Farbfotografien geht es vor allem um das Anschauen der vielen sehr verschiedenen Wasserkristalle. Das Grundthema des Sechsecks ist in unendlicher Vielfalt variiert. Wenn man sich auch an Eisblumen oder Schneekristalle erinnert fühlen kann, so kann den Betrachter doch das Gefühl überkommen, in eine Innenwelt zu schauen, die man im Betrachten äußerer Wasserbilder, wie sie zu den Kapitelanfängen auch eingestreut sind (Fluss, Wasserstrudel, taubenetzte Feder vor Wolkenhimmel und so weiter), nicht erahnt. Zugleich werden Qualitäten in deutlich unterschiedlichen Kristallgestaltungen unmittelbar anschaulich, wenn man etwa Wasserproben eines Flusses von der Quelle, vom Mittellauf nach Durchfließen mehrerer Städte und von der Mündung miteinander vergleicht. Wässer aus der Natur von verschiedenen Orten, von Quellen (zum Beispiel Lourdes), von Stauseen, Leitungswässer verschiedener Städte in Japan und weltweit (zum Beispiel London, Paris, New York, Tokio), Gletscherwasser

und Regenwasser zeigen sehr unterschiedlich differenzierte Kristalle. Diese Kristallbildungen sprechen auch unmittelbar das Gefühl an, so dass man schnell zu Urteilen, Wertungen kommt wie „schön" und„hässlich", „gesund" und krank", „lebendig" und „tot", „kraftvoll" und„kraftlos".
Als nächstes wird in Versuchsreihen gezeigt, wie Wasser auf verschiedene Beeinflussungen unterschiedlich reagiert. So werden, ausgehend von einem salzfreien, destillierten, neutralen Wasser, das ein reines Sechseck bildet, Wasserproben mit verschiedenen Musikstücken beschallt („das Wasser hört Musik"), unter anderem mit Bach, Beethoven, Mozart, mit Volksliedern, mit Popmusik bis zu Heavy-Metal-Musik: Die Ergebnisse sind eindrucksvoll. Ähnlich wie völlig verunreinigte Flusswässer ist die mit Heavy-Metal-Musik beschallte Probe offenbar gar nicht in der Lage, überhaupt Kristalle zu bilden. In einer weiteren Versuchsserie „werden dem Wasser Worte gezeigt", das heißt: auf die Wasserprobenröhrchen werden Zettel mit japanischen Schriftzeichen (oder englischen Worten) geklebt; auch hier ist es erstaunlich, welch unterschiedliche Kristallbildung erfolgen bei Gegensatzpaaren wie „Danke" – „Dummkopf", „Engel" – „Teufel", „Lass es uns tun" – „Tu es!", „Schön"– „Schmutzig". Wieder andere Kristalle bilden sich, wenn dem Wasser die geschriebenen Namen herausragender Persönlichkeiten oder japanischer Gottheiten „gezeigt" werden, oder wenn das Wasser auf das Bild eines „unschuldigen Kindes" gestellt wird.
Schließlich werden Kristallbilder gezeigt von Wasser vor und nach einer bestimmten „Behandlung", die es zu einem Heilwasser machen. Diese Behandlung kann rein geistiger Natur sein, wenn zum Beispiel ein Priester eine Stunde lang an einem Staudamm betet und das Staudammwasser hinterher wie gereinigt schöne Kristalle bildet, was vorher nicht der Fall war. Oder es wird das Ergebnis eines Versuches gezeigt, bei dem 500 HADO-Lehrer aus ganz Japan gleichzeitig positive Gedanken und Gefühle der Liebe nach Tokio schicken, und das Leitungswasser, das vorher ein chaotisches Bild abgibt, bildet nun einen schönen Kristall. Die Behandlung kann aber auch mit Hilfe eines Gerätes sein, das Magnetic Resonance Analyzer (MRA) heißt und die Frequenzen („Schwingungen") von Flüssigkeiten oder lebenden Organismen analysiert, dabei zum Beispiel individuell für einen Patienten die „dissonante Frequenz" ermittelt und einem Heilwasser die passende"„Gegenfrequenz" aufprägt, was dem Patienten dann gegeben wird. Ein Heilwasser, das nicht individuell hergestellt wird, heißt Mikrocluster-Wasser.
Während der Bildband „Die Botschaft des Wassers", der 1999 in Japan (mit englischer Übersetzung) erschien und sogleich eine ungewöhnlich große Resonanz erhielt, mehr zum Betrachten einlädt, dient das zweite zu besprechende Buch von Masaru Emoto „Wasserkristalle", 2001 in Japan erschienen, mehr der gedanklichen Durchdringung der Phänomene. Das Paperback enthält nur einen

kleinen Farbfototeil, ansonsten aber fast das gesamte Bildmaterial des Bildbandes, allerdings schwarzweiß und in Kleinformat, und berichtet ausführlicher über die Entstehungsgeschichte und Einzelheiten der Kristallfotografie. Interessante Ergänzungen finden sich in den Antworten auf tausend und eine Leserzuschrift, die Emoto nach der Veröffentlichung des ersten Bandes erhielt.

Die Bücher von Masaru Emoto regen eine Reihe von Fragen an. Wenn man an die erste Gruppe von Untersuchungen denkt, in denen Wasser aus Quellen, Flüssen und Städten untersucht wird, möchte man die Kristallfotografie gerne mit anderen Bildschaffenden Methoden wie Trofenbildmethode, Steigbildmethode und Kupferchloridkristallisation vergleichen, wie sie zum Beispiel im Institut für Strömungswissenschaften in Herrischried oder im Max Planck Institut für Strömungsforschung in Göttingen angewendet werden. Und es wäre auch interessant, die genannten Methoden auf die zweite Gruppe von Versuchen anzuwenden, in denen der Einfluss von Musik, Worten und anderen Imponderabilien untersucht wird.

Schwierig ist es mit der Begrifflichkeit, die von Emoto zur Erklärung der Phänomene herangezogen wird, nicht nur für den materialistischen Naturwissenschaftler, sondern auch (in anderer Weise) für den anthroposophischen. Die Auseinandersetzung mit Begriffen wie Schwingungen, Energie, Information, Bewusstsein, Lebenskraft, Chi (oder Ki), HADO, Wort-Seele und so weiter sprengt natürlich den Rahmen einer Buchbesprechung. Interessant ist hier auch die Beziehung, das Zusammenwirken der alten östlichen Geistigkeit mit der neuen westlichen Spiritualität, die vor allem aus Kalifornien kommt und in Berkley ein gewisses Zentrum zu haben scheint.

Emoto regt an, dass seine Forschungen von anderen Forschern überall auf der Erde nachgemacht werden. Auch in den Schulen solle man Kristallfotografie einrichten. Zu Hause, aber auch in Schulen oder Kindergärten kann man anhand der Kristallfotos in seinen Büchern mit den Kindern und Jugendlichen zum Beispiel über den Gebrauch von Worten ins Gespräch kommen und ihnen klar machen, welche Wirkungen Worte haben. Die schönsten Kristalle entstehen bei „Liebe" und „Dankbarkeit". In Japan gibt es eine HADO-Gesellschaft, die diese Ideen in die Welt trägt. Im Internet findet man sie unter www.hado.net.

Ein 1. HADO-Symposium unter Mitwirkung von Masaru Emoto in Deutschland findet am 24. November 2002 in Augsburg statt; Informationen und Anmeldung über www.koha.de oder bei Creation, Josef Bauer, Am Fuchssteig 6, 82067 Ebenhausen, Telefon (08178)4931, Fax (08178)7272, E-Mail: creationoffice@aol.com.

Peter Fischer-Wasels

Neues vom Zappelphilipp oder muss es denn immer nur Ritalin sein?

Gerade nach der Pisa-Studie gingen die Wogen hoch und beklagten fast den deutschen Bildungsnotstand!
Es gab dann für das Abitur 2002 zumindest in Baden - Württemberg Anweisungen vom Kultusministerium besonders streng zu benoten, um das schlechte Abschneiden auch ja zu bestätigen und nicht darüber hinwegzutäuschen, sonst könnten ja die europäischen Nachbarn die Ergebnisse in Frage stellen!
Nun ja es war jedenfalls allen Insidern klar, dass jetzt erst recht kein Platz mehr für „Abweichler", „Störenfriede", „Zappelphilippe" oder gar „Aufmüpfige" und allzu „selbstbewusste" Kinder und Jugendliche in unseren Kindergärten und Schulen sein würde; denn von nun an soll gelernt – oder besser wieder gepaukt werden in deutschen Schulen und das am besten schon vor der Schule, nämlich im Kindergarten. In 12 Jahren muss sowieso die Schulzeit absolviert sein – schließlich haben die USA auch nur 12 Jahre Schule.
Scheinbar weiß niemand, dass dies aber allenfalls einem Hauptschulabschluss bei uns entspricht und die weitere Differenzierung dann in den 1-2 Jahren College erfolgt!
Schlechte Karten also für unruhige, impulsive, unaufmerksame oder gar sogenannte oppositionelle Kinder und Jugendliche – und wenn man sie überhaupt in den Regelschulen toleriert, dann aber bitteschön mit Ritalin!
Diese Forderung scheint von ganz „oben" auszugehen – von einer nur auf Leistung, Auftreten und Erfolg geprägten Gesellschaft – und von Eltern, Erziehern, Lehrern und dann auch noch von den Kinderärzten und Kinder- und Jugendpsychiatern in oft erschreckend undifferenzierter Weise aufgegriffen und vehement umgesetzt zu werden; vehement bis dahin, dass es in gewissen medizinischen Kreisen als Kunstfehler angesehen wird, einem Kind mit „nachgewiesenem Aufmerksamkeit-Defizit Syndrom (ADS)" kein Ritalin zu geben.
Daraus erklärt sich auch der rasante Anstieg der Ritalinverordnungen in den letzten 5 Jahren von 0,7 Millionen auf 31 Millionen Tabletten, obgleich der Anteil der betroffenen Kinder seit Beschreibung des Syndroms weitgehend gleichbleibend bezeichnet wird.
Erschreckend auch der hohe Anteil von Fortbildungen, Seminaren und sogar Elterninitiativen und Selbsthilfeorganisationen, die in sehr engem Kontakt – zum

Teil auch mit finanzieller Verknüpfung – mit der Hauptherstellungspharmafirma Novartis stehen.
Nun gibt es in den letzten Jahren hervorragende Erkenntnisse über Neuroanatomie und -physiologie und besonders auch die Plastizität des kindlichen Gehirns – siehe unter anderem auch Prof. G. Hüther in Göttingen, aus denen hervorgeht, welche Einflüsse wie auf das Gehirn und dessen Funktionen wirken.
Vielfältige Konsequenzen und Möglichkeiten ergeben sich daraus für die Erziehung, Pädagogik und Gestaltung unserer Umwelt und Umgebung. Soll das alles totgeschwiegen werden, indem man alle „abweichenden" Kinder und Jugendlichen mit einem hochwirksamen Medikament anpassungsfähig macht?
Thom Hartmann hat seinen Beitrag zu diesem Aspekt in Form des Buches „Eine andere Art, die Welt zu sehen" verfasst und viele positive und vor allem innovative Eigenschaften dieser ADS-ler beschrieben. (Schmidt-Römhild, 1997)
Können und wollen diese „Fähigkeiten", wie man ein sogenanntes Defizit von der anderen Seite auch nennen kann, ernst genommen, für unsere Gesellschaft ernst genommen werden?
Wo wollen wir denn die „Norm" festlegen und uns als Kinderärzte vor einen Karren spannen lassen, der ein Kind oder einen Jugendlichen nur nach Leistung und Funktionalität beurteilen will? Nein, gerade die Kinderärzte wissen von der Individualität als Herausforderung, wie in dem Untertitel von Prof. Remo Largo's Buch „Kinderjahre" (Piper Verlag 2000) ausgedrückt.
Zitat von Prof. Remo Largo: „Weil die Vielfalt unter Kindern und Eltern so groß ist, sind Unstimmigkeiten zwischen ihnen häufig. Solche Unstimmigkeiten oder Misfits, wie wir sie nennen, sind die Hauptursachen für Verhaltensauffälligkeiten. Die meisten erzieherischen Probleme entstehen dadurch, dass die Erziehungsvorstellungen der Eltern nicht mit den Bedürfnissen und Eigenheiten ihrer Kinder übereinstimmen."
Aber wir können noch viel weiter mit unserem Engagement für das Kind gehen und mit Maria Montessori empfinden: „Das Kind darf nicht als schwaches und schutzloses Wesen betrachtet werden, das nur Schutz und Hilfe benötig sondern als ein geistiger Embryo, der von Geburt an mit einem aktiven psychischen Leben begabt ist und von feinsten Antrieben zum aktiven Aufbau der menschlichen Persönlichkeit geleitet wird. Und da das Kind den Menschen aufbaut, müssen wir es als den Erzeuger der Menschheit betrachten und als unseren Vater erkennen. In ihm liegt das große Geheimnis unseres Ursprungs, nur in ihm können sich die Gesetze offenbaren, die den Menschen zur Normalität führen. In diesem Sinne ist das Kind unser Lehrmeister" (aus „Erziehung zum Menschen", Fischer Verlag).
Wir alle wissen von den vielen uns anvertrauten sogenannten „Behinderten – in welchem Bereich auch immer (körperlich, seelisch oder geistig) – wie sie in den Augen ihrer Eltern, Geschwister und Freunde und eben auch uns Kinderärzten

ihre ganz speziellen und oft sehr verborgenen Besonderheiten und Fähigkeiten haben! Keiner von uns würde diese Kinder als ein Zusammentreffen von lauter Teilleistungsschwächen, Wahrnehmungsstörungen, Aufmerksamkeitsmängeln und sonstigen Defiziten bezeichnen oder gar diagnostizieren?!

Die Frage nach dem sogenannten ADS muss und kann nur sehr sehr differenziert angegangen werden, will man nicht kindliche Entwicklung und Individualität zuschütten und unterdrücken. Hierzu bedarf es aber pädiatrischer, neuropädiatrischer, entwicklungspsychologischer und sozialpädiatrischer sowie familiensystemischer Kenntnisse und Erfahrungen, um in sorgfältiger Weise in einem multiprofessionellen Team mit dem Kind, seiner Familie und seinem Umfeld vertraut zu werden, diagnostisch vorzugehen und therapeutisch einen gemeinsamen Weg zu beschreiten. Und erst an diesem Punkt angelangt, kann es bei dem einen oder anderen Kind auch nötig sein, für eine gewisse Zeit auch ein Medikament wie das bekannte Methylphenidat (Medikinet oder Ritalin) einzusetzen.

Aber dann ist schon ein Weg gegangen worden und die Vielfalt der therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft, und dann sollte ein Medikament nicht als alleiniges Behandlungskonzept eingesetzt werden, sondern immer in Verbindung mit einer Form der Psychotherapie und/oder Bewegungstherapie und/oder Kunst beziehungsweise Werktherapie und in jedem Falle mit einer Form der Soziotherapie.

Nur so erfüllen wir als Kinderärzte die Aufgabe der Achtung der individuellen und unverwechselbaren Würde und Identität der heranwachsenden Kinder!

Tobias Tüchelmann

Literatur:

- Spiegel Nr. 50/2001 und Nr. 29/2002, Geo April 2002, Monatsschrift Kinderheilkunde Februar 2002, päd 3/2002 Juni; G. Hüther / H. Bonney „Neues vom Zappelphilipp", Walter Verlag 2002,
- Henning Köhler „Schwierige Kinder gibt es nicht", Verlag Freies Geistesleben 1997

Elektrosmog und die Unruhe der Kinder

Der nachfolgende Brief lag bei einer Informationsveranstaltung der „Initiative zum Schutz vor Elektrosmog Südbaden" in der Waldorfschule St. Georgen Ende April 2002 aus. Auch in verschiedenen Ausgaben der Medizinisch-Pädagogischen-Konferenz wird sichtbar, dass die sogenannten unruhigen Kinder uns zunehmend beschäftigen. Sollte dieser Brief ein Hinweis auf einen wichtigen Teil der Ursachen für diese Erscheinungen enthalten? Wenn ja, wie veranlagen wir die Einsicht, vor allem der Eltern, dass die Kinder durch technische Geräte unsichtbaren Angriffen ausgeliefert sind, die vor allem den in Entwicklung befindlichen Organismus beeinträchtigen? Wie schaffen wir inneren und äußeren Schutzraum?

Brief an die Bürgerwelle e.V

Sehr geehrter Herr Zwerenz ! *2. April 2001*
Ich möchte Ihnen für Ihren Vortrag und unser anschliessendes Gespräch über DECT-Telefone und deren Auswirkungen vom Freitag, den 30. März 2001 nochmals danken! Sie baten mich, unsere Erfahrungen, welche wir mit unserem Sohn Julian, 12 Jahre, gemacht haben, niederzuschreiben.*
Vor drei Wochen haben wir einen Vortrag des Herrn Honisch (Baubiologe) und des Herrn Dr. med. Spratte über Risiken und Folgen von Mobilfunk besucht. Dort wurden uns ausführlich die Technik (unter anderem auch der schnurlosen DECT-Telefone) und die möglichen Krankeitsbilder erläutert. Ich konnte es nicht fassen, denn ich sah meinen Sohn vor mir!
Julian hatte seit circa drei Jahren Probleme beim Ein- beziehungsweise Durchschlafen. Die Lehrer stuften ihn als ADS-Kind ein, was wir ärztlich und therapeutisch abklären liessen. Es wurde nicht eindeutig belegt. Zudem klagte er sehr häufig über starke Kopfschmerzen. – Vor zwei Jahren hatte er eine Hirnhautreizung. Dabei wurde er auch punktiert, aber die Ärzte fanden keine Ursache für seinen Meningismus. – Letztes Jahr hatte unser Sohn einen Nervenzusammenbruch, da er sich einfach nicht mehr konzentrieren beziehungsweise abschalten konnte. Er klagte immer wieder über starke Kopfschmerzen, und er konnte einfach nicht einschlafen. Die Ärzte fanden keine Ursache und schickten uns zu einer Kinderpsychologin. Julian hat daraufhin freiwillig die 5. Klasse wiederholt und ist seitdem in Therapie. – Vor fünf Wochen hat sich sein Befinden wieder stark

* DECT steht für Digital Enhauced Cordless Telecommunication, also für digitale drahtlose Telekommunikation. Weitere Informationen gibt es über das Internet, zum Beispiel bei www.buergerwelle.de (Anmerkung der Redaktion)

verschlechtert. Er bekam so rasende Kopfschmerzen, dass er zum Teil nicht mehr ansprechbar war. Er war schrecklich aggressiv oder extrem anhänglich. Seine Gefühlsschwankungen waren für die ganze Familie ein Alptraum. Die Therapeutin war ratlos angesichts dieser Persönlichkeitsveränderung. Wir wurden zu einem Neurologen geschickt. Dieser veranlasste ein EEG, um ein Anfallsleiden auszuschliessen. Daraufhin wurde eine Kernspintomographie des Schädels durchgeführt. Auch diese war ergebnislos. Er konnte nicht mehr zur Schule gehen, da er rastlos oder extrem aggressiv war.
Nach dem Vortrag des Herrn Honisch und des Dr. med. Spratte habe ich die Betriebsanleitung unseres schnurlosen Telefons herausgesucht und stellte fest, dass es sich um ein Telefon mit DECT-Technik handelt.
Ich zog noch in derselben Nacht den Stecker!
Das Zimmer unseres Sohnes befindet sich im 1. Stock unseres 4 Jahre alten Fertighauses, die Basisstation des DECT-Telefons im Erdgeschoss genau darunter. Um ihn nicht zu beeinflussen, habe ich unserem Sohn natürlich nichts von meinen Befürchtungen erzählt, weshalb wir ab jetzt ein Telefon mit Schnur benützen. Bereits einen Tag später war er wie verwandelt. Er war fröhlich und heiter, und seine immerwährenden Kopfschmerzen blieben aus! In der folgenden Nacht schlief er zum ersten Mal seit drei Jahren durch! Ich konnte es nicht glauben. Er ist ausgeglichen, und selbst die Geschwister, die Therapeutin, Freunde und Nachbarn sprechen mich ob seiner Veränderung an. Diese positive Veränderung dauert jetzt schon drei Wochen an. Er hat keine Kopfschmerzen mehr, und er kann endlich wieder richtig schlafen. – Ich bin überzeugt, dass dieses immerwährende Leiden auf unser schnurloses Telefon mit DECT-Technik zurückzuführen ist.
Vielen Dank, Ihnen, Herr Zwerenz und natürlich Herrn Honisch und Herrn Dr. med. Spratte für Ihren Einsatz und Ihren Mut, sich gegen die MOBILFUNK-Industrie zu wehren!!!! Unsere Kinder und wir danken Ihnen!!
Mit freundlichem Gruss
Unterschrift (Orginalbrief mit vollständiger Adresse bei der Bürgerwelle e.V. deponiert)

Als ich ab 1970 in der Waldorfschule Klasseneurythmie gab, hatte ich in jeder Klasse, beziehungsweise Gruppe, ein bis zwei „Schätze", Kinder, die es schwer hatten in die gemeinsame Bewegung einzutauchen. Während der Stunde, vor allem aber möglichst am Abend vorher, versuchte ich, diese Kinder besonders ins Bewusstsein zu nehmen. Leicht war das nicht gerade immer, denn wie oft waren sie eben auch vorher meine Störer, wenn etwas besonders Schönes in der Klasse entstand. Es war also meinerseits nicht geringe Aktivität aufzubringen, aufsteigende Antipathien in sich zu verarbeiten! Aber genau diese Kinder waren es, die innere Zuwendung ersehnten. So machte ich mich auf den Übweg und meistens

auch erfolgreich. Sehr bewährt hat sich vor allem ein Lob nach der (fast!) geglückten Stunde: „Du, an Dir habe ich mich aber heute gefreut!"
Nach fünf Jahren (und einem Freijahr) wechselte ich die Schule und gab nun nur noch Heileurythmie, einzeln und in kleinen Gruppen und Epochen in täglicher Hygienischer Eurythmie (15 Minuten vor dem Hauptunterricht) mit ganzen Klassen. Das vorher Gelernte war durch viele Jahre, etwa bis Mitte der Achtziger Jahr durchführbar. Als ich 1997 meine Berufsarbeit abschloss, war in jeder Klasse etwa ein Drittel der Kinder auffällig! Was war in der Zwischenzeit geschehen? Unruhige Kinder nahmen sofort die volle Aufmerksamkeit des Klassen- oder Fachlehrers in Besitz, für uns alle ein Feld neuen auch methodisch und didaktischen Lernens. Die Fragen haben heute zugenommen. Kinderbesprechungen bringen schwere Familienverhältnisse ans Licht. Zu den Ursachen werden wir in Zukunft die Einflüsse der Technik rechnen müssen, und auf der anderen Seite müssen wir Erwachsenen uns fragen: Wie können wir selbst so unser Leben aufbauen, dass innere Wärme und schützende Kräfte für die Kinder sich bilden, dass sie bei uns finden, was ihnen eine gesunde Entwicklung möglich macht?

Eva-Maria Autenrieth

Spiel mit der Angst

Durch Aufklärungskampagnen werden Allerweltsleiden immer häufiger zu bedrohlichen Krankheiten aufgebauscht - zum Wohle der Pharmaindustrie.

Im Kampf gegen Knochenschwund tourten Ärzte bis Mitte August mit einem Lkw durchs Land. Frauen über 60 Jahre konnten in der mobilen „Osteoporose-Forschungs-Station" unter anderem kostenlos ihre Knochendichte messen lassen. Im Gegenzug erhofften sich die Mediziner des Berliner Zentrums für Muskel- und Knochenforschung interessante Forschungsdaten. Schirmherrin war die SPD-Gesundheitsexpertin Gudrun Schaich-Walch.

Eine uneigennützige Aktion zu rein wissenschaftlichen Zwecken? Nicht ganz. Finanziert wurde das Forschungsmobil von zahlreichen Pharmaunternehmen, die Medikamente gegen Knochenschwund anbieten. Und diesen Sponsoren geht es vor allem um eines: möglichst viel Aufmerksamkeit erregen und Angst machen vor der still lauernden Osteoporose-Gefahr. Das zumindest meint die Hamburger Professorin für Gesundheitsforschung, Ingrid Mühlhauser. „Ich will Osteoporose nicht verharmlosen, aber es könnte passieren", so befürchtet sie, „dass die Frauen gesund in den Truck reingehen und so verunsichert wieder herauskommen, dass sie sich krank fühlen."

„Disease Mongering" (Handel treiben mit Krankheiten) nennen Kritiker dieses Spiel mit der Angst der Patienten, das immer häufiger Bestandteil der Marketingstrategien der Pharmakonzerne ist - und sich offenbar auszahlt: Etwa jede zweite Frau, bei der eine verminderte Knochendichte gemessen wurde, beginnt mit einer medikamentösen Therapie – obwohl höchst umstritten ist, was diese Untersuchung allein über das tatsächliche Risiko aussagt, einmal an Osteoporose zu erkranken.

An Beispielen für Disease Mongering mangelt es nicht. Vor allem Allerweltsleiden wie Darm- oder Nagelpilz, Inkontinenz, Sodbrennen oder das Reizdarmsyndrom werden durch groß angelegte Aufklärungskampagnen in den Stand gefährlicher und behandlungsbedürftiger Krankheiten erhoben - besonders, wenn ein passendes Medikament zur Verfügung steht.

Diese Strategie zeigt sich auch in dem vertraulichen Entwurf eines Schulungsprogramms, den das Fachblatt „British Medical Journal" kürzlich enthüllt hat. Das Programm wurde von einer PR-Firma im Auftrag des Pharmaunternehmens GlaxoSmithKline in Australien als Teil einer Marketingstrategie zur Behandlung des Reizdarmsyndroms entwickelt. Dieses Syndrom gilt allgemein als harmlose, psychisch bedingte Ausschlussdiagnose.

In dem PR-Papier, von dem GlaxoSmithKline sagt, es spiegele nicht die eigene Meinung wider, heißt es: „Das Reizdarmsyndrom muss in den Köpfen der Ärzte als wichtiges, klar umrissenes Krankheitsbild etabliert werden." Und weiter: Auch die Patienten „müssen über-zeugt werden, dass das Reizdarmsyndrom eine weit verbreitete und anerkannte Krankheit ist".

„Um da hinzukommen", erklärt Wolfgang Becker-Brüser, Mitherausgeber des industriekritischen „Arznei-Telegramms", „wird zunächst aus der Vielzahl der Erklärungsmodelle der Krankheit dasjenige herausgesucht, das am besten die Wirkung des jeweiligen Medikaments erklären kann." Beim Reizdarmsyndrom sei das eine (durch das vorhandene Medikament beeinflussbare) Störung im Haushalt des Transmitterstoffs Serotonin im Darm.

„Dann werden Chefärzte oder Universitätsprofessoren gesucht und bezahlt, die auf Kongressen und in den Medien dieses Erklärungsmodell als maßgeblich und damit das Medikament als nützlich darstellen sollen", sagt Becker-Brüser. Auch in dem australischen Strategiepapier wird die Gewinnung der wissenschaftlichen Meinungsmacher als wesentlicher Schritt beschrieben.

Ein typisches Beispiel war auch die Kampagne „Alarmzeichen Sodbrennen!". In Zusammenarbeit mit dem ZDF wurde dafür geworben, bei Sodbrennen zum Arzt zu gehen. Die dabei vermittelte Warnung: Ohne die Verordnung von „Protonenpumpenblockern" (einer der Hersteller sponserte die Kampagne, wie das „Arznei-Telegramm" enthüllte) könne Speiseröhrenkrebs entstehen.

Tatsächlich wurde in einer aktuellen Untersuchung, die vor wenigen Wochen im „Deutschen Ärzteblatt" erschien, diese Behauptung abgeschwächt: Selbst wenn schon Krebsvorstufen bestehen sollten, fasst darin Volker Eckardt von der deutschen Klinik für Diagnostik in Wiesbaden den neuesten Forschungsstand zusammen, sei die Gefährdung geringer als angenommen.

Der einzige Effekt von Aufklärungskampagnen, so Eckardt, sei bislang eine Verteuerung der Medizin - dennoch soll „Alarmzeichen Sodbrennen!" wegen des „Erfolgs, der Leben retten kann" (ZDF-Begleitwort), weitergeführt werden.

Oft bewegen sich die Kampagnen nach Ansicht des „Arznei-Telegramms" am Rand der Legalität. „Werbung zu machen, die auf die Angst der Patienten zielt, ist laut Heilmittelwerbegesetz verboten", sagt Jutta Halbekath, „aber gerade weil die Kampagnen mit existenziellen Gefühlen spielen, sind sie wahrscheinlich auch so erfolgreich."

Doch wo kein Kläger ist, da gibt es auch keine Klage: An den Aufklärungskampagnen beteiligen sich nicht selten Patienten-Selbsthilfegruppen, die manchmal auch großzügig von der Pharmaindustrie bedacht werden. Ignoriert werden dabei von den Patienten oft die gesundheitlichen Folgen einer Medikamenteneinnahme. So forderte ein Selbsthilfeverband in den USA die Wiedereinführung des Reizdarm-Präparats Alosetron. Das Mittel war zuvor nach Berichten über Todesfälle

vom Markt genommen worden - inzwischen ist es mit Einschränkungen wieder zugelassen. *Veronika Hackenbroch /Quelle: DER SPIEGEL 36/2002, 2. September 2002 / URL: http://www.spiegel.de/spiegel/0,1518,212247,00.html / pfw*

„Ungeimpfte Kinder gesünder"

Resümee aus zwei Jahrzehnten Praxiserfahrung

„Ungeimpfte Kinder sind gesünder" – dieses Resümee aus 20 Jahren Praxiserfahrung zog der homöopathische Arzt Dr. Graf bei der impfkritischen Veranstaltung der Elterninitiative „EFI – Eltern für Impfaufklärung".
Rund 100 Eltern folgten der Einladung zu dem Vortrag. Dr. Graf, Frauenarzt und Geburtshelfer aus Plön, ist seit nunmehr 20 Jahren als Allgemeinarzt niedergelassen und behandelt überwiegend Schwangere und Kinder in seiner Praxis. Aufgrund seiner homöopathischen Ausbildung stand er Impfungen schon immer kritisch gegenüber. So ist der überwiegende Teil seiner kleinen Patienten nicht geimpft. Da aber auch geimpfte Kinder zu seinen Patienten zählen, war er in der besonderen Lage, über 20 Jahre hindurch Gesundheit und körperliche sowie geistige Entwicklung von geimpften und nicht geimpften Kindern miteinander vergleichen zu können.
Dieser Vergleich zeigte nach seinen Angaben deutlich, dass sich die ungeimpften homöopathisch behandelten Kinder besser entwickeln und gesünder sind. Dies führt er vor allem auf die krankmachende Eigenschaft der zahlreichen Inhaltsstoffe der Impfstoffe zurück. So wirkten zum Beispiel Zusatzstoffe wie Quecksilber- und Aluminiumverbindungen nerven- und zellschädigend; Thiomersal sei ein stark allergieauslösender Stoff, und eine Verunreinigung der Impfstoffe mit Fremdeiweißen (unter anderem allergieauslösend) sei bei der Herstellung der Impfstoffe aus Tierorganen unvermeidlich.
So fällt in seiner Praxis die Schaden-Nutzenabwägung von Impfungen fast immer gegen eine Impfung aus. Natürlich möchte auch Dr. Graf seine kleinen Patienten vor Komplikationen der Krankheiten, wie zum Beispiel einer Hirnhautentzündung bei Masern, schützen. Aber er beschreitet hier einen ganz anderen Weg als den der Impfung. Sein Ziel ist es, die Entwicklung des kindlichen Organismus optimal zu fördern und das Immunsystem zu stärken, damit diese Krankheiten komplikationslos verlaufen können. Das geschieht einmal durch die Stärkung der Gesundheit durch eine individuelle homöopathische Therapie. Zum anderen durch die Unterlassung unterdrückender und gesundheitsschädi-gender Maßnamen – wie es zum Beispiel fiebersenkende Mittel, Antibiotika, Hautauschläge vertreibende Salben, Impfungen unter anderem sein können.
Deutlich gesündere und stabilere Kinder sieht er bei der konsequenten Verfolgung dieses Weges. So können ihn auch Masernepidemien nicht schrecken. Er

habe im Laufe der letzten 20 Jahre schon viele solcher Epidemien begleitet. Bei seinen Patienten seien Masern noch nie so sanft verlaufen wie heute, und eine Meningitis habe er in seiner 20-jährigen Praxis noch nie gesehen.

Heidenheimer Zeitung, 8. Oktober 2002/Benedikt Krappmann

Windpocken-Impfung in der Kindheit – Gürtelrose im Alter?

Eine routinemäßige Impfung von Kindern gegen Windpocken könnte zur massenhaften Verbreitung der Gürtelrose bei älteren Menschen führen. Davor warnen britische Wissenschaftler in einem Artikel des Nachrichtenmagazins BBC. Windpocken und Gürtelrose werden durch Varizella-zoster-Viren ausgelöst. Erwachsene, die bereits in der Kindheit an Windpocken erkrankten, sind weitgehend vor dem Virus geschützt, auch wenn es nicht vollständig eliminiert ist, sondern noch in ihrem Organismus „schlummert". Der wiederholte Kontakt mit dem Virus – etwa beim Umgang mit erkrankten Kindern – wirkt bei ihnen nicht krankheitsauslösend, sondern dient vielmehr als Auffrischimpfung: Das Immunsystem bleibt gegen den Erreger gerüstet. Dies ist wichtig, da die Viren bei Nachlassen der Immunkompetenz – ein im Alter natürlicher Prozess – jederzeit wieder aktiv werden könnten. Eine flächendeckende Impfung gegen Windpocken bei Kindern, so die Aussage der britischen Wissenschaftler, würde Erwachsenen die Möglichkeit der Auffrischung ihres Immunschutzes nehmen – die Folge wäre eine Flut von Gürtelrosenerkrankungen bei älteren Menschen. Wenn über Impfkampagnen nachgedacht würde, sollten diese Überlegungen entsprechende Vorsichtsmaßnahmen bei älteren Menschen daher miteinbeziehen.
In den USA werden bereits heute die meisten Kinder gegen Windpocken geimpft, ebenso in Kanada und Australien. In Europa gibt es noch keine entsprechenden Impfkampagnen. Windpocken werden allgemein als harmlose Kinderkrankheit betrachtet, die eine flächendeckende Impfung nicht rechtfertigt. Nur bestimmten Risikogruppen wird zu einer Impfung geraten. Dies könnte sich mit der Entwicklung neuer Kombinationsimpfstoffe jedoch ändern. So befindet sich beispielsweise ein Impfstoff, der gegen Masern, Mumps, Röteln und Windpocken immunisieren soll, in Vorbereitung. *Quelle: Journal of the American Medical Association, Vol. 287, Nr. 17 / Deutsche Apotheker Zeitung vom 16. Mai 2002/ Wilfried Schubert*

Zeckenbiss – was tun?

Immer wieder wird uns Schulärzten die Frage gestellt: Was tun nach einem Zeckenbiss? Wie gefährlich ist es? Soll man die Zecke (auf eigene Kosten) im Labor untersuchen lassen, ob sie Erreger-Träger war?
Hierzu ist die folgende Stellungnahme von kompetenter Seite interessant:
Zecke entfernt – Zur Untersuchung einschicken?

Frage von Dr. Dubischar: Eine Patientin, bei der ich eine Zecke entfernte, wollte diese mit nach Hause nehmen, um sie „einzuschicken". Gibt es hierfür eine rationale Grundlage oder ist dies übertriebene Furcht?
Antwort von Drs. Fingerle und Wilske: Angesprochen ist hier die Untersuchung auf Borrelia burgdorferi, den Erreger der Lyme-Borreliose, und das FSME-Virus. Prinzipiell erscheint die Vorstellung sehr sinnvoll. Durch eine Untersuchung der Zecken wäre eine Risikoabschätzung und gegebenenfalls eine prophylaktische Therapie einfach möglich. Diese Vorstellung scheitert aber schon an den zur Verfügung stehenden Nachweismethoden. Weder für die Polymerase-Kettenreaktion (Nachweis von Borrelia burgdorferi und FSME-Virus) noch für den Immunfluoreszenztest (Nachweis von Borrelia burgdorferi) stehen ausreichend standardisierte und evaluierte Protokolle zur Verfügung.
Auch zum weiteren Vorgehen sind viele Fragen offen, zum Beispiel: In welchen Fällen und wie soll eine prophylaktische Therapie gegen Lyme-Borreliose durchgeführt werden? Welches Antibiotikum, welche Dosierung, welche Dauer? Es konnte bislang nicht überzeugend gezeigt, werden, dass eine Antibiotikaprophylaxe nach Stich einer borrelieninfizierten Zecke mehr Vorteile als Nachteile aufweist. Der Einsatz hochpotenter Antibiotika mit möglicherweise schweren Nebenwirkungen für die Prophylaxe einer überwiegend gutartig verlaufenden einfach zu therapierenden Erkrankung wie der Lyme-Borreliose muss nach unserer Ansicht zunächst durch entsprechende Studien abgesichert werden. Im Fall der Frühsommer-Meningo-Enzephalitis (FSME) ist die einzig mögliche Intervention nach Zeckenstich die passive Immunisierung, deren Schutzrate mit circa 50-60% angegeben wird. Schon das enge zeitliche Fenster für eine FSME-Immunglobulingabe (nur bis 96 Stunden nach erstmaligem Betreten eines Risikogebietes) spricht im Normalfall gegen die Untersuchung der Zecke auf FSME.
Im Wesentlichen ist also das von Kaiser et alii dargestellte Vorgehen nach Zeckenstich (Deutsche medizinische Wochenschrift: 123 (1998) 847-853) auch weiterhin zu empfehlen: Entfernen der Zecke mit geeignetem Werkzeug, Desinfektion und Inspektion der Stichstelle auf Zeckenreste, die gegebenenfalls entfernt werden sollten, und ausführliche Aufklärung über mögliche Symptome der Erkrankungen. Eine erneute Konsultation ist nur bei Auftreten von Symptomen angezeigt. Eine ausführliche Anleitung zum Prozedere nach Zeckenstich ist auch auf der Homepage des Nationalen Referenzzentrums für Borrelien zugänglich: http://alpha1.mpk.med.uni-muenchen.de/bak/nrz-borrelia/nrz-borrelia.html

MMW-Fortschr.Med. Nr. 39/2002/McK

Geräusch-CD für Singles

Kaum ein Single, der sie nicht kennt und fürchtet, die Stille der Wohnung in der Einsamkeit. Kein Zeitungsrascheln des Partners, kein Küchenwerkeln, kein Gähnen. Unter dem Titel „Nie mehr allein. 62 Minuten Zweisamkeit" macht eine Geräusch-CD Schluss mit der akustischen Einsamkeit. Alltagsgeräusche wie Abwaschen, Haareföhnen, Staubsaugen und Duschen werden per Knopfdruck hörbar. Aus den Lautsprechern plätschert, dröhnt und scheppert es. Noch kurz eine Zeitung lesen", „Zwischendurch einen Cappuccino" und „Jeder muss mal" lauten die Titel auf der CD. Vorteil: Die Lautstärke kann jeder selbst einstellen.

Ärztezeitung vom 4. Juni 2002/McK

Lärm im Klassenzimmer macht Lernen zur Qual

Hoher Geräuschpegel schwächt die schulische Leistung

Eine Studie der Universität Oldenburg ergab, dass bei komplexen Aufgaben besonders oft Fehler gemacht wurden, wenn in den Klassen der Lärmpegel erhöht worden ist, heißt es in einer Mitteilung der Universität. Hohe Lärmpegel erschweren die Konzentration, Unlust, Ärger, Erschöpfung sind die Folge. Messungen hatten in Grundschulklassen einen Lärmpegel von 77 Dezibel ergeben, dabei liegt der Arbeitsplatz-Grenzwert auf der logarithmisch aufgebauten Dezibel-Skala bei 55. Zum Vergleich: Ein Motorrasenmäher erreicht etwa 75 Dezibel, ein PKW im Stadtverkehr 80, ein Presslufthammer 100.

Zu dem Ergebnis, dass Lärm die Leistungen von Kindern schwächt, kam auch eine Studie österreichischer Forscher. Die Wissenschaftler hatten bei 1400 acht- bis elfjährigen Schülern aus Tirol den Einfluss von Umweltlärm untersucht. ("Occupational und Environmental Medicine", 59, 2002, 380). Die Forscher analysierten Berichte der Lehrer über Verhalten und Leistungen der Schüler und sie befragten die Kinder selbst, ob sie sich gestresst, ängstlich oder bedrückt fühlten. Ergebnis: Je mehr Umweltlärm, desto größer waren die Probleme.

Ärztezeitung, 13. Juni 2002/McK

Auch Lehrer sollen Leistung testen lassen

Lehrer müssen nach Ansicht von Kultusministerin Annette Schavan (CDU) auch ihre eigenen Leistungen messen lassen. „Wir können in der Bildungspolitik nicht nur nach Vorgaben handeln, sondern müssen auch die Ergebnisse sehen", forderte Schavan. Sie schloss sich damit einem Aufruf von Arbeitgeberpräsident Dieter Hundt an, der für eine bessere Qualität in den Schulen klare und verbindliche Qualitätsstandards sowie regelmäßige Leistungstests und zentrale Abschlussprüfungen für unerlässlich hält.

"Schule ist nicht mehr der einzige Ort, an dem es Informationen gibt", sagte die CDU-Politikerin. Die Kinder kämen gerade durch das Internet bereits mit einer Vielzahl von Bildern in die Schule. „Schule ist damit nicht mehr der einzige Türöffner für die Heranwachsenden." Die Pädagogen müssten gerade wegen der Häufung an Eindrücken und Erlebtem mehr zu Managern der Wissensvermittlung werden. Der Verband Bildung und Erziehung warnte unterdessen vor einem „gigantischen Lehrermangel". Der Vorsitzende Rudolf Karg forderte vor allem mehr Einsatz für den Beruf des Hauptschullehrers.

Stuttgarter Zeitung, 7. Oktober 2002/McK

Beeinflusst Frömmigkeit die Laborwerte?

Im Rahmen des National Health and Nutrition Examination Survey (NHNES) wurden zwischen 1988 und 1994 insgesamt 10 059 Amerikaner untersucht, von denen 556 an Diabetes litten. Die hier vorliegende Analyse untersucht, ob das C-reaktive Protein (CRP), welches als Entzündungsparameter ein Marker für Arteriosklerose ist, einen Zusammenhang aufweist mit Kirchenbesuchen. Die Ergebnisse zeigen, dass diabetische Kirchgänger ein etwa zweifach niedrigeres Risiko aufweisen, erhöhte CRP-Werte zuhaben. Dieser Befund persistiert selbst dann, wenn mögliche Confounder wie Rauchen oder Gesundheitsstatus in Betracht gezogen werden. Bei den Nichtdiabetikern des NHNES war keine derartige Assoziation festzustellen. *NNW Nr. 41, 2002/McK*

Handy-Grenzwerte schützen nicht vor athermischen Effekten

Nach einem Bericht von RCR Wireless News vom 26. August hat der Sprecher der Strahlenschutzabteilung der amerikanischen Umweltschutzbehörde EPA, Norbert Hankin, in einem Brief zugegeben, dass die derzeitigen Strahlenschutz-Standards für Mobiltelefone zu hoch sein könnten, da sie vor den athermischen Effekten nicht schützen würden (Quelle: RCR Wireless News, 26. August 2002). Weiter wird im dem Bericht auf die immer noch laufenden Gehirntumorprozesse gegen die amerikanische Mobilfunkindustrie eingegangen. Bundesrichterin Catherine Blake steht vor der Entscheidung, die Sammelklagen zur Hauptverhandlung zuzulassen. Außerdem muss sie in Kürze festlegen, ob die Studie der schwedischen Epidemiologen Hardell und Mild als Beweismittel zugelassen wird. Diese Studie wurde im August im European Journal of Cancer Prevention (Europäische Zeitschrift für Krebsvorbeugung) veröffentlicht und stellte bei längerer Handynutzung einen Zusammenhang mit Gehirntumoren und der Kopfseite, auf der telefoniert wurde, fest. Nach 10 Jahren Handynutzung fand Hardell einen Anstieg von 80 % gegenüber dem Durchschnitt. Für neuere digitale Mobiltelefone könne noch keine endgültige Aussage getroffen werden, da die

Nutzungszeiträume hierfür noch viel zu kurz seien. Die Anwälte der Mobilfunkindustrie wollen die Zulassung der Studie als Beweismittel verhindern und beklagten sich auch darüber, dass die EPA früher in anderen Schreiben die geltenden Grenzwerte unterstützt habe. Der amerikanische Telekommunikations-Lobbyverein CTIA will außerdem „Vorschläge unterbreiten" (das heißt Einfluss nehmen) bezüglich der zweiten Phase von Studien, die von der Industrie finanziert und von der FDA (Food and Drug Association) vergeben werden. In der Forschung soll es darum gehen, bessere Messgeräte für epidemiologische Studien zu entwickeln. Originaltext der Meldung (Englisch): http://www.rcrnews.com/cgi-bin/article.pl?articleId=40599&a=a&bt=brain%20cancer&arc=n

Zusammengestellt durch Siegfried Scherer, Bürgerwelle e.V., Tirschenreuth/ Christiane Fiedler

Mobiltelefone und Hirntumore

Ökotest: DECT-Telefone wegen zu hoher Strahlenbelastung durchgefallen

Der Focus schreibt hierzu: »Home-Handys sind zwar praktisch und bequem, sorgen aber offenbar für eine ständige Strahlenbelastung. Die Basisstation der digitalen schnurlosen Telefone sendet ähnlich wie ein Mobilfunk-Sendemast permanent gepulste Mikrowellen mit einer Spitzenleistung von 250 Milliwatt aus, wie das Verbrauchermagazin "Öko-Test" am Montag berichtete. Dies passiere auch, wenn man nicht telefoniere.

Diese Strahlen stünden im Verdacht, das Nerven- und Hormonsystem des Menschen zu beeinträchtigen sowie Erbgutschäden und Krebs zu fördern, schreibt das Magazin. Als Alternative rät "Öko-Test" zu Telefonen mit CT1+-Standard, allerdings soll diese ungefährlichere Technik in Zukunft nicht mehr verwendet werden. *Quelle: Ökotest (September 2002), Focus (26 August 2002.)pfw*

Stillen ist gesund – für Kinder wie für Mütter

Muttermilch ist die beste Nahrung für Säuglinge. Auch den Müttern bringt das Stillen gesundheitliche Vorteile. Darauf weist die WHO/UNICEF-Initiative „Stillfreundliches Krankenhaus" anlässlich der Weltstillwoche 2002 hin. In diesem Jahr steht die Woche unter dem Motto „Gesunde Mütter und gesunde Babys". Die Weltgesundheitsorganisation WHO und das Kinderhilfswerk UNICEF haben ein Zehn-Punkte-Programm entwickelt, das Müttern und Kindern den Stillbeginn erleichtert. Wenn ein Krankenhaus dieses Programm in seiner Praxis verankert und keine Werbung für künstliche Babynahrung akzeptiert, wird es von WHO und UNICEF mit einer Plakette als „Stillfreundliches Krankenhaus" ausgezeichnet. *Securvital Nr. 5, September/Oktober 2002/Elsa Runge*

Verein für Anthroposophisches Heilwesen

Die Lage in der Gesundheitspolitik spitzt sich zu. Mit der Fallpauschalen-Regelung, die 2003 eingeführt werden soll, und den Disease-Management-Programmen setzen sich in Deutschland eine Standardisierung und Normierung fort, die den individuellen Menschen mit seinen Bedürfnissen unberücksichtigt lassen.

Fallpauschalen-Regelung, was heißt das? Für jede Krankheit wird dem Krankenhaus ein festgelegter Betrag von den Krankenkassen bezahlt, unabhängig von dem jeweilig erforderlichen Behandlungsaufwand. Ein stark verkürzter Krankenhausaufenthalt wird die Folge sein. Die notwendige Weiterbehandlung des Patienten wird in den ambulanten Bereich verschoben, der darauf zur Zeit in keiner Weise eingestellt ist. Fraglich ist zudem, ob hier dem Patienten ausreichend geholfen werden kann.

Disease-Management-Programme legen einen genauen, von schulmedizinischen Kriterien bestimmten, Behandlungsplan für die jeweilige chronische Krankheit, wie zum Beispiel Diabetes oder Brustkrebs, fest, die von jedem Patienten zu befolgen ist. Noch ist die Teilnahme daran freiwillig; sollten sich diese Programme jedoch als kostendämpfend erweisen, wird der Schritt zur verbindlichen Teilnahme und dem Herausfallen aus der Erstattung bei Nicht-Teilnahme nicht weit sein.

Noch bedrohlicher ist die von der EU-Kommission beantragte Revision des Arzneimittelrechts. Das EU-Parlament berät zur Zeit darüber. Würde der Revision stattgegeben, müssten alle bereits auf dem Markt befindlichen Medikamente in sämtlichen EU-Ländern nach umfangreichen schulmedizinisch bestimmten Kriterien geprüft und neu zugelassen werden. Für mittlere und kleinere Herstellerbetriebe könnte dies den Verlust eines großen Teils ihres Sortiments bedeuten, da sie die Kosten für eine solche Prüfung nicht aufbringen können und die Kriterien homöopathischen und anthroposophischen Medikamenten nicht gerecht werden.

Was ist zu tun?

Mithelfen, initiativ werden! Stärken Sie unseren Patientenvertretungsverein, werden Sie Mitglied – denn in der Gesundheitspolitik zählt die Mitgliederzahl. Schließen Sie sich einer unserer 70 Therapeutika und Patienteninitiativen im Lande an und helfen Sie vor Ort mit.

Schreiben Sie uns, wir informieren Sie gerne!

Verein für Anthroposophisches Heilwesen e.V., Johannes-Kepler-Str. 56, 75378 Bad Liebenzell, Telefon: (0 70 52) 93 01-0 Fax: (0 70 52) 93 01-10, E-Mail: verein@heilwesen.de

Medizinische Sektion am Goetheanum
Freie Hochschule für Geisteswissenschaft

Augenheileurythmiekurs

Liebe Kolleginnen und Kollegen, Ärzte und Medizinstudenten,
wir möchten Ihnen gerne mitteilen, wie die Augenheileurythmiekurse am Goetheanum gestaltet werden.
Im Herbst sollten die Störungen, die bei kleinen Kindern und im Schulalter vor allem vorkommen, behandelt werden. Das ist zugleich eine Einführung in die Augenheileurythmie.
Anfang Januar 2003 werden als Grundlage die Behandlung von Myopie und Hyperopie wiederholt. Vor allem werden dann die Übungen für die Augenkrankheiten erarbeitet. Damit bauen wir auf den Kurs im Herbst auf.
So wollen wir mit diesem regelmäßigen Wechsel die Möglichkeit geben, dass man sich darauf einrichten kann: Im Herbst kommt eine Einführung, im Januar wird fortgesetzt.
Es ist wesentlich für die Augenheileurythmie, dass immer die gesamte Konstitution eines Patienten in die Behandlung einbezogen wird. Wir erfahren durch die Störungen an den Augen über die Schwächen im übrigen Organismus. In diesem Sinne hoffen wir auf die Zusammenarbeit auch mit Allgemeinärzten, besonders auch mit den Schulärzten.
Der nächste Fortsetzungskurs findet statt vom 7. – 17. Januar 2003 in Dornach und beinhaltet Glaukom, Katarakt, Netzhautdegeneration, Ablatio, Augenentzündungen, Maculadegeneration, Netzhautdegeneration bei Diabetes, Retinopathia Pigmentosa. Übungen für die am Computer Tätigen, Prophylaxe und Therapie.

Erika Molin und Margret Thiersch

Tagungsadministration: Tel. 0041-61-706 42 92 / Fax 0041-61-706 42 91
E-mail: med.sektion@goetheanum.ch

Heimlich unheimlich – „High-functioning-Autismus“ und Asperger-Syndrom – verborgene Krankheiten?

Autistische Störungen ohne intellektuelle Behinderungen sind schwer zu diagnostizieren und zu behandeln. Kinder, die hieran leiden, zeigen oft ein Bild, das auf den ersten oder auch zweiten Blick wie eine Hyperkinetische Störung imponieren kann. In der letzten Zeit hat die Häufigkeit zugenommen, mit der Menschen mit diesen Besonderheiten wahrgenommen werden. Sie fordern uns heraus, für sie spezifische Therapieangebote auch aus menschenkundlicher Sicht zu entwickeln.

„Leider musste ich in den Kindergarten, was ich gar nicht mochte. Der war nämlich voller Kinder, und es war sehr laut dort. Der Fußboden war schwarz und glatt. Ich konnte mich nie an auch nur eines der anderen Kinder erinnern, weder an Gesichter noch an Namen – nur daran, dass ich mich sehnte, mit dem Kindergarten aufzuhören…“ Susanne Schäfer, aus: „Äpfel, Sterne, rundes Glas“

Programm des 7. Treffens der Arbeitsgruppe zur anthroposophischen Kinder- und Jugendpsychiatrie

vom 15. - 16. Februar 2003 für therapeutisch Tätige in diesem Bereich im Dörthe-Krause-Institut (Ausbildungsinstitut für Krankenpflege am Gemeinschaftskrankenhaus), Gerhard-Kienle-Weg 4, 58313 Herdecke

Samstag, 15. Februar 2003

09.30- 11.00	Begrüßung Zur Diagnostik von „high-functionig“-Autismus und Asperger-Syndrom (Dr. Arne Schmidt, Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie)
11.00-11.30	Kaffeepause
11.30-12.30	Aus der Arbeit einer Autismus-Ambulanz (Monika Wünsch, Dipl.- Sozialarbeiterin; Andrea Grothues, Dipl. Psych., Leiterinnen der Autismusambulanz Dortmund)
12.30-14.00	Mittagspause mit gemeinsamem Mittagessen
14.00-15.00	Heileurythmie zum Tagungsthema (Ellen Schneider, Heileurythmistin)
15.00-15.30	Kaffeepause
15.30-17.00	Aussprache & Ausblick; Planung weiterer Tagungen und Aktivitäten, Neues zur Forschungslage

17.15-18.30	Zur Musiktherapie bei „high-functionig-Autismus“ (Prof. Lutz Neugebauer, Winfried Janssen, Abteilung für Musiktherapie der Universität Witten-Herdecke)
18.30-19.30	Abendpause mit gemeinsamem Abendessen
19.30- ca. 21.30	Zur heilpädagogischen Therapie autistischer Störungen (Dr. Angelika Gäch, Ärztin, Heilpädagogisches Seminar Bad Boll, angefragt)

Sonntag, 16. Februar 2003

09.00- 10.00	Hyperaktivität und Asperger-Syndrom (Uwe Momsen Kinderarzt, Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie)
10.00-10.30	Kaffeepause
10.30- 12.30	Zu Sinneslehre und Symbolverständnis bei autistischen Störungen. Zur Therapie des „high-functionig-Autismus“ (Dr. Michael Meusers Kinderarzt, Leitender Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie) Möglichkeit zum Mittagessen Änderungen sind möglich!

Anmeldung und weitere Informationen:

Gemeinschaftskrankenhaus
Anthroposophische Arbeitsgruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie
Sekretariat, z. H. Frau Sachs
Kinderhaus Ebene 7 West
Gerhard-Kienle-Weg 4
58313 Herdecke
Fax: 02330 / 62-4032

Bitte melden Sie sich vor dem 25. Januar 2003 schriftlich oder per Fax (nicht telefonisch) an. - fordern Sie die Anmeldeunterlagen an *Vielen Dank!*

– beachten Sie unsere organisatorischen Hinweise (in den Anmeldeunterlagen)
– planen Sie möglichst Ihre Teilnahme für die gesamte Tagung ein
– bringen Sie Eurythmieschuhe mit!

Auf die gemeinsame Arbeit in Herdecke freuen sich:

Dr. Michael Meusers / Uwe Momsen / Dr. Arne Schmidt

Liebe Schulheileurythmisten, liebe Schulärzte,
herzlich laden wir Sie ein zur

2. Fachtagung für Schulheileurythmisten

vom 14. - 16. März 2003 in München Schwabing

Bei der Vorbereitung der Tagung haben wir auf die aktuellen Schwierigkeiten geschaut, die Schulkinder uns heute vor Augen führen, die Ungeschicklichkeit, die Unaufmerksamkeit, die Zappeligkeit.
Aufs Neue waren wir bewegt davon, dass Rudolf Steiner schon vor 100 Jahren die Hilfen gegeben hat, derer wir jetzt so nötig bedürfen. Ein Satz aus dem Heilpädagogischen Kurs, der sich aber allgemein auf Schulkinder bezieht, hat unserer Tagung die Richtung gegeben:
"Nun ist aber die Unterkriechfähigkeit des astralischen Leibes und der Ich-Organisation ins Muskelsystem denkbar gering." Diese Unterkriechfähigkeit zu verbessern, daran wollen wir diesmal arbeiten.
Da die Heileurythmisten, die an heilpädagogischen Schulen arbeiten, immer wieder beklagen, dass unsere so wirkungsvollen Geschicklichkeitsübungen für ihre Kinder zu schwierig seien, haben wir diesmal eine spezielle Arbeitsgruppe hierfür eingerichtet.
Die Tagung ist, wie voriges Jahr, offen für Heileurythmisten, Schulärzte, Waldorflehrer, sowie für Studenten der Heileurythmieausbildung und Seminaristen des Lehrerseminars.
Wir freuen uns auf die gemeinsame Arbeit.
Mit freundlichen Grüßen
Der Vorbereitungskreis: Dr. med. Christoph Buschmann / Sebastian Junghans
Erika Leiste / Elke Schaffrath / Anna Seydel

Informationen zur Tagung

Veranstalter: Berufsverband Heileurythmie in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Sektion Dornach und dem Bund der Waldorfschulen.
Ort: Rudolf-Steiner-Schule München-Schwabing, Leopoldstraße 17, 80802 München,Tel. 089-380 14 00 Fax -33 17 54.
Anmeldung bitte schriftlich oder mit Fax an die Rudolf-Steiner-Schule München-Schwabing. **Anmeldeschluss: 15. Februar 2003**
Gebühren: € 65.- (inklusive Pausenverpflegung)

2. Schulheileurythmietagung
14. - 16. März 2003 in München-Schwabing
VON DER NOT DES KINDES; SICH IN SEINEM LEIB ZU BEHEIMATEN
SINNDURCHDRUNGENE BEWEGUNG ALS HEILEURYTMISCHE HILFE

Freitag, 14. März	Samstag, 15. März	Sonntag, 16. März	
	8^{30} – 9^{45} im großen Saal der Anthroposophischen Gesellschaft, Arbeit an unseren Grundlagen, I A O Christine Junghans	8^{30} – 9^{45} im großen Saal der Anthroposophischen Gesellschaft, Arbeit an unseren Grundlagen, I A O Christine Junghans	Arbeitsgruppen:
	10^{00} – 11^{30} Arbeitsgruppen 1. Teil	10^{00} – 11^{00} Arbeitsgruppen 3. Teil	
	11^{30} – 12^{00} Kaffeepause	11^{00} – 11^{30} Kaffeepause	
	12^{00} – 13^{00} Die Wandlung des therapeutischen Ansatzes, von der Behandlung der Krankheit zur Anregung der Gesundheit. Sebastian Junghans	11^{30} – 12^{30} Wie beheimatet sich das Kind durch Bewegung in seinem Leib? Dr. med. Christoph Buschmann	1. Dyspraxie – ADS Wie vermitteln wir die auf die Welt hingeordnete Geschicklichkeit? Sebastian Junghans
	13^{00} –15^{00} Mittagspause	12^{30} – 13^{15} Rückblick, Vorblick Wolfgang Kersten, Elke Schaffrath	2. Die Inkarnationsgebärde des Kindes aufspüren - zur heileurythmischen Therapie finden. Übungsgruppe mit Kindervorstellung. Begrenzte Teilnehmerzahl. Anna Seydel, Dr. med. Christoph Buschmann, Erika Leisle
15^{00} Kaffee im Bistro, Tagungsbüro geöffnet			
16^{00} Begrüßung, Vorstellung, Anliegen	15^{00}- 16^{30}, Arbeitsgruppen 2.Teil 16^{30} – 17^{00} Kaffeepause		3. Das I A O als Urbild zum Erwerb der Geschicklichkeit Michael Vogt, Dr.med. Wolfgang Leonardt Wolf-Dieter Schlicksupp.
17^{00} - 18^{00} im großen Saal der Anthroposophischen Gesellschaft: Arbeit an unseren Grundlagen, I A O Christine Junghans	17^{00}-18^{00} Aktuelle Probleme zur Schulheileurythmie Markus Wegner, Arzt		4. Wie regen wir die Geschicklichkeit bei seelenpflegebedürftigen Kindern an? Katherine Christen
18^{00} - 19^{30} Abendessen	18^{00} - 19^{30} Abendessen		
19^{30} Die Stufen der Bewegungsentwicklung des Kindes Vortrag Anna Seydel	19^{30} Die Herzentwicklung - Urbild der Inkarnationsgebärde Vortrag Dr.med. Friedwart Husemann		

Intensivkurs für Schulheileurythmisten auf Meloy, Norwegen, 2003

Die Wirkungsweise der Konsonanten und Vokale und ihre heileurythmische Anwendung

	Mo. 28.7.	Di. 29.7.	Mi. 30.7.	Do. 31.7.	Fr. 1.8.	Sa. 2.8.	So. 3.8.	Mo. 4.8.	Di. 5.8.	Mi. 6.8.	Do. 7.8.	Fr. 8.8.	Sa. 9.8.	So. 10.8.
8 ^{30}–10	Anreise	Textarbeit am 6. Vortrag des Heileurythmiekurses (Seydel/Leiste)					Frei	Textarbeit am 6. Vortrag des Heileurythmiekurses (Seydel/Leiste)						Abreise
10 ^{30}–12		Heileurythmisches Üben an Konsonanten und Vokalen (Molin)						Heileurythmisches Üben an Konsonanten und Vokalen (Molin)						
16–17 ^{15}		17 ^{h} Begrüßung	Arbeit an aktuellen Schulproblemen (Initiative der Teilnehmer)		evtl. Distalbiß			Arbeit an aktuellen Schulproblemen (Initiative der Teilnehmer)		evtl. Linkshändigkeit (Leiste)	evtl. Block	Rückblick Abschluß		
17 ^{30}–19	Einführender Vortrag (Seydel)	evtl. Altersstufen der Volksschulzeit 7–9 $^{1/3}$9 $^{1/3}$ – 11 $^{2/3}$ 11 $^{2/3}$–14 Wie verändert sich die heileurythmische Anwendung der Laute (Seydel/Leiste)			Zahnheileurythmie Tiefer Biß / Engstand (Leiste) Distalbiß			Kinderbesprechung (Görnitz/Seydel/Leiste)		z.B.: Heileurythmische Hilfe bei Kindheitsträumen (Ursel Steinke)		Legasthenie (Jürgens)	Abschluß-fest am Strand	

Dozenten

Erika Molin, Heileurythmieausbildung, Järna
Anna Seydel, Seminarlehrerin, München
Erika Leiste, Schulheileurythmistin, München
Thomas Jürgens, Schulheileurythmist, Gröbenzell
Dr. med. Stefan Görnitz, Schularzt, München
Ursel Steinke, Heileurythmistin, Berlin

Schulferien in Deutschland 2003

Baden-Württemberg	24.7.–6.9	Hessen	21.7.–29.8	Sachsen	12.7.–22.8.
Bayern	24.7.–8.9	Mecklenburg	5.7.–15.8	Sachsen-Anhalt	10.7.–20.8.
Berlin, Brandenburg	3.7.–13.8	Niedersachsen	10.7.–20.8	Schleswig-Holstein	30.6.– 9.8..
Bremen	10.7.–20.8	NRW	31.7.–13.9...	Thüringen	10.7.–20.8.
Hamburg	3.7.–13.8	Saarland	21.7.–30.8.		

Schulferien in Skandinavien 2003 bis 14. August

Das Angebot kann auf die Bedürfnisse der Tagungsteilnehmer zugeschnitten werden.
Nähere Auskunft: Erika Leiste, Dreschstraße 12, 80805 München, Tel.: 089-365388 am 7 Uhr früh

Intensivkurs für Schulheileurythmisten
Meloy, Norwegen 2003

Veranstaltungshinweis

Am 22. und 23. November 2002 findet in der Christengemeinschaft Köln-Ost unter Mitwirkung des pastoral-medizinischen Arbeitskreises eine öffentliche Tagung statt.

* *

Vortrag
von Pfarrer Georg Blattmann
am Freitag, 22. November 2002
um 20.00 Uhr
„Der Weg der Seele vor der Geburt und nach dem Tode"

* *

Vortrag
von Dr. med. Wilfried Schubert
am Samstag, 23. November 2002
um 10.30 Uhr
„Was will Krankheit und was soll Gesundheit?"

* *

Themenbeiträge
von Dr. med. Bernhard Maurer,
Frau Dr. med. Luise Menke,
Dr. med. Klaus Sonnenberg und
Frau Dr. med. Dagmar Terwyen
am Samstag, 23. November 2002,
17.30 – 19.00 Uhr
„Wie kann (und darf) eingewirkt werden auf Leben und Sterben?"

* *

Ort: 51109 Köln-Brück,
Petersen-Straße 5B (Eckhaus)

Stellenangebot

für die Fächer

Mathematik und Physik

In der Oberstufe suchen wir
dringend
eine/n Fachlehrer/in, der/die im
Schuljahr 2003/2004
an einer gewachsenen Schule in reizvoller Umgebung zwischen Düsseldorf und Wuppertal unterrichten möchte. Die Befähigung zur Abnahme ist wünschenswert, aber nicht Bedingung.

Was wir bieten:
- Solide Gehaltsordnung mit Altersversorgung
- Erfahrene Fachkollegin an Ihrer Seite
- Erfahrenes Kollegium
- Fortbildungsmöglichkeiten.

Auf Ihre Bewerbung freut sich das Kollegium der Freien Waldorfschule Haan-Gruiten. Bitte senden Sie Ihre Bewerbungsunterlagen an die Personalkonferenz.

Freie Waldorfschule
Haan-Gruiten
Prälat-Marschall-Str. 34
42781 Haan
Tel.: 02104/6466
Fax: 02104/61021
E-Mail: FWSHaanGruiten.
blass-loss@t-online.de

die Drei

Die anthroposophische Kulturzeitschrift

DIE THEMEN IM NOVEMBER:

FRITHJOF BERGMANN im Gespräch:
Die neue Verwundbarkeit der USA

AXEL JANITZKI:
Vom Geist einer Stiftung

REINHARD BODE:
Denkbild und Imagination.
Friedrich Dürrenmatt und *Albert Steffen*

ROLAND BENEDIKTER:
Grundmuster ethischen Denkens in der Gegenwart

HELGE MÜCKE:
Friedenspreis des Deutschen Buchhandels an *Chinua Achebe:* Mit Geschichte(n) Mauern durchlässig machen

MARC SOANE
Fotografien von *Victor von Brauchitsch*

GASTKOMMENTAR

ERIKA WERNER:
Kultur in der Sparfalle

■ **Interessiert?**
Dann bestellen Sie ein Jahres-Abo von »die Drei« für nur 49 € (erm. 39 €); Ausland 59 €. Einzelheft 5,50 € zzgl. Porto.

▲ **Bestellung an:**
mercurial-Publikationsges.mbH
Alt-Niederursel 45
D-60439 Frankfurt
Tel. 069/95776122
Fax 069/582358
e-mail: dieDrei@mercurial.de

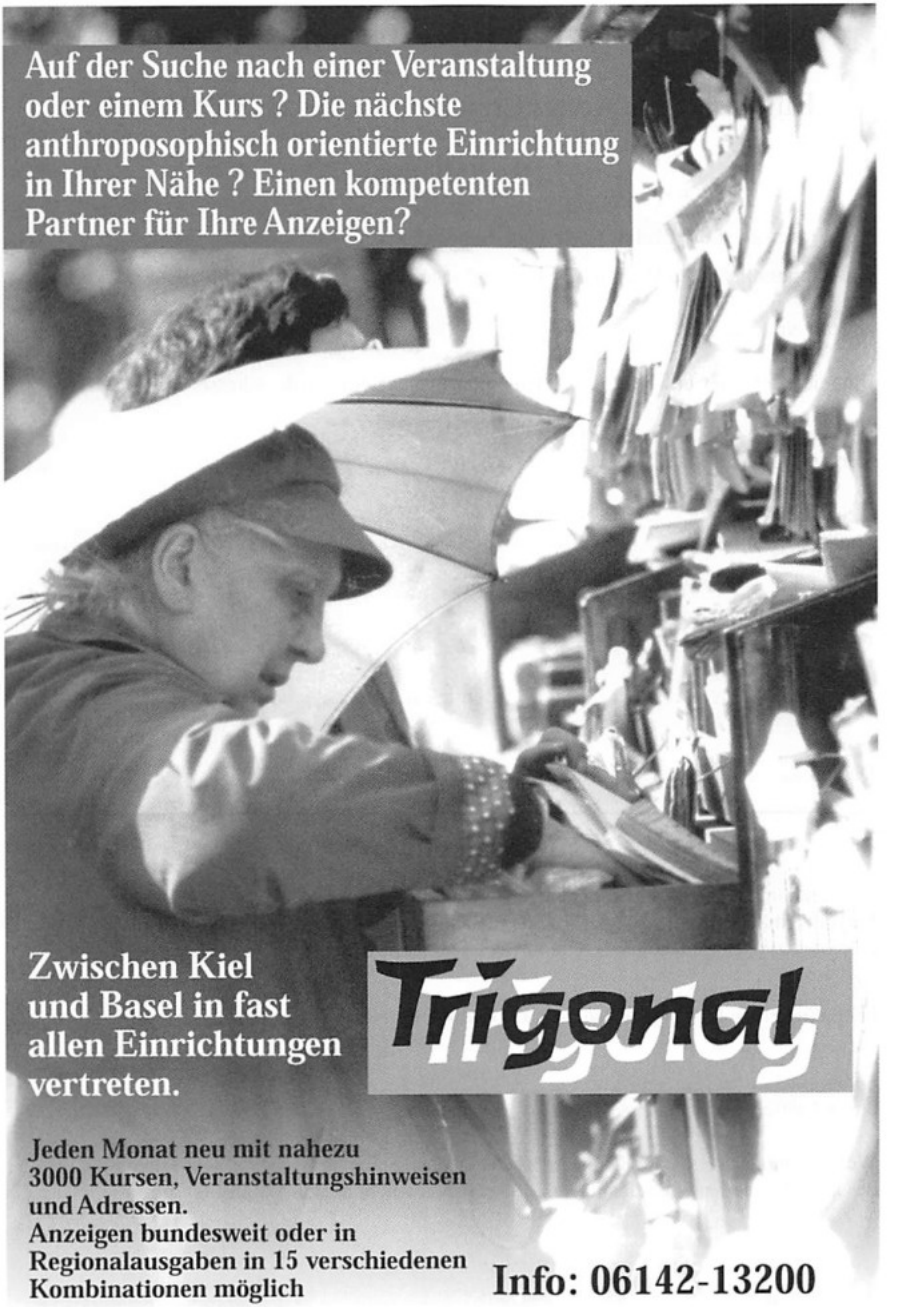
Leseprobe: 3 Hefte zum Sonderpreis. Nur 14 € inkl. Versand. Rufen Sie an!

Themen der nächsten Hefte:

- Chancen und Probleme der Selbstverwaltung
- Die Rolle der Eltern in der Waldorfschule
- Die Fäden in die Hand nehmen – Marionettenspiel in der Heilpädagogik
- Fremdsprachenunterricht in der Oberstufe als Beitrag zur Pädagogik
- Der Bedeutungswandel von Kindheit für die Gesellschaft
- Der therapeutische Charakter der Waldorfschule
- Eurythmie – quo vadis?
- Die Berücksichtigung der Temperamente in Erziehung und Unterricht

Änderungen vorbehalten

Verlag Freies Geistesleben
Postfach 13 11 22, D-70069 Stuttgart
Tel. D-711-2853200, Fax: D-711-2853210
E-Mail: erziehungskunst@t-online.de
www. erziehungskunst.de


Auf der Suche nach einer Veranstaltung oder einem Kurs ? Die nächste anthroposophisch orientierte Einrichtung in Ihrer Nähe ? Einen kompetenten Partner für Ihre Anzeigen?
Zwischen Kiel und Basel in fast allen Einrichtungen vertreten.
Trigonal
Jeden Monat neu mit nahezu 3000 Kursen, Veranstaltungshinweisen und Adressen.
Anzeigen bundesweit oder in Regionalausgaben in 15 verschiedenen Kombinationen möglich
Info: 06142-13200

Medizinisch-Pädagogische Konferenz

Rundbrief für Ärzte, Erzieher, Lehrer und Therapeuten

Bestellschein

bitte senden an Frau Eveline Staub Hug, Ehrenhalde 1, 70192 Stuttgart

Ich/Wir bestelle(n) die Medizinisch-Pädagogische Konferenz zu € 3,– pro Heft zzgl. Porto

ab Heft Nr.....

Bitte liefern Sie jeweils .....Exemplar(e) an nachfolgende Adresse:

Vorname .....Name .....

Straße, Hausnummer .....

Postleitzahl/Ort .....

Tel./Fax: ..... Beruf: .....

Datum ..... Unterschrift .....

✂ ---

Einzugsermächtigung

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift
Hiermit ermächtige(n) ich/wir*) Sie widerruflich, die von mir/uns*) zu entrichtenden Zahlungen für die „Medizinisch-Pädagogische Konferenz" 4 Hefte pro Jahr je € 3,–, zuzüglich Porto

bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres*) Girokontos Nr.....

bei der .....BLZ.....
durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein/unser*) Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts (s.o.) keine Verpflichtung zur Einlösung.

....
(Ort) (Datum) (Unterschrift)

.....
(genaue Anschrift)

Anschriften der Verfasser

Eva-Maria Autenrieth	Dr. Gremmelsbacherstraße 8, 79199 Kirchzarten Heileurythmistin
Dr. Johannes Bockemühl	Höfe am Belchen, 79691 Neuenweg Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinderheilkunde
Nicola Fels	Buchheimer Straße 31, 47803 Krefeld Kinder- und Jugendärztin, Schulärztin an der Freien Waldorfschule Krefeld
Dr. Lüder Jachens	Oberthalhofen 25, 88167 Stiefenhofen Hautarzt, Allergologie, Naturheilverfahren
Erika Leiste	Dreschstraße 12, 80805 München Heileurythmistin an der Rudolf-Steiner-Schule München-Schwabing
Dr. Bartholomeus Maris	Buchheimer Straße 31, 47800 Krefeld Frauenarzt
Themis Michael	Kinderabteilung Gemeinschaftskrankenhaus Gerhard-Kienle-Weg 4, 58313 Herdecke Arzt
Dr. Arne Schmidt	Alte Straße 22 D, 58313 Herdecke Kinder- und Jugendpsychiater
Dr. Stefan Schmidt-Troschke	Gemeinschaftskrankenhaus, Kinderabteilung Gerhard-Kienle-Weg 4, 58313 Herdecke Kinderarzt
Dr. Christoph Schneider	Hügelstraße 69, 60433 Frankfurt Arzt für Allgemeinmedizin
Dr. Sigrid Sendler	Altes Pfarrhaus, Dorfstraße 46, 16775 Zabelsdorf Schulärztin an der Raphael-Schule in Herne
Dr. Tobias Tüchelmann	Wippertstraße 3, 79100 Freiburg Facharzt für Kinderheilkunde, Jugendmedizin, Sozialpädiatrie

Termine

14. Dezember 2002	Stuttgart	Arbeitstreffen Anthroposophischer Zahnärzte ***
7.-17. Januar 2003	Dornach	Augenheileurythmiekurs *
7./8. Februar 2003	Sieburg	Einführung in die anthroposophisch erweiterte Herzauskultation nach Dr. K.Appenzeller **
15./16. Februar 2003	Herdecke	7. Treffen der Arbeitsgruppe zur anthroposophischen Kinder- und Jugendpsychiatrie *
14.-16. März 2003	Filderstadt	Ärzteseminar: Kinderorthopädie
14.-16. März 2003	München	2. Fachtagung für Schulheil-eurythmisten, Schulärzte und Waldorflehrer *
15. März 2003	Hannover	Chirophonetik und Heileurythmie im Gespräch
22.- 28. Juni 2003	Filderstadt	Ärzteseminar: Chronisch-entzündliche Erkrankungen im Kindesalter
26. Juni 2003	München	Regionalkonferenz "Therapie an der Waldorfschule"
28. Juli – 7. Aug. 2003	Meloy, Norwegen	Intensivkurs für Schulheileurythmisten *

* Programm siehe im Innenteil "Tagungsankündigungen"
** Programmankündigung siehe Heft 22/2002
*** Programmankündigung siehe Heft 21/2001