

Hochschule Neubrandenburg

Fachbereich: Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Studiengang: Soziale Arbeit B.A.

Klettern in der Sozialen Arbeit

Klettern als Therapie? Grenzen und Möglichkeiten therapeutischer Maßnahmen in der Sozialen Arbeit

Bachelorarbeit

Zur Erlangung des akademischen Grades eines

Bachelor of Arts

vorgelegt von: Liv Sommer

Erstgutachter: Prof. Dr. Markert

Zweitgutachterin: Dipl.-Soz.-Arb. /Soz.-Päd. Hasart-Krüger

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2021-0574-4

Inhaltsverzeichnis

Gender Erklärung.....	3
Einleitung.....	4
1 Klettersport	6
1.1 Einführung in den Klettersport.....	6
1.2 Disziplinen des Klettersports	7
1.2.1 Sportklettern.....	7
1.2.2 Bouldern.....	8
2 Therapie	9
2.1 Definition	9
2.2 Ziele.....	10
2.3 Wirkfaktoren	11
3 Therapeutische Eigenschaften des Kletterns	11
3.1 Erlebnisqualitäten.....	11
3.1.1 Angst.....	12
3.1.2 Flow-Erlebnis.....	13
3.1.3 Grenzen	16
3.1.4 Planung und Ziele	16
3.1.5 Vertrauen und Kommunikation	17
3.1.6 Verantwortung	17
3.2 Spezifische Faktoren	18
3.3 Unspezifische Faktoren.....	19
4 Exkurs: Intervention	19
5 Erlebnispädagogik und Klettern	21
5.1 Erlebnispädagogik und ihre Merkmale	21
5.2 Klettern in der Erlebnispädagogik	23
5.3 Ziele.....	25
5.4 Handlungsfelder und Adressat*innen	27

5.5	Anwendung in der Sozialen Arbeit	27
6	Erlebnispädagogik als therapeutischer Ansatz	28
7	Exkurs: Soziale Arbeit	31
8	Verhältnis von Therapie und Soziale Arbeit.....	32
9	Therapeutisches Klettern in der Praxis	37
9.1	Rechtliches und Weiterbildung	38
9.2	Hürden.....	39
10	Fazit: Grenzen und Möglichkeiten von Klettern als Therapieform in der Sozialen Arbeit 40	
11	Literaturverzeichnis	42

Gender Erklärung

In dieser Bachelorarbeit wird auf die Sprachform des generischen Maskulinums weitgehend verzichtet; es wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die geschlechtergerechte Sprache im Folgenden durch Formulierungen mit dem Gendersternchen (*) gewährleistet wird. Zum einen, da diese Form des Genders aus der Queer-Community hervorgeht und zum anderen, da sie für Menschen mit beeinträchtigtem Sehvermögen besser erkennbar ist (Sittler, 2021).

Einleitung

„Sich voll auf das Hier und Jetzt konzentrieren, die eigenen Grenzen ausloten und auch verschieben“, so beschreibt der Deutsche Alpenverein die Faszination des Kletterns (Deutscher Alpenverein e. V. o. D.). Die Anzahl der neu eröffneten Kletterhallen zeigt, dass der Sport in den letzten Jahren viele Begeisterte dazugewonnen hat. Allein zwischen 2015 und 2018 wurden 60 neue Kletteranlagen (Bouldern und/ oder Seilklettern) in Deutschland gebaut und in Betrieb genommen. Die Tendenz ist weiterhin steigend (Deutscher Alpenverein e. V. 2018). Viele bekannte Bergsportler*innen bezeichnen den Sport als Lebenseinstellung, so wie der österreichische Sportkletterer und Alpinist David Lama (Penning 2019). Klettern ist eine vielfältige Aktivität, denn es trainiert nicht nur die Muskeln und Koordination, sondern auch den Geist. Während des Kletterns müssen immer wieder neue Bewegungsabläufe erlernt und entwickelt werden. Dies verlangt ein hohes Maß an Kreativität und Konzentration und verhindert, dass der Sport monoton und langweilig wird. Durch die Anpassung von Schwierigkeitsgrad und Kletterform an die Fähigkeiten und Bedürfnisse der kletternden Person, können schnelle Erfolgserlebnisse erzielt werden. Während Kinder spielerisch auf Bäume oder Spielgerüste klettern, um ihr Geschick zu erproben, nutzen andere das Hallenklettern oder zum Beispiel den alpinen Bergsport, um ihre persönliche Leistungsgrenze zu erleben. Auch das Gemeinschaftliche, man klettert aus Sicherheitsaspekten mindestens immer zu zweit, sowie die Naturverbundenheit im Outdoor-Klettern macht diesen Sport so reizvoll für viele Menschen. Draußen sein und etwas Erleben - diese Eigenschaften des Kletterns werden schon lange in der Erlebnispädagogik geschätzt. Hierbei soll das Erleben Reize zur Reflexion und Persönlichkeitsentwicklung setzen. Diese Wirkebene des Klettersports nutzen immer mehr Pädagog*innen und Therapeut*innen in ihrer Arbeit. So findet man immer öfter Angebote zum Therapeutischen Klettern. Nachfolgend wird diskutiert, warum sich speziell Klettern als Therapie eignet und wie Therapeutisches Klettern in der Sozialen Arbeit verortet werden kann. Folgende Fragestellung liegt der Arbeit zugrunde: *Klettern als Therapie? Grenzen und Möglichkeiten therapeutischer Maßnahmen in der Sozialen Arbeit*

Um diese Frage zu klären, wurde als Hauptliteratur das Buch für die Ausbildung zur Klettertherapeut*in des Instituts für Therapeutisches Klettern „Therapeutisches Klettern: Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik“ von A. – C. Kowald und A. Zajetz verwendet. Kowald und Zajetz beziehen sich dabei primär auf das Sportklettern und Bouldern.

Daher soll zu Beginn der Arbeit eine Einführung in den Klettersport und diese beiden Disziplinen gegeben werden. Anschließend folgt eine Klärung des Therapiebegriffs, wie er im deutschen Recht verstanden wird und was die Ziele und Wirkfaktoren demnach sind. Das fünfte Kapitel beschäftigt sich mit den therapeutischen Eigenschaften des Kletterns. Hier werden die verschiedenen Erlebnisqualitäten, die in der therapeutischen Arbeit nach Kowald und Zajetz genutzt werden, aufgeführt. Es werden die unspezifischen und spezifischen Faktoren dargestellt, welche das Klettern zu einem therapeutischen Medium machen. Da das Klettern schon lange eine etablierte Methode in der Erlebnispädagogik ist und diese wiederum einen festen Bestandteil der Sozialen Arbeit bildet, beschäftigt sich das Kapitel 5 mit der Erlebnispädagogik und der Anwendung des Kletterns. Im Kapitel 6 wird ein Einblick in die therapeutischen Ansätze nach Kurt Hahn gegeben. Dieser gilt als Gründungsvater der Erlebnistherapie, aus welcher sich die Erlebnispädagogik entwickelt hat und welche die Basis für weitere therapeutische Ansätze bildet. Um schließlich eine Einordnung des therapeutischen Werts des Kletterns in der Sozialen Arbeit zu ermöglichen, muss der immer wieder aufkommende Diskurs zum Verhältnis von Therapie und Sozialer Arbeit erläutert werden. Im Schlusskapitel wird ein abschließendes Fazit zu den Grenzen und Möglichkeiten von Klettern als Therapieform gezogen.

1 Klettersport

Es gibt mittlerweile eine Vielzahl von Spielarten des Kletterns, wie das Baumklettern, Klettergärten, Parkour und viele weitere. In dieser Arbeit soll sich auf zwei Klettersportdisziplinen, Sportklettern und Bouldern beschränkt werden, aufgrund des persönlichen Bezugs der Autorin. Im Rahmen der Literaturrecherche für diese Arbeit wurde darüber hinaus deutlich, dass sich die Veröffentlichungen v. a. auf das Sportklettern und Bouldern fokussieren. Dieses Kapitel umreist die Entstehungsgeschichte des Klettersports und präsentiert die zwei zuvor genannten Klettersportdisziplinen.

1.1 Einführung in den Klettersport

Klettern ist nicht gleich Klettern. Menschen klettern, evolutionsgeschichtlich betrachtet, schon seit Urzeiten aus Mittel zum Zweck. Sie nutzten diese (Fort-) Bewegungsart, um Nahrung zu Suchen oder sich vor anderen natürlichen Konkurrenten und Feinden in Sicherheit zu bringen. Als Teil der menschlichen Bewegungsgrundformen reiht sie sich in das Springen, Laufen und Werfen ein und ist bei Kindern schon in den frühen Lebensjahren zu beobachten (Gauster/Stöhr, 2018) Dennoch hat sich diese Bewegungstechnik in der Moderne als Sportart etabliert, die Anfang des 1900 Jahrhunderts nur von besonders risikofreudigen Menschen praktiziert wurde. In den Anfängen wurde diese von einem Eroberungsalpinismus- und dem Wettkampfgedanken geprägt. Zielsetzung war lediglich die Besteigung und das Erreichen des Gipfels, wobei sich noch keine allgemeinen Regeln etabliert hatten (Strobl/Zeller 1995. S.8ff). Es waren sämtliche Hilfsmittel, wie Leitern, Tritte und Haken im Einsatz und wurden zum Besteigen des Berges genutzt. Um 1910 entstand der Klettersport wie er heute als Breitensport bekannt ist und von Jung bis Alt praktiziert wird. Paul Preuß gilt heute als einer der geistigen Väter des Freikletterns – Klettern ohne Künstliche Hilfsmittel- und skandierte 1911 provokant die Bedeutung der Art und Weise des Erklommens der Berge in seiner Kampfschrift „Künstliche Hilfsmittel auf Hochtouren“:

„Ich verstehe weder den Wert der Gefühle noch den Wert der Leistung, wenn man sich so über eine Wand hinaufschwindelt. (...) Wenn man an steilen Wänden mit absoluter Sicherheit nur turnen will, etwa an dreifachen Seilen oder aber einem aufgespannten Sprungtuch, dann soll man doch lieber zu Hause bleiben und seine Geschicklichkeit im Turnverein erproben. (...)“

Nicht nur ,dass man auf Berge hinauf- und wieder hinunterkommt, möge von Bedeutung sein, sondern auch ,wie‘!“

Paul Preuß 1911, zitiert nach Scheimpflug, 2014, S.4)

Diese Kletterethik bzw. allgemein gültiger Konsens ohne künstliche Hilfsmittel *frei* zu klettern und lediglich Hilfsmittel wie Seil, Haken und Gurt zur Sicherung bei Stürzen zu nutzen, konnte sich erst in den 60er-Jahre vollständig durchsetzen (Strobl/Zeller 1995). Seitdem haben sich zahlreiche Disziplinen und Begehungsformen daraus entwickelt. Seit 2020 ist das Sportklettern mit verschiedenen Teildisziplinen bei den Olympischen Spielen zugelassen. Auch in der Pädagogik und Therapie konnte sich das Klettern etablieren. Im Folgenden werden das Sportklettern und Bouldern vorgestellt. Im weiterführenden Text wird jedoch primär *Klettern* verwendet. Gemeint sind dennoch alle Sportkletterdisziplinen und Bouldern.

1.2 Disziplinen des Klettersports

1.2.1 Sportklettern

Die populärste Begehungsart ist das Sportklettern (engl. Freeclimbing). Die wichtigste Regel dabei, so Gullich und Kubin ist das *freie Klettern*. Dabei wird die Felswand mit ihren Gegebenheiten und Schwierigkeiten ohne künstliche Hilfsmittel zur Fortbewegung geklettert (1989, S.99).

Mittlerweile gibt es auch viele künstliche Kletterhallen und Kletteranlagen, bei denen die Gegebenheiten, die es zu bewältigen gilt, in die Wand geschraubte Griffe sind. Dennoch dürfen, ob am Fels oder in der Halle Seil, Haken und Gurt nur zur Sicherung von Stürzen genutzt werden. Auch selbstangebrachte Zwischensicherungen wie Keile, Expressen, Schlingen oder Friends¹, die in der Wand montiert werden können und beim Abklettern (Runter klettern) wieder ausgebaut werden, sind akzeptiert. Durch diese in der Wand montierten Sicherungspunkte läuft das Seil, das die kletternde Person mit sich führt. Im Falle eines Sturzes wird das Seil durch der Sicherungsperson festgehalten und die kletternde Person fällt bis in die letzte Sicherung (Bohrhaken oder mobile Sicherungsmittel) Die Menschen die zusammen mit einem Seil eine Route Klettern und sich Sichern, bilden eine Seilschaft. (Perwitzschky 2003). Diese psychische Auseinandersetzung mit der Gefahr von Stürzen und das Vertrauen in die

¹ Mobile Sicherungsmittel aus Seilen, Karabiner und/oder verarbeiteten Metall

sichernde Person ist ebenfalls fester Bestandteil des Sportkletterns (Winter 2001, S.10). Das Klettern im Toprope gilt nicht als *freies Klettern*, da hierbei das Seil von oben kommt und keine Sicherungspunkte selbst gesetzt oder eingeklickt werden müssen. Die Gefahr eines tiefen und schwerwiegendem Sturzes ist somit sehr gering. Die eigentliche Kletterleistung, so Perwitzschky, wird von verschiedenen Faktoren wie Technik, Psyche, Flexibilität, Ausdauer, Kraft und weiteren beeinflusst. Nur das optimale Zusammenspiel dieser Faktoren ermöglicht eine maximale Leistung (2003, S.16). Dennoch ist das Toprope-Klettern der Beginn für jede*n Einsteiger*in um das Sportklettern zu lernen und das Vertrauen in Material und Sicherungspartner*in aufzubauen (ebd., S.14).

1.2.2 Bouldern

Bouldern bedeutet übersetzt aus dem englischen Felsblock und kommt daher, dass häufig an Felsblöcken geklettert wird. Ursprünglich war es als Training für das Sportklettern gedacht. Mittlerweile ist es jedoch eine eigene Disziplin und erfährt aufgrund der Niedrigschwelligkeit immer mehr Zuwachs (Deutscher Alpenverein e. V., o. J.). Teresa Stiens, Journalistin beim Handelsblatt bezeichnet es in einem ihrer Artikel auch als „ultimative Urbanisierung des Abenteuers“ (Stiens 2020). Beim Bouldern wird in Absprunghöhe von 3-4 Metern ohne Sicherung durch ein Seil geklettert. Es werden lediglich Kletterschuhe, Magnesium² und zum Abfangen von Stürzen eine Bodenmatte (Crashpad) benötigt. Dieser geringe Materialaufwand und das Klettern auf Absprunghöhe ist für viele der ideale Einstieg, um mit dem Klettern zu beginnen, da die psychische Komponente die Angst vor der Höhe zu überwinden und das Risiko eines lebensbedrohlichen Sturzes fast komplett entfällt (Perwitzschky 2003, S.15-16). Andererseits wird es auch als die sogenannte *Königdisziplin* des Kletterns bezeichnet, da ausschließlich die Kletterbewegung im Vordergrund steht (Winter 2001, S.11). Daher sind explizite Klettertechniken wie Finger- oder Fußstellung, aber auch Koordination, Reaktionsfähigkeit und Kreativität essenziell, um in diesem Sport Erfolge und Entwicklungen zu erzielen (Perwitzschky 2003, S.17). Dieses Zusammenspiel der genannten Komponenten macht das Bouldern für viele zu einer geeigneten und abwechslungsreichen Alternative zum Fitnessstudio. Auch der Deutsche Alpenverein (DAV) verzeichnet einen stärkeren Anstieg von

² Magnesium (engl. Chalk) dient dem Aufsaugen von Handschweiß und sorgt für besseren Halt (Winter 2001, S. 20)

Neueröffnungen künstlicher Kletteranlagen für das Bouldern als für Sportkletterhallen in den letzten 5 Jahren (Deutscher Alpenverein e. V. 2018).

2 Therapie

Da sich diese Arbeit mit den Grenzen und Möglichkeiten therapeutischer Maßnahmen in der Sozialen Arbeit beschäftigt, wird zunächst ein Verständnis für den Begriff Therapie entwickelt, der in dieser Arbeit gültig ist. Im Anschluss werden die Ziele und Wirkfaktoren therapeutischer Arbeit beschreiben.

2.1 Definition

Eine allumfassende Begriffserklärung der therapeutischen Praxis, welche sowohl Anwendungs- als auch Theorieebene abbildet, ist schwer zu formulieren, da die Übergänge zwischen klinisch-psychologischen Interventionen und Psychotherapie fließend sind. Eine vielfach verwendete Definition ist jedoch die nach Hans Strotzka (1975):

„Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktionaler Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal, aber auch a verbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens. In der Regel ist dazu eine tragfähige emotionale Bindung notwendig.“

(Wittchen et al. 2011, S.453)

Dennoch werden die Ziele in der Praxis stark durch administrative, organisatorische und juristische Bestimmungen versucht zu bestimmen. So definiert zum Beispiel der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, welche seelischen Krankheiten mit welchem psychotherapeutischen Behandlungsverfahren durch die Krankenkassen abgerechnet werden

kann (Wittchen et al. 2011, S.450ff). Des Weiteren bestimmt das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) die Berufsausübung und die Berufsbezeichnung wie folgt:

„(2) Ausübung der Psychotherapie im Sinne dieses Gesetzes ist jede mittels wissenschaftlich geprüfter und anerkannter psychotherapeutischer Verfahren oder Methoden berufs- oder geschäftsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist. Im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung ist eine somatische Abklärung herbeizuführen. Tätigkeiten, die nur die Aufarbeitung oder Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben, gehören nicht zur Ausübung der Psychotherapie.“

(PsychThG §1 Abs.2)

In der Praxis jedoch werden klinisch-psychologische Interventionen nicht nur in der psychotherapeutischen Praxis, sondern auch in verschiedenen Feldern der Pädagogik, Beratung und Betriebspsychologie (Wittchen et al. 2011, S.450).

2.2 Ziele

Die Ziele psychotherapeutischer Praxis werden juristisch im PsychThG allgemein mit „Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert“ beschrieben (§1 Abs. 2). Wittchen und Hoyer führen die Ziele psychotherapeutischer Intervention in vier Punkten näher aus. Die höchste Priorität hat dabei wohl auch für die Patient*innen, die Leidensreduktion mit dem Ziel, das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit (wieder) herzustellen. Diese äußern sich mitunter in starken negativen Gefühlen wie Angst oder Wut, die mit ihren Symptomen wie Zwangsstörungen, Panikanfälle u. v. a. m. die Menschen an einem angepasst und zufriedenem Leben innerhalb dieser Gesellschaft hindern oder andere Menschen in ihren Rechten einschränken bzw. gefährden. Somit ist ein weiteres zentrales Ziel die Reduktion von Symptomen. Hierbei wird die Häufigkeit und Intensität der Symptome versucht zu reduzieren. Das dritte Ziel ist die Veränderung von Verhaltensmustern und/oder Emotionsmuster, die für die Person oder andere eine kritische Belastung darstellen. Prävention und frühzeitige Intervention sollen dabei helfen, Rückfälle zu vermeiden und Strategien zur Bewältigung der Muster zu manifestieren. Das letzte angeführte Ziel in der Psychotherapie besteht in der

Entwicklung zu einer langfristigen erfolgreichen Lebens- und Problembewältigung. Dies soll durch die Förderung und Stärkung eines stabilen Selbstwertgefühls, die Verbesserung der Urteilsfähigkeit, sowie der kognitiven und emotionalen Flexibilität im Zusammenhang mit den Herausforderungen in dieser Gesellschaft und des Lebens erreicht werden (Wittchen et al. 2011, S.455f).

2.3 Wirkfaktoren

Einhergehend mit der unterschiedlichen Ausrichtung der Therapieschulen variieren die zugrunde liegenden Wirkfaktoren der Psychotherapie. Dennoch hat zum Beispiel Grawe (1998) die Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Problembewältigung und motivationale Klärung als schulübergreifende Elemente herausgearbeitet. Auch Baumann und Perrez (2011) haben messbare Aspekte für Rückfall und Erfolg zusammengetragen wie die therapeutische Beziehung (zum Beispiel Übertragung), die Erfolgserwartung, die Konfrontation mit dem Problem, die kognitive Kontrolle über das Problem sowie Erfolgs- und Misserfolgzuschreibung.

3 Therapeutische Eigenschaften des Kletterns

Zu Beginn muss geklärt sein, dass Klettertherapie oder therapeutisches Klettern noch kein geschützter Begriff ist. Der Begriff taucht vermehrt im Zusammenhang mit Psychotherapie als Angebot in Kliniken auf. Somit soll im folgenden Kapitel geklärt werden, warum Klettern sich als therapeutisches Medium eignet. Dabei wird zunächst das Konzept der Erlebnisqualitäten des Kletterns nach Kowald und Zajetz erläutert. Anschließend werden die unspezifischen und spezifischen Faktoren aufgeführt.

3.1 Erlebnisqualitäten

Die Erlebnisqualitäten beschreiben, was psychologisch beim Klettern passiert. Die Aktivität spricht die kognitive, emotionale und psycho-soziale Ebenen menschlichen Verhaltens und Erlebens an, die insbesondere im therapeutischen und pädagogischen Arbeiten von Bedeutung sind. Kowald und Zajetz (2015, S.20ff) fassen diese unter dem Begriff der Erlebnisqualitäten

des Kletterns zusammen. Bewusst ausgewählt und angewandt können diese im Umgang mit Klient*innen zur Entwicklung der Persönlichkeit und Methoden sowie zur Veränderung von Verhaltensmechanismen beitragen. Einige davon werden im Folgenden Erläutert, da sie die Grundlage der therapeutischen Anwendung des Kletterns sind.

3.1.1 Angst

„Angst ist primär etwas Gesundes und Wichtiges“, so Pohl. „Sie dient als biologisches, seelisches und soziales Warnsystem, das immer dann aktiviert wird, wenn unser Körper, unsere Seele oder wichtige soziale Bezüge in Gefahr sind. Sie bereitet den Menschen so körperlich und seelisch auf eine Gefahr vor. Dadurch entsteht Wachheit und gleichzeitig eine deutlichere Wahrnehmung seiner selbst“ (Pohl 2015, S.44). In Bezug auf das Klettern ist Angst somit von großem Vorteil, denn man begibt sich tatsächlich in gefährliche Situationen, wenn man nicht voll und ganz darauf fokussiert ist keine Fehler beim Sichern oder Klettern zu machen. Pohl betont jedoch auch, dass sie auftreten kann, wenn „ein Entwicklungsschritt ansteht, der zunächst verunsichert, aber notwendig ist zur freien Entfaltung der Persönlichkeit“. Sie kann dazu führen, „dass Kreativität entwickelt wird, die zur Lösung und Bewältigung einer schwierigen Situation führt“ (2015, S.6). Somit ist die Angst ein wichtiger Bestandteil des Kletterns und hilft die persönlichen Fähigkeiten zu verbessern. Für die Pädagogik und das therapeutische Arbeiten, können diese Auseinandersetzungen mit der eigenen Persönlichkeit und Wahrnehmung in Lern- und Entwicklungsprozessen angewandt und transformiert werden (Kowald/Zajetz 2015, S.21-22).

Angst kann aber auch hinderlich sein. Vor allem wenn die Ursache diffus ist. In solchen Situationen ist man fremdbestimmt und kann sie nicht mehr kontrollieren (Burghardt 2015). Beim Klettern kann so eine Situation lebensbedrohlich sein. Wenn die kletternde Person in 10 m Höhe hängt und nicht weiß, wie sie handeln soll oder hektisch wird, können Fehler mit schwerwiegenden Folgen resultieren. Es können sich Steine vom Fels lösen, Sicherungsgeräte oder Sicherungen unsachgemäß genutzt werden und schwere oder tödliche Stürze die Folge sein. Daher ist es von enormer Wichtigkeit, dass sich im Vorhinein gut auf das Klettern vorbereitet wird und das Sichern und Abseilen beherrscht werden. Nach dem transaktionalen Stressmodell nach Lazarus sind solche erworbenen Kompetenzen Ressourcen, die in anspruchsvollen Situationen helfen können, Ängste zu rationalisieren und einzuordnen (Franke 2012, S.122). Die Frage warum sich Menschen freiwillig in riskante Situationen begeben,

erklärt Marvin Zuckermann mit dem Sensation-Seeking. Demnach sind die Neugier und das Erkunden von Neuem eine intrinsische Motivation des Menschen. Während und nach der Situation, sowie nach dem Überstehen von neuen, herausfordernden zum Teil bedrohlichen Momenten wird er mit Ausschüttung von Dopamin, Noradrenalin und Endorphinen belohnt. Auf diese biochemische Reaktion antwortet der Körper mit positiven Emotionen (Stelmack 2004, S.223ff). Diese fördern das Selbstbewusstsein und unterstützen die Erweiterung des individuellen Erfahrungsspektrums.

Ziel des Kletterns im sportlichen wie auch pädagogischen und therapeutischen Sinne ist jedoch nicht das Erreichen von Angstfreiheit, da sonst viele Entwicklungsprozesse und Erfahrungen, wie zuvor beschrieben, verloren gehen würden. Es geht vielmehr darum, einen Umgang mit Ängsten zu lernen und diese differenzieren zu können (Kowald/Zajetz 2015, S.21). Gelingt es dann, den Top (Ende der Route) einer Kletter- oder Boulderoute zu erreichen, hat der/die Klient*in es aus eigener Kraft geschafft und das Selbstbild kann sich positiv verändern zum Beispiel in *Ich als mutige Kletterin, traue mich, in dieser Höhe zu klettern* (ebd., S.38).

3.1.2 Flow-Erlebnis

„Your whole being is completely absorbing in the experience- a moving meditation “(Produzent Mortimer/Rosen 2014, 00:01:13-00:01:16). So beschreibt Lynn Hill, eine der bekanntesten Sportkletterinnen aus den USA das Gefühl beim Klettern. Diese Form des Erlebens definiert Csikszentmihalyi als *Flow* und begründete somit die Flow-Theorie. Dafür interviewte er eine Vielzahl Menschen die *zweckfrei* handeln wie Künstler*innen, Schachspieler*innen und Sportkletter*innen. Zweckfreies Handeln beschreibt Tätigkeiten, bei denen es keine extrinsische Motivation gibt, die mit sozialen Zwängen oder mit einer Sinnhaftigkeit belegt sind. Lust und Freude sind einzige Motivation daran (Deci/Ryan 1985, S.11). Csikszentmihalyi (1975, 1990) identifiziert bei allen Personen mit unterschiedlichen Tätigkeiten ein intensives, störungsfreies, subjektives Erleben. Das Flow-Erleben wird in 4 Hauptmerkmale unterteilt. Das Wichtigste ist das tiefe involviert sein in eine Handlung, wobei alles Umliegende sowie innere Bedürfnisse hinter die Handlungsausführung treten. Das zweite Merkmal ist, dass Bewusstsein und Handlung völlig miteinander verschmelzen und kein Platz mehr für selbstreflektierendes Verhalten ist. Auch Zweifel an den eigenen Kompetenzen oder Bewertungsangst haben keinen Raum. Stattdessen herrscht ein Gefühl starker Kontrolle, welches das dritte Merkmal ist. Das letzte und prägnanteste Merkmal ist die verzerrte Zeitwahrnehmung. Stunden fühlen sich wie

Minuten an und die ganze Umwelt wird ausgeblendet. Es herrscht ein absolutes Maß an Konzentration und Fokus auf die eine Tätigkeit. Dies erfordert Voraussetzungen, die dieses Erleben im Flow ermöglichen. Zum einen muss das Anforderungsniveau der Tätigkeit genau passen (Csikszentmihalyi/ Csikszentmihalyi 1988, S.260). Es darf gerade so hoch sein, dass sie die volle Aufmerksamkeit beansprucht, aber nicht überfordert. Im Falle des Kletterns bedeutet,

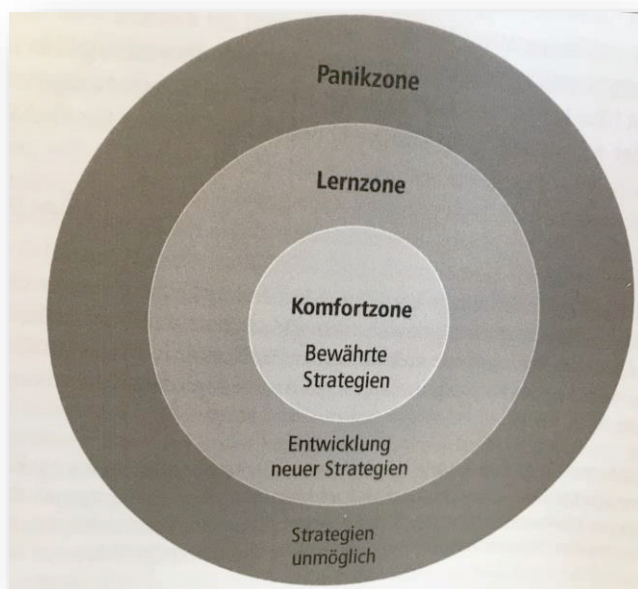


Abbildung 1: Lernzonen Modell nach Senninger

dass, wenn die Route schwierig und hoch ist, die Person schneller an ihre psychischen Grenzen kommt und sich somit Angst einstellt. Wenn jedoch nur ein Faktor herausfordernd ist, befindet sich die Person nach dem Lernzonenmodell nach Senninger in der Lernzone in der eine Entwicklung von neuen Kompetenzen und Strategien möglich ist und sie sich optimal fokussieren kann (Senninger 2000, S.26). Eine weitere Bedingung für das Flow-Erlebnis ist die klare Zielsetzung, jedoch nicht im zweckorientierten Sinn, sondern um die Handlung zu strukturieren. Im Klettern ist dies oftmals das Ende der Route bzw. der Gipfel. Die dritte Hauptbedingung ist das unmittelbare Feedback der Handlung, um gegebenenfalls die Ausführung zu korrigieren und in Richtung Ziel zu bringen. Zum Beispiel wenn der falsche Griff oder Tritt auf der Route genommen wird, kommt das Feedback in Form von nicht weiterkommen, abrutschen oder vergeudetem Kraftaufwand. Das Flow-Erlebnis kann jedoch auch von äußeren Faktoren behindert werden, zum Beispiel von Telefonanrufen, Zeitdruck, lauter Umgebung. In der pädagogischen Praxis ist es daher wichtig, die richtigen Interventionen und Aufgaben optimal angepasst an die Handlungskompetenzen der Klienten*innen zu finden (Kowald/Zajetz 2018, S.26). Dies ermöglicht ihm/ihr das absolute Fokussieren auf die Handlung

und gibt die Möglichkeit des Selbst- und Zeitvergessens, woraus eine harmonische Symbiose aus Körper und Geist resultiert. Zudem lässt die Zentrierung auf das *Hier und Jetzt* alltägliches für den Moment vergessen und nur das momentane Erleben und Handeln hat Relevanz. (Csikszentmihalyi 2013, S.15). Dies bietet somit eine kurze Auszeit aus dem Alltag und andere Erfahrungs- und Wahrnehmungsmöglichkeiten. In seinem Buch „Das Flow-Erlebnis- Jenseits von Angst und Langeweile: im Tun aufgehen“ vergleicht M. Csikszentmihalyi (1987, S.130) (Abb.2) das Kletter-Erlebnis mit dem *normalen* Leben. Dabei zählt er viele Erlebnisqualitäten des Kletterns auf.

Tabelle 5: Tiefer flow beim Klettern am Fels

Normales Leben	Kletter-Erlebnis
Informationslärm: Zerstreuung und Konfusion der Aufmerksamkeit	Zuspitzung der Aufmerksamkeit
Nebelhaftigkeit der Grenzen, Anforderungen, Motivationen, Entscheidungen, Rückmeldungen	Klarheit und Steuerbarkeit der Grenzen, Anforderungen, Entscheidungen, Rückmeldungen
Trennung von Handlung und Bewußtsein	Verschmelzen von Handlung und Bewußtsein
Versteckte, unvorhersehbare Gefahren; unbeeinflussbare Ängste	Offensichtliche, einschätzbare und kontrollierbare Gefahren
Angst, Sorgen, Konfusion	Glück, Gesundheit, Vision
Leben nach Stundenplan; Phasen hektischer Anstrengung	Leben außerhalb der Zeit: Zeitlosigkeit
Zuckerbrot und Peitsche: Wichtigkeit exotischer, extrinsischer materieller und sozialer Belohnungen; Zweckorientiertheit	Prozeßorientiertheit; Beachtung autotelischer, intrinsischer Belohnungen; Eroberungen des Nutzlosen
Dualismus von Geist und Körper	Integration von Geist und Körper
Fehlendes Selbst-Verständnis; Falsches Bewußtsein seiner selbst; Kampf zwischen verschiedenen »Selbst«	Verstehen des wahren Selbst; Selbstintegration
Fehlkommunikation mit anderen; Masken, Status und Rollen in einer Hierarchie; falsche Unabhängigkeit oder Abhängigkeit am falschen Ort	Direkte und unmittelbare Kommunikation mit anderen in einer Ordnung der Gleichberechtigung; wahre und beidseits akzeptierte Abhängigkeit von anderen
Unklarheit bezüglich des Ortes des Menschen in der Natur oder im Universum; Abgetrenntheit von der natürlichen Ordnung; Zerstörung der Erde	Sinn für den Ort des Menschen im Universum; Einheit mit der Natur; Kongruenz der psychologischen und der weltlichen Ökologie
Oberflächlichkeit der Anliegen; Seichte Bedeutungen im Flachland	Dimension »dort oben«; Begegnung mit tiefsten Anliegen
Sowohl die Balinesischen Selbstdarstellungen, als auch diejenigen der Kletterer sind antistrukturell im Sinne von Turner	

Abbildung 2: Tabelle 5: Tiefer flow beim Klettern am Fels M. Csikszentmihalyi 1987. S. 130

3.1.3 Grenzen

Grenzerfahrungen sind wichtig, um sich selbst besser spüren und einschätzen zu können. Laut Niggehoff zeigt sich durch die Angst bei einer Grenzerfahrung das *Wahre-Ich*, es fordert die Auseinandersetzung mit der eigenen Persönlichkeitsstruktur und Angst (Niggehoff 2003, S. 193f). Dies sollte jedoch bewusst und in einem geschützten Rahmen passieren, da sonst das Überschreiten von Grenzen eine Traumatisierung zur Folge haben kann. Jede Person hat individuelle Grenzen, die respektiert werden müssen (Kowald/Zajetz 2015, S.27f). Um diese Grenzen zu erfahren und zu definieren, ist das Klettern insbesondere geeignet. „Aufgrund der verschiedenen Schwierigkeitsgrade von Kletterrouten ist es möglich jeden Menschen an seine individuellen Grenzen zu führen“ (Niggehoff 2003, S.193f). Sie können aber auch eine belastende Einschränkung im Leben der jeweiligen Person darstellen. Daher ist Kommunikation beim Klettern essenziell. Die Personen die zusammen Klettern und sich gegenseitig sichern, müssen von der anderen Person wissen wo ihre psychischen und physischen Grenzen sind um nicht in Überforderungs- und/oder Paniksituationen zu kommen (Niggehoff 2003, S.194). Pädagogisches sowie therapeutisches Klettern können durch gezielte Fragen oder Aufgaben Menschen, die keinen guten Zugang zu ihren Grenzen haben, helfen eigene und fremde Grenzen zu erkennen, bewusst zu machen und diese mitzuteilen bzw. zu erfragen und zu akzeptieren (Kowald/Zajetz 2015, S.27f).

3.1.4 Planung und Ziele

Klettern passiert nicht unkontrolliert und willkürlich. Bevor eine Route am Fels, in der Halle oder auch am Baum geklettert wird, muss man sich einen Moment Zeit nehmen und ein paar Gedanken machen, was einen erwartet. *Ist das mein Schwierigkeitsgrad? Welche Sicherungs-/ Absprung-/ Fallmöglichkeiten habe ich? Welche Bewegungsabläufe erwarten mich (Balance, Sprung, Hangeln, Kraft,...)? Welche Griffe habe ich?* Diese Planung ist zum einen sicherheitsrelevant zum anderen gibt sie den Therapeut*innen auch Auskunft über die Person. Ist es eher eine Person die zwanghaft plant oder handelt sie im Gegenteil unstrukturiert und ungeplant. Die Klient*innen lernen somit sich auf das Anstehende zu konzentrieren und sich Schritt für Schritt zu strukturieren. Dennoch bedarf Klettern auch Spontanität und Kreativität, was Menschen, die zu einer zwanghaften Strukturierung neigen, fordern kann dies abzulegen.

Die Motivation eine Route erfolgreich zu klettern, ist hierbei unterstützend, um die Ziele zu erreichen (ebd., S.36)

3.1.5 Vertrauen und Kommunikation

Eine weitere zentrale Erlebnisqualität des Kletterns sind die verschiedenen Ebenen des Vertrauens. Vertrauen in das Material, in die eigenen Fähigkeiten, in die Kletterpartner*innen ist notwendig. Die bewusste Abgabe von Kontrolle an die sichernde Person ist Voraussetzung der Vertrauensbildung beim Klettern, denn beim Seilklettern gibt man wortwörtlich das Leben in die Hände anderer. Der Prozess muss durch intensive Kommunikation begleitet werden. Vor und während des Kletterns sollte immer ein beidseitiger Sicherheits-/Partner*innen-Check von Material, Knoten, körperlicher und mentaler Verfassung durchgeführt werden. Nicht nur die kletternde Person muss Vertrauen aufbauen und Kontrolle abgeben, sondern auch die sichernde Person muss sich selbst und der Partner*in vertrauen, um die Verantwortung annehmen zu können. Um zu den Kletterpartner*innen Vertrauen aufbauen zu können, benötigt es eine Beziehung zu der Person. Diese kann durch Kommunikation und positive Erlebnisse (kleine Spiele im Vorhinein, Erstellung gemeinsamer Kletterregeln) aufgebaut werden. Außerdem kann durch den Kauf von zertifiziertem Material und einen pflegsamsten Umgang, das Ausprobieren in sicherer Höhe, sowie das sachgemäße Wissen zur Anwendung zumindest auf Materialebene Vertrauen aufgebaut werden (Kowald/Zajetz 2015 S.38ff).

3.1.6 Verantwortung

Da Klettern kein Einzelsport ist und man sich gegenseitig sichert, motiviert und gemeinsam Routen überlegt, ist auch Verantwortung und ein Bewusstsein für die Gruppe eine Erlebnisqualität. Dies trägt zur Förderung eines Gemeinschafts- und Zugehörigkeitsgefühls bei, was es zu einer beliebten Methode von Gruppenprozessen oder Gruppenpädagogik macht. Durch kooperatives Verhalten zum Beispiel durch gemeinsames Lösen von Problemen an der Wand oder gelingenden Routen, verstärkt sich das Gemeinschaft und Zugehörigkeitsgefühl und Vertrauen kann aufgebaut werden. Daraus entwickelt sich ein wertschätzender und offener Umgang innerhalb der Gruppe (Kowal/Zajetz 2015, S.24f). Der Spielort des Kletterns ist überwiegend draußen am Fels in der Natur. Dies kann zu einer Belastung für Flora, Fauna und Landschaft führen. Aus diesem Grund hat sich der DAV auf das Leitbild *mit der Natur* geeinigt.

Kletternde sind zu Gast in dem Lebensraum von Tieren und Pflanzen, welche es zu schützen und respektieren gilt. Die Verantwortung für Umwelt und Natur stellt mittlerweile eine der Grundlagen des Kletterns dar und wird von den unterschiedlichen Bergsportvereinen mit verschiedenen Konzepten umgesetzt. Zum einen ist es fester Bestandteil des Selbstverständnisses des DAV, zum anderen wird es in den Ausbildungen gelehrt. Auch das Durchführen von ehrenamtlichen Einsätzen zur Landschafts- und Naturpflege, so wie Kletter- und Betreuungskonzepte für Klettergebiete gehören zur Vereinstätigkeit des DAV und anderen Klettervereinen. Dies unterstützt ein verantwortungsbewusstes Verhalten in der Natur (DAV-Ressort Natur- und Umweltschutz 2015).

3.2 Spezifische Faktoren

Zajetz hat in ihrem Buch „Therapeutisches Klettern“ die spezifischen Faktoren, weshalb sich Klettern als therapeutisches Medium eignet, herausgearbeitet. Wie im Kapitel 1.1 beschrieben, gehört Klettern zu den *ursprünglichen Bewegungen* des Menschen. Daher kann in der Therapie auf archaische Bewegungsmuster zurückgegriffen werden. Daraus ergibt sich ein starker *Aufforderungscharakter*, der vor allem bei Kindern und Jugendlichen genutzt werden kann. Des Weiteren lässt sich Klettern *gut dosieren*. Je nach Bedürfnis und Fertigkeiten können die Höhe und die Schwierigkeit sehr fein abgestuft werden. Somit kann ein optimales Maß an Anforderung gefunden werden, um Erfolgs- und Lernerlebnisse zu garantieren. Da Klettern als Risikosport gilt und besonders bei Nicht-Kletternden und Kletterneulingen zu einer *Heroisierung und Bewunderung* führt, ist das Erfolgserlebnis, das man es selbst schafft zu Klettern etwas Besonderes (Zajetz 2015, S.42f). Trotz dessen ist Klettern bei Einhaltung der Sicherheitsvorkehrungen ein *sicherer Sport* (Heckmaier/Michl 2008, S197ff). Da fast alle Kletterunfälle, Folgen menschlichen Versagens sind ist eine Kletterausbildung und Erfahrung unumgänglich, um diese Sicherheit zu gewährleisten. Daher ist gegenseitiges Vertrauen wie im Kapitel 3.1.5 beschrieben im Klettern essenziell. Andere therapeutische Medien thematisieren ebenfalls Vertrauen, jedoch ist es beim Klettern unumgänglich. Letztlich bietet Klettern vielfältige Metaphern, was das Sprechen in Symbolen ermöglicht – sich fallen lassen, stark sein-, den Transfer in den Alltag, vor allem in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen vereinfacht (Zajetz 2018, S.43).

3.3 Unspezifische Faktoren

Klettern wird ebenso wie Musik, Tanzen oder Tiere als Medium für Therapie und Pädagogik genutzt. Sie teilen dieselben Qualitäten. Im Gegensatz zu der klassischen Gesprächstherapie auf der Couch gibt es ein vermittelndes Element zwischen Klient*in und Therapeut*in über das sie als Drittes reden können, was unmittelbar in dem Moment passiert. Zudem kann die adressierte Person Gefühle und Handlungsmuster nicht mehr verstecken, da sie direkte Herausforderungen bewältigt. So werden Probleme oder Stärken sowohl für Klient*in als auch Therapeut*in sichtbar. Das gemeinsame Erleben hat einen Einfluss auf das Vertrauen und die Beziehung in der Therapie. Zum anderen können Änderungen und neue Strategien direkt angewandt werden (Zajetz 2015, S.41f).

4 Exkurs: Intervention

Als Intervention definiert das Fachlexikon der Sozialen Arbeit einen „zielgerichteten Prozess des "Dazwischentretens" in mehr oder minder komplexe Systeme, um dort gezielte Veränderungen eines als unbefriedigenden erlebten Zustandes herbeizuführen“ (Effinger 2017, S.456). Somit greift eine Intervention im Gegensatz zur Beratung direkt in das Geschehen der Lebensführung der Menschen ein und bietet Hilfe bei Handlungsproblemen (Meinhold 1988, S.70). Interventionen wirken in verschiedenen Lebensbereichen mit unterschiedlicher Intention. Kaufmann (1980, S.66-84) hat diese Interventionsbereiche in verschiedene Formen unterschieden:

- a) Rechtliche Intervention als Maßnahme zur Verbesserung des rechtlichen Status von Personen (zum Beispiel die Klärung des Sorgerechts oder Vormundschaft)
- b) Ökonomische Intervention als Maßnahme zur Verbesserung der Einkommensverhältnisse von Personen (HARTZ IV, Kindergeld, Bafög, usw.)
- c) Ökologische Intervention als Maßnahme zur Verbesserung der materiellen und sozialen Umwelt von Personen (Case-Management, Stadtteilbüro, Netzwerkarbeit, usw.)
- d) Pädagogische Intervention als Maßnahme zur Verbesserung von Handlungskompetenzen der Person (Bildung, Erziehung, usw.)

Hinzu kommen noch medizinische Intervention, als Maßnahme zur Verbesserung der physischen und psychischen Gesundheit, zum Beispiel Ergo-/Physiotherapie, medizinische Eingriffe und/oder Psychiatrie (Lecturio 2020).

Zwischen all diesen Wirkungsbereichen besteht eine Kohärenz sowie gegenseitige Beeinflussung. Jedoch ist die Organisation der Hilfsprozesse durch vielfältige gesetzliche Vorgaben und Verwaltungsvorschriften gesteuert. Dabei bewegt sich die Soziale Arbeit immer zwischen den unterschiedlichen Kontrollstrukturen (Meinhold 1988, S.70). Auf der einen Seite gibt es den Rechtsstaat mit Gesetzen und den Rahmenbedingungen der Organisation. Auf der anderen Seite gibt es den eigenen Idealismus, dass wir in einer kapitalistischen Welt leben, in der es zu wenig um den Menschen geht und dem durch Soziale Arbeit entgegengewirkt werden *muss*. Anstatt zu erkennen, dass der Grund für das Elend und die Notwendigkeit von Sozialer Arbeit und daraus folgenden Intervention dem Kapitalismus immanent sind (Gruppe k 2017, S.9). Somit beschreibt die Gruppe k (2017, S.7) Interventionen in der Sozialen Arbeit K als ein Eingreifen „sobald sie [Verlierer*innen der Gesellschaft] ihre prekäre Lage nicht mehr funktional meistern können oder wollen bzw. angenommen wird, dass sie dies zukünftig nicht können oder wollen, werden. Wenn sie also entweder durch sogenanntes abweichendes Verhalten zu Störfällen der Gesellschaft werden oder es ihnen am Willen zu dieser Gesellschaft und somit auch am (braven) bürgerlichen Bewusstsein mangelt“. Dies kann folglich verstanden werden, als dass Menschen mit abweichendem oder Störverhalten die Verlier*innen des Konkurrenzkampfs in einer Eigentumsgesellschaft sind. Während Güter zur Existenzgrundlage (Wohnung, Lebensmittel, etc.) ausreichend vorhanden sind, können sie nur genutzt werden, wenn sie mit Hilfe von Geld angeeignet werden.³ geschieht die Aneignung jedoch über andere Wege, wie Diebstahl, Betrug, Hausbesetzung o. ä., ist sie nicht rechtmäßig und die scheinbaren Ursachen, wie zum Beispiel persönliche Verhaltensmuster, psychische Störungen oder mangelnde Bildung, sollen durch Interventionen der Sozialen Arbeit gemildert werden. Soziale Arbeit löst also keine Probleme durch Interventionen, sondern stellt lediglich Bewältigungsstrategien zur Verfügung (Gruppe k 2017, S.7). Der Begriff der Intervention wird in dieser Arbeit also als *Dazwischentreten* bei *abweichendem* Verhalten oder dessen Verhinderung im Sinne des demokratischen Rechtsstaates verstanden, um den Menschen ein Zurechtkommen in dieser Gesellschaft zu erleichtern.

³ Die weitere Ausführung der Ökonomischen Grundlagen würde den Rahmen der vorliegenden Arbeit überschreiten, daher soll hier auf Dillmann, R. & Schiffer-Nasserie, A. (2018) verwiesen werden.

5 Erlebnispädagogik und Klettern

Klettern als pädagogische Intervention ist vor allem aus der Erlebnispädagogik bekannt. Was die Erlebnispädagogik ist, welche Rolle das Klettern darin spielt, wie sie in der Sozialen Arbeit verortet wird und in welchen therapeutischen Ansätzen sie angewandt wird, soll folglich dargestellt werden.

5.1 Erlebnispädagogik und ihre Merkmale

Die Einordnung der Erlebnispädagogik (EP) ist im wissenschaftlichen Diskurs sehr zwiespältig. Einerseits gilt sie als „einer der wichtigsten Handlungsansätze in der sozialen Arbeit“ (Einwanger 2015, S.81). Andererseits wird sie von Michls (2018, S.57) in der Didaktik/Methodik der Sozialen Arbeit verortet.

Eine Grundannahme der EP ist, dass Erlebnisse mit ihren Erfolgen und Misserfolgen einen lerntheoretischen Einfluss haben, wenn sie prägend genug sind, basierend auf Kurt Hahns Erlebnistherapie (Michl 2006, S.87f). Sie bleiben in Erinnerung und können in anderen Momenten des Lebens angewandt werden. Emotionen entscheiden dabei, welche Bedeutsamkeit die Situationen haben. Daher sollten diese nicht zufällig erlebt werden, sondern Teil eines pädagogischen Gesamtkonzepts sein (Schrieber 2021, S.3). Jedoch gibt es keine allgemeingültige Definition für die EP, so der Autor Paffrath in seinem Buch „Einführung in die Erlebnispädagogik“ (2013, S.21). Es gibt lediglich ein Grundprinzip, das sich in allen Erklärungen und Beschreibungen wieder findet:

„Erlebnispädagogik ist ein handlungsorientiertes Erziehungs- und Bildungskonzept. Physisch, psychisch und sozial herausfordernde, nicht alltägliche, erlebnisintensive Aktivitäten dienen als Medium zur Förderung ganzheitlicher Lern- und Entwicklungsprozesse. Ziel ist es, Menschen in ihrer Persönlichkeitsentfaltung zu unterstützen und zur verantwortlichen Mitwirkung in der Gesellschaft zu ermutigen.“ (Paffrath 2013, S.21)

Auch der „Bundesverband Individual- und Erlebnispädagogik e. V.“ versucht sich in einer genauen Beschreibung seiner erlebnispädagogischen Programme. Diese werden als individuelle Gruppenangebote an die Bedürfnisse und Ziele der Teilnehmenden angepasst.

Hierbei werden die Teilnehmenden in einem geschützten Rahmen mit Herausforderungen und Grenzerfahrungen konfrontiert. Für die gestellten Aufgaben gibt es keine fertigen Lösungen oder klare Lösungswege, sondern diese sind von den Teilnehmenden durch eigenes aktives Handeln zu finden (Rothmeier 2019, S.7). So bewegen sie sich aus der Komfort- in die Lernzone und haben die Chance, eigenes Handeln zu reflektieren und in den Alltag zu transferieren (Einwanger 2015, S.88). Dies basiert auf einem ganzheitlichen und ressourcenorientierten Ansatz, bei dem mit Hand, Herz und Kopf gelernt und gehandelt wird (Paffrath 2018, S.20). Diese Grundlage sowie das Erlebnis und die Gruppe sollen kurz ausgeführt werden.

1. Erlebnis

Im Kern der EP steht das Erlebnis. Nach Raithel (2009, S.211) wird Erlebnis „als innerer, mentaler Vorgang gesehen, bei dem äußere Reize aufgrund von Wahrnehmung, Vorwissen und Stimmung subjektiv zu einem Eindruck verarbeitet werden“. Es ist ein individueller emotionaler Prozess, der Ereignisse zu bedeutsamen Situationen machen. Erleben ist also kein passives Geschehen, sondern eine aktive Auseinandersetzung und Reflexion. Aus den verarbeiteten Erlebnissen entstehen Erfahrungen, denen Lern- und Entwicklungsprozesse immanent sind. Diese können auf zukünftige Erlebnisse angewandt werden und entsteht ein neuer Prozess der Reflexion und der Auseinandersetzung (Paffrath 2018, S.21).

Es wird davon ausgegangen, dass besonders Situationen mit Ernstcharakter in Erinnerung bleiben und nachhaltige Wirkungen auf das Lern-, Bildungs- und Sozialverhalten haben. Dies bedeutet, dass die erlebnispädagogischen Lernsituationen nicht alltäglich sein sollten und so gestaltet sein sollten, dass sich die Aufgaben und Anforderungsstruktur an die Teilnehmenden aus der Notwendigkeit der Situation ergeben (Galuske 2013, S.254f).

2. Die Gruppe

Die Gruppe dient als Medium zur Vermittlung von sozialen Kompetenzen. Durch sie können Zugehörigkeitsgefühl, ein Rollensystem, die Anerkennung der Normen und Regeln sowie ein inneres Beziehungsgeflecht erlebt werden (Galuske 2013, S.255).

3. Handlungsorientierung und Ganzheitlichkeit

Wie bereits erwähnt, basiert die EP auf einem ganzheitlichen und handlungsorientierten Ansatz. Hier soll im Gegensatz zum theoretischen Lernen durch aktives Handeln und Erleben Hand, Kopf und Herz angewandt werden, um sich mit einer Aufgabe oder Situation auseinanderzusetzen. Dies verknüpft Denken mit Handeln und fördert somit nicht nur das kognitive Lernen, sondern auch das motorische, psychosoziale Lernen (Galuske 2013, S.254).

5.2 Klettern in der Erlebnispädagogik

Klettern gehört zu den Standardangeboten in der EP und zählt zur „Alpinen Erlebnispädagogik“, auch wenn es sich nicht nur auf klassische alpine Gebiete beschränkt, sondern auch das Mittelgebirge oder künstliche Kletteranlagen einschließt (Streicher 2018, S.192), gilt es als spektakulärer Natur- und Risikosport und wirkt so reizvoll und aufregend auf Adressat*innen. Doch bei Einhaltung der entsprechenden Sicherheitsvorkehrungen ist Klettern relativ ungefährlich so Heckmaier und Michl (2008, S.197ff). Trotzdem bieten Gebirge als zivilisationsferner Naturraum die Besonderheit der Ernsthaftigkeit. Jedes eigene Handeln oder Unterlassen hat reale Konsequenzen. Somit ist ein Rückzug in Alltagslösungen, wie Verdrängung oder Nicht-Beteiligung nicht möglich (ebd.). Erlebnisklettern ist jedoch etwas anderes als Klettern in der Freizeit mit Freund*innen oder im Rahmen einer gebuchten Abenteuerreise - diese finden aus Eigenmotivation und Freiwilligkeit statt. Obwohl eine erlebnispädagogische Intervention auf dem Prinzip der Freiwilligkeit beruht, ist der Rahmen, in dem sie stattfindet, meist ein Zwangskontext im weiteren Sinne (zum Beispiel Klassenfahrt oder pädagogische Ziele von Jugendverbänden), da sie im Auftrag der Geldgebenden handelt (Rehm o.J.). Es geht auch nicht um sportliche Höchstleistungen, sondern das zentrale Ziel ist das ganzheitliche Lernen und Wachstum (kognitiv, sozial, affektiv, motorisch). Es sollen Lernprozesse angestoßen werden, um die individuelle Persönlichkeitsentwicklung und soziale Kompetenzen zu fördern. Das Klettern wird mit seinen Erlebnisqualitäten bewusst eingesetzt, um diesen Lernprozess zu verfolgen. Dieser wird durch pädagogisch geschulte Fachkräfte in der Planung, Durchsetzung und Reflexion fokussiert. Dabei gelten Prinzipien wie Handlungsorientierung, Ganzheitlichkeit, Ressourcenorientierung, Transfer, Selbststeuerung und soziale Interaktion als Grundsatz des pädagogischen Handelns (Paffrath 2018, S.20).

Ein zentrales Element Alpiner EP ist die Nutzung der Ungewissheit und Unmittelbarkeit des Erfahrungsraums *Gebirge*, denn in der freien Natur gibt es keine absolute Sicherheit. Somit gibt es einerseits pädagogisch erwünschte Risiken, an die die Teilnehmenden bewusst und kontrolliert herangeführt bzw. mit denen sie konfrontiert werden, zum Beispiel die Höhe beim Klettern. Hier kann, bewusst begleitet, eine Grenzerfahrung im Umgang mit Ängsten und Vertrauen in alltagsfernen Situationen gefördert werden (Raithel et al. 2009, S.216). Durch pädagogische Methoden und Reflexion des Erlebten und Handelns können neu erworbene Kompetenzen erlernt werden, um sie auf andere Lebenssituationen zu übertragen, der sogenannte Transfer. Andererseits gibt es die unerwünschten Risiken, wie Regen oder Angststörungen, die versucht werden, möglichst gering zu halten, aber von den Personen, Institutionen und der Gesellschaft akzeptiert werden müssen (Streicher 2018, S.193). Dennoch gilt auch hier die Anforderung an die Pädagog*innen, solchen Situationen gemeinsam mit den Teilnehmenden zu reflektieren und Handlungsoptionen zu finden. Die Durchführung solcher erlebnispädagogischen Maßnahmen ist mit sehr hohen Anforderungen an die Kompetenzen und Leitungsfähigkeiten der Pädagog*innen verbunden, sowohl im Fachsportlichen bzw. alpinechnischen als auch im pädagogischen Bereich (Bedacht et al. 2015, S.19). Einerseits müssen sie in der Lage sein, das Angebot nach Sicherheitsstandards zu planen und durchzuführen, ohne den Erlebnisfaktor für die Teilnehmenden zu verlieren. Zum anderen müssen ihnen die pädagogischen Grundsätze wie auch die theoretische Grundlage der Erlebnisqualitäten geläufig sein, um die passende Intervention anzuwenden. Die Aktivitäten sind an die Fähigkeiten und die physische und psychische Belastbarkeit der Zielgruppe angepasst (Streicher 2018, S.192).

Der gesamte Prozess wird pädagogisch begleitet und betreut (Rothmeier 2019, S.7). Hier lautet der Grundsatz „Erziehung ohne Erzieher“. Somit sind die Pädagog*innen also nur für die Gestaltung, Beobachtung und Reflexion zuständig; sie sind keine Instruktoren oder Lehrenden, wie in einer Kletterschule, sondern haben eine begleitende Funktion in den Lern- und Entwicklungsprozessen (Paffrath 2018, S.20). Wie die Soziale Arbeit (Kapitel 7) unterliegen sie der Kontrollwirkung durch Hilfe. Die EP ist abhängig davon, dass, „diejenigen, welche die Programme finanzieren, ... Ergebnisse und sichtbare Problemlösungen sehen“ (Rehm o.J.) wollen. Dies kann dahingehend verstanden werden, dass es nicht allein darum geht, den Adressat*innen lediglich eine gute Zeit zu ermöglichen, sondern einen erzieherischen und ergebnisorientierten Auftrag mit dem Ziel der aktuellen Gesellschaftsfähigkeit zu erfüllen.

5.3 Ziele

Diese Ziele werden in der EP als Lernziele beschrieben und sollen das individuelle Lernen und Wachsen in verschiedenen Dimensionen fördern. Damit wird deutlich, dass, wie in der Erlebnistherapie nach Kurt Hahn (siehe Kapitel 6), eine Erziehung der Gesellschaft durch die Individualerziehung erfolgen soll. Der Begriff Ziel wird in Bezug auf die EP von Heckmair und Michl (1998, S.78) kritisch betrachtet. Sie betonen, dass es unkritisch sei, Ziele in Bezug auf die Adressat*innen zu formulieren, da diese dadurch in eine Objektrolle gedrängt würden. Auch möchten sie den Begriff der *Zielsetzung* durch *Zielrichtung* ersetzen. „Nicht eine fixe Zielsetzung, sondern eine offene Entwicklungsrichtung wird bestimmt“, so Heckmair und Michl (1998, S.78). So werden Ziele wie Vertrauen, Grenzen setzen, Vorsicht oder Selbstwert nicht voneinander getrennt. Vielmehr werden sie als ein Kontinuum gesehen, bei dem es wichtig ist, auf die Persönlichkeitsstrukturen der einzelnen Person zu achten und eine Balance zwischen den Polen der oben genannten Ziele zu finden (Heckmair/Michl 1998, S.78).

Beim Klettern werden viele unterschiedliche Dimensionen angesprochen, wie im Kapitel Erlebnisqualitäten (3.1) beschrieben. Außerdem kann durch die gute individuelle Dosierbarkeit die Zielrichtung der EP individuell verfolgt werden. Im Folgenden sollen die Entwicklungsrichtungen als Lernziele der EP aufgeführt werden, die jedoch nie als einzelne Ziele verfolgt werden, sondern als zusammenhängend betrachtet werden.

Kern der *Sozialen Lernziele* ist es, die Selbstorganisation innerhalb und mit einer Gruppe zu erlernen. Durch die Interaktion der Teilnehmenden können Kompetenzen wie Kommunikation und Kooperation- und Konfliktfähigkeiten, Vertrauen in andere, Zusammenhalt, Empathie, Rücksichtnahme sowie das Finden der eigenen Rolle und die Übernahme von Verantwortung in der Gruppe gefördert werden (Rothmeier 2019, S.9). Diese werden durch entsprechend gewählter und entwickelter Spiele, Aktionen oder Methoden gezielt angesprochen. Eine dieser Methoden kann das Klettern sein, da hier eine prosoziale Einstellung verlangt wird. „Individuelle Bedürfnisse müssen hinter dem Gemeinwohl zurückstehen“ (Einwanger 2015, S.87). Die Erlebnisqualitäten Vertrauen und Verantwortung sind fundamental, wie im Kapitel (3.1) Erlebnisqualitäten beschrieben.

Des Weiteren bietet Klettern ein hohes Maß an **sachlichen Lernzielen**. Der Erwerb von Fachkompetenzen, technischen Fähigkeiten (Rothmeier 2019, S.9) (zum Beispiel Sicherungstechniken, Abseilen, Klettertechniken) sind Grundvoraussetzung für das Ausüben

dieser Sportart. Sie sind aber auch Mittel, um Menschen in Selbstbestimmung zu stärken und Grenzen (siehe Lernzonenmodell, Kapitel 3.1.2) zu verschieben (Einwanger 2015, S.89).

Die **Psychologische- und Persönlichkeitsentwicklung** sind die zentralen Lernziele. Durch das hohe Maß an Verantwortung beim Sichern seiner/seines Kletterpartners/-in kann das Selbstvertrauen gestärkt werden. *Ich bin verantwortlich für das Wohl meiner Partner*in(en)*. Aber auch das Durchsteigen und Auswählen von Routen fördert die Selbstbestimmung, das Selbstvertrauen, das Erkennen von Grenzen und das Erleben von Sinnes- und Körperwahrnehmung. Beim Klettern muss man seine eigenen Stärken und Schwächen kennen, denn in manchen Situationen gibt es kein Zurück mehr und man muss die Situation komplett akzeptieren. Nach jeder überwundenen Situation oder Etappe stellt sich ein Erfolgserlebnis ein und der Selbstwert wird gestärkt (Einwanger 2015, S86f). Auch in der Konfrontation mit der Seilschaft können Stärken und Schwächen besser erkannt und die eigenen Grenzen erfahren sowie neu definiert werden. Ebenso können in diesen Situationen bisher bestehende Ängste und Unsicherheiten überwunden, neue Lösungsansätze und Bewältigungsformen erlernt sowie (weiter)entwickelt werden (Schrieber 2021, S.6).

Aufgrund des handlungsorientierten Ansatzes der EP können durch den direkten Einsatz des Körpers und Geist **kognitive und motorische** Fähigkeiten angesprochen und gefördert werden. Die Ziele können hierbei eine Verbesserung der Beweglichkeit oder das Erlernen von neuen Sicherungstechniken sein. Aus neurowissenschaftlicher Sicht werden durch Bewegung neue Nervenzellen generiert (Lovric 2015, S.6ff), was ein wichtiger Faktor für das Lernen und Erinnern ist.

Schließlich ist noch die Vermittlung von **Werten und Normen** als ein Lernziel zu nennen. Die demokratischen Normen und Werte zur Werteerhaltung sollen vorgelebt und praktiziert werden. Ein wichtiger Punkt ist hier die Erhaltung und eine Bewusstmachung von Natur und Umwelt, da diese als zentraler Erfahrungsraum mit all ihren Möglichkeiten des Erlebens gilt (Rothmeier 201, S.9).

Die Zielsetzung ist jedoch bei jeder Gruppe und Menschen unterschiedlich. Die Bedürfnisse und kognitiven und koordinativen Voraussetzungen können ebenfalls sehr unterschiedlich ausfallen. Aber auch die Auftraggeber*innen, Gesellschaft oder Staat setzen die Ziele unterschiedlich. (Paffrath 2018, S.21).

5.4 Handlungsfelder und Adressat*innen

Die EP hat ein breites Spektrum an Handlungsfeldern. Es erstreckt sich von frühkindlicher Erziehung über Freizeitpädagogik zu Teambuilding, Hilfe zur Erziehung, Rehabilitation oder Umweltbildung (Rothmeier 2019, S.8). EP erweckt somit den Anschein, allumfassend und universell zu sein. Es erhebt den Anspruch, für jede Gruppe ein maßgeschneidertes Angebot bereitzustellen. Daher gibt es viele spezifische Aus- und Weiterbildungsprogramme. Denn die unterschiedlichen Handlungsfelder bringen auch explizite Handlungsformen und Interessen mit sich. Bei einer Gruppe von Menschen mit Behinderungen sind andere Methoden und Handlungsräume möglich wie mit einer Wohngruppe aus der Stationären Jugendhilfe, einer Schulklasse aus der Grundschule oder einer Sportgruppe. Daraus ergibt sich ein ebenso diverses Bild von Adressat*innen der EP (Michl/Seidel 2018, S.277ff). Dasselbe gilt für das Klettern in der EP. Angepasst an die Zielgruppe ist es mit allen Gruppen möglich, diese Intervention durchzuführen. So ergibt sich ebenfalls ein breites Spektrum an Handlungsräumen sei es in der Halle oder am Fels, ein Programm von wenigen Stunden oder mehreren Tagen. Voraussetzung ist auch hier wieder die fachliche Basis und Kompetenzen der pädagogischen Leitung (Kowald/Zajetz 2015, S.273ff).

5.5 Anwendung in der Sozialen Arbeit

Die EP ist heute fester Bestandteil der Tätigkeitsfelder der Sozialen Arbeit. Sie findet sich mittlerweile in vielen Grundlagenwerken der Didaktik/Methodik sowie Seminaren im Studium der Sozialen Arbeit wieder. Laut Michels (2018, S.54ff) ist es zwar schwierig eine genaue Bestandaufnahme der erlebnispädagogischen Angebote in der Sozialen Arbeit durchzuführen, da dies mit einem enormen empirischen Aufwand verbunden wäre, da beide sehr breite Handlungsfelder bedienen. Eine spontane Betrachtung zeigt jedoch, dass große Überschneidungen vorhanden sind (zum Beispiel Kinder- & Jugendhilfe, Prävention, Strafvollzug, etc.). Auch die theoretischen Konzepte und Modelle zeichnen sich durch Heterogenität aus, zum Beispiel der ganzheitliche, erfahrungsorientierte, ressourcenorientierte oder systemische Ansatz. Vergleicht man die Ziele von EP und Sozialer Arbeit, lassen sich auch hier Übereinstimmungen finden. In beiden Fällen sind zum Beispiel Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeit zentrale Lernziele. Da das Klettern eine gängige Methode der EP ist, die wiederum in der Sozialen Arbeit verankert ist, kann Klettern entsprechend der gegebenen

Klettermöglichkeiten und der Voraussetzung der Teilnehmenden individuell an die Gruppe und die Umwelt angepasst und je nach Interventionsziel eingesetzt werden (Streicher 2018, S.192). Aufgrund der gruppendynamischen Ausrichtung der EP wird sie häufig in der stationären Jugendhilfe, in Schulen, Jugendgruppen oder auch als Angebot für Therapiegruppen in Kliniken angeboten (Niggehoff, S.279f); (Lakemann 2017, S.81). Dennoch befindet sich die EP im Gegensatz zur Sozialen Arbeit in einem *rechtsfreien Raum*. Es wird in keiner der Sozialgesetzbücher explizit als Intervention erwähnt. Dies kann Vor- und Nachteil zugleich sein; Vorteil in dem Sinne, dass Erlebnispädagog*innen im Freien Arbeiten vom psychosozialen Bereich bis zu den Grenzen des geregelten Bereichs arbeiten können; Nachteil in der Rechtfertigung von Finanzierungen und der Qualitätssicherung durch die unregelmäßige Berufsausübung, da es zwar eine staatliche anerkannte Ausbildung gibt, der Begriff jedoch nicht geschützt ist (Tanczos/Zajetz 2015, S.71). Somit bleibt also festzuhalten, dass die Anwendung von erlebnispädagogischen Methoden in der Sozialen Arbeit durchaus bereichernd sein kann und eine Weiterbildung in der EP das Erreichen der Ziele in der Sozialen Arbeit unterstützen kann.

6 Erlebnispädagogik als therapeutischer Ansatz

Von der „Couch in den Canyon“, so beschreibt Michl (2006, S.87) den sich verbreiteten Einsatz von Erlebnisräumen und Aktivitäten in Therapiesettings. Sie basieren auf der Idee der Erlebnistherapie nach Kurt Hahn (Michl 2006, S.87f). Die Grundlage für das therapeutische Klettern ist die Erlebnistherapie, weshalb diese im Folgenden dargestellt wird.

Der Begriff der Erlebnistherapie stammt ursprünglich von dem Reformpädagogen Kurt Hahn. Mit dem klassischen ganzheitlichen Ansatz mit Kopf, Herz und Hand aus der Reformpädagogik verfolgte er das Ziel, die gesellschaftliche Fehlentwicklung durch Erziehung zu korrigieren und nicht die Neurosen des Einzelnen zu heilen. Hahn sah den gesellschaftlichen Verfall in der modernen Gesellschaft unter anderem mit der Entwicklung von neuer Mobilität und Medien sowie des Individualismus. Sein Ziel war somit eine Rückbesinnung auf konservative Werte. Diese sollten durch körperliche Ertüchtigung, Förderung des Gemeinschaftsgeistes bei Expeditionen, Entwicklung von Selbständigkeit durch Projektarbeit sowie Förderung *Menschlicher Anteilnahme* durch sozialdienstliche Einsätze entwickelt werden (Knoll 2018,

S.115). Seine pädagogischen Programme basierten somit auf drei Grundsätzen: Erlebnis, Gemeinschaft und Natur. Tiefgreifende Erlebnisse sollten durch den großen Erinnerungseffekt langfristig Einstellungen und Verhalten ändern. Die Gemeinschaft fördert Verantwortung und Vertrauen und die Natur ist ein Erfahrungsraum, dem Erlebnis immanent sind. Sie kann nie risikofrei sein und konfrontiert Menschen mit unvertrauten und neuen Situationen und fordert somit neue Handlungs- und Lösungsstrategien. Die Gesamtheit dieser Erlebnisse sprechen alle Ebenen des Menschen an (Michl 2006, S.84ff).

Obwohl Hahns Erlebnistherapie keine psychotherapeutischen Ziele hatte, ist sie die Basis für die Entwicklung therapeutischer Ansätze und Konzepte (Michl 2006, S.87). So wurden vor allem im englischsprachigen Raum psychotherapeutische Methoden wie *Adventure Therapy* oder *Wilderness Therapy* weiterentwickelt und etabliert. Im deutschsprachigen Raum wird der Begriff Erlebnistherapie im psychotherapeutischen Sinne in der Fontane Klinik oder von Gilsdorf verwendet. Es besteht jedoch keine allgemeingültige Definition (Lakemann 2018, S.267). Somit steht hinter dem Begriff keine eigene Therapierichtung, sondern eher ein therapeutisches Ergänzungsverfahren, welches vorwiegend erlebnispädagogische Praktiken, Methoden und *Metaskills* nutzt (be 2020, S.2). Der Bundesverband Individual- und Erlebnispädagogik e.V. formuliert in seinem Selbstverständnis, dass die Erlebnistherapie ein „ganzheitlich handlungsorientierten Ansatz, der mit Erlebnis -und naturpädagogischen Methoden therapeutische Settings unterstützt, ergänzt oder eigenständig gestaltet“ wird (be 2020, S.1). Der Unterschied zu einer pädagogischen Intervention ist die vorausgesetzte therapeutische Expertise durch eine Qualifikation als Psychotherapeut*in sowie eine Diagnose eines Leidensdruck der Klient*innen und/oder Störung nach einem anerkannten Klassifikationssystem, die das therapeutische Handeln legitimiert (be 2020, S.2). Auch Isberner und Wenzel (2017, S.140f) betonen, dass Erlebnistherapie eine Interventionsform der Psychotherapeutischen Praxis ist, die eine Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit zum Ziel hat. Sie findet primär in Form von gruppentherapeutischen Settings statt und ermöglicht Therapeut*innen und Patient*innen ein direktes gemeinsames Erleben. Darauf aufbauend können die Therapeut*innen konkretes Handeln und Verhalten der Patient*innen in ungewohnten Situationen miterleben und beobachten. Diese können daraufhin direkt gemeinsam reflektiert werden und eingefahrene Denkmuster, Fehler aber auch Bewältigungsstrategien und Ressourcen besprochen werden (Klein-Isberner/Wenzel 2017, S.140f). Die Erlebnistherapie sollte jedoch nur bei Personen angewandt werden, die zum einen physisch, psychisch und geistig mit einem Aufenthalt in der

Natur zurechtkommen. Zum anderen gibt es einige psychische Störungsbilder, bei denen eine solche Intervention als ungeeignet eingestuft wird, zum Beispiel Menschen mit Essstörungen, Borderline und hohem Gewaltpotential, da hier unkontrollierbare Stresssituationen entstehen können. Besonders gut geeignet ist sie dahingegen bei Menschen, die sich in einer akuten Krankheitsphase in der Rehabilitation und Neuorientierung befinden (Lakemann 2018, S.267f). Wie in der EP ist Grundlage der Erlebnistherapie das Erlebnis und die Handlungsorientierung. Emotionen und Verhalten sind unmittelbar spürbar und wirken auf innerpsychische Prozesse. Auch weitere Grundlagen gleichen denen der EP. Somit sind das soziale Lernen und die daraus resultierenden Beziehungen dem Klettern immanent. Die Übernahme von Verantwortung und das Vertrauen in andere und in die eigenen Fähigkeiten sowie das Erleben in einer Gruppe sind grundlegend (Kap. 3.1.5). Des Weiteren müssen Prozess- und Ressourcenorientierung berücksichtigt werden. Die Therapeut*innen fördern Stärken und Kompetenzen und stärken das Selbstwertgefühl, jedoch nur im selbstbestimmten Rahmen der Schwierigkeit der Patient*innen. Eine besondere Grundlage der Erlebnistherapie ist das Metaphorische Arbeiten. Vor allem Klettern bietet sehr vielfältige Metaphern: Verbunden sein, Aufstieg, Absturz, sich fallen lassen. Durch gezielte Fragen, wie zum Beispiel *Wer oder was gibt ihnen Halt in ihrem Leben?*, können sinnbildhafte Bezüge zwischen dem aktuellen Erleben und der Lebenswelt hergestellt werden. Auch die Reflexion ist ein wichtiger Teil erlebnistherapeutischer Praxis. Die Auseinandersetzung mit dem Erlebten stößt einen innerpsychischen Veränderungsprozess an und der Transfer in den Alltag wird erleichtert (Zajetz/Kowald, 2015, S.50). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Erlebnistherapie nach Hahn die Grundlage für psychotherapeutische Settings bildet. Dabei wird die Wirkung auf innerpsychische Prozesse eines Erlebnisses genutzt, um eine Heilung durch Veränderungsprozesse der einzelnen Person zu erzielen.

7 Exkurs: Soziale Arbeit

Die Soziale Arbeit ist in der gegenwärtigen Gesellschaft ein integraler Bestandteil des Sozialsystems. In Deutschland entwickelte sich aus der Armenfürsorge durch die Einführung der Sozialgesetzgebung durch Bismarck im 19. Jahrhundert, eine immer institutionalisierter und professionalisierte Soziale Arbeit bis hin zu einer sozialen Dienstleistung (Füssenhäuser 2017, S.774f). Der Deutsche Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (DBSH) definiert Soziale Arbeit heute wie folgt: „Soziale Arbeit fördert als praxisorientierte Profession und wissenschaftliche Disziplin gesellschaftliche Veränderungen, soziale Entwicklungen und den sozialen Zusammenhalt sowie die Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen. Die Prinzipien sozialer Gerechtigkeit, die Menschenrechte, die gemeinsame Verantwortung und die Achtung der Vielfalt bilden die Grundlage der Sozialen Arbeit“ (DBSH 2016). Betrachtet man jedoch die Menschen, mit denen die Soziale Arbeit zu tun hat, so wird deutlich, dass die Wurzeln der Armenhilfe und Armenverwaltung gar nicht so weit entfernt sind (Füssenhäuser 2017, S.775). Laut der Hochschule Neubrandenburg geht es in allen Handlungsfeldern darum „soziale Probleme wahrzunehmen und im Hinblick auf ihre Ursachen zu analysieren, Hilfe und Unterstützung methodisch zu gestalten und reflexiv zu handhaben“ (Teschke o. J.). Die politische Gruppe K (2017, S.3) beschreibt in einem ihrer Vorträge „Kritik der sozialen Arbeit“ überspitzt die Adressaten*innen als die „Klienten der Sozialen Arbeit sind einerseits die Verlierer dieser Gesellschaft und andererseits diejenigen, die drohen, welche zu werden: Schulversager, verwahrloste Jugendliche, arbeitslose Erwachsene, verarmte Rentner, nicht integrierte Ausländer, Gewalttätige, Drogenabhängige, Straffällige, Obdachlose usw.“ Weiter beschreibt die Gruppe die Arbeit mit der Synthese von Hilfe und Kontrolle. Die Sozialarbeit hilft ihren Klienten, mit ihrer miserablen Situation fertig zu werden, ohne eine Gefahr für die öffentliche Ordnung zu sein. Dies sei die Kontrollwirkung und staatsnützliche Seite der Sozialen Arbeit. Somit sei jede Intervention, die Menschen hilft, in der Schule, auf der Arbeit oder Gesellschaft zurechtzukommen, gleichzeitig Kontrolle (Gruppe K 2017, S.9). Anders gesagt sind alle Handlungsbereiche und Hilfemaßnahmen der Sozialen Arbeit gesetzlich geregelt, zum Beispiel in den Sozialgesetzbüchern und Strafvollzugsgesetzen. Somit setzt sie im Rahmen des Rechtsstaats die Aufgaben des Sozialstaats durch und rechtfertigt somit umgekehrt ihr Handeln vor dem Gesetzgeber. Dies wird allgemein als doppeltes Mandat bezeichnet (Wendt 2017, S.28).

J. H. Pestalozzi beschrieb 1799 ironischerweise die ersten Anfänge seiner ganzheitlichen Volksbildung in Bezug auf die Bildung von Menschen mit wenig Ressourcen als „...Erziehung der Armen zur Armut, damit sie mit ihr zurechtkommen“ (Pestalozzi 1799, zitiert nach Deller/Brake 2014, S.16).

Nach der Ausführung verschiedener Standpunkte zur inhaltlichen Klärung des Begriffs *Soziale Arbeit* werden in dieser Arbeit zwar die Handlungsprinzipien der Definition des DBSH genutzt, jedoch mit dem analytischen Hintergrund der Gruppe k verstanden.

8 Verhältnis von Therapie und Soziale Arbeit

Nachdem das therapeutische Klettern einerseits als pädagogische Intervention und andererseits als therapeutische Intervention dargestellt wurde, stellt sich die Frage, inwieweit diese in der Sozialen Arbeit Anwendung finden. Dazu muss zunächst das Verhältnis von Sozialer Arbeit und Therapie diskutiert werden, um schließlich die Grenzen und Möglichkeiten von Klettern als Therapieform in der Sozialen Arbeit einordnen zu können.

Deloie (2011, S.11) sieht Gesundheit und Soziales als untrennbar an. Dies zeigt sich auch in Ansätzen und Theorien sowohl in der Psychotherapie als auch in der Sozialen Arbeit. So fällt in der Arbeit mit und am Menschen auf, dass nicht immer eine klare Abgrenzung von Therapie und Sozialer Arbeit vorgenommen wird. Sie sind beide Disziplinen der psychosozialen Fallarbeit und haben eine Vielzahl gleicher theoretischer Grundlagen (Nestmann 2002, S.402f). Da die meisten Klient*innen bzw. Patient*innen Multiproblemsituationen zu bewältigen haben, ist das bio-psychosoziale Modell mittlerweile ein international anerkanntes Krankheitsmodell. Es betrachtet Körper, Soziales und Psyche als Ganzes und in Wechselbeziehung zueinander (Franzkowiak 2018). Schon in den 1930er Jahren haben Vordenkerinnen der Sozialen Arbeit wie Alice Salomon, Siddy Wronsky und Florence Hollis eine bio-psychosoziale Perspektive eingenommen und für eine engere Zusammenarbeit von Medizin, Psychologie und Sozialer Arbeit plädiert. Sie nutzten die Erkenntnisse der sich damals entwickelten psychotherapeutischen Schulen und die klinische Psychologie und erkannten, dass eine rein materielle fürsorgende Arbeit der Sozialen Arbeit nicht ausreicht, um nachhaltige Veränderungen zu bewirken. Jedoch konnten sich ihre Ideen und Konzepte durch das Okkupieren der Sozialen Arbeit durch den Nationalsozialismus nicht verbreiten (Ohling 2015,

S.53ff). Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde sich vor allem auf das Konzept der Casework (Einzelfallhilfe) aus den USA und nicht auf die Denkerinnen der deutschen Sozialarbeit aus der Vorkriegszeit besonnen (ebd.). Die Einzelfallhilfe bediente sich ebenfalls an psychologischen Methoden und Theorien um ein Verständnis für die Probleme der Klient*innen zu bekommen. Sie arbeitet begleitend, beratend und unterstützend in Einzelsettings. Ruth Bang, eine der Vordenkerin der Einzelfallhilfe, beschrieb diese wie folgt:

„Wirtschaftliche, geistige und seelische Nöte werden nicht vorwiegend als unabwendbar, schicksalhaft gegeben, betrachtet, besonders die Armut nicht. Casework geht von der Überzeugung aus dass in der Mehrzahl der Fälle im Klienten Kräfte vorhanden sind, die ihn befähigen mit seinen Schwierigkeiten fertig zu werden. Diese Kräfte gelangen oft durch äußere oder innere Belastungen nicht zu ihrer vollen Entfaltung oder werden vorübergehend blockiert. Es ist dann die Aufgabe des Caseworkers, sie dem Klienten wieder neue verfügbar und bewusst zu machen, damit dieser selbst die Schwierigkeiten seines Lebens mit ihnen meistern kann.“

(Bang 1968, S.20)

Einerseits wird hier das Prinzip der (Re-)Aktivierung von Ressourcen und der Hilfe zur Selbsthilfe deutlich. Aber auch eindeutig die Idee des *American Dreams*: Jede/r kann es durch harte Arbeit schaffen. Zum anderen die Idee, dass Klient*innen durch die Hilfe von psychologischen Methoden an die Gesellschaft angepasst werden können/müssen. Dass all diese Probleme ihren Ursprung im materiellen Ungleichgewicht und der Einschränkung durch die Eigentumsgesellschaft haben, wird jedoch ignoriert (Wilkinson/Pickett 2009, S.268). Dennoch konnte sich das Konzept der Einzelfallhilfe und somit die Landschaft der Beratungsstellen weiter ausbreiten.

Auch seitens der Therapie gab und gibt es Strömungen, die sich ebenfalls mit den sozialen Dimensionen der Gesundheit beschäftigen und die interdisziplinäre Herausforderung der Heilung von Menschen erkennen. So sieht sich zum Beispiel die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie verpflichtet, psycho-soziale Themen mitzudenken. Auch andere Vertreter wie Petzold (1999) und Veltrup (2020) betonen die Bedeutung der Vernetzung sozioökonomischer Unterstützungen (Ohling 2015, S.79f)

Jedoch war der Therapie- und Beratungsmarkt in 1990er Jahren völlig überschwemmt mit unzähligen Angeboten, die die Qualität und Seriosität beider Professionen in Frage stellten.

Dem sollte durch klare Abgrenzung, Aufgabenbeschreibung und genormte Ausbildungen entgegengewirkt werden (Conen 2006, S.192). Daher wurde 1999 das Psychotherapeutengesetz eingeführt (Gahleitner/Pauls 2012, S.369ff). Seitdem wird immer wieder über das Verhältnis von Therapie und Sozialer Arbeit diskutiert (Gahleitner/Pauls 2012, S.369ff). Das Psychotherapeutengesetz definiert klar, dass Aufgaben, die „die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben“ (PsychThG § 1 Abs. 3), nicht mehr zum Tätigkeitsbereich der Psychotherapie gehören. Stattdessen gehören sowohl „Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert“ (PsychThG § 1 Abs. 2) als auch „auch die Beratung, Prävention und Rehabilitation zur Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung“ (PsychThG §1 Abs 3) zur Tätigkeit von Psychotherapeut*innen. Diese klare Trennung von sozialer und psychischer Gesundheit zeigt klare Tendenzen zu einer reduktionistischen medizinischen Vorstellung von *krank oder gesund*, die von Senftleben (2001, S.18) scharf kritisiert wird. Weiterhin diese Form von Krankheitsbekämpfung bemängelt, welche einen riesigen Ressourcenaufwand mit sich zieht, der jedoch nicht die Gesundheit im Fokus hat und nicht langfristig effektiv ist (ebd.). Durch diesen Rückzug der Psychotherapie aus psychosozialen Problemen ist eine Versorgungslücke entstanden. Auch administrative Hürden und Standorte in eher wohlhabenden Vierteln erschweren den Zugang zur Psychotherapie für Menschen mit großen sozioökonomischen Problemlagen (Sonnenmoser 2012, S. 412-413). Daher stellt sich oft die Frage, wer die sozialen Aspekte von Gesundheit in der Behandlung bearbeitet (Liel 2019, S.6). Laut der World Health Organisation (WHO) erkranken Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status häufiger und sterben früher (WHO 2005, S.27). Die Soziale Arbeit hat sich das Füllen dieser Versorgungslücke zur Aufgabe gemacht und fühlt sich mit ihrer Profession zuständig (DBSH 2016). Dies geschieht zum einen durch die Arbeit auf gesellschaftlicher Ebene, durch Ermöglichung von Teilhabe und Partizipation benachteiligter Gruppen. Zum anderen auf der individuellen Ebene. Hier bietet die Soziale Arbeit konkrete Ansatzpunkte zur Diagnostik und Intervention, wie Beratung und Netzwerkarbeit mit einem ressourcenorientierten, ganzheitlichen und lebensweltbezogenen Blick (Liel 2019, S.7). Vor allem mit dem Modell der Salutogenese, welches die Ursachen von Krankheiten beschreibt, versucht sie die Lebensbedingungen präventiv im Sinne der Verminderung von Krankheit, welche aus sozialer und psychischer Benachteiligung und Belastung entstehen, in Form einer Gesundheitserziehung zu verbessern (Homfeldt 2012, S.496f). Soziale Arbeit ist somit für die ganzheitliche Gesundheitsförderung nach dem bio-

psychosozialen Modell essenziell, da andere Professionen der Heilung und Behandlung, sowohl rechtlich als auch kompetenzmäßig, nicht die Möglichkeit haben diesen Bereich abzudecken. Die Ausbildung und Profession der Sozialen Arbeit ist explizit auf Fähigkeiten zum Management, Beratung, Betreuung, Krisenbewältigung, Ressourcenaktivierung, Kooperation mit anderen Professionen, sowie die Kooperation mit Ämtern und Angehörigen ausgelegt (Homfeldt 2012, S.489). Um durch Interventionen, wie von Kaufmann (1980, S.66-84) beschrieben (Kapitel 4), auf die unterschiedlichen Lebensbereiche der Person einzuwirken, mit dem übergeordneten Ziel, ein sozioökonomisches Gleichgewicht für die Person innerhalb der Ansprüche dieser Gesellschaft herzustellen (Homfeldt 2012, S.489). In der Literatur wird eine klare Unterscheidung zwischen Beratung⁴ und Psychotherapie getroffen. Psychotherapie behandelt und diagnostiziert psychische und psychosomatische Störungen und spricht somit innerpsychische Prozesse an (Nestmann 2002, S.403f). Weiterhin sind die Aufgaben, die Berufsbezeichnung und die Ausbildung juristisch klar definiert (Kapitel 4). Beratung hingegen unterstützt bei Problembewältigung durch das Aktivieren von Ressourcen, Kompetenzentwicklung und persönliche Entwicklung durch Reflexion und Bildung. Zudem ist sie im Gegensatz zur Therapie eine kurzfristige Intervention (Nestmann 2002, S. 403f). Zielgruppen sind nach Berger (2003, S.335) *gesunde* Personen, Gruppen, Institutionen und Organisationen die Hilfe bei der Bewältigung von alltäglichen Problemen und Fragestellungen benötigen. *Gesund* meint hierbei, keine Diagnose nach ICD-10. Jedoch kann diese Aussage sowohl durch die Existenz von Beratungsstellen für Suchtkranke Menschen als auch mit dem Konzept des bio-psychosozialen Model widerlegt werden. Zwar ist die Beratung nicht befugt, psychische Störungen zu diagnostizieren, geschweige denn zu behandeln (Amrhein/Propach 2013, S.12). Doch vor dem Hintergrund, dass die meisten Menschen mit psychischen Störungen sich in multidimensionalen Problemlagen befinden (Gahleitner/Pauls 2012, S.371), gehören auch sie zur Zielgruppe von Beratung (Amrhein/Propach 2013, S.12). Ein weiterer Punkt, der die Differenzierung in der Praxis erschwert, sind die theoretischen Grundlagen und Techniken. Beide wollen den Klient*innen bzw. Patient*innen durch Ressourcenaktivierung und Vermittlung von Verhaltenstechniken dabei unterstützen, sich in dieser Gesellschaft zurechtzufinden. Marie-Luise Conen (2006, S.193) kommt zumindest für das systemische Arbeiten zu dem Schluss, dass die Bezeichnung von *Heilung* oder *Hilfe zur Selbsthilfe* oder *Krank* oder *auffälliges Verhalten* von den Auftraggeber*innen davon abhängt, ob es als eine

⁴ Hierbei ist die Beratung als professionelle Berufstätigkeit gemeint

kassenärztliche Leistung als Therapie oder über sozialen Träger als Beratung finanziert wird. Jedoch darf nicht der Anschein erweckt werden, dass Beratung oder bio-psychosoziales Arbeiten durch die Soziale Arbeit mit den Klient*innen eine Therapie ersetzt. Auch wenn sich verschiedene Handlungsfelder wie Casework, klinische Sozialarbeit und Einzelfallhilfe sich psychotherapeutischer Methoden bedienen, wird in der Ausbildung in der Sozialen Arbeit nicht hinreichend auf medizinische und psychologische Inhalte eingegangen. Dieses Wissen wendet sie (Soziale Arbeit) grundlegend je nach Kontext bei ihrem generellen Auftrag in der Bearbeitung gesellschaftlicher und sozialpolitischer Problemlagen an (Gahleitner/Pauls 2012 S.369). Durch das Heilpraktikergesetz ist es auch für andere Berufsgruppen möglich, nach der Ablegung der entsprechenden Prüfung offiziell in der Heilkunde tätig zu sein. Diese berechtigt jedoch nicht zur Abrechnung bei der gesetzlichen Krankenkasse (Amrhein/Propach 2013, S.4). Daher ist der Diskurs zum Verhältnis zwischen Therapie und Soziale Arbeit ein Berufsidentitätsdiskurs der primär von Vertreter*innen der Sozialen Arbeit geführt wird, um sich gegenüber der Psychotherapie und Medizin rechtfertigen zu können und ihre Profession ebenfalls als *heilend* anerkennen zu lassen. Sigrid James (2016b, S. 223–224) betont jedoch, dass die Soziale Arbeit zunächst einmal im Interesse einer Professionsethik mit Wirksamkeitsforschung ihr Handeln rechtfertigen sollte. Nicht nur um gesellschaftlich anerkannt zu werden, sondern auch um einheitliche Handlungsmethoden mit dem Wissen der Wirkung anwenden zu können und den Klient*innen anbieten zu können (Heckerens 2016, S.147ff). Außerdem könnte die Soziale Arbeit so ihr Handeln klarer definieren und eingrenzen. Denn bisher verfolgt sie eine immer weitere Spezialisierung in angrenzende Handlungsfelder, wodurch ein kollektives Selbstverständnis für diese Profession geradezu unmöglich wird (Ohling 2015, S.21ff).

Somit kann festgehalten werden, dass die Soziale Arbeit eine wichtige Rolle in der Gesundheitsversorgung nach dem bio-psychosozialen Model spielt und dass ihre Expertise bezüglich Netzwerkarbeit, Vermittlung und Management bei dieser interdisziplinären Herausforderung eine bedeutende Aufgabe übernimmt. Die enge und respektvolle Kooperation mit den anderen Professionen sollte somit nicht unterschätzt werden. Auch der Einsatz psychotherapeutischer Methoden kann bei der Erfüllung dieser Aufgabe von Nutzen sein, um Problemlagen von Klient*innen verstehen zu können. Hierfür stehen zahlreiche Weiterbildungsangebote zu Verfügung. Letztendlich ist jedoch der Kern der Sozialen Arbeit gesellschaftspolitische Problemlagen zu thematisieren und anzugehen (Gahleitner/Pauls 2012, S.369), wozu auch die Organisation von Gesundheitsfürsorge gehört. Im Sinne von Wronskys

„Soziale Therapie“ ist die Soziale Arbeit zur Behandlung des Sozialen zuständig und kann somit zum Heilungsprozess beitragen, jedoch nicht im Sinne eines innerpsychischen Veränderungs- und Heilungsprozesses wie die Psychotherapie (Ohling 2015, S.57).

9 Therapeutisches Klettern in der Praxis

Das therapeutische Klettern befindet sich in der Schnittmenge des Kletterns und des psychosozialen Arbeitens. Die Gemeinsamkeiten dieser beiden Bereiche wurde durch die therapeutischen Eigenschaften des Kletterns in Kapitel 5 dargestellt.

Die Grundlage des therapeutischen Kletterns ist das Erlebnis (Kapitel 5.1). Durch das Klettern können im Gegensatz zur einfachen Gesprächstherapie Themen und Inhalte erfahrbar gemacht werden. Emotionen sind beim Klettern ebenfalls vorprogrammiert. Wenn die Therapeut*innen in diesen Momenten Interventionen mit therapeutische Wirkungen - zum Beispiel Vertrauen stärken – einsetzen, werden diese durch die Emotionale Kopplung zu langfristigen Erfahrungen (Mehl 2017, S.17). Auch der Zusammenhang von Bewegung bzw. körperliche Aktivität und Neurobiologischen Wirkungen wurde in Zahlreichen Studien nachgewiesen und findet ebenso immer mehr Beachtung in der Gesundheitsversorgung. So konnte im Jahr 2019 die Studie „Klettern und Stimmung“ (KuS) eine Wirksamkeit in der Behandlung von Depressionen nachweisen und wurde in die Regelversorgung am Universitätsklinikum Erlangen aufgenommen. Dabei wurden die Therapiestunden von ausgebildeten Psycholog*innen nach dem Psychotherapeutengesetz, die alle erfahrene Kletter*innen sind durchgeführt. Sowie eine Person pro Therapieteam die eine Weiterbildung im Therapeutischen Klettern durch den DAV oder österreichischen Alpenverein absolviert hat (Dorscht et al. 2019, S.7). Auch im Sozialpädiatrischen Zentrum Memmingen konnte sich Klettern in Form eines Hochseilgartens auf dem Klinikgelände in den therapeutischen Alltag etablieren. Aufbauend auf der Grundidee des Erfahrungslernens werden im Rahmen der Therapie die Ziele individuell mit den Klient*innen vereinbart. Das Team bilden Menschen aus unterschiedlichen Fachbereichen wie Pädagogik, Egotherapie und Psychologie (Hieble 2015, S.289f). Auch der Erlebnispädagoge Gumpold nutzt Klettern in seiner Arbeit in integrativen Feriencamps. Dabei kommt er besonders mit Kindern und Jugendlichen mit ADHS in Kontakt für die Erfahrung auf körperlicher und mentaler Ebene sich besonders gut als Lernfeld eignen. Sie haben dabei die Möglichkeit ihren Bewegungsdrang auszuleben und gleichzeitig psycho-sozialen

Lernerfahrungen wie, Verantwortung, Vertrauen, Empathie, Konzentration sowie Gemeinschaftsgefühl durch gemeinsame Reflexion machen zu können (Gumpold 2015, S.310f). In der freien Praxis der Psychotherapeut*innen Kowald wird das Klettertherapeutische Arbeit als ergänzende Methode zu einer klassischen Gesprächstherapie angewandt (Kowald 2015, S.305). All diese Praxisfelder nutzen sowohl die Erlebnisqualitäten und die spezifischen Faktoren die dem Klettern als therapeutisches Medium innewohnen, als auch den Ressourcen- und Lebensweltorientierter Ansatz. Klettern tritt somit als Intervention zwischen eine Person und deren Problem, (Müller 2006, S.68) kann aber bei strukturellen Problemen wie Arbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit oder Sorgerecht nicht helfen. Es kann jedoch in Kombination mit psychologischem und pädagogischem Wissen bei psycho-sozialen Problemen und psychischen Störungen wirksam sein (Niggehoff 2015, S.279)

9.1 Rechtliches und Weiterbildung

Dennoch ist Klettertherapie keine eigenständige Therapieform, denn alle Praktiker*innen nutzen für den eigentlichen Heilungsprozess ihre eigenen theoretischen Grundlagen aus ihren Therapie- oder Pädagogikschulen. Es existiert auch ein zahlreiches Angebot an Fort- und Weiterbildungen zum Therapeutischen Klettern, wie zum Beispiel in der Ameosklinik durch Dr.Lukowski, den DAV selbst und dem Institut für therapeutisches Klettern (ITK). Dennoch ist es kein geschützter Begriff. Therapeutisches Klettern befindet sich in der Schnittmenge von Klettern und dem psychosozialen Bereich. Somit kann zwar jede Person, die möchte sich als solches bezeichnen, jedoch muss sie sich vor Geldgeber*innen wie Krankenkassen, Trägern oder Privaten Personen sowie vor dem Gesetz mit der eigentlichen Profession rechtfertigen. Daher betont das ITK klar, sich ausschließlich innerhalb der Grenzen des eigenem Berufsrechts oder der rechtsfreien Räume (Erlebnispädagogik) zu handeln. Demnach ist eine Empfehlenswerte Möglichkeit in einem interdisziplinären Team zu arbeiten, um zum einen sich Inhaltlich ergänzen zu können und zum anderen rechtlich mehr Möglichkeiten zu haben (Tanczos/Zajetz 2015, S.71ff). Auch wenn eine Weiterbildung nicht notwendig ist um sich als Klettertherapeut*in zu bezeichnen, gibt es doch viele Gründe, die dafürsprechen. Zum einen um auf dem neusten Stand der Sicherungstechniken im Klettern zu sein und zu wissen in welchem rechtlichen Rahmen ich mich bewegen kann und um zum anderen für die Versicherung einen Nachweis einer Ausbildung im Kletterbereich zu haben (Tanczos/Zajetz 2015, S.77).

9.2 Hürden

Da das therapeutische Klettern nicht als unfehlbar betrachtet werden kann, sollen im Folgenden die Hürden aufgezeigt werden.

Klettern....

- kann seine Wirkpotentiale nur im Rahmen der Professionskompetenzen erfüllen (siehe Kapitel 6.1).
- bedarf sowohl bei den Therapeut*innen als auch Klient*innen ein hohes Maß an sportspezifischen Wissen (Sicherung, Materialwartung, Techniken).
- braucht bestimmte räumliche Begebenheiten, wie Kletterhallen oder natürlichen Fels, welche eventuell mit Kosten verbunden sind.
- hat einen generellen hohen Material aufwand (Kletterschuhe, ggf. Klettergurt, Helm, Seil, Sicherungsgeräte, usw.) die ebenfalls mit Kosten verbunden sind (siehe Kapitel 1.1.).
- basiert auf einer Bewegungslust (siehe Kapitel 3.3), die nicht bei allen Menschen gegeben ist.
- basiert auf körperliche Bewegungsfähigkeiten (siehe Kapitel 1.1.), die nicht bei allen Menschen gegeben sind.

Vor allem die finanziellen Hürden schließen Menschen mit geringem soziökonomischem Status für diese therapeutische Methode aus, es sei denn es ist als Ergänzungsverfahren zur regulären Therapie im Konzept einer Klinik oder von Psychotherapeut*innen verankert und kann so über die Krankenkasse abgerechnet werden (Hieble 2015, 287ff). Das gleiche Prinzip gilt, wenn es als erlebnispädagogische Methode im Rahmen von pädagogischen Interventionen genutzt wird (Mastalerz 2018, S.186). Eine andere Möglichkeit ist Spenden zu akquirieren wie es auch das sozialpädiatrische Zentrum in Memmingen oder der Verein Climbing for all e.V. gemacht haben, um möglichst vielen Menschen die Möglichkeit zum therapeutischen Klettern zu geben (*Climbing-for all e.V.*, o. J.).

10 Fazit: Grenzen und Möglichkeiten von Klettern als Therapieform in der Sozialen Arbeit

Ziel dieser Arbeit war es die Grenzen und Möglichkeiten therapeutischen Arbeitens in der Sozialen Arbeit am Beispiel Klettern zu erarbeiten. Dabei wurde deutlich das Therapeutische Klettern wie es mehr und mehr in psychotherapeutischer und pädagogischer Praxis vorkommt, kein eigener Therapieansatz ist, sondern ein therapeutisches Ergänzungsverfahren, dass auf Theorien und Ansätze der EP und Erlebnistherapie basiert. Dabei werden die psychischen Wirkungsprozesse von Erlebnissen genutzt, um Lernerfahrungen zu arrangieren. Der Begriff therapeutisch ist daher irreführend, da er unterschiedlich gehandhabt wird. Von Seiten der Psychotherapie wird er klar definiert und strebt die Heilung psychischer Störungen und Minderung der Symptome an. Seitens der Sozialen Arbeit besteht das Bedürfnis, ebenfalls als heilende Profession anerkannt zu werden. Jedoch wird hier Heilung im Sinne von einer Erziehung zur Lebensbewältigung verstanden. Dies ist in einer Gesellschaft, die auf Eigentumskonkurrenz basiert auch von großem Vorteil, um die Menschen bei störendem bzw. abweichendem Verhalten, wie Gewalt, Drogen, Armut zu unterstützen und dieses an die Gesellschaft und dem geltenden Recht anzupassen, um unkomplizierter leben zu können. Wenn sich die Soziale Arbeit diese Verhältnisse bewusst macht und somit Problemlagen sozioökonomischen Ursprungs als Kapitalistische Notwendigkeit anerkennt, kann sie sich frei von der Verantwortung über gesellschaftspolitische Verhältnisse machen und sich auf individuelle Problemlagen der Klient*innen besinnen. Da die Soziale Arbeit ständig auf der Suche nach einem passenden Professionsverständnis ist und sich ohne fundiertes Fachwissen mehr und mehr in andere Professionen ausbreitet, wäre eine grundsätzliche Analyse des Sozialstaats und der bestehenden Verhältnisse eine gute Grundlage, um zumindest ein allgemein gültiges Grundverständnis über die Möglichkeiten der Profession zu entwickeln. Aus diesem Grund würde sich eine weitere Betrachtung des Sozialstaats, wie es Dillmann und Schiffer-Nasserie (2018) tun, in zukünftigen Lehren anbieten.

Letztlich kann davon ausgegangen werden, das Klettern durchaus als Therapieform, Möglichkeiten im Sinne von gesellschaftlicher Anpassung in der Sozialen Arbeit bietet. Diese Möglichkeiten beschränken sich dennoch auf Persönlichkeitsentwicklung, (Re-) Aktivieren von Ressourcen und Kompetenzentwicklung. Klettern kann jedoch nicht bei sozioökonomischen Problemen helfen. Monetäre Mittel sind eher, wie in einer Eigentumsgesellschaft, ein limitierender Faktor, um diese Intervention allgemein zugänglich zu machen. Da allein das

Material und Räumlichkeiten sehr kostenintensiv sind. Zudem bedarf es eine zusätzliche Ausbildung und Erfahrungen in Kletter- und Sicherungstechniken.

Ich habe mir das Thema zu Beginn ausgewählt, da ich die Idee hatte nach meinem Abschluss meine Leidenschaft zum Klettern mit meinem Ausbildungsberuf der Sozialen Arbeit zu verbinden. Dies ist nach näherer Betrachtung dieses Themas immer noch eine Option für mich. Diese Arbeit hat mir jedoch geholfen eine bessere Einordnung therapeutischen Arbeitens in der eigenen Profession zu erlangen. Auch wenn Soziale Arbeit immer System immanent sein wird, kann ich mich von einer idealisierten helfenden Rolle, die Verantwortung über gesellschaftspolitische Verhältnisse nimmt, frei machen und den Fokus auf die individuellen Problemlagen der Personen legen und versuchen meinen zukünftigen Klient*innen durch das Klettern zu helfen in dieser Gesellschaft zurecht zu kommen und sich anzupassen. Sowie sowohl ihnen als auch mir eine gute Zeit durch das Klettern zu beschern und Erlebnisse und Erfahrungen ermöglichen zu können die sonst nicht in ihren soziökonomischen Möglichkeiten liegen.

11 Literaturverzeichnis

Amrhein, C. & Propach, F. (2013). Unterschied Psychotherapeut, Psychologe, Psychiater? URL.: <https://www.therapie.de/psyche/info/fragen/wichtigste-fragen/unterschied-psychotherapeut-psychologe-psychiater/>

[15. Juli 2021]

Bang, R. (1968). Psychologische und methodische Grundlagen der persönlichen Hilfe (4. Aufl.). München, Deutschland: Ernst Reinhardt Verlag.

Bedacht, A., Birzele, J., Harder, H., Huber, M., Obermeier, S. & Pletzer, W. (2015). Qualitätsstandards in der Erlebnispädagogik. Bayrischer Jugendring. Abgerufen von <https://shop.bjr.de>

Brake, R. & Deller, U. (2014). Soziale Arbeit: Grundlagen für Theorie und Praxis. Opladen&Toronto, UTB.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2021). BZgA-Leitbegriffe: Biomedizinische Perspektive.

URL.: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/biomedizinische-perspektive/> [15. Juli 2021]

Burghardt, B. (2015). Angst. In Gelassenheit gewinnen - 30 Bilder für ein starkes Selbst: Wie Sie Ihren inneren Reichtum neu entdecken (2. Aufl., S. 73–76). Wiesbaden, Deutschland: Springer Gabler.

Conen, M.-L. (2006). Therapeutisierung der Sozialarbeit? Oder: Zirkuläres Fragen ist zirkuläres Fragen. Kontext- Zeitschrift für systemische Therapie und Familientherapie, 37(2), 191–198.

Csikszentmihalyi, I. S. (1992). Introduction to Part IV. In M. Csikszentmihalyi & I. Csikszentmihalyi (Hrsg.), Optimal Experience: Psychological Studies of Flow in Consciousness (S. 251–338). Cambridge, Vereinigtes Königreich: Cambridge University Press.

Csikszentmihalyi, M. (1975). Beyond Boredom and Anxiety. San Fransico, USA: Jossey-Bass.

Csikszentmihalyi, M. (1987). Das Flow- Erlebnis- Jenseits von Angst und Langeweile: im Tun aufgehen. Stuttgart, Deutschland: Klett-Cotta.

Csikszentmihalyi, M. (1990). Flow: The Psychology of Optimal Experience (Underlining Aufl.). New York, USA: Harper & Row.

Csikszentmihalyi, M. (2013). Flow: Das Geheimnis des Glücks (16. Aufl.). Stuttgart, Deutschland: Klett-Cotta.

DAV e.V. (2018). Klettern in Deutschland – Zahlen, Daten & Fakten.

URL.: https://www.alpenverein.de/der-dav/presse/hintergrund-info/klettern-in-deutschland-zahlen-daten-fakten_aid_31813.html

[14. Juli 2021]

DAV-Ressort Natur- und Umweltschutz. (2015). Strategien zum naturverträglichen Klettern. Klettern und Naturschutz-Leitbild zum naturverträglichen Klettern in Deutschland.

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985). Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior (Perspectives in Social Psychology) (1985. Aufl.). Boston, USA: Springer.

Deloie, D. (2011). Soziale Psychotherapie als Klinische Sozialarbeit: Traditionslinien – Theoretische Grundlagen – Methoden (Therapie & Beratung). Gießen, Deutschland: Psychosozial-Verlag.

Dillmann, R. & Schiffer-Nasserie, A. (2018). Der soziale Staat: Über nützliche Armut und ihre Verwaltung Ökonomische Grundlagen | Politische Maßnahmen | Historische Etappen. Hamburg, Deutschland: VSA.

Dorscht, L., Karg, N., Book, S., Graessel, E., Kornhuber, J. & Luttenberger, K. (2019). A German climbing study on depression: a bouldering psychotherapeutic group intervention in outpatients compared with state-of-the-art cognitive behavioural group therapy and physical activation – study protocol for a multicentre randomised controlled trial. BMC Psychiatry, 19(1), 1–13.

Ebert, T. (o. D.). Klettern.

URL.: <https://www.alpenverein-muenchen-oberland.de/bergsport/klettern#horizontalTab3>

[15. Juli 2021]

Einwanger, J. (2015). Erlebnispädagogik. In A.-C. Kowald & A. Zajetz (Hrsg.), Therapeutisches Klettern: Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik (S. 81–95). Stuttgart, Deutschland: Schattauer.

Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie. (o. D.).

Psychologie/Aufgaben/Klinische Gesundheit.

URL.: https://www.osa.fu-berlin.de/psychologie/aufgaben/klinische_gesundheit/index.html

[15. Juli 2021]

Franke, A. (2012). Modelle von Gesundheit und Krankheit: Lehrbuch Gesundheitswissenschaften. (3. Aufl.). Bern, Schweiz: Hans Huber.

Franzkowiak, P. (2018). BZgA-Leitbegriffe: Biomedizinische Perspektive.
URL.: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/biomedizinische-perspektive/>
[14. Juli 2021]

Füssenhäuser, C. (2017). Soziale Arbeit. In Deutscher Verein für öffentliche Fürsorge e.V. (Hrsg.), Fachlexikon der Sozialen Arbeit (8. Aufl., S. 774). Baden-Baden, Deutschland: Nomos.

Gahleitner, S. B. (2012). Soziale Arbeit und Psychotherapie – zum Verhältnis sozialer und psychotherapeutischer Unterstützungen und Hilfen. In W. Thole & H. Pauls (Hrsg.), Grundriss Soziale Arbeit: Ein einführendes Handbuch (Aufl., S. 367). Wiesbaden, Deutschland: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Galuske, M. (2013). Erlebnispädagogik. In Methoden der Sozialen Arbeit (10. Aufl., S. 253–264). Weinheim, Deutschland: Beltz Verlag.

Gauster, H. & Stöhr, U. (2018). 3D Special-Sportklettern mit Kindern und Jugendlichen: Ideen und Informationen für gelungene Kletterstunden in der Halle und am Fels. 3D Denkraum für die Jugendarbeit.

Grawe, K. (1998). Psychologische Therapie. Göttingen, Deutschland: Hogrefe Verlag.

Gruppe k. (2017). Kritik der sozialen Arbeit [Vortragsverschriftlichung].
URL.: <https://gruppe-k.org/wp-content/uploads/2017/10/Kritik-der-Sozialen-Arbeit.pdf>
[10. Mai .2021]

Gumpold, M. (2015). Erlebnispädagogik - integrative Feriencamps. In A.-C. Kowald & A. Zajetz (Hrsg.), Therapeutisches Klettern: Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik (S. 310–315). Stuttgart, Deutschland: Schattauer.

Heckmair, B. & Michl, W. (2008). Erleben und Lernen (3. Aufl., Bd. 2). München, Deutschland: Ernst Reinhardt Verlag.

Heekernes, H.-P. (2016). Psychotherapie und Soziale Arbeit: Studien zu einer wechselseitigen Beziehungsgeschichte (2016. Aufl.). Coburg, Deutschland: ZKS.

Hieble, M. (2015). Erlebnistherapie in sozialpädiatrischem Zentrum und Kinderklinik. In A.-C. Kowald & A. Zajetz (Hrsg.), Therapeutisches Klettern: Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik (S. 287–289). Stuttgart, Deutschland: Schattauer.

- Hobmair, H. (2012). Pädagogik: Schülerband (5. Aufl., Bd. 5). Köln, Deutschland: Bildungsv Verlag EINS.
- Homfeldt, H. G. (2012). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung. In W. Thole (Hrsg.), Grundriss Soziale Arbeit (S. 489–505). Wiesbaden, Deutschland: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kaufmann, F. (1982). Elemente einer soziologischen Theorie sozialpolitischer Intervention. In Staatliche Sozialpolitik und Familie (S. 66). Oldenburg, Deutschland: De Gruyter Oldenburg.
- Knoll, M. (2018). Kurt Hahn: Erlebnispädagogik als „Erlebnistherapie“. In W. Michl & H. Seidel (Hrsg.), Handbuch Erlebnispädagogik (S. 113–116). München, Deutschland: Ernst Reinhardt Verlag.
- Kowald, A. & Zajetz, A. K. (2015). Therapeutisches Klettern: Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik. Stuttgart, Deutschland: Schattauer.
- Kowald, A.-C. (2015). Erfahrungslernen und Erlebnistherapie. In A.-C. Kowald & A. Zajetz (Hrsg.), Therapeutisches Klettern: Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik (S. 44–45). Stuttgart, Deutschland: Schattauer.
- Kowald, A.-C. & Zajetz, A. (2015). Erlebnisqualitäten des Kletterns. In A.-C. Kowald & A. Zajetz (Hrsg.), Therapeutisches Klettern: Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik (S. 20–40). Stuttgart, Deutschland: Schattauer.
- Kowald, A.-C., Zajetz, A. & Zajetz, A. (2015). Warum wirkt therapeutisches Klettern? Effekt und Wirkfaktoren. In A.-C. Kowald (Hrsg.), Therapeutisches Klettern: Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik (S. 50–70). Stuttgart, Deutschland: Schattauer.
- Lakemann, U. (2017). Die Wurzeln erfahrungs orientierter Therapie (EOT): Stand der internationalen Forschung. In K. Mehl (Hrsg.), Erfahrungsorientierte Therapie: Integrative Psychotherapie und moderne Psychosomatik (S. 71–110). Berlin, Deutschland: Springer Verlag.
- Lakemann, U. (2018). Erlebnispädagogik in therapeutischen Ansätzen. In W. Michl & H. Seidel (Hrsg.), Handbuch Erlebnispädagogik (S. 267–271). München, Deutschland: Ernst Reinhardt Verlag.
- Lecturio. (2020). Interventionsformen in der Medizin – Ein Überblick.
URL.: <https://www.lecturio.de/magazin/interventionsformen/>
[14. Juli 2021]

- Liel, K. (2019). Das Soziale der Gesundheit stärken: Soziale Arbeit als Profession der Gesundheitsförderung. *Forum sozialarbeit + gesundheit*, (2), 6–9.
- Lovric, D. (2015). Neurowissenschaftliche Implikationen therapeutischen Kletterns. In A.-C. Kowald & A. Zajetz (Hrsg.), *Therapeutisches Klettern: Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik* (S. 6–19). Stuttgart, Deutschland: Schattauer.
- Luhmann, N. (1984). *Soziale Systeme: Grundrisse einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt a.M., Deutschland: Suhrkamp.
- Mastalerz, D. (2018). Erlebnispädagogik in den „Hilfen zur Erziehung“. In W. Michl & H. Seidel (Hrsg.), *Handbuch Erlebnispädagogik* (1. Aufl., S. 182–186). München, Deutschland: Ernst Reinhardt Verlag.
- Mehl, K. (2017). Das Prinzip des Lebendigen – Einführung in die Theorie und Praxis der erfahrungs- orientierten Therapie. In K. Mehl (Hrsg.), *Erfahrungsorientierte Therapie: Integrative Psychotherapie und moderne Psychosomatik* (2017, S. 3–63). Berlin, Deutschland: Springer Verlag.
- Meinhold, M. (1988). Intervention in der Sozialarbeit. In G. Hörmann & F. Nestmann (Hrsg.), *Handbuch der psychosozialen Intervention* (S. 70–80). Wiesbaden, Deutschland: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Michels, H. (2018). Die Bedeutung der Erlebnispädagogik in der Sozialen Arbeit. In W. Michl & H. Seidel (Hrsg.), *Handbuch Erlebnispädagogik* (S. 54–59). München, Deutschland: Ernst Reinhardt Verlag.
- Michl, W. (2020). *Erlebnispädagogik* (4. aktual. Aufl.). München/Stuttgart, Deutschland: Ernst Reinhardt Verlag/UTB.
- Michl, W. & Seidel, H. (2018). *Handbuch Erlebnispädagogik*. München, Deutschland: Ernst Reinhardt Verlag.
- Müller, B. (2006). *Sozialpädagogisches Können: Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit* (4. Aufl.). Freiburg in Breisgau, Deutschland: Lambertus.
- Nestmann, F. (2002). Verhältnis von Beratung und Therapie. *Psychotherapie im Dialog*, 3(4), 402–409.
- Niggehoff, S. (2003). Klettern als erlebnispädagogisches Medium in der Entwöhnungsbehandlung Drogenabhängiger. *Praxis der Psychosomatik*, (3), 191–195.

Niggehoff, S. (2015). Therapeutische Felsklettern und Erlebnispädagogik in einer Klinik für Abhängigkeitserkrankungen. In A.-C. Kowald & A. Zajetz (Hrsg.), *Therapeutisches Klettern: Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik* (S. 279–283). Stuttgart, Deutschland: Schattauer.

Mortimer, P., Rosen, N. (Produzent& Regisseur) (2014): *Valley Uprising* [Film]. USA

Paffrath, F. H. (2018). Zu theoretischen Konzeption und interdisziplinärem Kontext der Erlebnispädagogik. In W. Michl & H. Seidel (Hrsg.), *Handbuch Erlebnispädagogik* (S. 20–23). München, Deutschland: Ernst Reinhardt Verlag.

Penning, C. (2019, 15. Mai). Abschied von den Besten
URL.: <https://hoehepunkt-tirols.oetztal.com/abschied-von-den-besten/>
[15. Juli 2021]

Perrez, M. & Baumann, U. (2011). Systematik der klinisch-psychologischen Intervention. In M. Perrez & M. Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie - Psychotherapie* (4. Aufl., S. 349). Bern, Schweiz: Hans Huber.

Petzold, H. & Märtens, M. (1999). Wege zu effektiven Psychotherapien, Bd.1, Modelle, Konzepte, Settings: Psychotherapieforschung und Praxis Band 1: Modelle, Konzepte, Settings (1999. Aufl.). Opladen: Leske + Budrich Verlag.

Pohl, G. (2016). Angst und Angststörung. In *Angsthasen, Albträumer und Alltagshelden* (1. Aufl., S. 5–26). Berlin, Heidelberg, Deutschland: Springer Spektrum.

Raithel, J., Dollinger, B. & Hörmann, G. (2009). Ausgewählte Subdisziplinen und Fachrichtungen: Erlebnispädagogik. In *Einführung Pädagogik* (3. Aufl., S. 209–224). Wiesbaden, Deutschland: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Rehm, M. (o. D.). Texte.
URL.: http://www.erlebnispaedagogik.de/texte.htm#_ftn1
[15. Juli 2021]

Rothmeier, K. (2019). Informationsbroschüre: Erlebnispädagogik mit Qualität. (Bundesverband Individual- und Erlebnispädagogik e.V., Hrsg.) (4. Aufl.).

Scheimpflug, F. (2014). Paul Preuss und der Purismus der Freikletterns. ALPS Alpinismus. Klettern. Gipfel. Sommer Programm 2014.

Schrieber, D. (2007). *ERLEBNISPÄDAGOGIK – Ein Überblick zum erlebnisorientierten Lernen durch den Kopf, die Hand und das Herz*. Lernnetzwerk e.V.

URL.: <http://www.lenz-info.de>
[10.Juli.2021]

Senftleben, H. U. (2001). Gesundheitswesen, Krankenhaussozialarbeit und „Clinical Work“. ForumSOZIAL, (2), 18–22.

Sittler, F. (2021). Gender-Doppelpunkt: Alternative zum Gendersternchen.
URL.: <https://www.genderleicht.de/gender-doppelpunkt/>
[15. Juli 2021]

Sonnenmoser, M. (2012). Soziale Schicht und Psychotherapie: Kluft zwischen den Lebenswelten. Deutsches Ärzteblatt, (9), 412–413.

Stiens, T. (2020, 1. Februar). So umkämpft ist der Boulderhallenmarkt.
URL.: <https://www.handelsblatt.com/unternehmen/mittelstand/urbanes-abenteuer-an-der-spitze-wird-die-luft-duenn-der-umkaempfte-boulderhallenmarkt/25495002.html?ticket=ST-7946676-K6GivCukA6dgo5Ad4I0u-ap3>
[14. Juli 2021]

Streicher, B. (2018). Alpine Erlebnispädagogik. In W. Michl & H. Seidel (Hrsg.), Handbuch Erlebnispädagogik (S. 192–195). München, Deutschland: Ernst Reinhardt Verlag.

Strobl, T. & Zeller, M. (1995). Freeclimbing. Technik und Training; mit Spezialtips für künstliche Kletterwände. Niedernhausen, Deutschland: Falken Bücherei.

Tanczos, D. (2015). Ausbildung, Sicherheit und rechtliche Folgen. In A. Zajetz, A.-C. Kowald & A. Zajetz (Hrsg.), Therapeutisches Klettern: Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik (S. 71–80). Stuttgart, Deutschland: Schattauer.

Veltrup, C. (2020). Theorie und Praxis des bio-psychosozialen Modells: Rolle und Beitrag der Psychologie. In C. Rummel & R. Gaßmann (Hrsg.), *Sucht: bio-psycho-sozial: Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen - Perspektiven aus Sozialer Arbeit, Psychologie und Medizin* (S. 59–68). Stuttgart, Deutschland: W. Kohlhammer GmbH.

Weltgesundheitsorganisation. (2005). Der Europäische Gesundheitsbericht 2005: Maßnahmen für eine bessere Gesundheit der Kinder und der Bevölkerung insgesamt.
URL.: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341330/9789289033763-ger.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
[12. Juli 2021]

Wendt, P. (2017). Lehrbuch Methoden der Sozialen Arbeit (Studienmodule Soziale Arbeit) (2., überarbeitete Aufl.). Weinheim, Basel, Deutschland: Beltz Juventa.

Werner, M. (2006). Verwilderungswünsche, Abenteuerlust und Grenzerfahrungen – Anmerkungen zu Kurt Hahns Begriff der Erlebnistherapie. *Spektrum Freizeit*, (30), 83–91.

Wilkinson, R. & Pickett, K. (2009). Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind. Berlin, Deutschland: Tolkemitt.

Winter, S. (2001). Richtig Sportklettern (BLV Sportpraxis Top). München, Deutschland: BLV Verlagsgesellschaft mbH.

Wittchen, H.-U., Hoyer, J., Fehm, L., Jacobi, F. & Junge-Hoffmeister, J. (2011). Klinisch-psychologische und psychotherapeutische Verfahren im Überblick. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2. Aufl., S. 449–475). Berlin, Heidelberg, Deutschland: Springer-Verlag.

Zajetz, A. (2015). Warum eignet sich Klettern als therapeutisches Medium? In A.-C. Kowald & A. Zajetz (Hrsg.), *Therapeutisches Klettern: Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik* (S. 41–70). Stuttgart, Deutschland: Schattauer.

Zimmermann, R. S., Donohew, L. & Bardo, M. T. (2004). Personality and risky behavior: Communication and prevention. In R. M. Stelmack (Hrsg.), *On the Psychobiology of Personality: Essays in Honor of Marvin Zuckerman* (S. 223–245). San Diego, USA: Pergamond.

Climbing for all e.V. (o. D.). Zweck
URL.: <https://climbing-for-all.de/zweck/>
[15. Juli 2021]