

AUS DER ABTEILUNG  
FÜR PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN  
PROF.DR. THOMAS LOEW  
DER FAKULTÄT FÜR MEDIZIN  
DER UNIVERSITÄT REGENSBURG

**DER EINSATZ VON KÖRPERPSYCHOTHERAPIE  
AN DEUTSCHEN KLINIKEN FÜR PSYCHOSOMATIK  
EINE REPRÄSENTATIVE QUERSCHNITTERHEBUNG**

Inaugural – Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der Medizin

der  
Fakultät für Medizin  
der Universität Regensburg

vorgelegt von  
Margarete Gisela Braun

2014



AUS DER ABTEILUNG  
FÜR PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN  
PROF. DR. THOMAS LOEW  
DER FAKULTÄT FÜR MEDIZIN  
DER UNIVERSITÄT REGENSBURG

DER EINSATZ VON KÖRPERPSYCHOTHERAPIE AN DEUTSCHEN KLINIKEN  
FÜR PSYCHOSOMATIK  
EINE REPRÄSENTATIVE QUERSCHNITTERHEBUNG

Inaugural – Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der Medizin

der  
Fakultät für Medizin  
der Universität Regensburg

vorgelegt von  
Margarete Gisela Braun

2014

Dekan: Prof. Dr. Dr. Torsten E. Reichert

1. Berichterstatter: *Prof. Dr. Thomas Loew*

2. Berichterstatter: *Prof. Dr. Karin Tritt*

Tag der mündlichen Prüfung: 18.Mai 2015

# Inhalt

Einleitung.....	6
Fragestellung .....	6
Definition Körperpsychotherapie.....	7
Entwicklung der Körperpsychotherapie von 1920 bis heute .....	8
Zusammenfassende Darstellung der am häufigsten genannten Methoden der Körpertherapie und Körperpsychotherapie .....	12
Autogenes Training .....	13
Funktionelle Entspannung .....	14
Konzentrierte Bewegungstherapie .....	15
Atemtherapie .....	17
Tanztherapie .....	18
Feldenkrais .....	19
PMR.....	20
Akupunkt-Massage nach Penzel .....	21
Kommunikative Bewegungstherapie .....	22
Integrative Bewegungstherapie .....	23
Eutonie.....	24
Alexander Technik .....	25
Biodynamik .....	26
Strukturelle Körpertherapie .....	27
Shiatsu .....	28
Psychotherapie nach Albert und Diane Pessó – Pessó Boyden System Psychomotor .....	28
Bioenergetische Analyse .....	29
Musiktherapie und Rhythmustherapie (TaKeTiNa).....	31
Methoden .....	33
Ergebnisse und Diskussion .....	34
Deskriptive Statistik der Befragten: .....	34
Verbreitung der Körperorientierten Verfahren in Deutschland .....	34
Auswahl der Therapiemethoden .....	36
Therapieangebot der Kliniken im Vergleich.....	39

Körperverfahren als Form der Psychotherapie .....	45
Wie viel KT wird durchgeführt? .....	50
Kodierung der Therapiemaßnahmen .....	54
Kontraindikationen für Körperpsychotherapieverfahren .....	58
Welche Berufsgruppen führen die Körperpsychotherapieverfahren aus? .....	61
Rahmenbedingungen der Ausbildungen mit Zertifikat der jeweiligen Fachgesellschaft .....	66
Vergleich der Ergänzungsausbildungen zum Körperpsychotherapeuten .....	73
Auslastung der Ausbildungsstätten .....	74
Überblick über die Rahmenbedingungen der Zertifizierung in unterschiedlichen Körper(psycho)therapieverfahren: .....	76
Autogenes Training .....	77
Funktionelle Entspannung .....	79
Konzentrierte Bewegungstherapie .....	80
Atemtherapie .....	81
Tanztherapie .....	82
Feldenkrais .....	83
Progressive Muskelrelaxation .....	84
Akupunkt-Massage nach Penzel .....	85
Kommunikative Bewegungstherapie .....	86
Integrative Bewegungstherapie .....	87
Eutonie .....	88
Alexander-Technik .....	89
Biodynamik .....	90
Strukturelle Körpertherapie .....	91
Shiatsu .....	92
Psychotherapie nach Albert Pesso .....	93
Bioenergetische Analyse .....	94
Zusammenfassung der Ergebnisse .....	95
English Summary .....	97
Bibliographie .....	99
Anhang .....	109
Danksagung .....	109
Eidesstattliche Erklärung .....	110

Lebenslauf.....	111
Anschreiben an die Chefärzte .....	112
Fragebogen.....	113

# Einleitung

## Fragestellung

Welchen Stellenwert hat die Körperpsychotherapie in deutschen psychosomatischen Kliniken?

Im Hinblick auf die wachsende Popularität dieser Therapierichtung im ambulanten wie stationären Bereich (Marlock, 2007) ist es interessant, konkrete Zahlen zu der tatsächlich durchgeführten Therapie in den deutschen Kliniken für Psychosomatik zu erhalten, auch um in der Zukunft eine Entwicklung dieses Subsegments der Psychosomatik nachvollziehen zu können.

Dementsprechend befasst sich die Erhebung mit folgenden Fragen:

- Welche Verfahren der Körperpsychotherapie kommen tatsächlich zur Anwendung?
- Welcher Anteil der Patienten einer psychosomatischen Klinik erhält Körperpsychotherapie? Welchen therapeutischen Stellenwert nimmt die Körperpsychotherapie ein?
- Wie schätzen die Durchführenden die Wirksamkeit der Körperpsychotherapie ein? Bei welchen Erkrankungen halten Sie die Körpertherapie für besonders geeignet, wo sehen sie Kontraindikationen?
- Wie können die Körperpsychotherapieverfahren im Abrechnungssystem der Kliniken erfasst werden?
- Aus welchen Berufsgruppen rekrutieren sich die Körperpsychotherapeuten?
- Welche Qualifikationen haben die durchführenden Therapeuten? Wird auf Zertifikate der Fachgesellschaften Wert gelegt?
- Welche Bedingungen sind an die Zertifikate der Fachgesellschaften geknüpft? Inwieweit schaffen diese Zertifikate eine Basis für den Vergleich von Therapeuten und Therapiemethoden untereinander?

Um eine Grundlage für die hier dargestellten Überlegungen und die im folgenden dargelegten Untersuchungsergebnisse zu schaffen soll zunächst der Begriff Körpertherapie definiert und die Geschichte dieses Therapieansatzes kurz



nachvollzogen werden. Da der Begriff Körperpsychotherapie ein sehr weitgefächertes Feld umspannt, werden die in Deutschland verbreitetsten Methoden kurz erläutert.

## **Definition Körperpsychotherapie**

Körperpsychotherapie, oder auch Körperorientierte Psychotherapie (englisch: body orientated psychotherapy oder somatic psychotherapy) beschreibt einen Therapieansatz, bei dem der Zugang zum Patienten nicht nur über kognitive Wege wie Anamnese, tiefenpsychologische Analyse oder Verhaltensanalyse gesucht wird, sondern auch über den Körper des Patienten, seine Bewegungen und Zustandsveränderungen. Das körperpsychotherapeutische Denkmodell geht davon aus, dass der Körper selbst Informationen speichert und verarbeitet, sodass sich seelische Leiden in Form von körperlichen Phänomenen manifestieren. Diese Information kann nur auf körperlich-physischem Wege gelesen und - teils durch kognitive Bewusstwerdung - verändert werden. So beschreibt der Vordenker der Leibtherapie, Wilhelm Reich, körperliche Verspannungen alias „Körperpanzer“ als Ausdruck seelischer Blockaden bzw. des „Charakterpanzer[s]“ (Reich, 1970). Zur Veränderung dieses „Leibgedächtnisses“ bietet die Körperpsychotherapie zwei Ansätze: Zum einen in Form von Bewegung, zum anderen in Form von „Achtsamkeit“, worunter das bewusste Nachspüren der eigenen körperlichen Empfindungen verstanden wird. Vgl. (Müller-Braunschweig, 2010). In beiden Fällen bietet der Körper einen Zugang zum Unbewussten des Patienten, was in einem konsekutiven Therapeutengespräch weiter analysiert und verarbeitet wird.

Vom Begriff der Körperpsychotherapie kann der Begriff der Körpertherapie abgegrenzt werden. Der Unterschied der beiden Therapieansätze besteht im Wesentlichen darin, dass die Wirkung der Körpertherapie allein auf körperlicher Aktion und Sensorik beruht, ohne dabei mittels verbaler Intervention oder psychologischer Analyse „direkt“ auf die Psyche einzuwirken. (Geuter, 2000) (*Handwörterbuch der angewandten Psychologie*, 1993) Änderungen im psychischen Befinden sind durchaus gewollte Effekte auch in der Körpertherapie, der Ansatz besteht hier aber häufig eher in einer präventiven „Psychohygiene“ und weniger in der Psychotherapie. Diese Differenzierung hat sich jedoch in der Praxis noch nicht vollständig durchgesetzt. Zwar

gibt es Verfahren, wie beispielsweise die Alexander-Technik oder die Feldenkrais-Methode, die in ihrem Selbstverständnis fest der Körpertherapie zuzuordnen sind, tatsächlich kommen aber selbst diese Verfahren häufig in einer Mischung mit Gesprächstherapie zum Einsatz und die Grenze lässt sich nicht scharf ziehen.

Im hier verwendeten Fragebogen wurde bewusst auf eine Einteilung oder Zuordnung der unterschiedlichen Verfahren verzichtet, um den Befragten in seinen Antwortmöglichkeiten nicht einzuschränken oder zu beeinflussen. Daher soll der Begriff „Körperpsychotherapie“ oder „körperorientierte Psychotherapie“ im Folgenden die „Körpertherapieverfahren“ auch nicht ausschließen, solange dies nicht explizit erwähnt wird.

## **Entwicklung der Körperpsychotherapie von 1920 bis heute**

Um die Jahrhundertwende war in Europa der Gedanke, Berührung und Bewegung, also körperliche Erfahrungen und Aktionen in den psychotherapeutischen Prozess einzubeziehen ein Novum. Wo Freud mit der Psychoanalyse einen einheitlichen Weg zu psychischer Heilung versprach und propagierte, Alternativen geradezu eifersüchtig angriff und alles Körperliche aus dem therapeutischen Prozess verbannte, entwickelten sich parallel mehrere Ansätze, die heute die Wurzeln der Körperpsychotherapie ausmachen. (Müller-Braunschweig, 2010) Allerdings kam es nie zu einer einheitlichen Alternativbewegung. Stattdessen entwickelten einzelne Therapeuten eigene Theorien und Methoden, deren Schüler, in gegenseitiger Beeinflussung, wieder eigene Konzepte erstellten, die alle als eigenstehende Verfahren gelten wollten. Therapeutengeneration für Generation entstand so der bunte Strauß Therapieschulen, die wir heute als Körperorientierte Psychotherapie zusammenfassen. Petzold bezeichnete dieses Phänomen als „Methodeninflation“ (Marlock, 2007) Entsprechend liest sich die Geschichte der Körperpsychotherapie bis zur Jahrtausendwende wie eine Zusammenfassung zahlloser Biographien. Eine detaillierte Darstellung dieser Entwicklungen findet sich insbesondere bei Geuter (Geuter, 2000). Im Grunde entwickelte sich die Körperpsychotherapie aus drei verschiedenen Richtungen: Der Gymnastik, deren selbstheilende Kräfte Elsa Gindler in ihrem „Seminar für Harmonische Körperausbildung“ als Erste entdeckte und nutzte, des Weiteren aus dem Ausdrucks-Tanz, der 1914 von Mary Wigman zum ersten Mal öffentlich praktiziert

und von Rudolf von Laban auf ein psychotherapeutisch-theoretisches Fundament gestellt wurde, und schließlich aus der Psychoanalyse, der insbesondere Wilhelm Reich mit der Entwicklung der Vegetotherapie eine körperliche Ebene hinzufügte. Reich bewirkte somit eine Abspaltung von der klassischen Psychoanalyse, die sich noch bis heute in der Spaltung der Psychotherapeuten von den Körperpsychotherapeuten widerspiegelt. Sándor Ferenczi entwarf bereits vor Reich eine „aktive Technik“ mit Mimik, Gestik und körperlicher Berührung, wandte sich jedoch im Gegensatz zu Reich, eingeschüchtert von der vehementen Ablehnung durch die Freudianer, von diesen Thesen wieder ab. Ferenczis Gedanken wurden erst in den 40er Jahren „wieder entdeckt“ und zur Grundlage der „humanistischen Körpertherapie“. (Loew, Tritt, Lahmann, & Röhrich, 2006) Angesichts der steigenden Popularität der seit den 1920er Jahren entstandenen körperorientierten Verfahren forderte Gustav Heyer 1931 beim „VI. Kongress der Allgemeinen Ärztlichen Psychotherapie“ eine „Behandlung des Seelischen vom Körper aus“ in die Psychotherapie mit einzubeziehen. (Marlock, 2007) Eine echte Eingliederung der Körperpsychotherapie in die klassische Psychotherapie fand allerdings auch in den folgenden Jahren nicht statt, obgleich in der zwangsgenormten Psychoanalyse der NS Zeit auch mit der Körperpsychotherapie verwandte Aspekte in die Psychotherapeutenausbildung integriert wurden. (Geuter, 2004) Davon weitgehend unabhängig fanden die körperorientierten Verfahren weitere Verbreitung, insbesondere in Europa, USA, Kanada, Australien und Brasilien. Im Westen entstand in den 1970er Jahren mit David Boadella und Gerda Boyesen, den Gründern der Biosynthese und Biodynamik, in London ein Zentrum der Körperpsychotherapie. In den USA etabliert sich die Tanztherapie mit der Gründung der American Dance Therapy Association (Marlock, 2007), während in Ostdeutschland die Kommunikative Bewegungstherapie von Anita Wilda-Kiesel in Form einer Fachphysiotherapeutenausbildung für funktionelle Störungen und Neurosen eingeführt wurde. (Geuter, 2004) Es wäre jedoch voreilig anzunehmen, die Körperpsychotherapie hätte sich zu diesem Zeitpunkt fest in der Therapielandschaft verankert. Noch 1985 stand das evangelische Krankenhaus in Halle kurz vor der Schließung, da an der von Hans Joachim Maaz eingeführten Körperpsychotherapie Anstoß genommen wurde. Maaz ist heute einer der führenden Köpfe in der analytischen Körperpsychotherapie. (Geuter, 2004) und (Krüger, 2002)

Eine Erhebung, die Andritzky 1999 durchführen ließ kam zu dem Ergebnis, dass 14,4% der ambulant tätigen Psychotherapeuten und 11,5% der ambulant tätigen Ärzte

körperorientierte Verfahren nutzen. (Andritzky, 1999) Wie die vorliegende Erhebung zeigt, haben die Verfahren auch im stationären Bereich inzwischen festen Fuß gefasst. Die steigende Nachfrage nach Körperpsychotherapeuten muss natürlich gedeckt werden. In alter Tradition wird dies in den Schulen der einzelnen Verfahren bewerkstelligt. Im akademischen Bereich zeichnet sich eine neue Entwicklung ab: An der Universität Marburg kann man ab dem Wintersemester 2010/2011 einen Masterstudiengang der Motologie mit dem Schwerpunkt Körperpsychotherapie studieren. Dieser Studiengang umfasst neben den entsprechenden theoretischen Hintergründen in Pädagogik und Psychologie auch Selbsterfahrung in unterschiedlichen Körperpsychotherapiemethoden wie beispielsweise Konzentrierte Entspannung, Hakomi oder Tanztherapie. (Philipps-Universität Marburg - Lehrstuhl Motologie, o.J.) Die hier ausgebildeten Therapeuten sind also keine Vertreter einer bestimmten Schule mehr, sondern Körperpsychotherapeuten in einem umfassenderen Sinne. Ein Trend in Richtung einer Zusammenfassung und Vereinheitlichung zeigt sich auch in den Grundkonzepten der einzelnen Schulen: Jüngere Methoden bemühen sich, Aspekte verschiedener älterer Methoden in sich zu vereinen, wie es beispielsweise bei der Integrativen Therapie von Hilarion Petzold oder der Strukturellen Körpertherapie von Grassmann und Derschetta versucht wurde, oder beziehen fernöstliche Ideen aus Buddhismus und Taosimus in ihr Konzept mit ein, wie Ron Kurtz mit seinem Hakomi. (Geuter,2004)

Ein gebündeltes, vereintes Auftreten bietet sowohl im Dialog mit anderen Fachrichtungen als auch im Ringen um wissenschaftliche und gesellschaftliche Anerkennung einen deutlichen Vorteil gegenüber der Zersplitterung der vergangenen Jahre. Entsprechend haben sich einige der bereits etablierten Methoden auf europäischer Ebene in der EABP und in den Vereinigten Staaten in der USABP zusammengeschlossen. (Marlock, 2007). Um von der EABP anerkannt zu werden, muss das Verfahren sich als „valide“ erweisen, also einen Nachweis bringen über sein Diagnose- und Behandlungskonzept und sein Wirkverständnis. (EABP - Scientific Validity of Body Psychotherapy, o.J.) Auf diese Weise sollen die Methoden vergleichbar gemacht werden und der Begriff „Körperpsychotherapie“ den Geruch der Beliebigkeit, der ihr durch die vielen eigenständig vor sich hin arbeitenden Therapieschulen anhaftete, verlieren.

Bestätigung erhielt das Grundkonzept der körperorientierten Psychotherapieverfahren in jüngster Vergangenheit insbesondere aus der Neurologie, die neue Beweise für den

direkten Zusammenhang zwischen Körper und Psyche und deren Möglichkeiten der Einflussnahme aufeinander lieferte. (Röhrich 2000) Diese Erkenntnisse, wie auch das Wissen aus der Säuglingsforschung und Entwicklungspsychologie, werden zunehmend in das Modell der Körperpsychotherapie integriert, beispielhaft sind hier die Psychomotorische Therapie von Alfred Pessó und die Analytische Körperpsychotherapie. (Marlock, 2007)

Stringente wissenschaftliche Beweise für die Wirksamkeit der körperorientierten Psychotherapieverfahren gibt es bisher nur wenige. Dies liegt sicherlich zum einen an der eher subjektiv wahrnehmbaren Veränderung, die fast jede Form von Psychotherapie ausmacht. Zum anderen wurde bis vor einigen Jahren wohl noch keine Notwendigkeit für die Erbringung derartiger Nachweise gesehen. Mit dem Vormarsch der „evidence based medicine“ im klinischen Alltag hat sich dies jedoch geändert, sodass auch in der Psychiatrie und Psychosomatik versucht wird, dem Anspruch der wissenschaftlichen Nachweisbarkeit, der sich in anderen Fachrichtungen etabliert hat, gerecht zu werden. (Marlock, 2007) Für die Funktionelle Entspannung beispielsweise liegen bereits randomisierte Prospektive Interventionsstudien vor, die ihre Wirkung auf das Vegetative Nervensystem bei Asthma Bronchiale zeigen. (Loew et al. 1994, Loew et al. 1996, Loew et al. 2000, Loew et al. 2001.) Eine genaue Auflistung und Beschreibung der Studien zu Körperpsychotherapie liefern Löw, Tritt, Lahmann und Röhrich mit ihrer „Übersicht über empirisch evaluierte Körperpsychotherapieverfahren“ (2006).

Heute befindet sich die Körperpsychotherapie also an einem Punkt des Wandels. Der Weg führt weg von der Vielzahl unabhängiger Methoden hin zu einem einheitlicheren Bild, auf konzeptioneller wie auf organisatorischer Ebene. Gleichzeitig steht sie vor der Herausforderung, ihren rechtmäßigen Platz im psychotherapeutischen Kanon durch wissenschaftliche Validierung zu verteidigen.

## **Zusammenfassende Darstellung der am häufigsten genannten Methoden der Körpertherapie und Körperpsychotherapie**

„Die Körperpsychotherapie an sich gibt es eigentlich nicht.“ (Marlock, 2007). Wie im vorangegangenen Kapitel bereits angedeutet, hat sich seit den 1920er Jahren ein bunter Strauß von Körper(psycho)therapieverfahren entwickelt. Sie alle haben nach Geuter eines gemeinsam: Den „Aufstand der subjektiven Natur gegen die Verdinglichung“. (Geuter, 2000)

Des Weiteren lassen sie sich in drei große Gruppen einteilen: Solche Verfahren, deren Konzept vor allem in Entspannung und dem Nachspüren von körperlichen Empfindungen besteht wodurch eine psychische Neuorganisation möglich gemacht werden soll, bei Geuter als „erkundende und funktionale Körperarbeit“ genannt, auf der anderen Seite solche Verfahren, die gemeinhin als „neoreichianisch“ bezeichnet werden und die auf eine Aufdeckung des Unbewussten durch Lockerung der „Reichianischen Körperabwehr“ und eine Aufdeckung und Lösung blockierter Triebe abzielen. Ein drittes Konzept kann insbesondere in der Analytischen Körpertherapie gefunden werden: Hier sollen die Beziehungen von Körpern untereinander, ihre Aktionen und Reaktionen aufeinander untersucht und therapeutisch genutzt werden. (Boadella in Röhrich, 2011)

Im Folgenden sollen die in Deutschland am häufigsten angewandten Verfahren kurz erläutert werden, wobei insbesondere auf die spezifische Methodik, den psychologischen Ansatz soweit vorhanden, und auf ihre besonderen Indikationen und Zielgruppen eingegangen werden soll.

Die Reihenfolge, in der die Verfahren aufgeführt werden, richtet sich nach der Häufigkeit der Nennungen des jeweiligen Verfahrens in der hier vorliegenden Erhebung.

## **Autogenes Training**

Das Autogene Training nach Johannes Heinrich Schultz zählt zu den bekanntesten Entspannungsverfahren in Deutschland, wie auch die hier vorliegende Studie bestätigt. Der Patient oder „Übende“ des Autogenen Trainings lernt, per Autosuggestion aus sich selbst heraus einen entspannten Grundzustand aufzubauen.

Der Lernprozess des Autogenen Trainings gliedert sich in drei Abschnitte: Die Grundstufe soll auf das Vegetative Nervensystem wirken, also insbesondere die Durchblutung von Haut und Organen, Puls und Atmung, aber auch eine tiefe Entspannung der Skelettmuskulatur und eine generalisierte „innere Ruhe“ zum Ziel haben. In der Mittelstufe lernt der Patient, Verhalten und Emotion durch einfache, positiv formulierte Formelsätze zu beeinflussen, entsprechend einer repetitiven Selbst-Konditionierung, die sich auch auf die Zeit nach dem Training auswirkt, z.B. mit dem Satz „ich bleibe gelassen“, der auch noch eine gewisse Unerschütterlichkeit im Alltag nach sich ziehen soll. (Brenner, 2004) Die Oberstufe ist der Beschäftigung mit dem Unterbewussten gewidmet und wird erst nach guter Beherrschung der anderen Stufen erlernt. Hier kommen zum ersten Mal visuelle Übungen zum Einsatz, wie beispielsweise das Entstehen lassen von Figuren, Farben oder Personen vor dem inneren Auge. Für die Oberstufe existieren eine Reihe unterschiedlicher Übungssets. (Hoffmann, 2012) Am Ende jeder Übungseinheit steht das bewusste „Zurücknehmen“ des Entspannungszustands durch den Praktizierenden.

Erlern kann das Autogene Training mit einem Trainer, aber auch mittels Hörbuchlehrgang oder Lehrbuch. Die Selbstständigkeit des Praktizierenden ist wesentlicher Kern des Autogenen Trainings. Die Übungen sollten möglichst dreimal täglich durchgeführt werden, und können dabei sowohl im Liegen als auch in sitzender Haltung stattfinden. Dabei nimmt eine Übungseinheit (z.B. Grundstufe) ca. 15 Minuten in Anspruch. (Brenner, 2004)

Prinzipiell eignet sich das Autogene Training bei der Mehrheit der psychiatrischen und Psychosomatischen Erkrankungen als unterstützende Maßnahme. Zahlreiche Studien belegen mittlerer Weile im Sinne der evidence based medicine auch die Wirksamkeit in den unterschiedlichsten Bereichen der Therapie, aber auch der Salutogenese und Prävention. Eine Metaanalyse von Stetter und Kupper über 60 Studien zeigte positive

Effekte der AT sowohl bei zunächst somatischen Beschwerden wie Spannungskopfschmerzen, Hypertonie, Koronarer Herzkrankheit, Asthma oder Raynaud´s als auch bei primär psychosomatischen Problemen wie Somatoformen Schmerzsyndromen, Angststörungen, Depression und Schlafstörungen, wobei die Grenzen hier freilich schwer zu ziehen sind. (Stetter & Kupper, 2002) Im Bereich der Salutogenese zeigten beispielsweise Vidas et al., dass AT sich positiv auf den subjektiven Erfolg und die Dauer des Stillens Neugeborener auswirkt. (Vidas, Folnegović-Smalc, Catipović, & Kisić, 2011) Eine neue Entwicklung ist auch die neurobiologische Erforschung der Auswirkungen und Wirkweise der Entspannungsverfahren im menschlichen Gehirn. So demonstrierten mehrere Studien mittels fMRT Aufnahmen, wie sich die Reaktion von Patienten auf Schmerzreize deutlich unterscheidet, je nachdem ob sie sich gerade in einem durch AT herbeigeführten Entspannungszustand befanden oder nicht. (Naglatzki u. a., 2012), (Schlamann, Naglatzki, de Greiff, Forsting, & Gizewski, 2010)

Die Deutsche Gesellschaft für ärztliche Hypnose und Autogenes Training bezeichnet dieses Verfahren als „das am längsten bewährte Psychotherapeutikum“. (DGÄHAT, o.J.) Tatsächlich entwickelte Schultz dieses Verfahren etwa in den 1920er Jahren aufgrund seiner Erfahrungen im Bereich der Hypnose. 1932 stellte er das Autogene Training zum ersten Mal in Buchform vor.

## **Funktionelle Entspannung**

„Die Funktionelle Entspannung ist ein Verfahren zum <<Merken des bisher Unbemerkten im menschlichen Körper.>>“ (Die Methode der funktionellen Entspannung, o.J.)

Die FE nutzt die Propriozeption dazu, ein verfeinertes Gefühl für den eigenen Körper und das eigene Selbst zu gewinnen. Festgelegte Übungen gibt es nicht. Die Patienten werden (in der Gruppe oder einzeln) zu kleinen Bewegungen (beispielsweise Drehung des Handgelenks) angeregt, die sie während der Ausatmung vollführen. Anschließend folgt eine Pause, in der der Bewegung und den dabei ausgelösten Gefühlen nachgespürt werden soll.



Hierbei „fokussiert sie die Eigenwahrnehmung auf fünf körperliche Bezugssysteme: Boden („äußerer Halt“), Bewegungssystem („innerer Halt“), Haut („Schutz und Grenze“), Körperhöhlen („innerer Raum“) und Atmung („Eigenrhythmus“).“ (Joraschky, Loew, & Röhrich, 2006)

Dadurch sollen auch in Frühphasen der Entwicklung gespeicherte, unbewusste Erinnerungen und Gefühle erfahrbar gemacht werden und so ein therapeutischer Verarbeitungsprozess angestoßen werden. Die hierbei gemachten Erfahrungen werden immer mit dem Therapeuten analysiert und in Bezug auf die Biographie des Patienten besprochen. (Joraschky 2006) Dementsprechend zählt die Funktionelle Entspannung klar zu den tiefenpsychologisch – analytisch orientierten Körperpsychotherapieverfahren.

Die Anwendungsgebiete der Methode umfassen laut Arbeitsgemeinschaft für FE vornehmlich psychosomatische Störungen (Funktionelle Störungen und Organstörungen), aber auch Persönlichkeitsstörungen, Neurosen und somatopsychische Leiden (wie beispielsweise Krebserkrankungen). Auch zur Lösung von Lernblockaden bei Kindern könne die Funktionelle Entspannung hilfreich eingesetzt werden. Wirksamkeit in der Therapie des Asthma Bronchiale (Loew, Siegfried, Martus, Tritt, & Hahn, 1996), (Loew u. a., 2001), des Colon Irritabile (Loew, Heinrich, Arnim, 1994) und des chronischen Kopfschmerzes (Loew, Sohn, Martus, Tritt, & Rechlin, 2000) konnten in Studien nachgewiesen werden.

Entwickelt wurde die Funktionelle Entspannung in den 1940er Jahren von Marianne Fuchs. Sie hatte zuvor schon als Gymnastiklehrerin gearbeitet. Als ihr eigener Sohn an Asthma erkrankte, erfand sie eine Methode, mit Berührung und Tönen auf seinen Atemrhythmus und letztlich auch auf sein vegetatives Nervensystem Einfluss zu nehmen. Gemeinsam mit Viktor von Weizsäcker entwickelte sie diese Techniken weiter zur Funktionellen Entspannung. (Fuchs, 1984)

## **Konzentrierte Bewegungstherapie**

„Die KBT-Therapeutin versucht zusammen mit dem Patienten, durch Wahrnehmung seiner Körpersprache den seelischen Ursachen seiner körperlichen Beschwerden auf

den Grund zu gehen, denn der menschliche Körper ist das beste Bild der Seele.“  
(Universitätsklinikum Heidelberg, o.J.)

Becker bezeichnet die Konzentrierte Bewegungstherapie als das körperorientierte Pendant zur verbalen „freien Assoziation“ der klassischen Psychoanalyse. Statt mit Wortassoziationen arbeitet sie mit spontan improvisierten Bewegungen, szenischen Darstellungen und Symbolisierungen durch Objekte wie beispielsweise Tücher, Steine oder Bälle. (Becker, 2010)

Wie in der funktionellen Entspannung folgen die Therapiesitzungen auch hier keinem starren Ablauf, sondern sind geprägt durch das Wechselspiel von Bewegung und psychotherapeutischem Gespräch. Die durch die Bewegungs-Improvisation ausgelösten Eindrücke werden mit dem Therapeuten einer psychoanalytisch orientierten Bearbeitung zugeführt. (Deutscher Arbeitskreis für Konzentrierte Bewegungstherapie DAKBT e.V, o.J.)

Indikationen für die KBT finden sich sowohl bei den Psychosomatischen Störungen, Essstörungen als auch bei Phobien, Psychosen und (schweren) Traumatisierungen. Insbesondere für ein Patientenkontinuum, das zu „Überintellektualisierung“ oder Alexithymie neigt, sei die KBT geeignet. (Becker, 2010, S. 132)

Eine positive Wirkung der Konzentrierten Bewegungstherapie konnte bezüglich des Körperbilds und des Allgemeinen Wohlbefindens nachgewiesen werden. Zusammenfassungen der Empirik zur KBT finden sich bei Seidler (Seidler, 2001) und Loew (Loew u. a., 2006).

Helmut Stolze gab der Konzentrierten Bewegungstherapie in 1958 erstmals ihren (damals provisorisch gedachten) Namen und grenzte sie damit von der Arbeit Gindlers (Kommunikative Bewegungstherapie) ab, aus der sie sich herausentwickelt hatte. Christine Gräff begann kurze Zeit später, diese Methode auch an deutschen Kliniken einzusetzen. 1976 gründete eine Gruppe um Ursula Kost den Deutschen Arbeitskreis für Konzentrierte Bewegungstherapie, der ein theoretisches Fundament für die Methode schuf und die Richtlinien für die Weiterbildung festlegte. (Stolze & Gräff, 2006)

## Atemtherapie

Der Begriff Atemtherapie oder Atemarbeit erstreckt sich, selbst wenn man die pulmonologische Definition der Atemarbeit außen vor lässt, über ein weites Feld. Das Manipulieren des Atems und seine Wirkung auf das Empfinden waren seit jeher Gegenstand therapeutischer Lehren, beispielsweise im asiatischen Chi Gong, den Atemübungen des Yoga oder auch in den Schamanischen Riten Afrikas. (Ehrmann, 2004)

Auch in jüngerer Zeit entstanden eine Vielzahl unterschiedlicher Atemtherapie-Schulen, wie das Rebirthing nach Orr, das Holotrope Atmen nach Grof oder die Methode des Erfahrbaren Atems nach Ilse Middendorf, um nur einige der bekannteren Vertreter zu nennen. Diese Verfahren unterscheiden sich zum Teil ganz grundsätzlich sowohl in ihren Therapieansätzen als auch in der konkreten Methodik. (Ehrmann, 2004) Daneben gibt es die Atemtherapie der Arbeits - und Forschungsgemeinschaft für Atemarbeit und -Pädagogik AFA, auf die sich die folgenden Beschreibungen beziehen.

Mehling definierte die Atemarbeit aufgrund von Befragungen der Ausübenden als „Schulung der – auf den Atem ausgerichteten – Körperselbstwahrnehmung“, die zu einem „präkortikalen Verständnis“ für körperliche und seelische Vorgänge führt. Diese Vorgänge können dann, müssen aber nicht, verbal in einer Therapiesitzung verarbeitet werden. (Mehling, 1999) Nach dieser Studie empfinden die Atemtherapeuten der AFA ihre Arbeit in erster Linie als Gesundheitsvorsorge, während sie aber auch in ca. 50% zur Begleitung einer Psychotherapie eingesetzt wird. (ebda)

Die Therapiesitzungen finden entweder im Gruppensetting statt, wo die Gruppe vom Therapeuten mittels Bewegungsübungen zur Schärfung von Propriozeption und Achtsamkeit angeregt wird, oder als Einzeltherapie, in der Berührungen des auf einer Liege liegenden Patienten, wie kleine Dehnungen in Gelenken, sanftes Schütteln oder Streichen im Atemrhythmus, im Vordergrund stehen. (Bischof, 2008) Eine verbale Aufarbeitung der dabei aufsteigenden Gefühle kann angeschlossen werden. (Vgl. Karoline von Steinaecker in (Müller-Braunschweig, 2010). Entsprechend findet die Atemtherapie häufig im Gebiet der psychosomatischen Störungen Anwendung (Schmerzsyndrome, funktionelle Atembeschwerden, Burnout) aber auch in der Schwangerenbegleitung und Geburtsvorbereitung. (Bischof, 2008) (Meyer, 2001)

Mehling et al. fanden in einer ersten randomisiert kontrollierten Studie an 36 Patienten mit chronischen Rückenschmerzen eine signifikante Besserung der Symptome durch Atemtherapie, die in etwa der Veränderung durch die als Vergleichsmethode getestete Physiotherapie entsprach. (Mehling, Hamel, Acree, Byl, & Hecht, 2005) Bei Patientin mit Asthma Bronchiale konnte in einer Pilotstudie die angstlösende Wirkung der Atemtherapie belegt werden, während sich bezüglich der somatischen Beschwerden der Asthmatiker keine Besserung fand. (Steinaecker, Welke, Bühring, & Stange, 2007) Gute Ergebnisse bezüglich des allgemeinen Wohlbefindens wie auch der syndromspezifischen Probleme fanden Loew et al. bei Lehrern, die unter Burn-Out-Syndrom litten. (Loew, Götz, Hornung, & Tritt, 2009)

## **Tanztherapie**

Die Tanztherapie bietet ihren Patienten die Möglichkeit, im Tanz verborgene Gefühle oder Konflikte zu entdecken und diese nonverbal zu kommunizieren, wo ihre sprachliche Ausdrucksfähigkeit an ihre Grenzen stößt. Improvisierter Tanz wird hier zur Ausdrucksform, aber auch zum Mittel der gestalterischen Verarbeitung:

„Du improvisierst vielleicht Traurigkeit. (...) Das Improvisieren bringt das Gefühl hoch.(...) Erst wenn du gestaltest, wenn du es konzentrierst, geschieht etwas in dir.“

(Zitat Trudi Schoop in Moscovici, 1989)

Zusätzlich zur hier beschriebenen freien Improvisation und tänzerischen Gestaltung nutzt die Tanztherapie die Vermittlung konkreter Tanztechniken, die dem Patienten festen Halt geben und sein eigenes Bewegungsrepertoire erweitern sollen, aber auch spezifische Methoden wie die Spiegelung von Patientenbewegungen und Gesten. Als diagnostische Werkzeuge kommen unterschiedliche Bewegungsanalyse-Tools wie Laban-Bewegungsanalyse (LMA), das Movement Psychodiagnostic Inventory (MPI) und das Kestenberg-Bewegungsprofil (KMP) zum Einsatz. (Willke, 1991) Eine Aufarbeitung der in der Therapie angestoßenen Prozesse gehört in den Schulen des Berufsverbandes der Tanztherapeuten in Deutschland ebenfalls zu einer Sitzung. (BDT - Der Prozess, o.J.)

Zu den Indikationen für die Tanztherapie zählen laut BTD sowohl die häufigsten Krankheitsbilder in Psychiatrie und Psychosomatik als auch somatopsychische Störungen bei onkologischen, rheumatologischen oder neurologischen Erkrankungen. (BTD - Indikationen für eine Tanztherapie, o.J.)

Der Mut, mit dem die Tanztherapeuten im Unterschied zu den meisten Körperpsychotherapieschulen auch schwere psychiatrische Krankheitsbilder wie beispielsweise schwere Psychosen in ihren Fokus nehmen, lässt sich vermutlich durch ihre Entstehungsgeschichte erklären: In den 1940er Jahren begannen die Pionierinnen der Tanztherapie in den USA, Trudi Schoop und Marian Chase, ihre Arbeit mit gerade dieser Patientengruppe an psychiatrischen Kliniken. In den 1960er Jahren trugen amerikanische Tanztherapeuten diese Ideen nach Deutschland, wo sich in der Folge, wie es in der Körperpsychotherapie so häufig der Fall ist, eine Unmenge unterschiedlicher Schulen und Konzepte entwickelte. Um dieser Zersplitterung Einhalt zu gebieten und eine bessere Nachvollziehbarkeit der Therapiequalität und Methodik zu schaffen, wurde 1995 der Berufsverband der Tanztherapeuten Deutschlands gegründet, der auch eine Zertifizierung der geeigneten Ausbildungsstätten vollzieht. (Willke, 2007)

Die Wirksamkeit der Tanztherapie ist Gegenstand verhältnismäßig zahlreicher Studien. Einen guten Überblick über die aktuelle Studienlage liefern Koch, Bräuninger et al. (Koch & Bräuninger, 2005). Einige nennenswerte Beispiele sind eine Metaanalyse über 23 Studien mit Kontrollgruppe, die eine Effektivität der Tanztherapie insbesondere in der Reduktion von Angstsymptomen aufzeigen (Ritter & Low, 1996), eine Studie von Mannheim et al., die eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität bei der onkologischen Rehabilitation nachweist (Mannheim & Weis, 2005) und eine Studie von Koch et al., die bereits nach einer einzelnen Intervention (hier in Form von Kreistänzen) eine Effektivität bei Patientinnen mit Depression darlegt. (Koch, Morlinghaus, & Fuchs, 2007)

## **Feldenkrais**

Diese nach ihrem Erfinder Moshé Feldenkrais benannte Methode versteht sich weniger als Therapiekonzept denn als Lernkonzept des sogenannten „organischen Lernens“.

Die Methode kommt in zwei unterschiedlichen Formen zur Anwendung: Zum einen als „Bewusstheit durch Bewegung“, einem Gruppenunterricht, bei dem die Schüler auf Anweisung des Lehrers alltagsnahe Bewegungen ausführen und sich so eine verbesserte Körperwahrnehmung und neue Bewegungsmuster für ihren Alltag aneignen. (Feldenkrais & Wurm, 1996)

Die zweite Konzeptform ist die „Funktionelle Integration“, bei der der Schüler einzeln auf einer Liege vor dem Lehrer liegt. Hier führt der Lehrer mit sanftem Druck oder Schieben Bewegungen am Körper des Patienten, reagiert auf etwaige Widerstände und Blockaden im Bewegungssystem des Schülers und lehrt ihn durch nonverbale Kommunikation neue Bewegungsräume und -Wege. (Was ist Feldenkrais?, o.J.) Da gerade im Einzelunterricht die nonverbale Kommunikation im Vordergrund steht, wird die Feldenkrais-Pädagogik nicht als Form der psychotherapeutischen Intervention eingesetzt. Ihre Indikationen hat sie daher eher in der Gesundheitsvorsorge, bei chronischen Schmerzzuständen und Verspannungen, bei der Verbesserung der Lebensqualität in der Geriatrie oder in der körperlichen Rehabilitation nach Unfällen oder bei Behinderung. (Feldenkrais Verband, o.J.)

Um die Wirksamkeit des Konzeptes zu belegen sind bereits mehrere Studien durchgeführt worden. Einen Überblick über die Studienlage finden sich bei Busch (Busch, 2011) und bei Ernst et al. (Ernst, 2005): Hier konnte in fünf von sechs Studien ein positiver Effekt des Feldenkrais-Unterrichts bei multipler Sklerose, Schulter- und Nackenschmerzen und chronischen Rückenschmerzen aufgezeigt werden, allerdings weisen die Autoren auf zahlreiche Schwächen im Studiendesign hin. Neuere Studien zeigen eine signifikante Verbesserung des Gleichgewichtssinns und der Mobilität bei Senioren durch das organische Lernen. (Ullmann, 2010) (Connors & Galea, 2009).

## **PMR**

Die Progressive Muskelrelaxation nach Edmund Jacobson ist ein Entspannungsverfahren, welches zunächst auf die aktive Entspannung der skelettalen Willkürmuskulatur abzielt. Diese muskuläre Relaxation soll sich dann auch auf das autonome Nervensystem übertragen und zu einer insgesamt gelösteren Geisteshaltung führen. (Brenner, 2004) Jacobson geht davon aus, dass die meisten sogenannten

Zivilisationskrankheiten durch Stress und die damit verbundenen schädlichen Verspannungen des Körpers ausgelöst sind.

In der PMR lernt der Patient Schritt für Schritt, diese Anspannungen wahrzunehmen, zu identifizieren und schließlich zu lösen. Letztlich soll der geübte Patient in der Lage sein, den Entspannungszustand aus jeder Alltagssituation heraus herbeizuführen. (Jacobson & Wirth, 2006) Erlernbar ist diese Methode sowohl bei einem dafür ausgebildeten Therapeuten also auch in Eigenregie. Jacobson selbst hat eine Anleitung zur eigenständigen Erlernung seiner Technik veröffentlicht, daneben existieren zahlreiche andere Lehrmedien, in Form von Hörbüchern, Videos oder schriftlichen Anweisungen.

Die PMR kann über die Kassenärztliche Vereinigung bei allen Krankenkassen abgerechnet werden, manche Kassen organisieren Kurse für ihre Kunden oder bieten Audiokurse zum Download auf ihrer Homepage an. Bei der Zusatzausbildung Psychotherapie/Psychoanalyse kann eine Ausbildung in PMR ebenfalls angerechnet werden.

Der Grund für diese außerordentliche Anerkennung des Verfahrens besteht vermutlich auch in der großen Zahl wissenschaftlicher Veröffentlichungen, die die Wirksamkeit der PMR in vielen Gebieten nachweisen, beispielsweise bei der Bekämpfung chronischer Schmerzen (Lauche u. a., 2013) oder Angstzuständen und depressiven Symptomen (Isa, Moy, Razack, Zainuddin, & Zainal, 2013).

## **Akupunkt-Massage nach Penzel**

Die Akupunkt-Massage nach Penzel wurde in den 70er Jahren von Willy Penzel auf Basis der Meridianlehre der Traditionellen Medizin, unter Beeinflussung durch die Neuraltherapie nach Hunecke und durch die Chirotherapie entwickelt. Im Gegensatz zur klassischen Akupunktur werden bei der Akupunktur Massage keine Nadeln in den Körper des Patienten eingebracht, sondern der Verlauf der Meridiane mit einem Eisenstäbchen nachgefahren und bei Bedarf die Akupunkturpunkte mittels Massage oder Vibrationsgerät direkt stimuliert. Das Streichen mit dem Therapiestäbchen soll Energie-leere Meridiane wieder mit Energie aufladen und so für ein

Wiederhergestelltes Gleichgewicht des Energieflusses im Körper sorgen. (Chavanne, 1996)

Indikationen für die Akupunkt-Massage nach Penzel liegen insbesondere in Erkrankungen des Bewegungssystems wie chronischen Rückenschmerzen, Gelenkbeschwerden und Wirbelsäulenfehlstellungen, kann aber auch bei organischen Erkrankungen unterstützend eingesetzt werden. (ebda) Entsprechend kommt die AMP an psychosomatischen Einrichtungen eher zur symptomatischen Schmerzlinderung bei somatoformen Schmerzsyndromen zum Einsatz und weniger in Verbindung mit der Psychotherapie.

Franke et al. fanden in einer vergleichenden Studie einen signifikanten Vorteil der AMP gegenüber klassischer Massagetherapie bezüglich der Schmerzreduktion bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen (15% Reduktion mit AMP vs. 10 % Reduktion). (Franke, Gebauer, Franke, & Brockow, 2004)

## **Kommunikative Bewegungstherapie**

Anita Wilda-Kiesel, definiert die von ihr entwickelte Kommunikative Bewegungstherapie als

„eine spezifische Methode der Physiotherapie in einer komplexen Psychotherapie, insbesondere als Ergänzung der Gesprächspsychotherapie.“

(Anita Wilda Kiesel, 1998)

Die Bewegung in der Gruppe soll dem Patienten einen Handlungsrahmen bieten für Erfahrungen mit der eigenen Persönlichkeit und mit den anderen Gruppenteilnehmern. Auf spielerische, symbolhafte Art und Weise kann der Patient seine alten Verhaltensweisen in Interaktion mit den anderen testen und neue Verhaltensweisen erproben. Die Kommunikative Bewegungstherapie zielt also im Gegensatz zur Konzentrativen Bewegungstherapie weniger auf die Körperwahrnehmung und Entspannung ab als auf die Kommunikation und Integration in der Gruppe. (Kommunikative Bewegungstherapie, o.J.)



Diese spielerischen Übungen bestehen aus Bewegungen im Raum, beispielsweise dem Gehen im „Flankenkreis“, Partnerübungen wie „Führen und Geführt werden“ oder Ballspielen. Der Therapeut stellt während der Übungsabläufe Fragen, die den Patienten zur Reflexion anregen sollen, die anfangs nur still beantwortet, später aber auch in der Gruppe diskutiert werden. Obwohl die Übungen in der Kommunikativen Bewegungstherapie häufig denen einer Physiotherapie ähneln, ist der Durchführende doch viel mehr Psychotherapeut als Physiotherapeut, denn es geht nicht um das Korrigieren fehlerhafter Bewegungsabläufe oder die Beurteilung und Verbesserung der körperlichen Leistung der Patienten, sondern um den sozialen Aspekt, der den Übungen innewohnt. Der Bewegungstherapeut steht über die Therapie hinweg in engem Austausch mit dem Team der behandelnden Ärzte und Psychologen. (ebda)

Die Kommunikative Bewegungstherapie war seit 1971 Hauptbestandteil der Ausbildung zum Fachphysiotherapeuten für funktionelle Störungen und psychische Erkrankungen und damit fester Bestandteil des stationären psychiatrischen Krankenhausbetriebs. (Geyer, 2011.) Im wiedervereinigten Deutschland gibt es den Fachphysiotherapeuten nicht, sodass sich die Therapeuten nun in der Akademie für Kommunikative Bewegungstherapie organisiert haben. (Kommunikative Bewegungstherapie, o.J.)

## **Integrative Bewegungstherapie**

Die Integrative Bewegungstherapie ist der körpertherapeutische Teil der Integrativen Therapie nach Petzold. Der Begründer selbst beschreibt seinen psychotherapeutischen Ansatz so:

„Integrative Therapie ist ein ganzheitliches psychotherapeutisches Verfahren, das Psychotherapie, Leibtherapie, Soziotherapie, Supervision und Arbeit mit „kreativen Medien“ umfasst“

Hilarion Petzold auf (Integrative Therapie, o. J.)

Die Integrative Leib- und Bewegungstherapie arbeitet auf Basis dieser in der Integrativen Therapie verankerten Grundprinzipien. Wichtige Ziele der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie sind die Förderung der Awareness, also des

Körperbewusstseins, sowie die Veränderung von Persönlichkeitsstrukturen über die Veränderung körperlicher Vorgänge wie Atmung und Motorik und konfliktzentriertes-aufdeckendes Arbeiten. (von Haren, Werner, 1998)

Die Therapie kann sowohl als Einzelsitzung als auch im Gruppensetting stattfinden. Laut der Gesellschaft für Integrative Bewegungstherapie ist sie prinzipiell für alle Altersgruppen und Krankheitsfelder geeignet. Sie kann sowohl zur Gesundheitsförderung also auch zur heilpädagogischen oder psychotherapeutischen Anwendung dienen, mit entsprechend veränderten Schwerpunkten im therapeutischen Prozess. Je nach Erfordernis der Situation des Patienten kann die Sitzung entweder übungszentriert-funktional, erlebniszentriert-stimulierend oder konfliktzentriert-aufdeckend gestaltet werden. (Deutsche Gesellschaft für Integrative Leib- und Bewegungstherapie e.V., o.J.)

## **Eutonie**

Mit Hilfe der Eutonie nach Gerda Alexander soll der Schüler oder Patient lernen, körperlich (und in der Folge auch psychisch) einen ausgeglichenen Spannungszustand zu erreichen. Dies wird auf körperlicher Ebene erreicht durch die Streckung verkürzter Muskeln und durch Tonisierung erschlaffter Muskeln, durch eine Entspannung in den Blutgefäßen und im Gewebe und durch eine verbesserte Durchblutung der Peripherie.

Der therapeutische Prozess beruht dabei auf zwei Grundtechniken: Der Durchströmung, die auf eine durch die Berührung des Therapeuten ausgelöste verbesserte Zirkulation im Gewebe zurückzuführen ist und für den Patienten sowohl als Wärme als auch als Kälte spürbar werden soll, und auf der Kontakttechnik, bei der durch eine Konzentration auf den Tastsinn beim Berühren von Objekten eine spürbare Energieübertragung erlebt werden kann. Die Anwendung dieser Kontakttechnik im Alltag des Patienten soll ihm helfen, mit verbesserter Muskeldurchblutung zu arbeiten und dadurch unter weniger Verschleiß- und Überanstrengungssyndromen zu leiden. Weitere Teile einer Eutonie-Sitzung können Streckübungen, Balanceübungen, Haltungsübungen etc. sein, ebenso wie die konkrete Verbesserung der Arbeitssituation des Patienten, etwa durch die Anpassung von Stuhlgrößen und Arbeitsgeräten. Bei der Auflösung in der Kindheit angelegter Körperspannungen kann es bei den Patienten zu

Aufsteigen von Erinnerungen und verdrängten Gefühlen kommen, die gemeinsam mit dem Therapeuten besprochen und verarbeitet werden. Daher sieht Gerda Alexander die Eutoniebehandlung auch als geeignete Unterstützung einer Psychoanalyse an. Eine Indikation hat die Eutonie des Weiteren bei psychosomatischen Störungen, Stottern, aber auch in der Rehabilitation nach Hirntraumata, bei Lähmungserscheinungen und Sehstörungen. (Winckel, 1964)

Obwohl über Hautwiderstandsmessungen und Elektromyographische Messungen laut Gerda Alexander bereits Hinweise auf die physischen Veränderungen durch Eutoniebehandlung vorliegen, und mit der Erforschung von Spiegelneuronen und der C-taktilen Efferenzen neue Erklärungsmodelle für Gerda Alexanders Beobachtungen offenstehen (Milz, 2004), so finden sich derzeit leider keine Studien zu ihrer konkreten Wirksamkeit auf die Befindlichkeit des Patienten.

## **Alexander Technik**

Die Alexander Technik ist eine pädagogische Lehrmethode, die es dem Lernenden ermöglichen möchte, schädliche Gewohnheiten zu identifizieren, abzulegen und durch neue Handlungs- und Bewegungsabläufe zu ersetzen. Ziel ist es, ein möglichst harmonisches, unangestregtes Zusammenspiel der sogenannten „Primärkontrolle“, bestehend aus Körper, Hals und Rumpf und deren Beziehung zueinander, zu ermöglichen. Die Werkzeuge, die Frederick Matthias Alexander dafür entwickelte, sind zum einen die „Inhibition“, ein Innehalten vor einer aktiven Reaktion oder Handlung, die es möglich macht, die schlechte, über Jahre hinweg antrainierte Gewohnheitsreaktion zu unterbinden, zum anderen eine Konzentration auf die Einzelschritte einer Handlung, genannt „means whereby“ im Gegensatz zu einer unflexiblen Zielfixiertheit („end-gaining“). (Gelb, 1996)

Indikationen für die Alexander-Technik sieht der deutsche Alexander-Technik-Verband insbesondere beim Stressabbau, in der Persönlichkeitsentwicklung, bei Störungen des Bewegungsapparates und Verspannungsschmerzen und zur Unterstützung bei psychosomatischen Störungen. Besonderer Beliebtheit erfreut sich die Methode zudem unter Schauspielern, Musikern, Rednern und anderen Berufsgruppen, die auf Wirkung und Funktion ihres Körpers und ihrer Stimme angewiesen sind.

Gelehrt wird die Alexander Technik sowohl im Einzelunterricht als auch im Gruppensetting. Dabei werden insbesondere Bewegungen aus dem Alltag des Schülers (Gehen, Sitzen vor einem Bildschirm, Schreibarbeit etc.) herausgegriffen. Der Lehrer macht den Schüler mit subtilen Berührungen auf schädliche Gewohnheiten aufmerksam und zeigt Alternativwege des Bewegungsablaufs auf. (ATVD - Alexander-Technik-Verband Deutschland, o.J.)

Zwei randomisiert kontrollierte Studien belegen einen positiven Effekt der Alexander-Technik auf Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. Hierzu muss jedoch erwähnt werden, dass in einem Fall keine Verbesserung gegenüber gewöhnlicher Wärmebehandlung nachgewiesen werden konnte (Schuth, 2012), während in der zweiten Studie die Kosten-Nutzen-Ratio für Physiotherapie günstiger errechnet wurde als bei der Alexander-Technik, obwohl bei letzterer ein größerer positiver Effekt verzeichnet werden konnte. (Hollinghurst u. a., 2008)

## **Biodynamik**

Die klinische Psychologin Gerda Boyesen entwickelte die Methode der Biodynamischen Psychotherapie auf der Basis dreier Therapieansätze: Ihr Menschenbild und ihr Verständnis für die menschliche Psyche bezieht sie sowohl aus der Freud'schen Psychoanalyse (beispielsweise mit der Untergliederung der Person in Es, Ich und Über-Ich) als auch aus dem Reichianischen Denkmodell des Libido-Flusses als zentrale Lebensenergie. In der Praxis werden als dritter Baustein die Anleihen aus der Physiotherapie, insbesondere der Massagetechnik nach Bülow-Hansen, deutlich. (Boyesen, Boyesen, & Wailand, o. J.)

Nach Gerda Boyesen hat die Darmperistaltik zweierlei Funktion: Zum einen die stoffliche Verdauung der Nahrung, zum anderen aber auch die psychische Verarbeitung von Angst, Stress und Konflikten. Wenn ein Mensch, insbesondere in seiner Kindheit, einen Konflikt nicht aufarbeiten kann, so führt der hierdurch blockierte Energiefluss zu Verhärtungen oder Hypotonien in seiner Muskulatur, in seinem Bindegewebe und in seinen Knochen. Durch eine präzise Massage und Lockerung dieser Verhärtungen kommt es zur Lösung der dort manifestierten Spannungen. Die hierbei freiwerdende Energie wird nun durch die sogenannte „Psychoperistaltik“ im Darm „verdaut“, was

der Therapeut in Form von Darmgeräuschen mittels Stethoskop im Sinne eines Bio-Feedbacks nachverfolgen kann. (Boyesen, 1987)

Dementsprechend stehen in den Bioenergetik-Therapiesitzungen die Massagen im Vordergrund, zusätzlich wird mit Bildern, Atemtechniken und im Gespräch gearbeitet. Diese Arbeit findet zumeist in Einzeltherapien statt, Gruppensettings sind jedoch ebenso möglich. (Freudl, o.J.)

## **Strukturelle Körpertherapie**

Die Strukturelle Integration entstand auf der Grundlage von Ida Rolfs „Rolfing, unter Beeinflussung von Osteopathie, Yoga, Feldenkrais-Methode und Alexander- Technik.

Auch die Strukturelle Körpertherapie geht in ihrem ganzheitlichen Denkmodell davon aus, dass sich Traumata auf körperlicher Ebene manifestieren. Im Zentrum stehen hier aber, im Gegensatz zum Schwerpunkt vieler anderer Körpertherapiemethoden, nicht so sehr die Muskulatur, als vielmehr die Faszien und das Bindegewebe als Stütze, Schutz und Formgeber des menschlichen Körpers. Bei der Strukturellen Integration sollen Verklebungen, Vernarbungen, und Verkürzungen der Faszien mittels manuellen Drucks, Körperbewegungen und einer bewussten Haltungsänderung aufgehoben werden. Der Körper des Patienten wird durch diese Veränderungen „wieder aufgerichtet“, Schutz- und Fehlhaltungen werden aufgegeben und der Körper bewegt sich in einer harmonischen Beziehung zur Schwerkraft, statt gegen diese anzukämpfen. (Grassmann, 2004)

Die Therapie erfolgt in zehn thematisch aufeinander aufbauenden Sitzungen, in denen unterschiedliche Körperteile im Zentrum des Geschehens stehen. Die ursächlichen Traumata, die zu Vernarbungen und Haltungsfehlern geführt haben mögen, können dem Patienten durch die Therapie wieder bewusst werden. Sie werden behutsam mit dem Therapeuten mittels Körperübungen und Gespräch aufgearbeitet. Dieser Teil der Therapie erhielt den Namen „Traumasomatics“ und ist Inhalt einer spezifischen Therapeutenausbildung innerhalb der Ausbildung in Struktureller Integration. (Grassmann, 2004), (Pohlentz-Michel & Grassmann, 2006)

## **Shiatsu**

„Shiatsu“ ist das japanische Wort für „Fingerdruck“ und bezeichnet eine Massagetechnik, die sich in Anlehnung an das Meridiansystem der Traditionellen Chinesischen Medizin an den Energiebahnen, die nach Ansicht der TCM durch den menschlichen Körper ziehen, orientiert. (Definition of Shiatsu, o.J.) Nach Rademacher sind die Grundlagen der TCM auch für das Shiatsu gültig. (Rademacher, 2009)

Beim Shiatsu massiert der Therapeut den Patienten unter Zuhilfenahme seines Körpergewichts, also eher im Sinne eines „Lehnens“ zum Patienten als mit reiner geführter Muskelkraft. (Shiatsu Deutschland, o.J.) Obwohl das Shiatsu sich eher als Methode der Gesundheitsförderung versteht und weniger als Form der Psychotherapie im westlich modernen Sinne, so wird doch auch Wert auf gezielte Gesprächsführung in der Therapiesitzung gelegt. Der Therapeut „diagnostiziert“ ein psychisches wie somatisches Ungleichgewicht im Körper und Habitus des Patienten und ordnet sie in das duale System von Yin und Yang, das dem Gedankenmodell der TCM zugrunde liegt, ein. Die Massagen zielen auch nicht ausschließlich auf körperliches Wohlbefinden, sondern auch auf „emotionale und geistige Prozesse“ ab. (Rademacher, 2009)

Indikationen zur Shiatsu-Massage reichen entsprechend von Stresssyndromen, chronischen und akuten Erkrankungen bis hin zur begleitenden Therapie bei Krebserkrankungen, aber auch für psychische Erkrankungen wie beispielsweise Angststörungen finden sich explizite Therapiekonzepte. (ebda)

## **Psychotherapie nach Albert und Diane Pessa – Pessa Boyden System Psychomotor**

"Pessa-Therapie (international bezeichnet als Pessa Boyden System Psychomotor, PBSP) besteht im Wesentlichen aus der systematischen Konstruktion heilender synthetischer Erinnerungen auf sowohl kognitiver als auch körperlich-emotionaler Ebene."

(Fischer-Bartelmann, o.J.)

Nach Albert Pesso trägt jeder Mensch in sich ein „optimales“ Selbst, das aber aufgrund diverser Mängel oder Traumata in der Lebensgeschichte nicht ganz zur Entfaltung kommt. Ein solcher Mangel in den Grundbedürfnissen des Menschen z.B. (Mangel an Liebe der Mutter...) kann, ähnlich der Regression in der klassischen Psychoanalyse, bewusst nacherlebt werden. In einem weiteren, dem eigentlich heilenden Schritt, kann der Mangel durch eine „neue“ Szene nach Wünschen des Patienten behoben werden, es entsteht eine künstliche, ausgleichende Erinnerung, die die Lebensgeschichte des Patienten ergänzt. Für diese Bewusstmachung setzt Pesso statt verbaler Aufarbeitung eine szenische Darstellung der kindlichen konfliktbehafteten Situation ein, die er „Strukturen“ nennt. (Pesso, 1999)

Protagonist und gleichzeitig Regisseur und Drehbuchautor solcher szenischen Darstellungen ist der Patient selbst, die Mit-Patienten in seiner Gruppe agieren nach seinen Vorstellungen. Dabei symbolisieren sie negative, aber auch ideale Anteile des Patienten-Ichs, seiner Eltern und Bezugspersonen, niemals aber die ganze reale Person. (Moser in Pesso, 1986)

Das Ehepaar Pesso sah ihre Methode grundsätzlich als Ergänzung zu einer klassischen Gesprächspsychotherapie. Voraussetzung für das Erlernen der Methode ist eine abgeschlossene Psychotherapie-Ausbildung. Ihre Indikationen liegen in der Arbeit mit Patienten mit entwicklungsgeschichtlichen Defiziten, Verletzungen oder Traumata und Lücken im System der Ursprungsfamilie. Gerade auch bei Patienten mit Psychosen und Borderline-Störung ist die Psychotherapie nach Albert Pesso erprobt. (Pesso, 1986)

## **Bioenergetische Analyse**

Die Bioenergetische Analyse wurde auf der Grundlage der Charakteranalyse Wilhelm Reichs von dessen Schüler Alexander Lowen und seinem Kollegen John Pierrakos entwickelt. Sie integriert die klassische Psychoanalyse Freuds mit der Charakteranalyse nach Reich. (Ehrensperger in Müller-Braunschweig, 2010) Statt nach dem Unterbewusstsein ausschließlich in verbaler Form zu suchen, wird hier zunächst der Körper des Patienten analysiert: Seine Haltung, in der sich der Reich'sche Körperpanzer manifestiert, seine Beweglichkeit, Atmung, und die Blockierungen

derselben, die auf eine Blockierung des Energieflusses hindeuten. Dieser Energiefluss nämlich ist nach Lowen der Ursprung dessen, was dann in sichtbarer Form als Emotion, Verhalten und Körperhaltung zu Tage tritt. (Lowen & Bavendamm, 1998)

Lowen beschrieb fünf Charakterstrukturen, nach denen bestimmte Merkmale der Patienten einzuordnen sind. Diesen Charakterbeschreibungen sind körperliche Merkmale (im Sinne von Haltung etc.) auf der einen Seite und psychologische Grundstrukturen auf der anderen Seite einander zugeordnet. Nachdem der Therapeut seinen Patienten dementsprechend analysiert und seine Grundprobleme diagnostiziert hat, folgt die Therapie sowohl in verbaler Form als auch mithilfe körperlicher Interventionen. Diese finden häufig in „Stresspositionen“ statt, die die alltäglichen Stresssituationen des Patienten symbolisieren. Der Patient bewegt sich dabei entweder aufrecht im Raum, sitzt oder streckt sich auf dem sogenannten „Atemschemel“, kann aber auch auf einer Matratze liegen et cetera. (Ehrensperger in Müller-Braunschweig, 2010)

Indiziert ist die Bioenergetische Analyse bei allen psychischen Erkrankungen, insbesondere bei einem Patientenkontext, das zu starkem Widerstand gegenüber dem Therapeutischen Geschehen neigt, wie beispielsweise Borderline-Patienten, da hier auf die körperliche Ebene übergewechselt werden kann, wenn im Gespräch die Widerstände des Patienten den Therapiefortschritt zu stark behindern. Studien zufolge erzielt die Bioenergetische Analyse insbesondere bei Neurosen und psychosomatischen Störungen überdurchschnittlich gute Ergebnisse, andere fanden eher eine diagnoseunabhängige Verbesserung der Symptome. (Ventling & Gerhard, 2000). Eine jüngere randomisiert-kontrollierte Studie an türkischen Immigranten mit somatoformen Störungen konnte ebenfalls eine deutliche Symptomreduktion durch die Psychoenergetische Analyse nachweisen. (Nickel u. a., 2006)



## **Musiktherapie und Rhythmustherapie (TaKeTiNa)**

Ebenfalls häufig als ergänzendes Programm zur klassischen Gesprächstherapie werden an vielen deutschen Kliniken Musiktherapie und Rhythmustherapie angeboten. Auch diese Therapieformen folgen dem Ansatz, die Psyche des Patienten auf anderen Wegen als dem verbalen zu erreichen. Entsprechend gibt es zum Teil große Gemeinsamkeiten zur Körperpsychotherapie (beispielsweise Atemübungen im Gesang wie in der Atemtherapie), weswegen die beiden Richtungen hier ebenfalls kurz vorgestellt werden sollen, wenngleich sie nicht Gegenstand der vorliegenden Erhebung sind.

In der Musiktherapie, die heutzutage fast ausschließlich in Form einer aktiven Musiktherapie praktiziert wird, kann der Patient sich anhand verschiedener Instrumente ausdrücken, meist in Form von improvisiertem Spiel. Gerade auch die gemeinsame Improvisation in der Gruppe bietet viel Gelegenheit für das „Ausspielen“ von sozialen Prozessen und Konflikten. Dabei werden meist einfach zu spielende Instrumente verwendet (z.B. Trommeln, Xylophon etc.), sodass keine musikalischen Vorkenntnisse notwendig sind für eine Therapieteilnahme. (Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft, o.J.)

TaKeTiNa, Rhythmustherapie und Rhythmuspädagogik nach Reinhard Flatischler, wurde benannt nach einer der Silbenfolgen, (Ta – Ke – Ti – Na), die in den Gruppenstunden als Sprechgesang intoniert werden. (Flatischler, ohne Jahr) Neben den Sprechgesängen kommen in der Rhythmustherapie unterschiedliche Perkussionsinstrumente zum Einsatz.

Bereits ein Embryo erlebt Rhythmus als prägendes Element seines Empfindens, in Form des kontinuierlichen Herzschlags der Mutter und in ihren Bewegungen. Entsprechend wird der Rhythmus im TaKeTiNa als wirkungsvolles Instrument gesehen, mit dem die Psyche eines Menschen nachhaltig beeinflusst werden kann. So sollen Rhythmusstrukturen dem Patienten ein Gefühl für Ich-Strukturen zurückgeben, die Interaktion in den Sprechgesängen und Trommelkonzerten den Rhythmus des Einzelnen in Einklang mit dem Rhythmus der anderen bringen oder Differenzen aufdecken. Dem persönlichen Körpererleben im Schreiten, Klatschen etc. wird ebenfalls große Beachtung geschenkt. Im Körperbewusstsein gespeicherte Konflikte und Gefühle, vergleichbar dem Reichianischen Körperpanzer, kommen in den

Rhythmusübungen zum Vorschein. Hier zeigt sich die enge Verwandtschaft zur Körperpsychotherapie. Frank Riehm, leitender Therapeut der Fachklinik für Psychosomatik in Heiligenfeld, geht sogar so weit, die Bewegungen und Erschütterungen während der Rhythmus-Übungen mit einer Massage zu vergleichen, die, ähnlich wie es das Konzept vieler Körperpsychotherapeuten versteht, Verspannungen in Körper und Geist lösen kann. (Rihm, o.J.)

Sowohl für die Musiktherapie als auch für die Rhythmustherapie TaKeTiNa existieren in Deutschland Fachgesellschaften, die die Ausbildung der Trainer und Therapeuten beaufsichtigen und zertifizieren und sich um die wissenschaftliche Erforschung der Therapiemethoden bemühen. Musiktherapie kann man an mehreren Universitäten in Deutschland als Bachelor- und Masterstudiengang studieren.

## Methoden

Der im Anhang abgebildete Fragebogen wurde im Februar 2010 an die Chefarzte von 236 Kliniken für Psychosomatik versendet. Nach einer ersten Sammlung von Antworten im Zeitraum von vier Monaten wurde derselbe Fragebogen im Mai 2011 ein zweites Mal verschickt mit dem Ziel, die Rücklaufquote noch zu erhöhen.

Bei Kliniken, die den Fragebogen ein zweites Mal beantwortet zurücksandten, wurde der jeweils neueste Antwortbogen gewertet. Da es sich hierbei nur um eine sehr kleine Gruppe (3 Kliniken) handelte, konnten aus den mehrfach beantworteten Fragebögen keine relevanten Kenntnisse über einen zeitlichen Verlauf der im Fragebogen angesprochenen Sachverhalte gewonnen werden.

Ebenfalls Teil der zu diesem Zeitpunkt durchgeführten Erhebung waren eine Befragung zum Thema „Qualitätssicherungszertifikate an deutschen psychosomatischen Kliniken“, „Möglichkeit zur Unterbringung von Begleitpersonen“ und „Fremdsprachige Therapieangebote“. Gegenstand der hier vorliegenden Arbeit ist nur der erste Teil der Befragung zum Thema Körperpsychotherapie.

In einem zweiten Teil der Arbeit wurden die Rahmenbedingungen der zertifizierenden Ausbildungswege zum Körpertherapeuten oder Körperpsychotherapeuten untersucht. Hierzu wurden für die achtzehn im Fragebogen genannten Therapieverfahren die Webseiten der entsprechenden Fachgesellschaften sowie ihre Informationsbroschüren herangezogen und die Vertreter der Fachgesellschaften telefonisch und per email kontaktiert. Die Auswertung der beantworteten Fragebögen erfolgte mit SPSS, die Erstellung der Abbildungen und Tabellen mit SPSS und Microsoft Excel.

# **Ergebnisse und Diskussion**

## **Deskriptive Statistik der Befragten:**

Von den 236 angeschriebenen Kliniken (N= 217) und Rehakliniken (N=27) in Deutschland beantworteten 90 Kliniken den Fragebogen (38%). Privatkliniken und Kliniken mit vornehmlich psychiatrischer Ausrichtung wurden nicht berücksichtigt. Unter den befragten Kliniken fanden sich insgesamt 48 Kliniken mit familientherapeutischem Ansatz (Mutter-Kind-Kliniken, Vater-Kind-Kliniken, Kinder- und Jugendpsychosomatik). Von diesen speziellen Einrichtungen beantworteten nur 8% den Fragebogen. Ebenfalls zu den speziellen Einrichtungen gezählt werden müssen die 13 Fachkliniken für Entzug und Therapie von Abhängigkeitserkrankungen. Von ihnen nahmen 23% an der Befragung teil. Die Rücklaufquote unter den Rehakliniken betrug 13%.

Betrachtet man nur die 159 Kliniken für Psychosomatik ohne weitere Spezialisierung ergibt sich eine Rücklaufquote von insgesamt 48 %.

## **Verbreitung der Körperorientierten Verfahren in Deutschland**

88 Kliniken (98%) wenden Körperpsychotherapie bei der Behandlung ihrer Patienten an.

Im Fragebogen und auch im Begleitbrief wird klar ersichtlich, dass der Fragebogen sich auch an solche Kliniken richtet, die keine Körperpsychotherapie anwenden. So wird zum Beispiel explizit darauf hingewiesen, dass der Fragebogen noch drei weitere Themenkomplexe neben der Körperpsychotherapie enthält. Die Überlegung, ob der hohe Prozentsatz auch dadurch zustande gekommen sein könnte, dass nur diejenigen Kliniken den Fragebogen beantwortet haben, in denen Körperpsychotherapie durchgeführt wird, kann also verneint werden. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass dieser hohe Prozentsatz durchaus repräsentativ ist und KPT in einem großen Teil der deutschen Kliniken für Psychosomatik Einzug gefunden hat.

In der überwiegenden Mehrheit der Kliniken (92%) kommt mehr als eine Methode zur Anwendung. Die meisten Kliniken bieten drei (27%) oder vier (20%) verschiedene Therapiemethoden parallel an. Die Spannweite ist jedoch groß und reicht von nur einem Verfahren (9%) bis zu neun verschiedenen Verfahren innerhalb einer Klinik (1%). Die folgende Graphik zeigt genau, wie viele Kliniken eine bestimmte Zahl an Therapiemethoden in ihrem therapeutischen Repertoire haben.

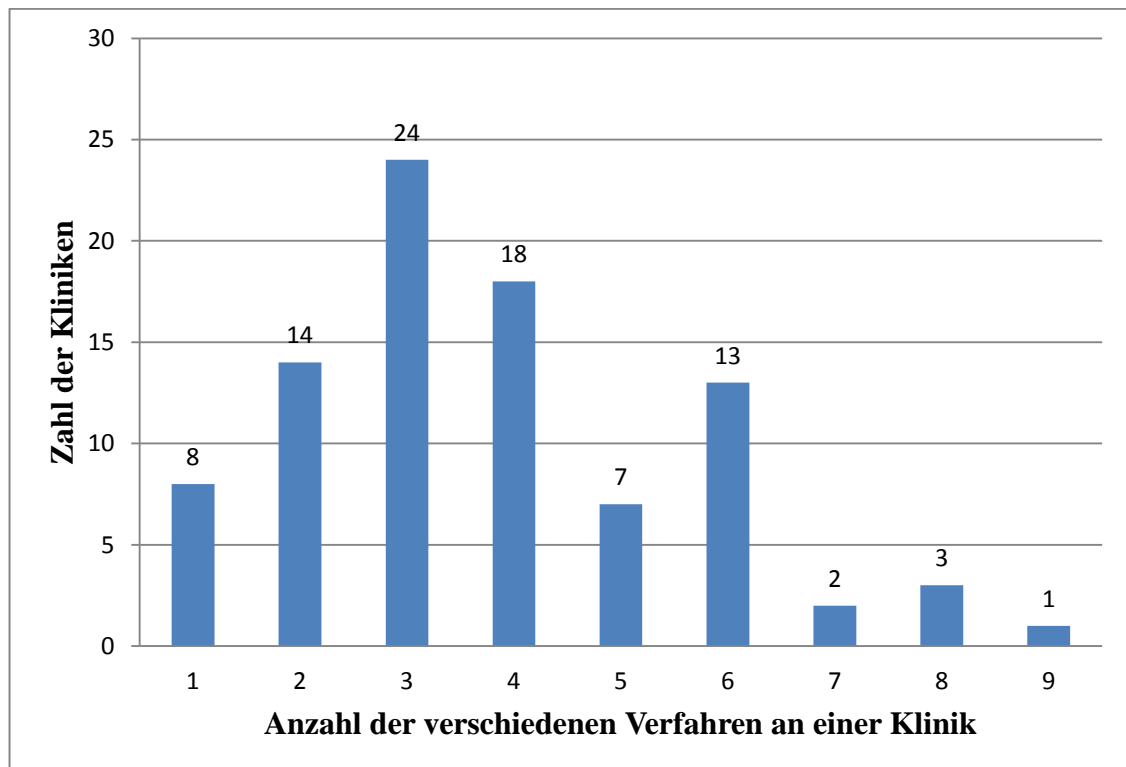


Abbildung 1: Wie viele verschiedene Methoden werden in den einzelnen Kliniken angeboten?

## Auswahl der Therapiemethoden

Im Folgenden soll erörtert werden, welche Therapiemethoden in Deutschland am häufigsten zur Anwendung kommen und nach welchen Kriterien diese Verfahren ausgewählt werden.

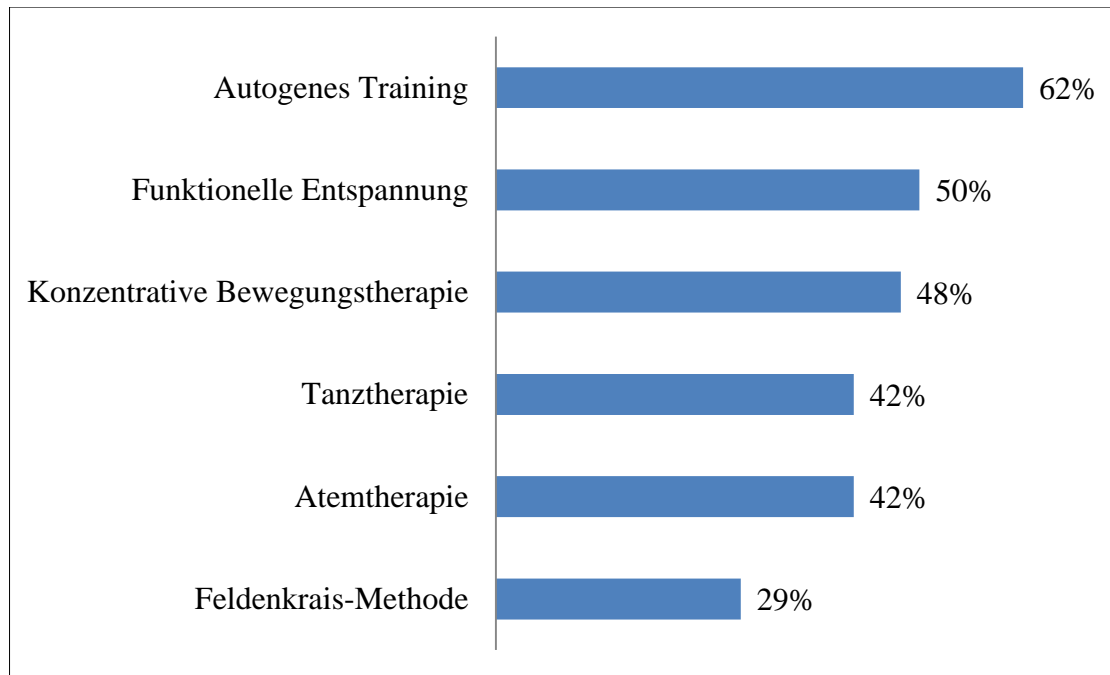


Abbildung 2: Die am häufigsten angewendeten Methoden in Deutschland (N=90 Kliniken)

Die obige Graphik veranschaulicht die Verteilung der beliebtesten Methoden Körperorientierter Psychotherapie. Sie gibt an, wieviel Prozent der befragten Kliniken das jeweilige Verfahren anwenden.

Die folgende Tabelle zeigt die Häufigkeit aller in dieser Erhebung erfassten Körperpsychotherapie - Methoden: sowohl die absoluten Zahlen der Kliniken, die das jeweilige Verfahren durchführen, also auch welchen Anteil an der Gesamtheit der genannten Verfahren das einzelne Verfahren hat und wie viel Prozent der befragten Kliniken insgesamt das Verfahren anwenden.

Tabelle 1: Anwendungshäufigkeit der verschiedenen Methoden in Deutschlands Kliniken (N=90 Kliniken, kumulativ 51 603 Patienten)

Name der Methode	Anzahl der Nennungen	Anteil an der Gesamtzahl der Nennungen (Mehrfachnennung war erbeten)	Anteil der Kliniken, die die Methode durchführen an allen befragten Kliniken
Autogenes Training	56	16,5%	62%
Funktionelle Entspannung	45	13,3%	50%
<u>Konzentriative Bewegungstherapie</u>	43	12,6%	48%
Atemtherapie	38	11,2%	42%
Tanztherapie	38	11,2%	42%
Feldenkrais-Methode	26	7,6%	29%
PMR	20	5,9%	23%
Akupunktur-Massage	15	4,4%	17%
Kommunikative Bewegungstherapie	14	4,1%	16%
Konzentriative Entspannung	13	3,8%	15%
Integrative Körperpsychotherapie	10	2,9%	11%
Eutonie	9	2,6%	10%
Alexander-Technik	3	,9%	3%
<u>Biodynamik</u>	3	,9%	3%
<u>Strukturelle Körpertherapie</u>	3	,9%	3%
Shiatsu	2	,6%	2%
Psychotherapie nach Albert Pesso	1	,3%	1%
<u>Bioenergetik</u>	1	,3%	1%
<b>Gesamt</b>	<b>340</b>	<b>100,0%</b>	<b>378%</b>

Diejenigen Verfahren, deren „Wissenschaftliche Validität“ (scientific validity) über die EABP anerkannt wurde, sind zur Veranschaulichung unterstrichen. (EABP - Scientific Validity of Body Psychotherapy, o.J.) Um dieses Prädikat der wissenschaftlichen Fundiertheit zu erhalten und als „European Wide Organisation“ gelten zu dürfen, muss das Verfahren in Bezug auf 15 Aspekte geprüft werden, die von der EAP (European Association für Psychotherapy) festgelegt wurden. Sobald ein Verfahren auf europäischer Ebene als „valide“ eingeschätzt wird, hat es bessere Chancen, auch in den einzelnen Ländern in den Katalog der praktizierten Psychotherapieformen aufgenommen zu werden. (ebda) Diese Regelungen gelten bereits seit 1998 und wurden 2006 noch einmal überarbeitet. Es wäre also zu vermuten, dass die in diesem Sinne zertifizierten Körperpsychotherapieverfahren einen höheren Stellenwert einnehmen als andere. Tatsächlich zeigt sich aber, dass gerade diese Verfahren in Deutschland wenig verbreitet sind, mit der Konzentrativen Bewegungstherapie als einzigem Vertreter unter den beliebtesten zehn Methoden.

Verfahren, die zwar von der EABP anerkannt, aber von keinem der Befragten als angewandte Methode angegeben wurde, sind : Hakomi, Bodydynamics, Emotional ReIntegration, Analytische Vegetotherapie, Psycho-Organische Analyse, Unitive Körperpsychotherapie und Posturale Integration. Ob eine Methode international von der EABP anerkannt wird, scheint bei der Wahl der Methode in Deutschlands Kliniken für Psychosomatik also nur eine untergeordnete Rolle zu spielen:

Unter „Andere“ wurden folgende Therapiemethoden jeweils einmal angegeben:

Bonding Psychotherapie	Qui-Gong
Körperwahrnehmung	Spiegelkonfrontation
Lauftherapie	therapeutisches Bogenschießen
Traumreise	Craniosakraltherapie

Es bleibt zu erwähnen, dass sich die Progressive Muskelentspannung ursprünglich nicht als anzukreuzende Methode im Fragebogen befand (siehe Fragebogen im Anhang), aber aufgrund der häufigen Nennungen unter „Andere“ doch in die Auszählung aufgenommen wurde. Tatsächlich wird die Progressive Muskelentspannung standardmäßig im Rahmen eines psychosomatisch orientierten Therapiekatalogs



durchgeführt, sodass eine Anwendungsquote von nahe 100% zu erwarten gewesen wäre. Es ist davon auszugehen, dass sie eine noch deutlich höhere Verbreitung hat als die oben genannten Zahlen nahelegen, jedoch nicht jeder der Befragten sie extra unter „Andere“ aufgeführt hat. Auch „Shiatsu“ war im Fragebogen nicht direkt angegeben, wurde jedoch aufgrund von zwei freien Nennungen ebenfalls in die obige Statistik aufgenommen.

## **Therapieangebot der Kliniken im Vergleich**

Bereits in Tabelle 1 zeigt sich eine deutliche Bevorzugung der am häufigsten genannten fünf Verfahren. Untersucht man weiter, welche Verfahren die einzelnen Kliniken jeweils anbieten, welcher „Therapiemix“ also in den einzelnen Kliniken anzutreffen ist, zeigt sich ein deutlicher Trend: In Kliniken, die bis zu fünf verschiedene Techniken anwenden (kumulativ 79% aller Kliniken), setzt sich das Therapieangebot fast ausschließlich aus den häufigsten zehn Methoden zusammen. Nur in acht Fällen kann auch eines der seltenen Verfahren in einer Klinik, die unter sechs verschiedene Verfahren anbietet, angetroffen werden. Betrachtet man die Gruppe der Kliniken, die nur ein bis zwei Verfahren anwenden (und insgesamt 24% aller Kliniken ausmachen), so findet man hier fast ausschließlich die häufigsten sieben Verfahren vertreten, und nur in sieben Fällen ist eines der elf selteneren Verfahren im Angebot. Dies lässt schlussfolgern, dass sich offenbar ein Kanon bestimmter körperorientierter Verfahren etabliert hat, der erst bei einem eher breiten Therapieangebot durch andere Verfahren ergänzt wird.

Tabellen 2 - 6 geben Aufschluss über die Verteilung der Therapieverfahren in den Kliniken, gestaffelt anhand der Patientenzahlen, die nach eigenen Angaben der Kliniken dort pro Jahr mit Körperpsychotherapieverfahren behandelt werden. Die Summe der verschiedenen Verfahren, die die einzelne Klinik anbietet (= Breite des Therapiespektrums) und die Anzahl der in der Klinik mit Körperpsychotherapieverfahren behandelten Patienten wurden ebenfalls mit angegeben. Die Therapiemethoden wurden von rechts nach links in absteigender Häufigkeit der Nennungen angeordnet (vergleiche dazu Tabelle 1).

Tabelle 2: Übersicht über das Therapieangebot der befragten Kliniken mit unter 200 Patienten pro Jahr

Autogenes Training	Funktionelle Entspannung	Konzentrierte Bewegungstherapie	Atemtherapie	Tanztherapie	Feldenkrais	PMR	Akupunktur-Massage	Kommunikative Bewegungstherapie	Konzentrierte Entspannung	Integrative Körperpsychotherapie	Eutonie	Alexander-Technik	Biodynamik	Strukturelle Körpertherapie	Shiatsu	Psychotherapie nach Pessó	Bioenergetik	Anzahl Methoden	Anzahl der Patienten pro Jahr
																		1	85
																		1	100
																		1	100
																		1	180
																		2	50
																		2	100
																		2	100
																		2	115
																		2	120
																		3	60
																		3	72
																		3	100
																		3	120
																		3	120
																		3	150
																		3	150
																		3	150
																		4	140
																		4	150
																		5	100
																		5	120
																		6	85
																		6	144
																		7	100

Tabelle 3: Übersicht über das Therapieangebot der befragten Kliniken mit 200 bis 450 Patienten pro Jahr

Autogenes Training	Funktionelle Entspannung	Konzentrierte Bewegungstherapie	Atemtherapie	Tanztherapie	Feldenkrais	PMR	Akupunktur-Massage	Kommunikative Bewegungstherapie	Konzentrierte Entspannung	Integrative Körperpsychotherapie	Eutonie	Alexander-Technik	Biodynamik	Strukturelle Körpertherapie	Shiatsu	Psychotherapie nach Pessio	Bioenergetik	Anzahl Methoden	Anzahl der Patienten pro Jahr
																		1	250
																		1	300
																		2	220
																		2	300
																		2	300
																		2	350
																		2	400
																		3	230
																		3	280
																		3	300
																		3	300
																		3	400
																		4	250
																		4	300
																		4	450
																		4	450
																		5	250
																		6	320
																		6	400

Tabelle 4: Übersicht über das Therapieangebot der befragten Kliniken mit 500 bis 1500 Patienten pro Jahr

Autogenes Training	Funktionelle Entspannung	Konzentrierte Bewegungstherapie	Atemtherapie	Tanztherapie	Feldenkrais	PMR	Akupunktur-Massage	Kommunikative Bewegungstherapie	Konzentrierte Entspannung	Integrative Körperpsychotherapie	Eutonie	Alexander-Technik	Biodynamik	Strukturelle Körpertherapie	Shiatsu	Psychotherapie nach Pessó	Bioenergetik	Anzahl Methoden	Anzahl der Patienten pro Jahr
																		2	500
																		2	500
																		3	600
																		3	600
																		3	600
																		3	600
																		3	1000
																		4	822
																		4	900
																		4	1000
																		4	1000
																		4	1000
																		5	650
																		5	1000
																		6	600
																		6	850
																		6	1000
																		6	1000
																		6	1400
																		7	1000
																		8	1500
																		9	500

Tabelle 5: Übersicht über das Therapieangebot der befragten Kliniken mit über 1500 Patienten pro Jahr

Autogenes Training	Funktionelle Entspannung	Konzentrierte Bewegungstherapie	Atemtherapie	Tanztherapie	Feldenkrais	PMR	Akupunktur-Massage	Kommunikative Bewegungstherapie	Konzentrierte Entspannung	Integrative Körperpsychotherapie	Eutonie	Alexander-Technik	Biodynamik	Strukturelle Körpertherapie	Shiatsu	Psychotherapie nach Pessó	Bioenergetik	Anzahl Methoden	Anzahl der Patienten pro Jahr
																		3	1600
																		3	2500
																		4	1800
																		4	3200
																		4	3500
																		5	2500
																		6	1700
																		6	2000
																		8	1800
																		8	2000

Tabelle 6: Übersicht über das Therapieangebot der befragten Kliniken, die keine Angabe zur Anzahl der behandelten Patienten pro Jahr machten

Autogenes Training	Funktionelle Entspannung	Konzentrierte Bewegungstherapie	Atemtherapie	Tanztherapie	Feldenkrais	PMR	Akupunktur-Massage	Kommunikative Bewegungstherapie	Konzentrierte Entspannung	Integrative Körperpsychotherapie	Eutonie	Alexander-Technik	Biodynamik	Strukturelle Körpertherapie	Shiatsu	Psychotherapie nach Pesso	Bioenergetik	Anzahl Methoden	Anzahl der Patienten pro Jahr
																		1	n.a.
																		2	n.a.
																		3	n.a.
																		4	n.a.
																		6	n.a.

Der Vergleich der Kliniken unterschiedlicher Größen zeigt, dass auch kleinere Kliniken mit einem vergleichsweise geringen Durchlauf von bis zu 450 Patienten jährlich ein beinahe ebenso breites Spektrum verschiedener Körpertherapieverfahren anbieten können wie die deutlich größeren Kliniken. So finden sich im Pool der kleinen Kliniken solche mit bis zu sechs verschiedenen Verfahren im Angebot (und dies beispielsweise bei einer Klinik mit nur 100 körpertherapeutisch behandelten Patienten jährlich), in der mittleren Gruppe mit bis 1500 Patienten pro Jahr bis zu neun verschiedene Verfahren und in der Gruppe mit 1500 bis 3200 Patienten maximal acht verschiedene Verfahren.

## Körperverfahren als Form der Psychotherapie

Auf die Frage, ob Körperverfahren tatsächlich als Form der Psychotherapie angewandt werden oder nur als Ergänzung zur stattfindenden „klassischen“ Psychotherapie dienen, fanden sich folgende Zahlen:

Insgesamt wenden 46% der Kliniken diese körperorientierten Methoden als Form der Psychotherapie an, weitere 41% geben an, dass die Verfahren zumindest teilweise mit psychotherapeutischem Hintergrund durchgeführt werden. Nur in 11% der Kliniken werden die Körperverfahren überhaupt nicht als psychotherapeutische Maßnahmen angewandt.

Tabelle 7: Wird die Körperpsychotherapie als Form der Psychotherapie angewendet? (Anzahl der Nennungen bei insgesamt N=90 Kliniken)

Werden die Methoden als Form der Psychotherapie angewendet?	Häufigkeit	Prozent
Ja	41	46
Nein	10	11
Nur teilweise	37	41
Keine KPT im Haus durchgeführt	2	2
Gesamt	90	100

In der Mehrheit der Fälle werden die Körperorientierten Verfahren also im Sinne eines Psychotherapieverfahrens angewendet. Dies ist besonders dann ein überraschendes Ergebnis, wenn man bedenkt, dass unter den meistgenannten Methoden auch einige zu finden sind, deren Primärzweck eigentlich nicht in Psychotherapie, sondern eher in Psychohygiene und Prävention besteht. (Vergleiche Kapitel „Übersicht über die Methoden“) Nun stellt sich die Frage, ob diejenigen Verfahren, die von Grund auf psychotherapeutisch ausgerichtet sind, häufiger auch in diesem Sinne benutzt werden als die reinen Körpertherapien.

Die folgende Tabelle schlüsselt auf, welche Verfahren am häufigsten im Rahmen der Psychotherapie genutzt werden. Die Zahlenwerte entsprechen der absoluten Anzahl

der Kliniken, die das jeweilige Verfahren im in der Tabelle angegebenen Sinne (also als Psychotherapie oder als ergänzende Maßnahme) anwenden. Hier sei darauf hingewiesen, dass die meisten Kliniken mehr als ein Verfahren durchführen, der Fragenbogen jedoch nur auf die Nutzung von Körperpsychotherapie generell im Rahmen der Psychotherapie einging. Eine Differenzierung zwischen den einzelnen Verfahren fand nicht statt. Wurde also angegeben, die Körperverfahren fänden „zum Teil“ mit psychotherapeutischem Hintergrund statt, so bleibt unklar, auf welche der genannten Verfahren sich diese Angabe bezieht.



Tabelle 8: In welchem Ausmaß werden die einzelnen Verfahren als Teil der Psychotherapie angewendet? Anzahl der Kliniken (von Gesamtzahl N= 90 Kliniken)

Name der Methode	Wird zur Psychotherapie genutzt	Wird teilweise zur Psychotherapie genutzt	Wird nur als Ergänzung angewendet
Autogenes Training	25	22	7
<a href="#">Konzentrierte Bewegungstherapie</a>	23	18	2
Funktionelle Entspannung	19	20	6
Atemtherapie	13	20	5
Tanztherapie	12	22	4
Feldenkrais-Methode	11	14	1
PMR	10	8	1
Kommunikative Bewegungstherapie	8	3	3
Integrative Körperpsychotherapie	7	3	0
Konzentrierte Entspannung	6	7	0
Akupunktur-Massage	5	9	1
Eutonie	4	4	1
<a href="#">Biodynamik</a>	3	0	0
Alexander-Technik	1	2	0
<a href="#">Psychotherapie nach Albert Pessó</a>	1	0	0
<a href="#">Strukturelle Körpertherapie</a>	1	1	1
<a href="#">Bioenergetik</a>	0	1	0
Shiatsu	0	2	0

Aufgrund der Tatsache, dass manche Verfahren insgesamt an viel mehr Kliniken angewandt werden als andere, zeichnet die obige Tabelle ein verzerrtes Bild davon, welche Verfahren am häufigsten auch psychotherapeutisch angewendet werden. Um dies besser abzubilden, wurden die Anteile der Kliniken, die ein Verfahren als Psychotherapieform benutzen an der Gesamtzahl der dieses Verfahren anwendenden Kliniken berechnet.

Tabelle 9: Welcher Anteil der Kliniken (N=90 Kliniken) wendet die Methode als Psychotherapieform an?

Name der Methode	Wird zur Psychotherapie genutzt	Wird teilweise zur Psychotherapie genutzt	Wird nur als Ergänzung genutzt
<a href="#">Biodynamik</a>	100%	0%	0%
<a href="#">Psychotherapie nach Albert Pesso</a>	100%	0%	0%
Integrative Körperpsychotherapie	70%	30%	0%
Kommunikative Bewegungstherapie	57%	21%	21%
<a href="#">Konzentrierte Bewegungstherapie</a>	54%	42%	5%
PMR	50%	40%	5%
Konzentrierte Entspannung	46%	54%	0%
Autogenes Training	45%	39%	13%
Eutonie	44%	44%	11%
Feldenkrais-Methode	42%	54%	4%
Funktionelle Entspannung	42%	44%	13%
Atemtherapie	34%	53%	13%
Akupunktur-Massage	33%	60%	7%
Alexander-Technik	33%	67%	0%
<a href="#">Strukturelle Körpertherapie</a>	33%	33%	33%
Tanztherapie	32%	58%	11%
<a href="#">Bioenergetik</a>	0%	100%	0%
Shiatsu	0%	100%	0%

## Wie viel KT wird durchgeführt?

Im Schnitt werden 73,8 % der stationär aufgenommenen psychosomatischen Patienten mit Körperpsychotherapie behandelt. Das sind insgesamt 51 603 Patienten jährlich allein in den 90 ausgewerteten Kliniken. Hochgerechnet auf die insgesamt 347 Psychosomatischen Kliniken in Deutschland wären das insgesamt knapp 200 000 (198 433) mit Körperpsychotherapie behandelte Patienten pro Jahr. Diese Patienten erhalten durchschnittlich 143,6 Minuten (also knapp zweieinhalb Stunden) KT pro Woche, mindestens jedoch 25 Minuten pro Woche.

Die Menge an Körperpsychotherapie fasst die folgende Tabelle im Einzelnen zusammen. Die Angabe desjenigen Befragten, der im gefragten Bereich die kleinste bzw. größte Zahl angab, wurde eingefügt, um die Spannbreite der Ergebnisse darzustellen.

Tabelle 10: Menge an durchgeführter Körperpsychotherapie (N=90 Kliniken, kumulativ 51 603 Patienten)

	Minimum	Maximum	Summe	Mittelwert
Wie viele Patienten werden in Ihrer Klinik jährlich mit Körperverfahren behandelt?	0	3500	51603	593,1
Welcher Anteil (%) der Gesamtzahl Ihrer Patienten wird mit Körperverfahren behandelt?	0%	100%	---	73,8%
Was ist die durchschnittliche Verweildauer eines Patienten auf Ihrer Station (in Tagen)?	10	100	3665,8	41,7
Wie viele Minuten pro Woche Körperverfahren erhält ein Patient?	25	360	12492	143,6

Die Streuung der Werte zeigen die Histogramme auf den folgenden Seiten:

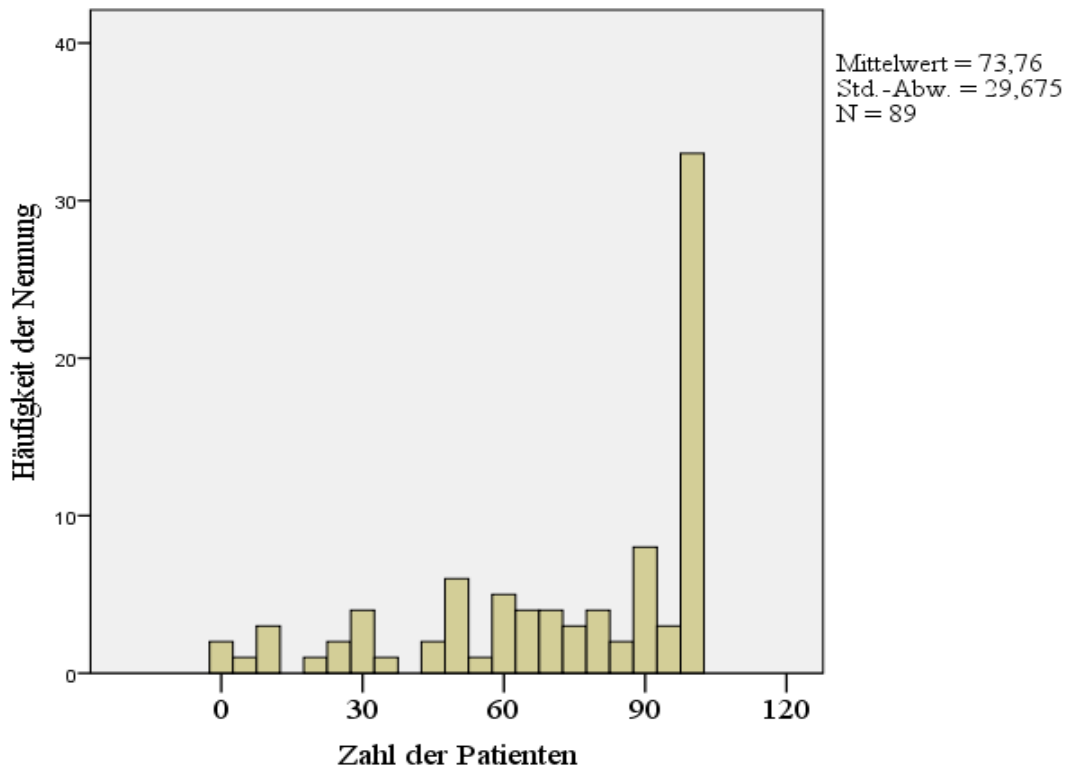


Abbildung 3: Wie viele Patienten werden in Ihrer Klinik jährlich mit KPT behandelt?

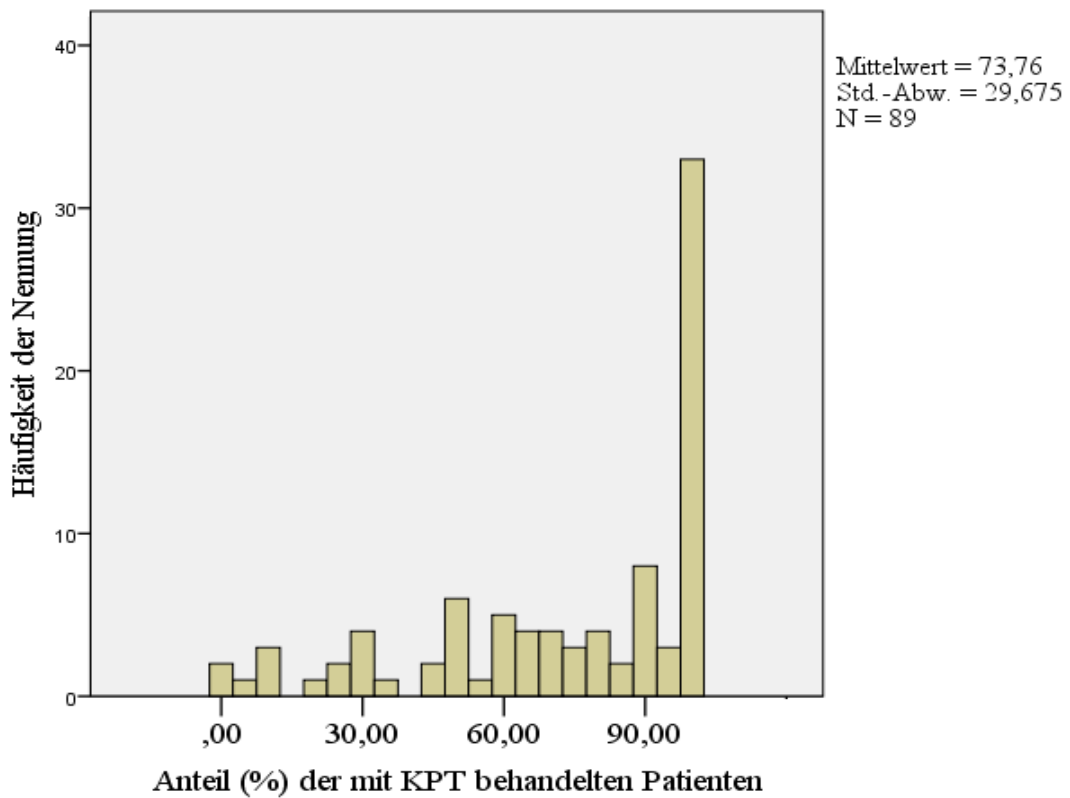


Abbildung 4: Welcher Anteil der Patienten wird mit Körperverfahren behandelt?

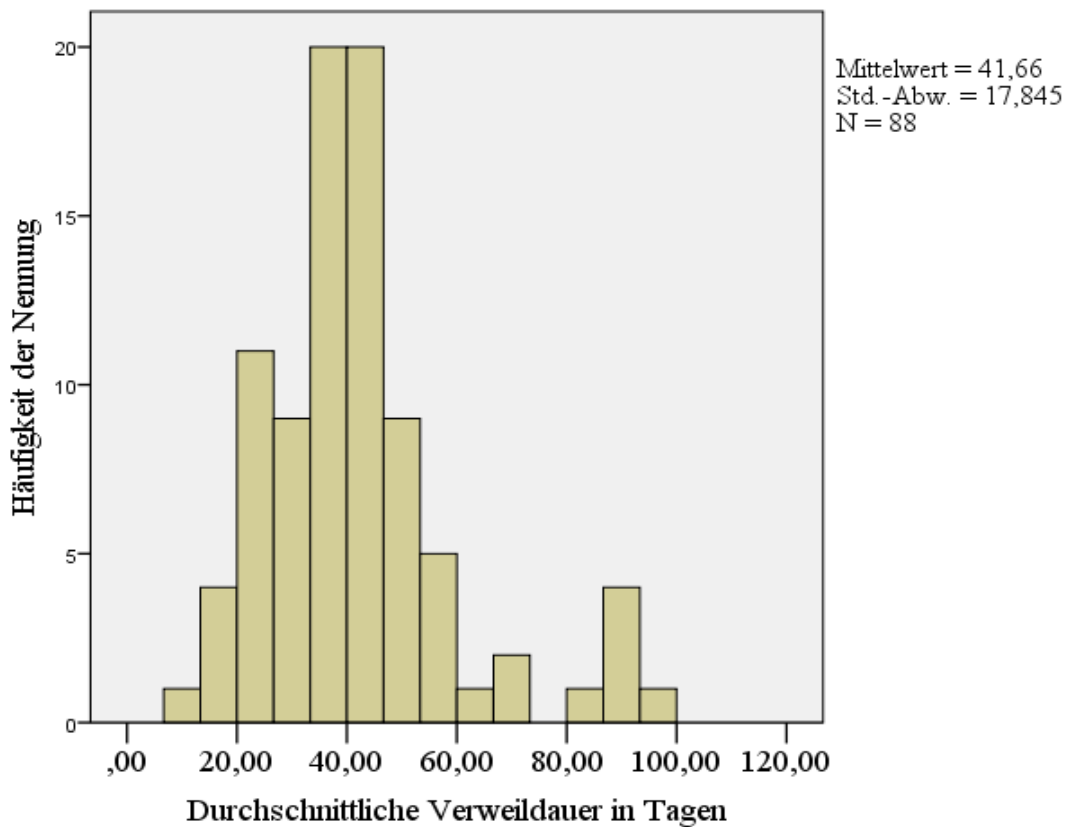


Abbildung 5: Was ist die durchschnittliche Verweildauer eines Patienten in Tagen?

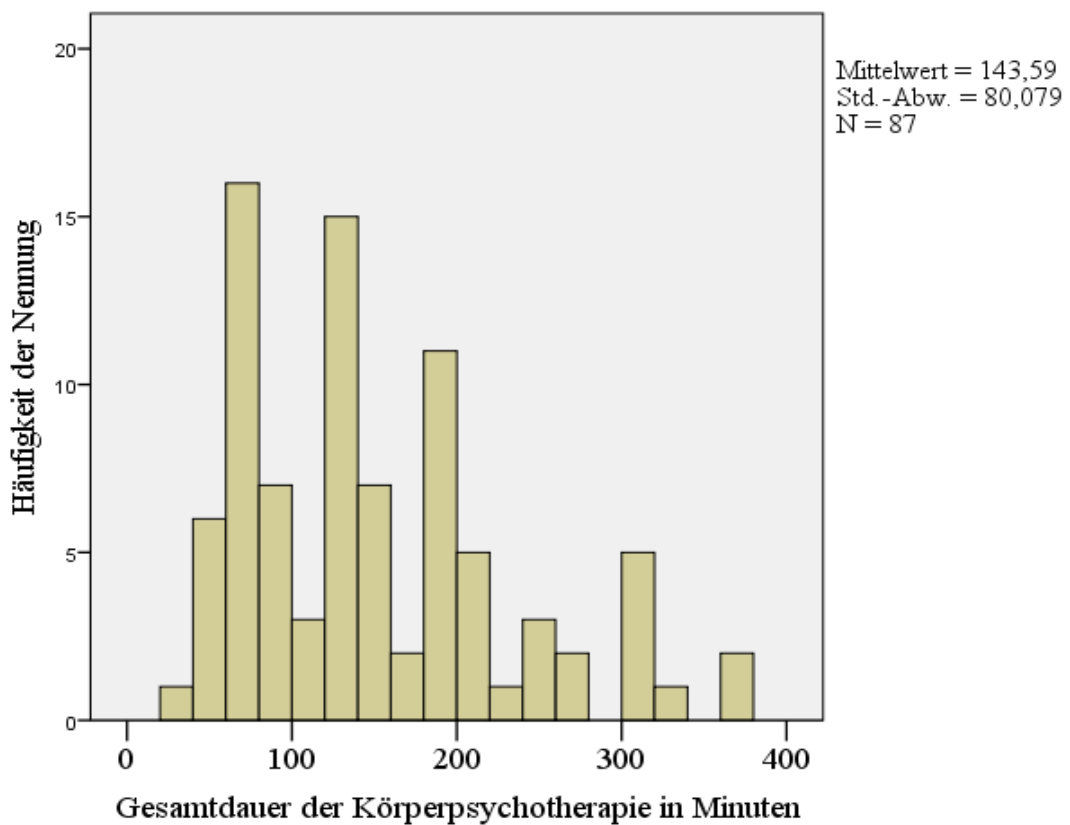


Abbildung 6: Wie viele Minuten KPT erhält ein solcher Patient in Minuten?

In der Gruppe der Kliniken, die KT auch als psychotherapeutisches Verfahren anwenden, erhalten die Patienten durchschnittlich 141,3 Minuten KT wöchentlich und damit deutlich mehr als in den Kliniken, die KT nur als Ergänzung ohne psychotherapeutischen Hintergrund anwenden: In letzteren erhalten die Patienten im Durchschnitt nur 100,5 Minuten KT wöchentlich.

Die folgenden Graphiken zeigen die Spannweite der Therapiedauer (in Minuten) nach Verwendungsmodus:

Tabelle 11: Zusammenhang zwischen Anwendung des Verfahrens als Psychotherapie und der Therapiedauer (N=90 Kliniken, kumulativ 51 603 Patienten)

Wird das Verfahren als Form der Psychotherapie angewendet?	Wie viele Minuten KPT pro Woche erhält der Patient?
Ja	
Mittelwert	141,34
Minimum	45
Maximum	300
Nein	
Mittelwert	100,5
Minimum	50
Maximum	180
Teilweise	
Mittelwert	158,11
Minimum	25
Maximum	360

Interessanter Weise erhalten die Patientin in denjenigen Kliniken, die die Körperpsychotherapieverfahren teilweise im Rahmen des psychotherapeutischen Prozesses nutzen, mit durchschnittlich 158 Minuten am meisten Körperpsychotherapiesitzungen, 17 Minuten mehr als in der Gruppe der Kliniken, die die Verfahren ausschließlich als Form der Psychotherapie anwenden. Eine Erklärung mag sich darin finden, dass gerade in Kliniken, in denen die Körperverfahren einen hohen Stellenwert haben, auch einige „zusätzliche“ Verfahren ohne direkten psychotherapeutischen Hintergrund angeboten werden.

## Kodierung der Therapiemaßnahmen

Die folgende Graphik gibt Auskunft darüber, mit welchen Nummern im Prozedurenschlüssel die Körperpsychotherapieverfahren am häufigsten kodiert werden.

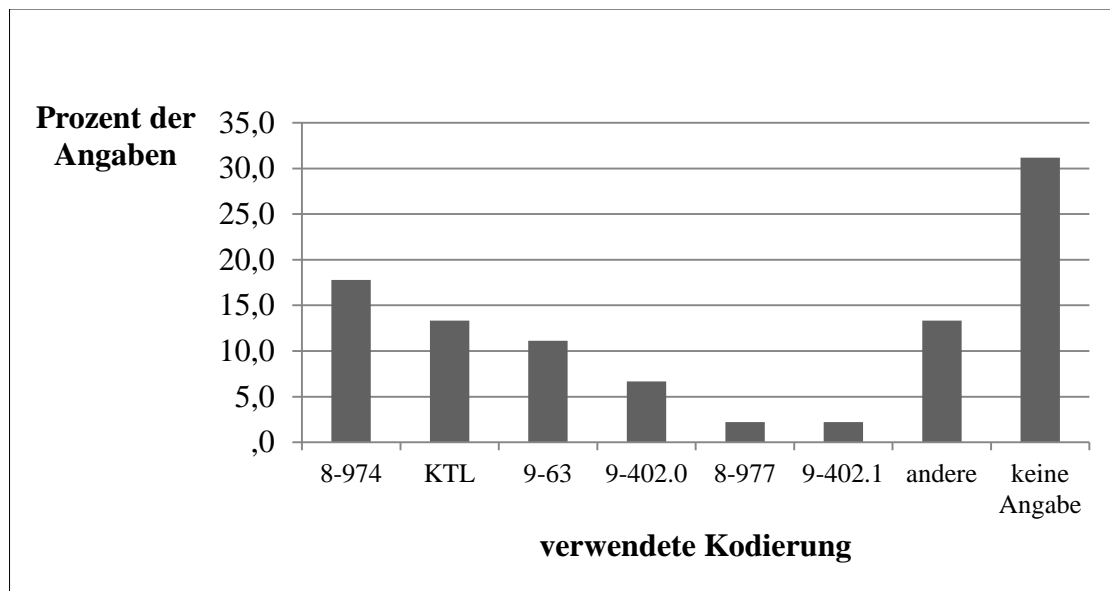


Abbildung 7: Am häufigsten genannte Kodierungen (bei N=90 Kliniken)



Tabelle 12: Zugrundeliegende Werte für Graphik 8: Häufigkeit der genannten Kodierungen (Anzahl der Kliniken von Gesamtzahl N=90 Kliniken)

Kodierung	Häufigkeit	Prozent der Gesamtnennungen	Prozent der gültigen Nennungen	
Gültig	8-974	16	17,8	24,6
	KTL	12	13,3	18,5
	9-63	10	11,1	15,4
	9-402.0	6	6,7	9,2
	8-977	2	2,2	3,1
	9-402.1	2	2,2	3,1
	andere	12	13,3	18,5
	„keine“	5	5,6	7,7
	Gesamt	65	72,2	100,0
Fehlend	Keine KPT im Haus	2	2,2	
	Keine Angabe	23	25,6	
	Gesamt	25	27,8	
Gesamt	90	100,0		

Hier ist zu beachten, dass insgesamt circa ein Viertel der Kliniken diesen Frageteil nicht beantwortet hat, entweder weil sie keine Körperverfahren durchführen (2%) oder aus nicht weiter spezifizierten Gründen, obwohl sich durchaus Körperpsychotherapieverfahren im Repertoire der Klinik befinden (26%). Weitere 6% gaben an, nach „keiner“ Nummer im Prozedurenschlüssel zu arbeiten. Insgesamt gab fast als ein Drittel (31%) der mit Körperorientierten Methoden arbeitenden Kliniken keine Antwort auf die Frage nach der Kodierung. (Die Graphik oben berücksichtigt nur die gültigen Prozente, die erwähnten 33% fehlende Werte sind daher nicht mit dargestellt.)

Weiterhin ist auffällig, dass viele Kliniken „andere“ Abrechnungsmöglichkeiten nannten. Mit 18,5 % stellt diese Gruppe nach der Abrechnung über OPS Nummer 8-974 (24,6%) und Abrechnung nach KTL (19%) sogar die Drittgrößte Gruppe dar.

Im Einzelnen sind diese „anderen Abrechnungsmöglichkeiten“ zum Beispiel:

- 9-602.5: Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
- 9-620, 9-623: Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
- 9-980 Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie

Insgesamt zeichnet sich also ein eher uneinheitliches Bild der Verschlüsselung ab. Bisher waren die Kodierungen im OPS für die Abrechnung und Vergütung an Psychosomatischen Kliniken nicht unbedingt notwendig. Sie dienten vielmehr zum Nachweis über die erbrachten Prozeduren gegenüber Fallprüfungen des MDK. Die eigentliche Vergütung geschah und geschieht noch über Fallpauschalen, die von den durchgeführten Prozeduren unabhängig sind. Mit den neuen Abrechnungsbestimmungen des ab 01.01.2013 geltenden Psych-Entgeldsystems des InEK (Institut für das Entgeldsystem im Krankenhaus) wird sich der Abrechnungsprozess in den Psychosomatischen Kliniken jedoch deutlich verändern. (Hillienhof, 2012)

Die neuen Verschlüsselungsrichtlinien, die bereits im Vorfeld auf heftigen Protest stießen, werden auch in psychosomatischen Kliniken nach Tagessätzen abrechnen, die von den Diagnosen der Patienten und insbesondere den erbrachten Prozeduren abhängen. Mit Inkrafttreten der neuen Verordnung wird die korrekte Kodierung der Prozeduren, auch der Körperpsychotherapeutischen Prozeduren, deutlich an Bedeutung gewinnen. Das Gesundheitsministerium erhofft sich durch diese Maßnahme mehr Transparenz in der Vergütung von Leistungen in Psychiatrie und Psychosomatik.

„Der PEPP-Entgeltkatalog ist wesentlich differenzierter als das derzeitige Vergütungssystem“

erklärt das Bundesministerium für Gesundheit im November 2012. Doch schon in der Entwicklungsphase war das Institut für Entgelt im Krankenhaus (InEK) auf mangelnde Kenntnisse in Bezug auf das Kodieren von Prozeduren gestoßen, wie sie auch in dieser Erhebung zu Tage traten:

„Durch die Diskussionen mit den Krankenhäusern wurde deutlich, dass die vollständige Erfassung der Therapieleistungen eine Herausforderung für das beteiligte Personal darstellt. (...) In den Bereichen der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung und der Personalkostenverrechnung wurden bei einigen Krankenhäusern Auffälligkeiten festgestellt. Dennoch wurde ein solides Ergebnis erzielt, welches insbesondere in Anbetracht der geringen Kalkulationserfahrung einiger Kalkulationsteilnehmer zu würdigen ist.“

(IneK, Abschlussbericht Entwicklung eines PEPP 2013 )

Es steht zu vermuten, dass ein Erfahrungszuwachs in der Kalkulationsmethodik mit dem Prozedurenschlüssel sich auch auf die Kodierung der Körperorientierten Verfahren erstrecken wird.

Um den Krankenhäusern Zeit zu geben, ihre Abrechnungsmethoden anzupassen soll das neue System zunächst keine Auswirkungen auf die Vergütung der verschlüsselten Leistungen haben und innerhalb dieser „Testphase“ weiter verbessert und an die speziellen Bedürfnisse der Psychiatrie und Psychosomatik angepasst werden. Erst ab 2015 sei das neue System für alle Kliniken verpflichtend. (Hillienhof, 2012)

## Kontraindikationen für Körperpsychotherapieverfahren

52 % der befragten Chefärzte gaben bestimmte Diagnosen oder Situationen an, bei denen sie Körperpsychotherapieverfahren für ungeeignet halten.

Tabelle 13: Wurden prinzipiell Kontraindikationen angegeben? (Gesamtzahl N=90 Kliniken)

	Nennungen absolut	In Prozent
Prinzipiell KI angegeben	47	52
Keine KI angegeben	41	46
KPT wird im Haus nicht durchgeführt	2	2
Gesamt	90	100

Die Frage, welche Kontraindikationen für Körperpsychotherapieverfahren von den Ärzten gefunden werden, war im Fragebogen offen gestellt.

Hier wurden folgende Antworten mit Abstand am häufigsten genannt:

Tabelle 14: Am häufigsten genannte Kontraindikationen (N=90)

genannte Kontraindikation	Anzahl der Chefärzte	Prozentsatz der Chefärzte
Schwere Psychose	25	28%
Körperliche Kontraindikationen	8	9%
von Fall zu Fall verschieden	8	9%
Schweres Trauma	7	8%
Demenz	2	2%

Wieso wird gerade die schwere oder akute Psychose von vielen Therapeuten als nicht mit Körperpsychotherapie behandelbar angesehen, ja sogar als Kontraindikation? Eine mögliche Erklärung besteht darin, dass Menschen mit Ich-Störungen die eigenen

körperlichen Empfindungen häufig als „fremd“ und „eingegeben“ empfinden. Die körperorientierte Psychotherapie befasst sich aber gerade mit diesen Phänomenen und könnte bei den Patienten Angst auslösen. Tatsächlich werden Körperpsychotherapieverfahren in den S3 - Behandlungsleitlinien für Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen nicht erwähnt. Hier findet sich, neben der empfohlenen medikamentösen Therapie, Psychoedukation, Kognitiver Verhaltenstherapie, Familienintervention, Social Skills Training und Kognitiver Rehabilitation nur unter „Weitere Therapien“ ein Hinweis auf „Kreativtherapie“, zu der beispielsweise die Tanztherapie gezählt wird. Psychoanalytische Therapie, zu der viele Körperpsychotherapieverfahren gezählt werden können, wird nicht empfohlen. (S3-Praxisleitlinien-bd1-Schizophrenie, o. J.) Die aktuelle Studienlage weist aber durchaus auf einen möglichen positiven Effekt von Körperpsychotherapie auf psychotische Krankheitsbilder hin. Loew/Tritt/Lahmann/Röhrich finden drei Studien aus den 70er Jahren, die eine Verbesserung der Befindlichkeit schizophrener Patienten nach Körperpsychotherapie nachweisen. (Loew u. a., 2006) Andres et al. konnten 1993 zeigen, dass Körperorientierte Verfahren einen beruhigenden und auf vegetativer Ebene entspannenden Effekt auf diese Patienten haben. (Loew,Tritt,Lahmann,Röhrich, 2006). Studien von Röhrich und Priebe in 1996 und 2012 kamen zu dem Ergebnis, dass durch Körperpsychotherapieverfahren insbesondere eine Besserung in den Bereichen „Ich-Störung“, „Körperbild“ und Negativsymptomatik erzielt werden können. (Röhrich, Papadopoulos, Suzuki, & Priebe, 2009).

Die ebenfalls häufig (8 Mal) genannten „körperlichen Kontraindikationen“ erklären sich höchstwahrscheinlich dadurch, dass Patienten aufgrund körperlicher Einschränkungen nicht zu den in der Körperpsychotherapie erforderlichen Bewegungen fähig sind. Allerdings zeigte sich kein Zusammenhang zwischen der Anwendung körperlich besonders herausfordernden Methoden, wie beispielsweise der Tanztherapie, und der Nennung von „körperlichen Einschränkungen“ als Kontraindikation. So wurde diese Kontraindikation nur von einem Krankenhaus angegeben, das Tanztherapie durchführt, während beispielsweise 5 Krankenhäuser mit Funktioneller Entspannung diese Kontraindikation aufführten.

Bei Patienten mit schweren Traumatisierungen, häufig infolge körperlicher Misshandlungen, ist selbstverständlich Vorsicht geboten, wenn körperliche Berührungen im Rahmen der Therapie zur Anwendung kommen sollen. So empfiehlt

Suchanek „manuelle Techniken“ erst nach mehreren Therapiesitzungen, wenn eine Vertrauensbasis zwischen Therapeut und Patient geschaffen wurde, einzusetzen. Wenn dies und eine psychotherapeutische Begleittherapie gewährleistet sind, macht er die Beobachtung „dass, entgegen aller Erwartungen, traumatisierte PatientInnen körperorientierte Angebote besonders gut annehmen können“. (Suchanek, 2003)

Da viele körperorientierte Verfahren auf das Erlernen von Techniken und Bewegungsabläufen basieren, stellen Patienten mit eingeschränkter Gedächtnisleistung, beispielsweise im Sinne einer Demenz, freilich eine besondere Herausforderung für den Therapeuten dar. Dem stellen Kawai et alii (2002) entgegen, dass selbst von sehr schwerer Demenz betroffene Menschen noch ein gutes „prozedurales Gedächtnis“ besitzen und gerade Handlungs- und Bewegungsabläufe für sie besser erlernbar sind als Informationen in verbaler Form. (Kawai u. a., 2002) Hamill et al. zeigen in einer Pilotstudie, dass eine Kreistanzgruppe sowohl das Wohlbefinden der demenzkranken Teilnehmer, als auch die Beziehung der Patienten und ihrer ebenfalls an der Gruppe teilnehmenden pflegenden Angehörigen deutlich verbesserte. (Hamill, Smith, & Röhricht, 2011).

Im Hinblick auf die aktuelle Studienlage deutet sich an, dass gerade Patienten mit psychotischen Störungen, schweren Traumata und dementiellem Syndrom von körperorientierenden Verfahren profitieren können. Individuell sind dem jedoch selbstverständlich Grenzen gesetzt, sodass über Indikation und Kontraindikation, wie auch häufig von den befragten Therapeuten angegeben, „von Fall zu Fall“ entschieden werden muss.

## **Welche Berufsgruppen führen die Körperpsychotherapieverfahren aus?**

Im Folgenden wurde untersucht, welche Fachrichtungen die Körperpsychotherapien vornehmlich durchführen, und wie viele der Therapeuten auch ein Zertifikat der entsprechenden Fachgesellschaften besitzen.

Ärzte, verhaltenstherapeutisch und tiefenpsychologisch ausgerichtete Psychotherapeuten und Physiotherapeuten sind mit Abstand am häufigsten körpertherapeutisch tätig, gemeinsam stellen diese Berufsgruppen 572 Therapeuten und damit fast zwei Drittel ( 65,8% ) aller in dieser Erhebung genannten Therapeuten. Im Einzelnen stellen Ärzte knapp 22% der behandelnden Fachkräfte, die Psychologen unterschiedlicher Schulen kumulativ weitere 36% der Therapeuten während 15% der Therapeuten Physiotherapeuten sind. Eine weitere große Gruppe stellen jedoch auch „andere“ Berufsgruppen. Hier wurden Masseur, Kunst- und Musiktherapeuten genannt, meist blieb die Auswahl „andere“ jedoch ohne genauere Angabe.

Auf den ersten Blick überraschend wirkt die relativ kleine Gruppe der Heilpraktiker, es wurden nur 22 körpertherapeutisch tätige Vertreter (2,5%) genannt. Dies erklärt sich sicherlich aus der Natur der Erhebung, die sich ausschließlich an Therapieeinrichtungen im stationären Bereich richtete. Es steht zu vermuten, dass die Zahl der Heilpraktiker unter den Körpertherapeuten im ambulanten Bereich einen weitaus größeren Anteil stellt, zumal die Anerkennung als Heilpraktiker, gleichgestellt mit der Approbation zum Arzt oder Psychotherapeuten, die Arbeit als selbstständiger Körperpsychotherapeut ermöglicht (siehe unten).

Das folgende Kreisdiagramm zeigt den Anteil der jeweiligen Fachrichtungen an der Gesamtzahl der Therapeuten in Prozent.

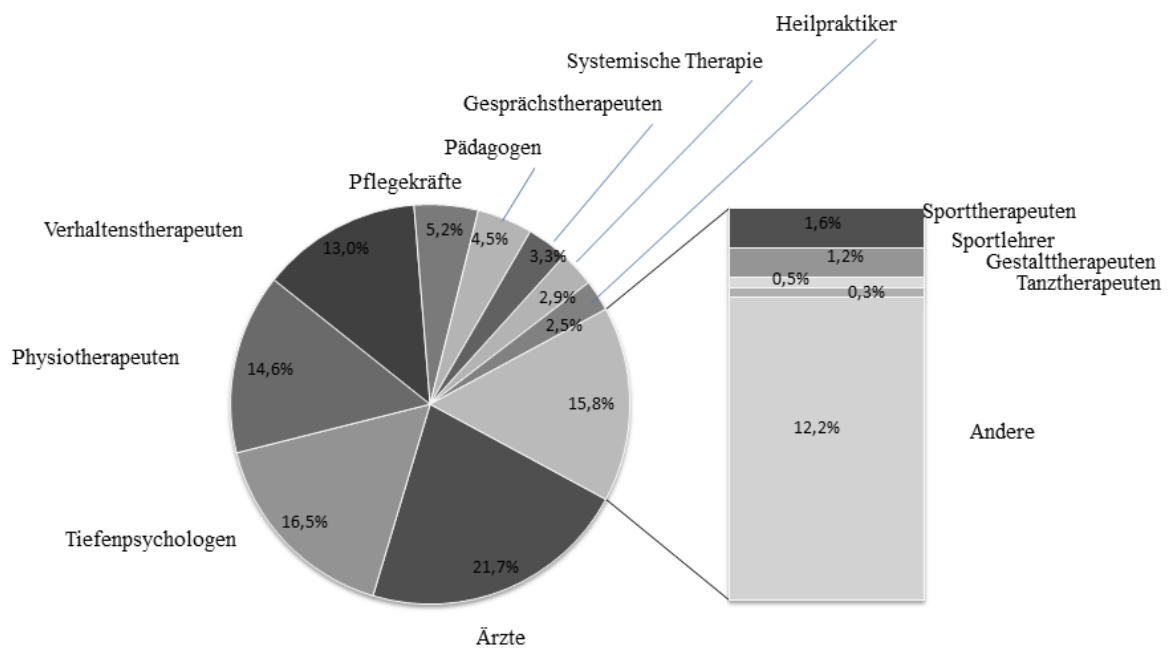


Abbildung. 8: Anteil der jeweiligen Berufsgruppen an der Gesamtzahl der Therapeuten (N=869)

Die folgende Tabelle informiert im Detail darüber, wie viele Angehörige der jeweiligen Berufsgruppen insgesamt körperorientiert psychotherapeutisch sind und wie viele von ihnen auch ein Zertifikat der entsprechenden Fachgesellschaft besitzen. Die Berufsgruppen wurden in absteigender Reihenfolge anhand der Zahl der Vertreter dieser Berufsgruppe insgesamt aufgelistet.



Tabelle 15: Detaillierte Übersicht über die Verteilung der Therapeuten mit und ohne Zertifikat (Gesamtzahl 869 Therapeuten in 90 Kliniken)

Berufsgruppe	Zahl der Therapeuten		Therapeuten mit Zertifikat		
	Maximum in einer Klinik	Summe	Maximum in einer Klinik	Summe	Anteil zertifizierter Therapeuten an Gesamtzahl
Ärzte	18	189	6	30	15,9%
Tiefenpsychologen	20	143	4	29	20,3%
Physiotherapeuten	8	127	8	50	39,4%
Verhaltenstherapeuten	20	113	3	19	16,8%
Pflegekräfte	20	45	4	10	22,2%
Pädagogen	8	39	4	12	30,8%
Gesprächstherapeuten	8	29	3	8	27,6%
Systemische Therapie	4	25	4	12	48,0%
Heilpraktiker	9	22	3	8	36,4%
Sporttherapeuten	8	14	8	11	78,6%
Sportlehrer	3	10	3	8	80,0%
Gestalttherapeuten	2	4	1	1	25,0%
Tanztherapeuten	1	3	1	1	33,3%
Andere Fachkräfte	35	106	8	33	31,1%
<b>SUMME</b>		<b>869</b>		<b>232</b>	<b>26,7%</b>

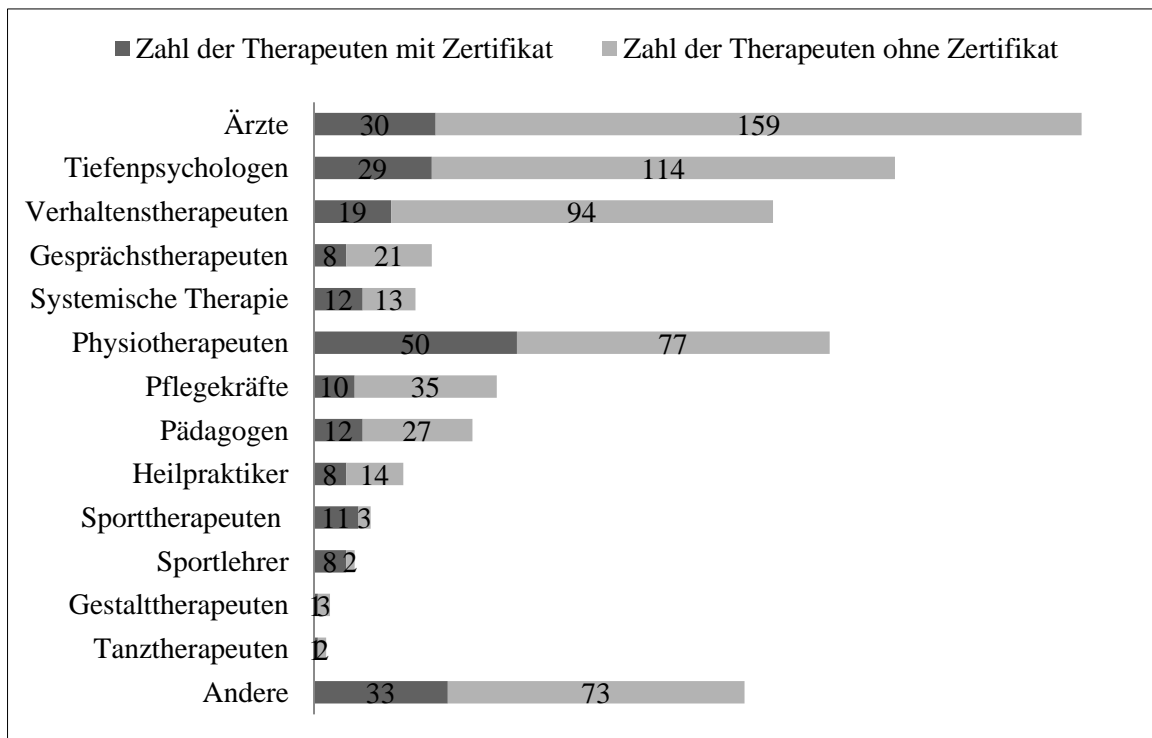


Abbildung 9: Vergleich der Therapeuten mit und ohne Zertifikat in absoluten Zahlen (Gesamtzahl N= 869 Therapeuten)

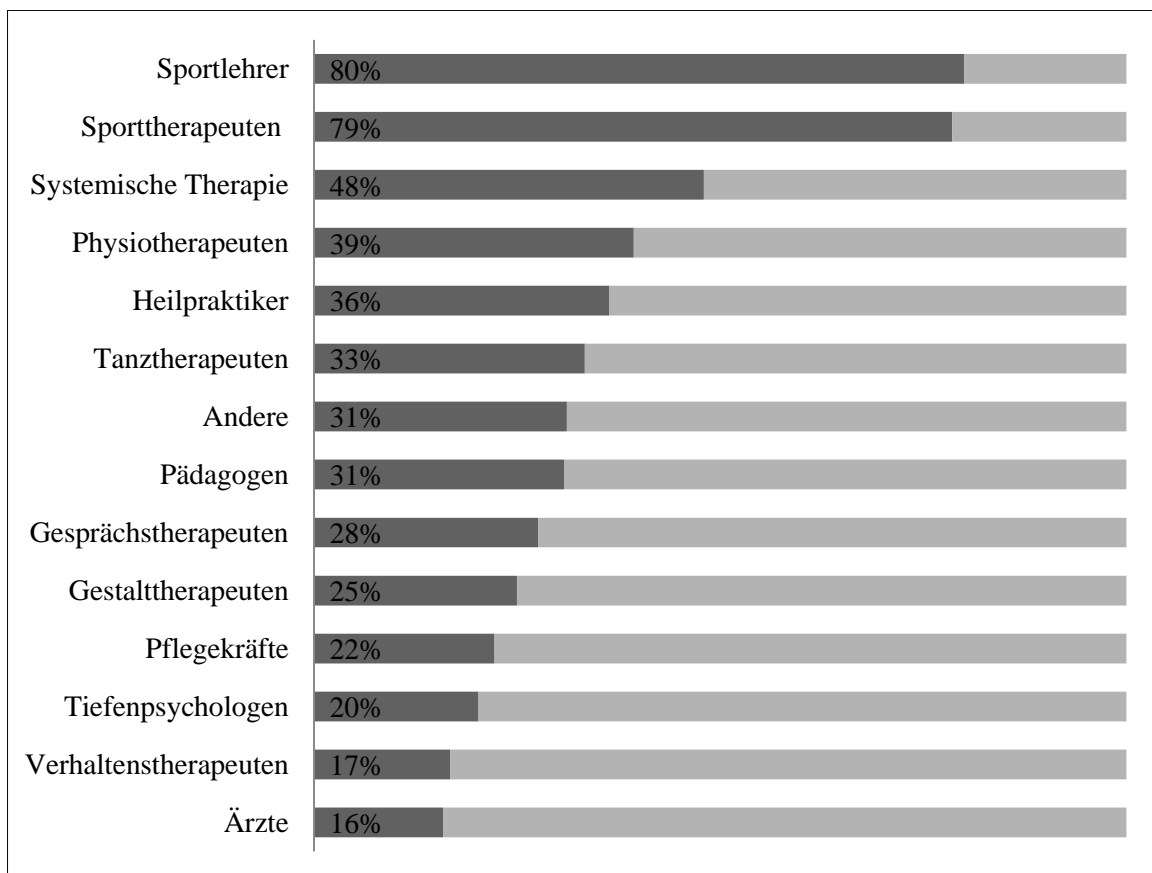


Abbildung 10 : Vergleich der Berufsgruppen anhand der Zertifizierungsrate (Gesamtzahl N= 869 Therapeuten in 90 Kliniken)

Über alle Berufsgruppen gemittelt liegt die generelle Zertifizierungsrate nur bei 26,7 % der Therapeuten.

Auffällig ist hier, dass Ärzte und Psychologen zwar den überwiegenden Teil der Therapeuten stellen, jedoch weitaus seltener als andere Fachkräfte dafür ausgebildet und zertifiziert sind. So besitzen nur knapp 16% der Körperpsychotherapieverfahren durchführenden Ärzte ein Zertifikat für das jeweilige Verfahren, bei den Psychologen insgesamt sind es immerhin 21,9%, während der Anteil der zertifizierten Therapeuten unter Sportlehrern mit 80 % am höchsten ist, gefolgt von Sporttherapeuten mit 79% und Psychologen mit Schwerpunkt Systemische Therapie mit immerhin 48%.

Eine Aufschlüsselung, welche Therapieverfahren die höchsten bzw. niedrigsten Zertifizierungsraten ausweisen, ließ sich leider nicht nachvollziehen, da die meisten Häuser mehrere Verfahren gleichzeitig anbieten und so eine genaue Zuordnung zum Verfahren nicht möglich war. (Siehe Deskriptive Statistik der Befragten) Eine Sonderrolle spielen in diesem Zusammenhang aber sicher die Progressive Muskelentspannung und das Autogene Training, da diese beiden Therapiemethoden in der Ausbildung zum Psychotherapeuten und Psychiater gelehrt werden, wodurch ein einheitlicher Standard der Ausbildung in diesen Berufsgruppen gewährleistet sein dürfte.

Eine mögliche Erklärung für die geringe Anzahl zertifizierter Ärzte und Psychotherapeuten stellt der hohe Zeitaufwand dar, mit dem die Ausbildung und Zertifizierung verbunden sind. Häufig bieten Institute, deren Ausbildung nicht in einer von der entsprechenden Berufsgenossenschaft akkreditierten Zertifizierung mündet, zeitsparendere Optionen der Fortbildung. Schließlich müssen sie nicht den Kriterien und Mindestvoraussetzungen der Berufsgenossenschaften genügen. Ein weiterer Grund für die vielen Therapeuten, die ihre Ausbildung offenbar nicht innerhalb eines zertifizierten Instituts absolviert haben, ist die schiere Menge des entsprechenden Angebots. Es scheint in der Natur der Körperpsychotherapieszene zu liegen, dass Ideen schnell aufgenommen werden und sich zu einer unüberschaubaren Menge an Schulen entwickeln, wie bereits im Teil „Geschichte der Körperpsychotherapie seit 1920“ beschrieben wurde. Gerda Boyesen beklagt diese Entwicklung folgendermaßen:

„[Ich habe] vor Jahren den Terminus Biodynamik eingeführt. Der Gebrauch dieses Terminus hat sich jedoch mittlerer Weile unkontrolliert verbreitet und

dient inzwischen als Bezeichnung für Methoden, die mit den meinen wenig  
gemein haben“

(Boyesen, 1987)

Ebenso stellt sich die Frage, welche Qualifikation und Eignung ein Therapeut mitbringt, der zwar keine Approbation als Arzt oder Psychologe besitzt, dafür aber ein Zertifikat der Fachgesellschaft für die auszuführende Therapiemethode. Dies steht und fällt sicherlich mit den Bedingungen der Ausbildung und Zertifizierung der jeweiligen Methode. Freilich lässt sich von außen nur schwer über die Qualität einer Ausbildung urteilen. Doch schon die äußeren Rahmenbedingungen unterscheiden sich von Therapieverfahren zu Therapieverfahren erheblich.

## **Rahmenbedingungen der Ausbildungen mit Zertifikat der jeweiligen Fachgesellschaft**

Die folgenden Seiten geben eine Übersicht über die Rahmenbedingungen, die die Ausbildungsgänge in den einzelnen Verfahren haben. Die hier verwendeten Daten entstammen nicht der dieser Arbeit zugrundeliegenden Erhebung (siehe Fragebogen Seite 29), sondern einer separaten Recherche auf den offiziellen Internetseiten der Berufsgesellschaften und einem schriftlichen oder telefonischen Informationsaustausch mit Vertretern der Berufsgesellschaften.

Die dargestellten Diagramme sollen die verschiedenen Methoden bezüglich bestimmter „harter“ Parameter wie Kosten, Dauer etc. vergleichen. Für eine echte Zusammenschau ist diese Darstellung jedoch zu grob granuliert. Im Anschluss findet sich die detaillierte Übersicht der in Deutschland am häufigsten genutzten Methoden, mit Informationen über die Dauer der Ausbildung, ihre Kosten und deren Aufschlüsselung, Aufnahmekriterien zur Ausbildung, internationale Anerkennung der Zertifizierung und die Einzelmodule, aus denen die Ausbildung sich zusammensetzt.

Die hier verglichenen Ausbildungswege führen alle zu einem Abschluss, der von der jeweiligen Fachgesellschaft zertifiziert und anerkannt wurde. Dementsprechend wurden die Ausbildungsdauer sowie die grundlegenden Lehrinhalte von den Fachgesellschaften

festgelegt und die Ausbildungsqualität wird von ihnen überwacht. Dennoch muss auch hier auf einen Unterschied hingewiesen werden:

Der Großteil der Ausbildungsgänge führt zu einem Berufsabschluss als Fachtherapeut oder Fachpädagoge des jeweiligen Verfahrens. Einige Verfahren bieten außerdem eine darauf aufbauende Weiterbildung zum *Körperpsychotherapeuten* an. Um im Anschluss körperpsychotherapeutisch tätig zu sein, bedarf es rechtlich zusätzlich zur Ausbildung im Körperverfahren auch der Approbation als Arzt bzw. Psychologe oder einer Zulassung als Heilpraktiker. Eine solche Zusatzausbildung zum Körperpsychotherapeuten ist möglich in der Funktionellen Entspannung, Biodynamik und der Atemtherapie. Die Eutonie bietet neben der Ausbildung zum Eutonie-Pädagogen auch die Weiterbildung zum Eutonie-Therapeuten, verwendet aber nicht den Begriff „Körperpsychotherapeut“. Da das Zertifikat in Eutonie-Pädagogik allein nicht die Berechtigung zum therapeutischen Arbeiten erteilt, wurde hier erst der Abschluss mit Diplom in Eutonie-Therapie als „Grundausbildung“ gewertet. Die Integrative Körperpsychotherapie ist ausschließlich auf approbierte Ärzte und Psychologen ausgerichtet und führt immer zu einem Abschluss als *Körperpsychotherapeut*, eine „Grundausbildung“ für Angehörige anderer Berufsgruppen gibt es hier nicht.

Um diesen Unterschieden Rechnung zu tragen, wurden im Folgenden zunächst nur die „Grundausbildungen“ untereinander verglichen. Anschließend erfolgt ein Vergleich der ergänzenden Weiterbildungen in Körperpsychotherapie bei den Verfahren, die diese Option anbieten.

Um die Angaben der zertifizierenden Fachgesellschaften vergleichbarer zu machen, wurden alle Angaben von „Übungseinheiten“ und „Lerneinheiten“ in 60-Minuten-Stunden umgerechnet. Wenn eine konkrete Mindestmenge an Vorerfahrung im zu erlernenden Verfahren Voraussetzung war für die Aufnahme zur Ausbildung, so wurden Stundenanzahl und Kosten in die Gesamtrechnung mit einbezogen. Genauso wurde mit Dauer und Kosten für Supervision und Eigenthherapie verfahren, da einige Fachgesellschaften diese in ihren Festpreis bereits einschließen, während andere sie außen vor lassen. Die Gesamtkostenrechnung beinhaltet immer auch Prüfungs- und Verwaltungsgebühren. Die genauere Aufschlüsselung dieser Berechnungen findet sich im Textteil nach den Graphiken. Klinische Praktika wurden in der Detailbeschreibung mit angegeben, jedoch nicht in die Gesamtausbildungsdauer eingerechnet, da sie sehr

unterschiedlich gehandhabt werden und zu einer starken Verzerrung der Gesamtdauer geführt hätten. Die folgenden Seiten zeigen den Vergleich der Gesamtzahl an Ausbildungsdauer in Stunden und der Kosten der Weiterbildung in Euro.

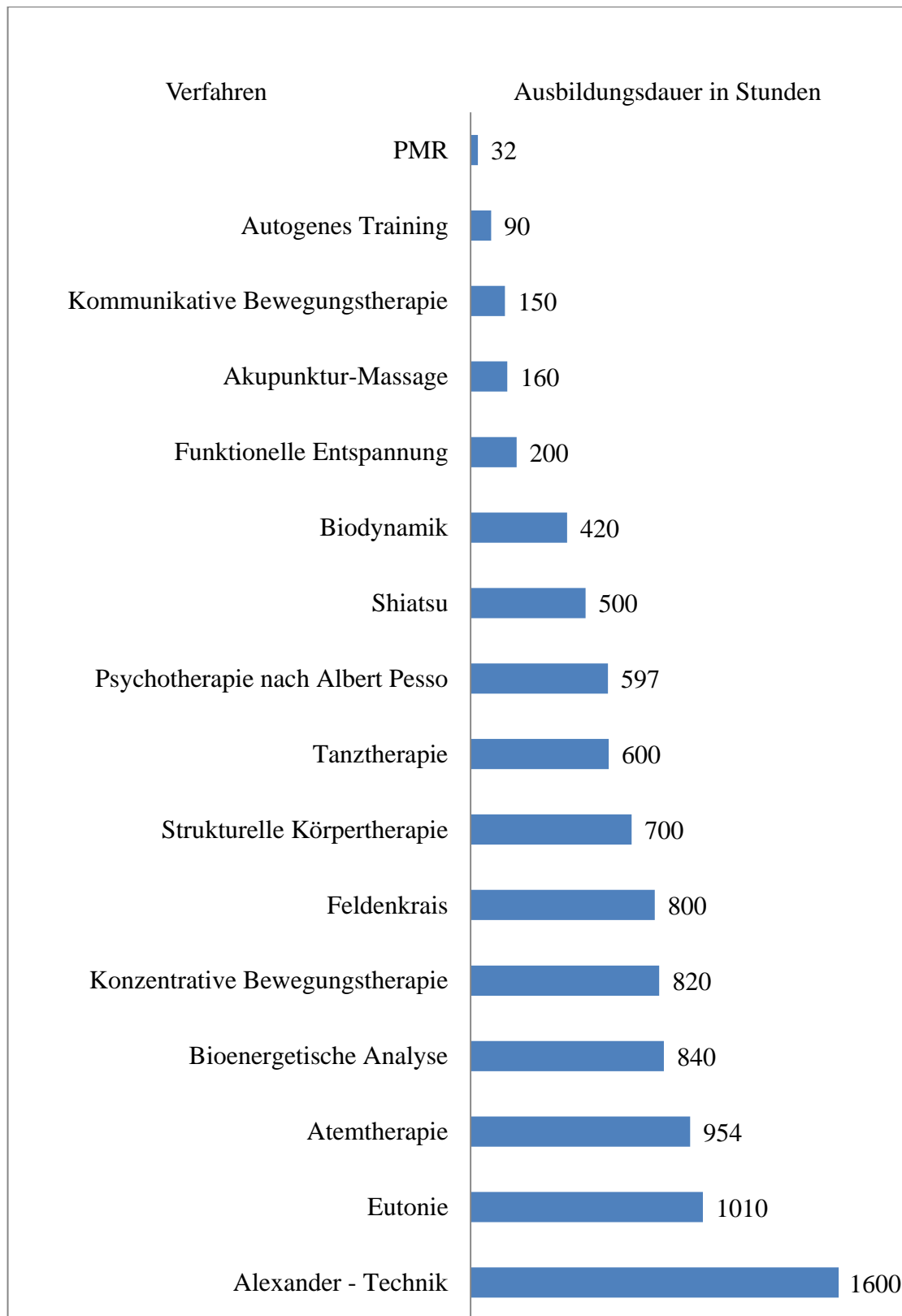


Abbildung 11: Vergleich der Ausbildungsdauer in Stunden

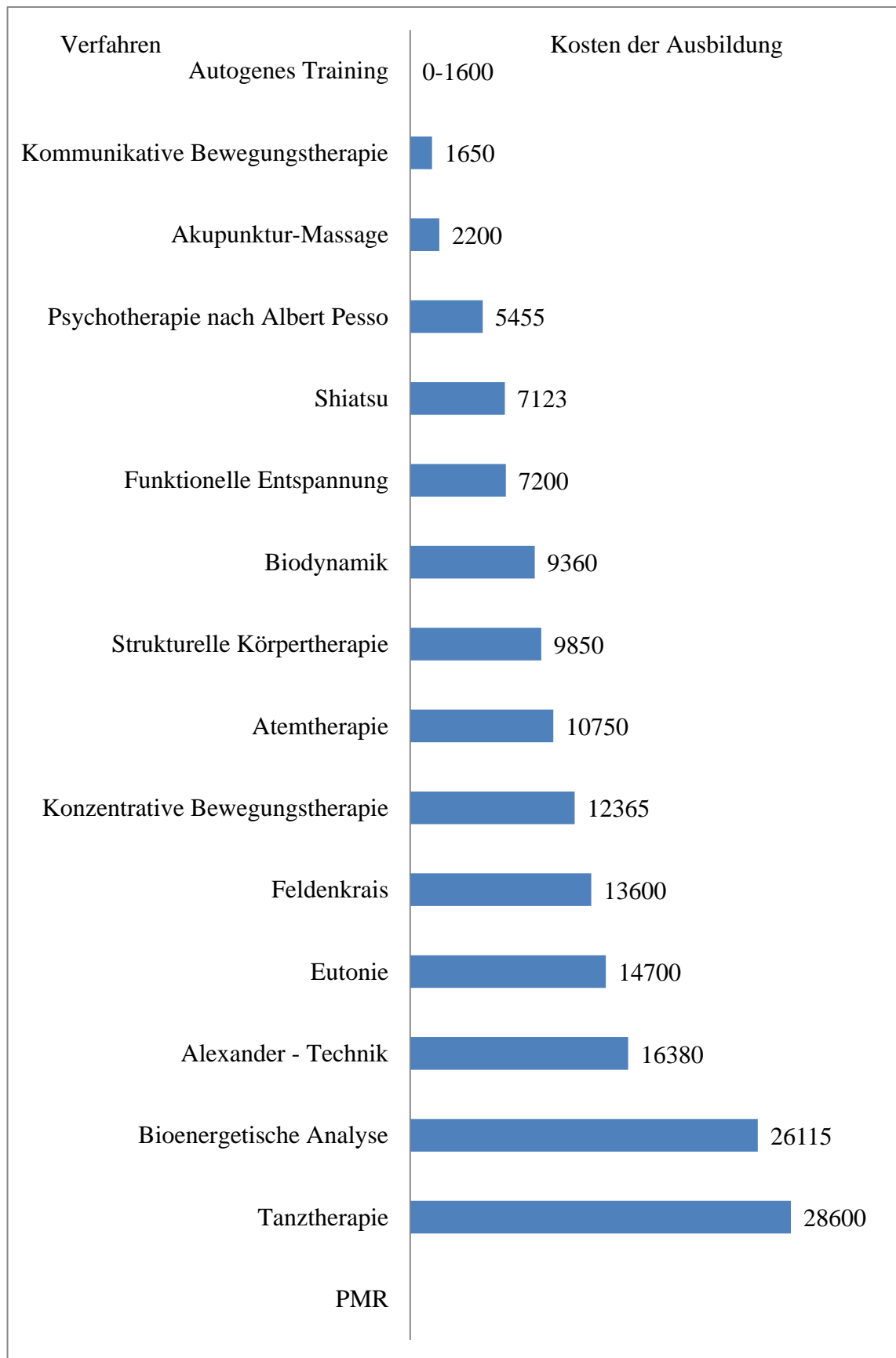


Abbildung 12: Kosten der Weiterbildung in Euro

Berechnet man die „Kosten pro Stunde“ aus dieser Gesamtzusammenschau, so ergibt sich ein deutlich homogeneres Bild. Freilich ist diese Zahl mit Vorsicht zu genießen, da sie ja, wie oben beschrieben, durch die Vereinheitlichung aller Lehrformen, sprich Theorieunterricht, Lehrtherapie und sogar Supervision, entstanden ist. Diese Lehrmethoden weisen qualitativ, aber auch in punkto Kosten, große Unterschiede auf. Daher soll der hier dargestellte, rein quantitative Vergleich nur der Veranschaulichung dienen



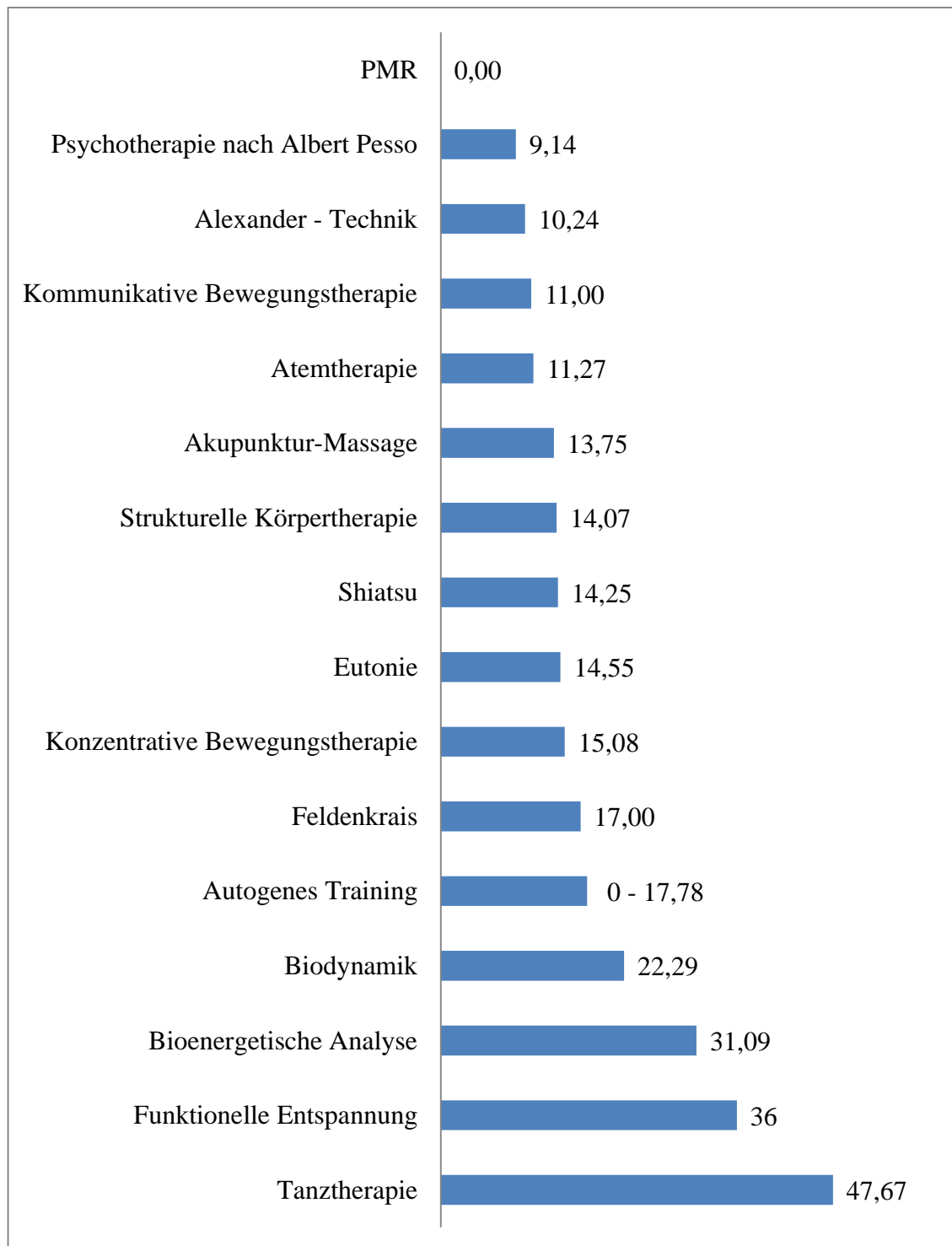


Abbildung 13: Kosten der Ausbildung pro Stunde (a 60 Minuten) in Euro (Durchschnittsberechnung, aus Kosten für Theorieunterricht, Lehrtherapie, Supervision)

Über wie viele Jahre hinweg sich eine solche Zusatzausbildung erstreckt, ist bei allen berufsbegleitenden Ausbildungsverfahren stark abhängig vom Individuum und seinen

zeitlichen Kapazitäten. Dennoch sind die Ausbildungsgänge auf einen bestimmten Zeitraum ausgerichtet, in dem die Ausbildung zu meistern ist, und welchen diese mindestens bedarf. Eine Übersicht zeigt dieses Diagramm:



Abbildung 14: Dauer der Ausbildung in Jahren

## Vergleich der Ergänzungsausbildungen zum Körperpsychotherapeuten

Die folgenden Abbildungen zeigen die Dauer und die Kosten der Ergänzungsausbildungen zum Körperpsychotherapeuten in Stunden, ohne den Unterbau der „Grundausbildung“. Bei der Integrativen Bewegungstherapie wird prinzipiell keine Grundausbildung angeboten, sie richtet ihr Angebot vielmehr an bereits approbierte Psychologen und Ärzte. In der Funktionellen Entspannung startete der erste Ausbildungsgang 2014.

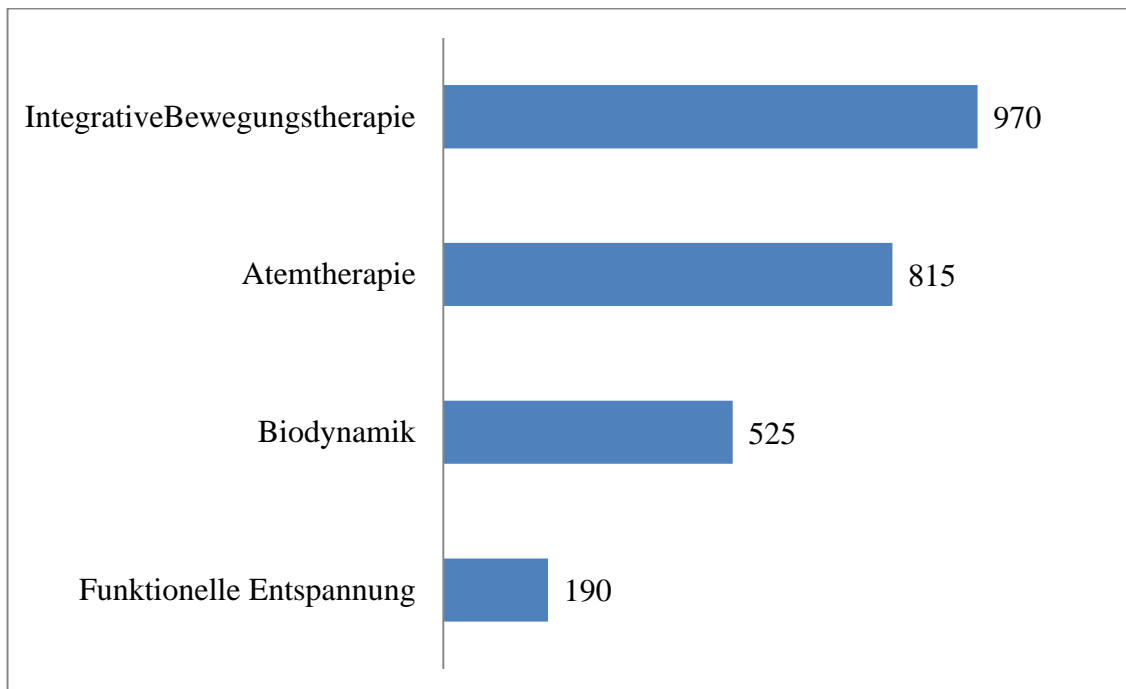


Abbildung 15: Dauer der Ergänzungsausbildung in Stunden (a 60 Minuten)

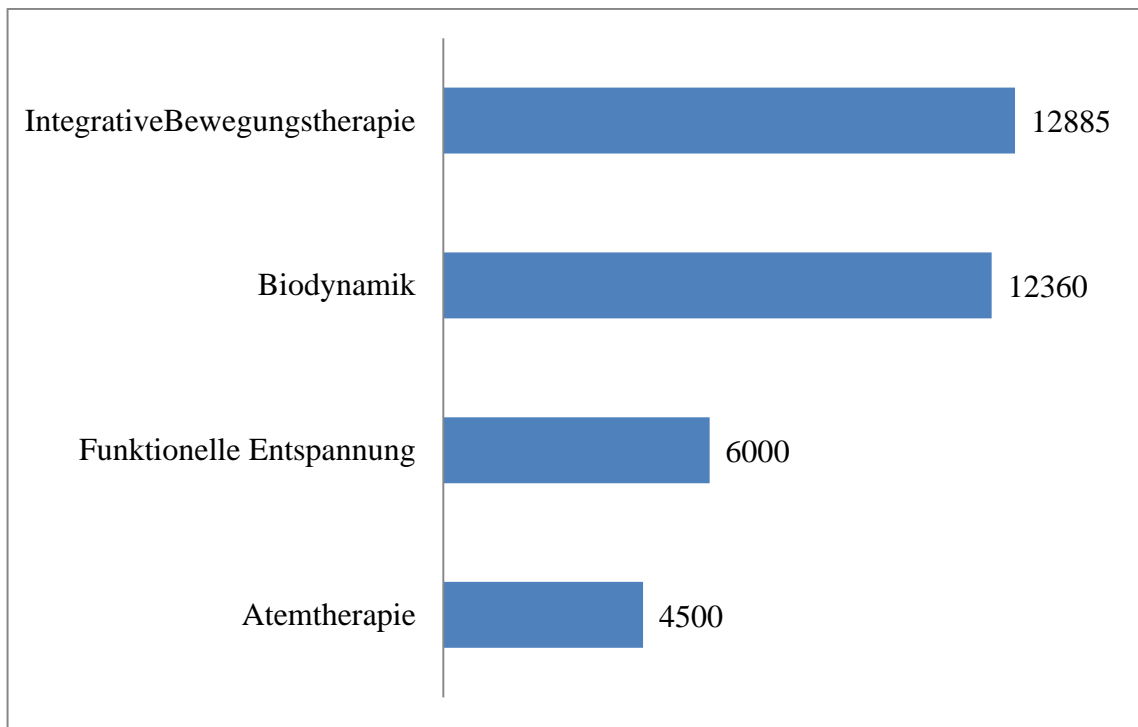


Abbildung 16: Kosten der Ergänzungsausbildung in Euro

### **Auslastung der Ausbildungsstätten**

Anbetracht der eher niedrigen Zertifizierungsrate der im stationären Setting tätigen Therapeuten stellt sich die Frage, ob einer der Gründe auch in langen Wartelisten auf einen Platz in der entsprechenden Therapeutenausbildung liegen könnte. Tatsächlich verzeichnet beispielsweise der Berufsverband für Atempädagogik und Atemtherapie eine tendenziell steigende Zahl In an Absolventen der Therapieausbildung von 10 Absolventen im Jahr 2009 auf 43 Absolventen im Jahr 2013. Von langen Wartelisten und Absagen aufgrund mangelnder Kapazitäten wusste jedoch keine der angeschriebenen Institute zu berichten.

Die nachfolgende Tabelle stellt die Größe der Berufsverbände, die Zahl der tätigen Ausbilder und die Zahl der jährlichen Absolventen in den fünf in Deutschland am stärksten vertretenen Therapierichtungen gegenüber.

Tabelle 16: Auslastung der Ausbildungsstätten

Methoden	Zahl der Mitglieder im Berufsverband	Zahl der Ausbilder	Zahl der Absolventen pro Jahr
Konzentrierte Bewegungstherapie	400	17	3-6
Autogenes Training (außerhalb der Ausbildung Psychologie/Psychiatrie)	264	15	13
PMR (außerhalb der Ausbildung Psychologie/Psychiatrie)	wie Autogenes Training, da gemeinsamer Verband	15	12
Funktionelle Entspannung	250	25	3
Tanztherapie	530	81	Unbekannt
Atemtherapie und Atempädagogik	541	30	9-43

## **Überblick über die Rahmenbedingungen der Zertifizierung in unterschiedlichen Körper(psycho)therapieverfahren:**

Die folgenden Seiten zeigen einen Vergleich der Ausbildungsgänge im Detail. Für jedes Verfahren wird zunächst die Zertifizierende Fachgesellschaft genannt, die als Grundlage der hier dargelegten Informationen dient. Zudem werden die Dauer der Ausbildung sowie ihre Inhalte und Module genauer aufgeschlüsselt. Um eine bessere Vergleichbarkeit der Kosten zu erreichen, werden die einzelnen Posten aufgezählt, die die Gesamtkosten der jeweiligen Ausbildung ausmachen. Auch der Modus der zum Abschluss führenden Prüfung ist nicht überall gleich, sodass dieser ebenfalls aufgeführt wird.

Die Aufzählung erfolgt in derselben Reihenfolge wie in der zusammenfassenden Darstellung der Methoden zu Beginn dieser Arbeit und richtet sich nach der Häufigkeit der Nennungen, die die einzelnen Verfahren in der hier vorliegenden Erhebung erzielten.

## **Autogenes Training**

### **Zertifizierende Einrichtung:**

Deutsche Gesellschaft für Entspannungsverfahren DG-E e.V. bzw. Deutsche Gesellschaft für Ärztliche Hypnose und Autogenes Training DGÄHAT

### **Internationaler Dachverband:**

Mitglied im Dachverband deutschsprachiger Hypnosegesellschaften WBdH.

### **Dauer der Weiterbildung:**

Grundstufe: 60 Stunden innerhalb von 6 Monaten. Für Fortgeschrittenen- und Oberstufe jeweils zusätzlich 20 Stunden, also insgesamt 100 Stunden.

### **Einzelmodule:**

Für die Anerkennung als Kursleiter/in "AT-Grundstufe": 15 Stunden Selbsterfahrung Grundstufe, 20 Stunden Fortbildung, 10 Stunden Selbsterfahrung Fortgeschrittenenstufe, 10 Stunden Selbsterfahrung Oberstufe, 5 Stunden Supervision. Die Gesamtfortbildungsdauer muss mehr als 6 Monate betragen. Für die Anerkennung zum Kursleiter "AT-Fortgeschrittenenstufe" und "AT-Oberstufe" nochmal jeweils 20 Stunden.

### **Kosten der Weiterbildung:**

Die Weiterbildung wird meist im Rahmen der ärztlichen/psychotherapeutischen Ausbildung durchgeführt, sodass keine Kosten entstehen. Kostenpflichtig ist nur die Teilnahme an Tagungen und Workshops.

Hier fallen 100 Euro pro Tagung und 100 Euro pro Workshop ( 10 h) an. Wollte man die gesamte Ausbildung im Rahmen solcher Tagungen absolvieren, so entstünden 1200 Euro für die Grundstufe + 400 Euro für die Fortgeschrittenenstufe = 1600 Euro Gesamtkosten.

### **Aufnahmekriterien:**

Approbation als Psychotherapeut oder Universitätsabschluss in Psychologie oder (Zahn-)Medizin, jeweils mit besonderen Kenntnissen in Psychodiagnostik, Gruppendynamik, Krisenintervention usw., Mitgliedschaft in der DG-E e.V.

**Modus der Zertifizierungsprüfung:**

Nachweis über die absolvierten Fortbildungen und psychologischen Kenntnisse gegenüber der Anerkennungskommission "Autogenes Training" der DG-E. Externe Trainer können anerkannt werden, wenn ihre Ausbildung den Richtlinien der DG-E e.V. entspricht.

**Quelle:** Briefwechsel mit Claudia China vom 20.02.2013, (Autogenes Training - Ausbildung, o.J.)



## **Funktionelle Entspannung**

### **Zertifizierende Einrichtung:**

Arbeitsgemeinschaft Funktionelle Entspannung

### **Internationaler Dachverband:**

Aktuell nicht vorhanden, ehemals gab es Österreichische und Schweizerische Dependancen, diese wurden jedoch geschlossen.

### **Dauer der Weiterbildung:**

9 Wochenenden + fortlaufende Selbsterfahrungsgruppe, insgesamt 294 Übungseinheiten à 45 Min im Zeitraum von 2-3 Jahren (entspricht ca. 200 Stunden) für die Ausbildung zum FE Therapeut/ FE Pädagogen/ FE Berater

### **Einzelmodule:**

Grundkurse: Selbsterfahrung in Einzelarbeit (20 ÜE) und in fortlaufender Gruppe (56 ÜE = 4 Wochenenden), Wahlfächer in Form von Workshops (24 ÜE)

Fortgeschrittenenkurse: Einzelselbsterfahrung (40 ÜE), Vertiefung der FE in Theorie und Praxis unter berufsspezifischen Schwerpunkten (70 ÜE = 5 Wochenenden).

Vertiefung der Wahlfächer (24 ÜE = 3 Tage).

Ein erster Ausbildungsjahrgang für Körperpsychotherapie soll 2014 starten. 100 Stunden Selbsterfahrung in einer Fremdmethode werden hier zusätzlich empfohlen.

### **Kosten der Weiterbildung:**

6900 Euro + 100 Euro jährlich Mitgliedsbeitrag, insgesamt also ca. 7200 Euro

### **Aufnahmekriterien:**

Grundberuf aus den Bereichen Medizin, Psychologie, Psychotherapie, Gesundheitswesen, Pädagogik, Beratung, Coaching o.Ä., für die Weiterbildung in Körperpsychotherapie zusätzlich Approbation (Medizin, Psychologie) oder Zulassung als Heilpraktiker.

### **Modus der Zertifizierungsprüfung:**

Darstellung von 4 eigenen Fällen, Darstellung der eigenen therapeutischen Identität, Befürwortung durch einen Lehrbeauftragten, Abschlussgespräch mit zwei Lehrbeauftragten

**Quellen:** (Funktionelle Entspannung Fortbildung, o.J.), Briefwechsel und Telefongespräch mit Christl Martin, 24.06.2013

## **Konzentrierte Bewegungstherapie**

### **Zertifizierende Einrichtung:**

Deutscher Arbeitskreis für Konzentrierte Bewegungstherapie DAKBT e.V.

### **Internationaler Dachverband:**

keine Angabe

### **Dauer der Weiterbildung:**

850 Stunden in durchschnittlich 4-5 Jahren + klinisches Praktikum (4 Wochen, ca.160 Stunden) = 980 Stunden

### **Einzelmodule:**

Im Vorfeld 5 Einzelstunden und 24 Gruppenstunden in Konzentrierte Bewegungstherapie.

Ausbildung: Selbsterfahrung (240 Gruppenstunden, 40 Einzelstunden), theoretische und praktische Seminare zur KBT-Methodik (200 Gruppenstunden), Beobachtung von Gruppenstunden (40 Gruppenstunden), Co-Leitung (60 Gruppenstunden), Selbständige Arbeit mit KBT (100 Einzel- oder 200 Gruppenstunden), Supervision (20 Einzel- und 120 Gruppenstunden), Klinisches Praktikum (4 Wochen).

### **Kosten der Weiterbildung:**

12.365 Euro (-550 Euro Vorerfahrung)

### **Aufnahmekriterien:**

Mindestalter 25 Jahre, Grundberuf aus den Bereichen Medizin und anderen Gesundheitsberufen wie Psychologie, Pädagogik und verwandten Berufen, 2 Jahre Berufserfahrung, Selbsterfahrung in Konzentrierte Bewegungstherapie, 2 Zulassungsgespräche.

### **Modus der Zertifizierungsprüfung:**

Schriftliche Prüfungsarbeit, dazu eine praktische und eine theoretische mündliche Prüfung

**Quelle:** (Konzentrierte Bewegungstherapie - Weiterbildung“, o.J.), Briefwechsel mit Elvira Braun, Februar 2013

## **Atemtherapie**

### **Zertifizierende Einrichtung:**

Berufsverband für Atempädagogik und Atemtherapie BVA, bzw. Institut für Atem-und Körpertherapie IAKPT

### **Internationaler Dachverband:**

Das IAKPT wurde am 29.03.2009 in Paris vom EABP-Forum als Mitglied aufgenommen.

### **Dauer der Weiterbildung:**

3 Jahre Grundausbildung mit 954 Stunden + 3 Jahre Ergänzungsausbildung mit ca. 815 Stunden = 2406 Stunden

### **Einzelmodule:**

3-jährige berufsbegleitende Grundausbildung über 954 Stunden, zusätzlich 600 Stunden Berufserfahrung + 300 Selbstlernstunden.  
Zusatzausbildung zum Körperpsychotherapeut: 3-jährige, 10-teilige, berufsbegleitende Ausbildung mit 9 Theoriemodulen (356 h) + 1 Prüfungsmodul (156 h) + 6 Wochen Klinisches Praktikum + 100 Stunden Supervision + 150 Stunden Lehrtherapie.

### **Kosten der Weiterbildung:**

10750 (inkl. Prüfungsgebühr) + 4500 Euro für die Ergänzungsausbildung = 15250 Euro

### **Aufnahmekriterien:**

Mindestalter 24 Jahre. Studium oder abgeschlossene Berufsausbildung oder gleichwertige Qualifikation, Gute Allgemeinbildung, Eigenerfahrung in Einzelbehandlungen und Atemgruppen, Hospitium an der Atemtherapie -Schule. Für die Zusatzausbildung ist das Mindestalter 28 Jahre, man benötigt außerdem die Grundausbildung in einem KPT Verfahren, 3 Jahre Berufserfahrung, Interview mit einem Trainer.

### **Modus der Zertifizierungsprüfung:**

Schriftliche Theorieprüfung, Schriftliche Arbeit über das Spezialisierungsgebiet in der AKP, mündliches Prüfungsseminar (30 Min. Vortrag)

**Quelle:** Briefwechsel mit Stefan Bischof, 19.02.2013, (Graduierung Atemtherapie,o.J.),( Berufsverband für Atempädagogik und Atemtherapie, o.J.)

## **Tanztherapie**

### **Zertifizierende Einrichtung:**

Berufsverband der TanztherapeutInnen Deutschlands e.V. (BTD)

### **Internationaler Dachverband:**

Mitglied im europäischen Verband European Association Dance Movement Therapy  
EADMT

### **Dauer der Weiterbildung:**

Mindestens ca. 600 Stunden über einen Mindestzeitraum von 4 Jahren, begleitend wöchentliches Tanztraining

### **Einzelmodule:**

Wird von den auszubildenden Instituten leicht unterschiedlich gehandhabt, folgende Kriterien müssen erfüllt sein: Zeitraum von 4 Jahren, 600 Unterrichtsstunden Tanztherapie, davon Lehrtherapie von 130 Unterrichtsstunden, Supervision als Gruppensupervision und Einzelsupervision von mindestens 130 Unterrichtsstunden, ein Praktikum (ca. 400 Stunden) , Tanztraining über die Dauer der Weiterbildung von mindestens einmal pro Woche

### **Kosten der Weiterbildung:**

1950EUro /Jahr plus 90Euro/h Lehrtherapie plus 70Euro/h Supervision = 28600 Euro

### **Aufnahmekriterien:**

Über die persönliche, fachliche und tänzerische Eignung wird vor Beginn der Ausbildung in einem Einzel- und Gruppenverfahren entschieden.

### **Modus der Zertifizierungsprüfung:**

Schriftliche Prüfungsarbeit, eine praktische und eine theoretische Prüfung

**Quelle:** Quelle: Telefonische Auskunft am 21.06.2013, (BTD Weiterbildung, o. J.)

## **Feldenkrais**

### **Zertifizierende Einrichtung:**

Feldenkrais-Verband Deutschland e.V.

### **Internationaler Dachverband:**

Die Ausbildung wird vom European Training Accreditation Board (EuroTAB) der Feldenkrais-Verbände in Europa und Israel akkreditiert.

### **Dauer der Weiterbildung:**

800 Gesamtstunden verteilt auf 3-5 Jahre,

### **Einzelmodule:**

Mindestens 160 Ausbildungstage verteilt auf 3-5 Jahre mit jeweils 1-7 Segmenten pro Jahr. Tägliche Mindestunterrichtszeit 5 Stunden (= 800 Gesamtstunden Präsenz). Jede/r Studierende erhält im Verlauf des Trainings 12 Einzelstunden in FELDENKRAIS® Funktionaler Integration.

### **Kosten der Weiterbildung:**

160 Ausbildungstage a 85 Euro, insgesamt 13600 Euro (Beispiel Feldenkraiszentrum Chava Shelhav)

### **Aufnahmekriterien:**

Mindestalter 25 Jahre, Berufsausbildung und Berufserfahrung, Selbsterfahrung in der Feldenkrais-Methode, physische und psychische Stabilität, geeignete Lebensumstände.

### **Modus der Zertifizierungsprüfung:**

Im vierten Jahr leitet der Auszubildende 3 Einzelstunden an einem unbekanntem Klienten. Dieser Unterricht wird von Trainern und Assistenten bewertet.

**Quelle:** (Feldenkrais Verband - Informationen zur Ausbildung, o.J.),  
(Feldenkraiszentrum Chava Shelhav, o.J.)

## **Progressive Muskelrelaxation**

### **Zertifizierende Einrichtung:**

Allgemeine Fachgesellschaft für Progressive Muskelentspannung und Hypnose  
AfGPM e.V. oder Deutsche Gesellschaft für Entspannungsverfahren DG-E e.V.

### **Dauer der Weiterbildung:**

32 Stunden innerhalb eines Jahres

### **Einzelmodule:**

keine Angabe

### **Kosten der Weiterbildung:**

keine Angabe. Wird häufig kostenlos im Rahmen der Psychotherapieausbildung absolviert.

### **Aufnahmekriterien:**

keine Angabe

### **Modus der Zertifizierungsprüfung:**

Prüfung in Form einer mündlichen Prüfung und einer praktische Prüfung mit partiellen Demonstrationen des Verfahrens (30 Min. minimal)

**Quelle:** (Gesellschaft für progressive Muskelrelaxation und Hypnose (GfPM) e.V., o.J.)

## **Akupunkt-Massage nach Penzel**

### **Zertifizierende Einrichtung:**

Internationaler Therapeutenverband AKUPUNKT-MASSAGE nach Penzel e.V.

### **Internationaler Dachverband:**

Partner der Europäischen Penzel - Akademie

### **Dauer der Weiterbildung:**

4 x 5 Tage (ca.160 Stunden) innerhalb von ca. 2 Jahren

### **Einzelmodule:**

A-Kurs (40 h): Einführung in Energetik und Topographie der Meridiane, Schwangerenbetreuung, B-Kurs (40 h): Erweiterung (spezifische Techniken, C-Kurs(40h): Vaskuläres autonomes Signal, Therapie von Gelenken, D-Kurs(40h): Fünf-Elemente-Lehre

### **Kosten der Weiterbildung:**

4 x 550 Euro (2200 Euro)

### **Aufnahmekriterien:**

Ausgebildet werden Ausübende aller Heilberufe und diesen Ausbildungen nahstehende Berufsgruppen.

### **Modus der Zertifizierungsprüfung:**

Teilprüfung durch die Ausbilder nach jedem Kurs + Abschlussprüfung vor der Prüfungskommission des Internationalen Therapeutenverbandes AKUPUNKT-MASSAGE nach Penzel e. V.

**Quelle:** (Penzel Akupunkt - Massage, o.J.)

## **Kommunikative Bewegungstherapie**

**Zertifizierende Einrichtung:** Akademie für Kommunikative Bewegungstherapie (AKB)

**Internationaler Dachverband:** Derzeit nicht Mitglied eines Dachverbandes

### **Dauer der Weiterbildung:**

Die Fortbildung umfasst 150 Stunden, die in 10 Kursen zu je 15 Stunden unterrichtet werden.

### **Einzelmodule:**

Zehn Wochenendkurse, in denen verschiedene Themen im Therapieprozess (z.B. "Begrüßung", Zulassen von Nähe") zunächst theoretisch erarbeitet und dann in praktischen Übungen "erlebbar" gemacht werden. Themen zur Ätiologie und Pathogenese werden im Selbststudium erarbeitet.

**Kosten der Weiterbildung:** 135 Euro pro Kurs + 135 Euro Prüfungsgebühr , insgesamt 1485 Euro

### **Aufnahmekriterien:**

Abgeschlossene Berufsausbildung zum Physio-, Ergo- , Sporttherapeuten, Krankenschwestern oder Sozialpädagogen. Tätigkeit im Bereich psychischer Erkrankungen, (Psychotherapie oder Psychiatrie) der Suchttherapie und der Psychosomatischen Medizin.

**Modus der Zertifizierungsprüfung:** Halten einer Probestunde zu einem ausgelosten Thema, zusätzlich Kolloquium.

**Quelle:** (Kommunikative Bewegungstherapie – Ausbildung, o.J.)



## **Integrative Bewegungstherapie**

### **Zertifizierende Einrichtung:**

Deutsche Gesellschaft für Integrative Körperpsychotherapie DGIB

### **Internationaler Dachverband:**

Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit – Fritz Perls Institut

### **Dauer der Weiterbildung:**

880 Stunden Ausbildung, dazu 60 Stunden Supervision und 30 Stunden Lehrtherapie, insgesamt also ca. 970 Stunden

### **Einzelmodule:**

Circa 762 Theriestunden, aufgeteilt in drei Module: Modul A: Integrative Bewegungstherapie mit 128 Stunden, Modul B: Wahlweise Integrative Atemtherapie oder Integrative Budotherapie mit jeweils 94 Stunden, Modul C: Graduierungsstufe mit 538 Stunden. Parallel dazu eine regionale kollegiale Theoriegruppe mit monatlichen Treffen, insgesamt ca. 120 Stunden. Zusätzlich 30 Lehrtherapiestunden und eine fortlaufende Supervision über 60 Stunden. Ein begleitendes Training zur körperorientierten Persönlichkeitsschulung, z.B. in Chi Gong, Tai Chi etc. wird ebenfalls empfohlen.

### **Kosten der Weiterbildung:**

Insgesamt 12885 Euro, davon 5885 Euro für die Therapieseminare.

### **Aufnahmekriterien:**

Ein telefonisches Beratungsgespräch, das Praktizieren der Methode als Psychotherapieform ist nur mit Approbation als Arzt, Psychologe oder Heilpraktiker möglich.

### **Modus der Zertifizierungsprüfung:**

Schriftliche Abschlussprüfung und Kolloquium, schriftliche Ausarbeitung eines standardisierten Behandlungsprozess

**Quelle:** Deutsche Gesellschaft für Integrative Leib- und Bewegungstherapie e.V.. (o.J.). (Integrative Therapie, o.J.)

## **Eutonie**

### **Zertifizierende Einrichtung:**

Deutscher Berufsverband für Eutonie Gerda Alexander® e.V. (DEBEGA)

### **Internationaler Dachverband:**

keine Angabe

### **Dauer der Weiterbildung:**

Grundkurs (120 h), Pädagogikausbildung (390 h) und Therapeutenausbildung (500h)  
=1010 Stunden über insgesamt 4-6 Jahre

### **Einzelmodule:**

120 Stunden Grundkurs + 440 Stunden Ausbildung zum Eutonie-Pädagogen (Abschluss=Zertifikat), davon 390 Stunden Präsenzarbeit und 50 Stunden Eigenarbeit + 600 Stunden Ausbildung zum Eutonie-Therapeuten (Abschluss=Diplom), davon 500 Stunden Präsenz und 100 Stunden Eigenarbeit.

### **Kosten der Weiterbildung:**

Grundkurs ca 1500 Euro +5.700 Euro Pädagogikausbildung + 7.500 Euro  
Therapeutenausbildung , insgesamt 14700 Euro

### **Aufnahmekriterien:**

Mindestalter 26 Jahre, Berufserfahrung, gute psychische Belastbarkeit, 120 Stunden Erfahrung mit Eutonie

### **Modus der Zertifizierungsprüfung:**

praktische und mündliche Prüfungen und eine schriftliche Arbeit

**Quelle:** (Eutonie Aus- und Weiterbildung. o.J.)

## **Alexander-Technik**

### **Zertifizierende Einrichtung:**

Alexander-Technik-Verband Deutschland (ATVD)

### **Internationaler Dachverband:**

ATAS, International Affiliated Societies of Teachers of the Alexander Technique

### **Dauer der Weiterbildung:**

1600 Stunden über 3,5 Jahre + Vorerfahrung mit der Alexander-Technik

### **Einzelmodule:**

Insgesamt 1600 Stunden, wöchentlich ca. 13- 20 Stunden; Sowohl Theorieunterricht als auch praktische Übungen in Kleingruppen, im letzten Lehrjahr auch Übungen an Probanden

### **Kosten der Weiterbildung:**

16380 (390 Euro pro Monat)

### **Aufnahmekriterien:**

Wird individuell entschieden

### **Modus der Zertifizierungsprüfung:**

Schriftliche Abschlussarbeit am Ende der Ausbildung

**Quelle:** Telefongespräch mit Jörg Asshoff am 24.06.2013, (Asshoff, o.J.)

(Internationaler Alexandertechnik-Verband, o.J.) (Technik-Verband Deutschland, o.J.)

## **Biodynamik**

### **Zertifizierende Einrichtung:**

Gesellschaft für biodynamische Psychologie/Körperpsychotherapie e.V. GBP,  
Schulungsinstitut: E.S.B.P.E. e.V.

### **Internationaler Dachverband:**

von EABP anerkannt

### **Dauer der Weiterbildung:**

Ausbildung in Körperarbeit und Massage (420) + Ausbildung in biodynamischer KPT (525h) = 794 h über einen Zeitraum von ca. 4 Jahren

### **Einzelmodule:**

9 Module: Modul 1-4: Ausbildung in Biodynamischer Körperarbeit, Massage und Biorelease. Zusätzlich 60 Einzeltherapiestunden. Im Anschluss erhält der Teilnehmer die Zertifizierung zum Biorelease-Lehrer. Modul 5-9: Aus- und Fortbildung in Biodynamischer® Körperpsychotherapie. Zusätzlich 90 h Einzeltherapie. Bei entsprechenden Vorkenntnissen müssen nicht alle Module durchlaufen werden.

### **Kosten der Weiterbildung:**

5760 Euro für die Pädagogikausbildung + 3600Euro Einzeltherapie + 6960 Euro KPT  
Ergänzungsausbildung + 5400 Euro Einzeltherapie  
= 21720 Euro inkl. Prüfungsgebühren

### **Aufnahmekriterien:**

Berufserfahrung in Heilberufen (und verwandten Berufen) ist erwünscht, aber keine Bedingung. Für die körperpsychotherapeutische Arbeit nach Abschluss der gesamten Ausbildung ist die Prüfung und Zulassung als Heilpraktiker für Psychotherapie bzw. die Approbation als Arzt oder Psychologischer Psychotherapeut erforderlich.

### **Modus der Zertifizierungsprüfung:**

Prüfung nach den ersten 4 Modulen und am Ende (nach Modul 9): Schriftliche Reflexion der eigenen Entwicklung, Vorlage von 2 Kommentierten Therapiesitzungen als Therapeut, Praktische supervidierte

Prüfung in der Gruppe mit schriftlichem Feedback. Anschließend schriftliche Theorieprüfung

**Quelle:** (Biodynamik Ausbildung Übersicht, o.J.)

## **Strukturelle Körpertherapie**

**Zertifizierende Einrichtung:**

Institut für Strukturelle Körpertherapie SKT

**Internationaler Dachverband:**

Von der IASI (International Association of Structural Integrators) als offizielles Ausbildungsinstitut anerkannt. Mitglied der EABP

**Dauer der Weiterbildung:**

700 Stunden über 3 Jahre

**Einzelmodule:**

90 Stunden Grundlagentraining, 450 Stunden SKT Strategien, 160 Stunden Praxissupervision und Kliniktage

**Kosten der Weiterbildung:**

9850 Euro (inkl. Prüfungsgebühr)

**Aufnahmekriterien:**

Selbsterfahrungen in Form von Einzelsitzungen in einer Strukturellen Körpermethode, Teilnahme an einem Infotag

**Modus der Zertifizierungsprüfung:**

Nach der Praxisphase: Bearbeitung einer Falldokumentation, Nach der Klinikphase: Demonstration des Spektrums SKT mit sogenannten Modellklienten.

**Quelle:** (Strukturelle Körpertherapie Ausbildung, o. J.)

## **Shiatsu**

### **Zertifizierende Einrichtung:**

Gesellschaft für Shiatsu in Deutschland GSD

### **Internationaler Dachverband:**

Mitglied im International Shiatsu Network ISN

### **Dauer der Weiterbildung:**

500 Stunden in mindestens 3 Jahren

### **Einzelmodule:**

Beispiel Europäisches Shiatsu-Institut Berlin: 100 Lehrstunden, 100 Praxis- Stunden als am Klienten, 20 Selbsterfahrungsstunden. Zusätzlich zu den 500 Ausbildungsstunden werden noch 300 Stunden Eigenstudium veranschlagt. Insgesamt ist der Unterricht in 7 thematisch gegliederte Studienmodule unterteilt.

### **Kosten der Weiterbildung:**

Durchschnittlich ca. 7100 Euro

### **Aufnahmekriterien:**

Selbsterfahrung in Shiatsu ist erforderlich. Weitere Kriterien sind Einfühlsamkeit und Verantwortungsbewusstsein.

### **Modus der Zertifizierungsprüfung:**

Schriftliche und mündliche Theorieprüfung, Praktische Prüfung: Arbeit am Lehrer und an unbekanntem Klienten

**Quelle:** (Shiatsu Schulen, o. J.)

## **Psychotherapie nach Albert Pesso**

### **Zertifizierende Einrichtung:**

Pesso Vereinigung Schweiz-Deutschland

### **Internationaler Dachverband:**

Pesso Boyden System Psychomotor (PBSP)

### **Dauer der Weiterbildung:**

597 Stunden über 3 Jahre

### **Einzelmodule:**

Basiskurs: 1 Jahr: 13 Trainingstage (= ca 91 Stunden), Aufbaukurs 2 Jahre, aufgeteilt in 200 h Trainingstage, 42 h Lehrtherapie, 24 h Intervision, 120 h Übungsgruppenleitung, 30 h Supervision, 60 h Literatur, 30 h Abschlussevaluation anhand von Videobändern

### **Kosten der Weiterbildung:**

Insgesamt 5455 Euro (Erstes Jahr: 1885 Euro, 2.u.3. Jahr 1785 Euro)

### **Aufnahmekriterien:**

Abgeschlossene psychotherapeutische Weiter-/Ausbildung, Berufserfahrung.

### **Modus der Zertifizierungsprüfung:**

persönliches Gespräch mit Übungsleiter, Leitung einer Übungseinheit (Struktur) durch den Bewerber in der Weiterbildungsgruppe, 50 Min Videobandaufnahme einer vom Bewerber durchgeführten Therapiesitzung

**Quelle:** (Pesso Boyden System Psychomotor Curriculum, o.J.)

## **Bioenergetische Analyse**

### **Zertifizierende Einrichtung:**

Gesellschaft für Bioenergetische Analyse e.V., Zertifikat des Internationalen Instituts für Bioenergetische Analyse (IBA)

### **Internationaler Dachverband:**

International Institute for Bioenergetic Analysis , Mitglied EABP

### **Dauer der Weiterbildung:**

840 Stunden in 4-5 Jahren, dazu 150 Stunden Lehrtherapie und mindestens 60 Stunden Supervision, insgesamt also 901 Stunden

### **Einzelmodule:**

4-5 Jahre: Lehrtrainings (in der Regel 5-Tage-Trainings) mit 20-25 Tagen pro Fortbildungsjahr, Lehranalyse mit mindestens 150 Stunden Lehrtherapie, Supervision mit mindestens 50 Stunden Fallbegleitung.

### **Kosten der Weiterbildung:**

26115 Euro (Beispiel Norddeutsches Institut für Bioenergetische Analyse) zuzügliche Kosten für Lehrtherapie und Supervision, insgesamt ca. 45015 Euro

### **Aufnahmekriterien:**

Diplom in Psychologie oder ärztliche Approbation mit psychologischen Kenntnissen, in Ausnahmefällen berechtigt auch die Zulassung als Heilpraktiker zur Aufnahme. Zusätzlich werden zwei Aufnahmeinterviews durchgeführt.

### **Modus der Zertifizierungsprüfung:**

Schriftliche Falldarstellung als Hausarbeit, mündliche Falldarstellung vor einer Ausbildungsgruppe, Videoaufnahme einer Einzeltherapie-Sitzung

**Quelle:** (Bioenergetik Fortbildung, o.J.)

(Bioenergetik Weiterbildung, o.J.)

(Kosten der Ausbildung Bioenergetische Analyse, O.J.)



## Zusammenfassung der Ergebnisse

Die hier vorliegende Arbeit enthält die Ergebnisse einer Befragung an den Kliniken für Psychosomatik in Deutschland und befasst sich mit der Frage, welchen Stellenwert die Körperpsychotherapieverfahren und Körperverfahren an solchen Einrichtungen haben und in welcher Weise sie angewendet werden. Die Rücklaufquote der Befragung betrug 48% (N=90). Von diesen Kliniken wendeten 98% Körper(psycho)therapieverfahren an. Die fünf am häufigsten genannten Verfahren waren das Autogene Training (62%), die Funktionelle Entspannung (50%), die Konzentrative Bewegungstherapie (48%), die Tanztherapie (42%) und die Atemtherapie (42%). Es ist zu bemerken, dass unter den häufiger genutzten Therapien die von der EABP akkreditierten Methoden eher unterrepräsentiert waren.

46% der Kliniken wandten die Körper(psycho)therapie als Bestandteil des psychotherapeutischen Prozesses an, weitere 41% wandten diese Methoden zumindest teilweise in diesem Kontext an.

In den 90 befragten psychosomatischen Abteilungen wurden insgesamt 74% der stationären Patienten mit Körperpsychotherapieverfahren behandelt, dies sind 51 603 Patienten jährlich. Hochgerechnet auf die insgesamt 347 Psychosomatischen Kliniken in Deutschland wären das insgesamt knapp 200 000 (198 433) mit Körperpsychotherapie behandelte Patienten pro Jahr. In den Kliniken, die KPT als Teil der Psychotherapie durchführen, erhalten die Patienten durchschnittlich ca. 40% mehr Therapiesitzungen in KPT.

Auf die Frage, nach welcher Nummer im Prozedurenschlüssel die KPT-Verfahren abgerechnet werden, ergab sich ein sehr heterogenes Antwortbild. Insgesamt 32% der Befragten konnten keine konkrete Antwort auf diese Frage geben. Die am häufigsten genannten Nummern im Prozedurenschlüssel waren 8 – 974 und die Abrechnung nach KTL. Hier ist zu beachten, dass mit den neuen Abrechnungsbestimmungen des ab 01.01.2015 verpflichtend geltenden Psych-Entgeldsystems des InEK (Institut für das Entgeldsystem im Krankenhaus) eine gravierende Umstellung auf die psychosomatischen Kliniken und ihre Kodierkräfte zukommt.

Auf die Frage nach Kontraindikationen für die KPT-Verfahren gaben 53 % der befragten Chefarzte bestimmte Diagnosen oder Situationen an, bei denen Sie

Körperpsychotherapieverfahren für ungeeignet halten. Die hier am häufigsten genannten Krankheitsbilder waren die schwere Psychose (25%), körperliche Einschränkungen (8%), schweres Trauma (7%) und Demenz (2%). Weitere 8% gaben an, dies von Fall zu Fall individuell zu entscheiden.

Die Berufsgruppen, von denen die KPT an deutschen Kliniken für Psychosomatik mit Abstand am häufigsten durchgeführt wird, sind Ärzte (21% aller Therapeuten, N= 869), Tiefenpsychologen (16,5%) , Physiotherapeuten (14,6%) und Verhaltenstherapeuten (13,0%). Es fiel auf, dass gerade unter Ärzten und Psychologen die Rate der Therapeuten mit Zertifikat der entsprechenden Fachgesellschaft eher gering war. So besaßen nur knapp 16% der Ärzte ein Zertifikat für das jeweilige Verfahren, bei den Psychologen insgesamt sind waren immerhin 21,9%, während der Anteil der Zertifizierten Therapeuten unter Sportlehrern mit 80 % am höchsten war, gefolgt von Sporttherapeuten mit 79% und Psychologen mit Schwerpunkt Systemische Therapie mit immerhin 48%. Über alle Berufsgruppen gemittelt lag die generelle Zertifizierungsrate nur bei 26,7 % der Therapeuten.

Ein zweiter Teil der hier vorliegenden Arbeit beleuchtet die Rahmenbedingungen der zur Zertifizierung führenden Ausbildungsgänge. Hierzu wurden die jeweiligen Fachgesellschaften direkt kontaktiert und ihre Internetseiten ausgewertet. Eine von der jeweiligen Fachgesellschaft zertifizierte Ausbildung dauert je nach KPT-Methode 1 – 6 Jahre. Innerhalb dieser Zeit müssen insgesamt 32 bis 1600 Stunden unterschiedlichen Unterrichts absolviert werden. Die Kosten einer solchen zertifizierten Ausbildung betragen 1600 Euro bis 28600 Euro. In den Methoden Integrative Bewegungstherapie, Biodynamik, Atemtherapie und Funktionelle Entspannung kann zusätzlich eine Weiterbildung zum Körperpsychotherapeuten absolviert werden, welche 190 – 525 Lehrstunden umfasst und den Absolventen dann zum selbstständigen therapeutischen Arbeiten qualifiziert.

Die hier vorliegende Untersuchung veranschaulicht, wie die Körper(psycho)therapie in Deutschland eine weite Verbreitung gefunden hat und sich immer stärker auch im stationären psychotherapeutischen Setting etabliert. Gleichzeitig zeigt sie auch, dass die körpertherapeutische Landschaft immer noch geprägt ist von einer starken Inhomogenität in vielen Bereichen. Dies erschwert Vergleichbarkeit, Qualitätssicherung und damit auch die Behauptung beispielsweise gegenüber der etablierten Psychotherapie. Eine gemeinsame Ausbildung in Körperpsychotherapie,

wie sie im Marburger Masterstudiengang begonnen wurde, bietet möglicherweise eine Alternative, die die Ressourcen bündelt ohne dabei die vielfältigen Ideen, die jede einzelne Methode beizutragen hat, außer Acht zu lassen.

## **English Summary**

What significance does body psychotherapy for German psychosomatic hospitals have? In which ways are they used clinically? In order to find answers to these questions a survey has been conducted among the psychosomatic hospitals in Germany. The return rate was 48 % with 90 answers total. 98 % of these hospitals used some form of body psychotherapy. The most popular methods were found to be Autogenic Training (62%), Functional Relaxation (50%), Concentrative Movement Therapy (48%), Dance Therapy (42%) and Breath Therapy (42%). Interestingly, the methods accredited by the European Association for body psychotherapy (EABP) were not favored by the hospitals.

In 46 % of the hospitals, body psychotherapy was used as a part of psychotherapy, an additional 41% included it at least partially into the psychotherapeutic process. In clinics that were using body psychotherapy in the context of psychotherapy, patients received 40% more therapy sessions.

73% of the patients on the psychosomatic wards were treated with body psychotherapy, which adds up to 51603 patients per year within the 90 clinics included in this study only. Extrapolation for the total of 347 psychosomatic hospitals in Germany leads to a number of 200 000 patients treated with body psychotherapy in Germany per year.

Due to a recent and still ongoing change in the encoding system in German psychosomatic hospitals, many clinics (32 %) could not state a number in the codification system (Prozedurenschlüssel) with which the body psychotherapy was encoded. With the codification system becoming increasingly relevant to the hospital's finances, this will have to change in due time.

When asked for contraindications to body psychotherapy, 25% of the doctors named severe psychosis, 8% physical restrictions, 7% severe psychological trauma and 2 %

named dementia. 8% stated that this has to be decided individually for each patient case.

According to this study, body psychotherapy is mostly practiced by medical doctors (21,7%, N=869), analytical psychologists (16,5%), physiotherapists (14,6%) and behavioural psychologists (13,0%). Yet only 16% of the doctors and 22 % of the psychologists were holding a certificate of the occupation cooperative society in the respective method. The ratio of certified therapists was highest among PE teachers (80%), sport therapists (79%) and among psychologists with focus on systemic therapy (48%). The overall ratio of certified practitioners was only 26,7%. The education and training leading to a said certificate takes between 1-6 years, including 32 to 1600 hours of lessons, depending on the therapy method. Costs for the training range from 1600 Euros to 28600 Euros. The cooperative societies of Integrative Body Psychotherapy, Boidynamics, Breathing Therapy and Functional Relaxation also offer an additional training to become a certified *bodypsychotherapist* rather than *bodytherapist*.

To put it in a nutshell, body(psycho)therapy has reached a high level of distribution within Germany, including inpatient settings. Yet at the same time, inhomogeneity within the field is still a problem and makes it hard to set standards, insure quality control, and to assert the significance of body therapy next to the well established school of conservative psychotherapy. The body psychotherapy master's degree program started in Marburg proposes one solution that could unify and straighten the loose ends without neglecting the variety of ideas and concepts that each body psychotherapy method has to offer.

# Bibliographie

Literatur:

- Andritzky, W. (1999). Zur Psychotherapiepraxis von Klinischen Diplom-Psychologen und ärztlichen Psychotherapeuten. *Integrative Therapie*, 25, 418–433, Junfermann-Verlag, Paderborn.
- Becker, H. (2010). Konzentrierte Bewegungstherapie. *Körperorientierte Psychotherapie*. Springer, Heidelberg.
- Bischof, S. (2008). *Atem Wege: Arbeitsgebiete der Atemtherapie*. Books on Demand, Norderstedt.
- Boyesen, G. (1987). *Über den Körper die Seele heilen: biodynamische Psychologie u. Psychotherapie*. Kösel, München.
- Brenner, H. (2004). *Progressives Entspannungstraining: Praxis der Tiefmuskulentspannung*. Pabst Science-Publ., Lengerich.
- Busch, W. (2011). *Feldenkrais und Psychosomatik Auswirkungen der Feldenkraismethode -- Bewusstheit durch Bewegung -- unter besonderer Berücksichtigung psychosomatischer Aspekte*. Books on Demand, Norderstedt.
- Chavanne, H. (1996). Akupunkt-Massage nach Penzel - prinzipielle diagnostische und therapeutische Aspekte einer modernen Behandlungsmethode auf klassischen Grundlagen. *Erfahrungsheilkunde*, 45, 29–35, Haug-Verlag, Stuttgart.
- Connors, K. A., Galea, M. P. and Said, C. M. (2011). Feldenkrais Method Balance Classes Improve Balance in Older Adults: A Controlled Trial, *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*.
- Ehrmann, W. (2004). *Handbuch der Atemtherapie*. Param Verla, Ahlerstedt.
- Ernst, E, Canter, P.H. (2005). The Feldenkrais Method - A systematic review of randomised clinical trials. *Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin*. Thieme-Verlag, Stuttgart.
- Feldenkrais, M., & Wurm, F. (1996). *Bewußtheit durch Bewegung: der aufrechte Gang*. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Franke, A., Gebauer, S., Franke, K., & Brockow, T. (2004). Akupunktmassage nach Penzel versus klassische Teilmassage und Einzel-versus Gruppenkrankengymnastik bei chronischen Rückenschmerzen – eine

- randomisierte, kontrollierte klinische Studie in -2x2 faktoriellem Design. *Forschende Komplementärmedizin*, 7(6), 286–293. Karger-Verlag, Basel.
- Gelb, M. (1996). *Körperdynamik eine Einführung in die Alexander-Technik*. Ullstein-Verlag, Frankfurt am Main; Berlin.
- Geuter, U. (2000). Wege zum Körper, Zur Geschichte und Theorie des körperbezogenen Ansatzes in der Psychotherapie. *Krankengymnastik - Zeitschrift für Physiotherapeuten*, 52(7&8), 1346 ff. Pflaum-Verlag, München.
- Geuter, U. (2004). Körperpsychotherapie und Erfahrung: zur Geschichte, wissenschaftlichen Fundierung und Anerkennung einer psychotherapeutischen Methode. *Report Psychologie*, 02/04, S. 98 - 11. Deutscher Psychologen Verlag, Berlin.
- Geyer, M. *Psychotherapie in Ostdeutschland: Geschichte und Geschichten 1945-1995*. (2011), Vandenhoeck&Ruprecht, Göttingen.
- Hamill, M., Smith, L., & Röhrich, F. (2011). 'Dancing down memory lane': Circle dancing as a psychotherapeutic intervention in dementia—a pilot study. *Dementia: The International Journal of Social Research and Practice*. Sage Publications.
- Handwörterbuch der angewandten Psychologie: die angewandte Psychologie in Schlüsselbegriffen*. (1993). Deutscher Psychologen Verlag, Bonn.
- Hoffmann, B., Borck, B. & Derra, C. (2012). *Handbuch autogenes Training: Grundlagen, Technik, Anwendung*. Dt. Taschenbuch-Verlag, München.
- Hollinghurst, S., Sharp, D., Ballard, K., Barnett, J., Beattie, A., Evans, M., Little, P. (2008). Randomised controlled trial of Alexander technique lessons, exercise, and massage (ATEAM) for chronic and recurrent back pain: economic evaluation. *British Medical Journal*, 337. BMJ Publishing Group, London.
- Isa, M. R., Moy, F. M., Abdul Razack, A. H., Zainuddin, Z. M., & Zainal, N. Z. (2013). Impact of Applied Progressive Deep Muscle Relaxation Training on the Level of Depression, Anxiety and Stress among Prostate Cancer Patients: A Quasi-Experimental Study. *Preventive Medicine*. Elsevier, Amsterdam.
- Jacobson, E., & Wirth, K. (2006). *Entspannung als Therapie: progressive Relaxation in Theorie und Praxis* Klett-Cotta, Stuttgart.
- Joraschky, P., Loew, T., & Röhrich, F. (2006). *Körpererleben und Körperbild: Ein Handbuch zur Diagnostik*. Schattauer Verlag, Stuttgart.

- Kawai, H., Kawamura, M., Mochizuki, S., Yamanaka, K., Arakaki, H., Tanaka, K., & Kawachi, J. (2002).  
*Nō to shinkei =*  
*Brain and nerve*, 54(4), 307–311. Igaku-Shoin Ltd, Tokyo.
- Koch, S. C., & Bräuninger, I. (2005). International Dance/Movement Therapy  
 Research: Theory, Methods, and Empirical Findings. *American Journal of  
 Dance Therapy*, 27(1), 37–46. Springer Verlag, Berlin.
- Koch, S. C., Morlinghaus, K., & Fuchs, T. (2007). The joy dance: Specific effects of a  
 single dance intervention on psychiatric patients with depression. *The Arts in  
 Psychotherapy*, 34(4), 340–349. Elsevier, Amsterdam.
- Milz, H. (2004). *Eutonie – ein spannendes Vermächtnis*. Gehalten auf der 30. Jubiläum  
 der Eutonie Stiftung, Lierse.
- Pohlentz-Michel, C. & Grassmann, H. (2006). Die Reorganisation des  
 Körpergedächtnisses. *Comed Fachmagazin für Komplementärmedizin*,  
 12. Mediengruppe Oberfranken, Kulmbach.
- Lauche, R., Materdey, S., Cramer, H., Haller, H., Stange, R., Dobos, G., & Rampp, T.  
 (2013). Effectiveness of home-based cupping massage compared to progressive  
 muscle relaxation in patients with chronic neck pain—a randomized controlled  
 trial. *PloS one*, 8(6), .
- Loew, T., Götz, K., Hornung, R., & Tritt, K. (2009). Die AFA-Atemtherapie als  
 Burnout-Prophylaxe bei Lehrerinnen und Lehrern. *Forschende  
 Komplementärmedizin / Research in Complementary Medicine*, 16(3), 174–179.  
 Karger-Verlag, Basel.
- Loew, T., Siegfried, W., Martus, P., Tritt, K., & Hahn, E. G. (1996). ‘Functional  
 Relaxation’ Reduces Acute Airway Obstruction in Asthmatics as Effectively as  
 Inhaled Terbutaline. *Psychotherapy and psychosomatics*, 65(3), 124–128.  
 Karger-Verlag, Basel.
- Loew, T., Tritt, K., Lahmann, C., & Röhrich, F. (2006). Körperpsychotherapien—  
 wissenschaftlich begründet. Eine Übersicht über empirisch evaluierte  
 Körperpsychotherapieverfahren. *Die Psychodynamische Psychotherapie PDP*,  
 5, 6–19. Schattauer, Stuttgart.
- Loew, T., Tritt, K., Siegfried, W., Bohmann, H., Martus, P., & Hahn, E. G. (2001).  
 Efficacy of ‘Functional Relaxation’ in Comparison to Terbutaline and a ‘Placebo

- Relaxation' Method in Patients with Acute Asthma. *Psychotherapy and psychosomatics*, 70(3), 151–157. Karger-Verlag, Basel.
- Loew, T., Sohn, R., Martus, P., Tritt, K., & Rechlin, T. (2000). "Functional Relaxation" - Somato-psychotherapeutic interventions reduce tension headaches: a prospective placebo-controlled randomized study.. *Journal of Alternative Therapies in Health and Medicine*, 6, 70–75. Alternative Therapies, Eagan.
- Lowen, A., & Bavendamm, J. (1998). *Bio-energetik: Therapie der Seele durch Arbeit mit dem Körper*. Rowohlt, Hamburg.
- Mannheim, E. G., & Weis, J. (2005). Tanztherapie mit Krebspatienten. *Musik-, Tanz und Kunsttherapie*, 16(3), 121–128. Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Marlock, G. (2007). *Handbuch der Körperpsychotherapie* (1., korr. Nachdr.): Schattauer, Stuttgart.
- Mehling, W. E., Hamel, K. A., Acree, M., Byl, N., & Hecht, F. M. (2005). BREATH THERAPY FOR PATIENTS WITH CHRONIC LOW-BACK PAIN. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 100, 4. Alternative Therapies, Eagan.
- Mehling, W. (1999). *Atemtherapie. Der gegenwärtige Stand der Atemtherapie in Deutschland, ihre Stellung zur Medizin und ihre Anwendung bei Rückenschmerzen*. Shaker Verlag, Aachen.
- Meier, S. (2002). *Atemtherapie nach I. Middendorf in der Schweiz. Eine wissenschaftliche Bestandsaufnahme aus Patientensicht*. Dissertation Universität Zürich, Zürich.
- Moscovici, H. K. (1989). *Vor Freude tanzen, vor Jammer halb in Stücke gehn: Pionierinnen der Körpertherapie*. Luchterhand, Frankfurt am Main.
- Müller-Braunschweig, H. (2010). *Körperorientierte Psychotherapie*. Springer, Heidelberg.
- Naglatzki, R. P., Schlamann, M., Gasser, T., Ladd, M. E., Sure, U., Forsting, M., & Gizewski, E. R. (2012). Cerebral somatic pain modulation during autogenic training in fMRI. *European journal of pain*, 16(9), 1293–1301. Wiley-Blackwell, London.
- Nickel, M., Cangoez, B., Bachler, E., Muehlbacher, M., Lojewski, N., Mueller-Rabe, N., Nickel, C. (2006). Bioenergetic exercises in inpatient treatment of Turkish immigrants with chronic somatoform disorders: A randomized, controlled



- study. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(4), 507–513. Elsevier, Amsterdam.
- Pesso, A. (1986). *Dramaturgie des Unbewussten: e. Einf. in d. psychomotor. Therapie*. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Rademacher, W. (2009). *Shiatsu in der Praxis*. Elsevier, Urban & Fischer, München; Jena.
- Reich, W. (1970). *Charakteranalyse* (2. Aufl. Aufl.). Kiepenheuer & Witsch, Köln.
- Ritter, M., & Low, K. G. (1996). Effects of dance/movement therapy: A meta-analysis. *The Arts in Psychotherapy*, 23(3), 249–260. Elsevier, Amsterdam.
- Röhrich, F. (2011). *Störungsspezifische Konzepte in der Körperpsychotherapie*. Psychosozial-Verlag, Gießen.
- Röhrich, F., Papadopoulos, N., Suzuki, I., & Priebe, S. (2009). Ego-pathology, body experience, and body psychotherapy in chronic schizophrenia. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82(1), 19–30.
- Schlamann, M., Naglatzki, R., de Greiff, A., Forsting, M., & Gizewski, E. R. (2010). Autogenic training alters cerebral activation patterns in fMRI. *The International journal of clinical and experimental hypnosis*, 58(4), 444–456.
- Schuth, M. (2012). *Randomisierte, kontrollierte Studie zur Wirkung der FM Alexandertechnik bei chronischen Nackenschmerzen—eine Pilotstudie*. Universität Duisburg-Essen, Medizinische Fakultät/Universitätsklinikum.
- Seidler, K.-P. (2001). Konzentrative Bewegungstherapie (KBT). *Psychotherapeut*, 46(4), 223–231. Springer, Heidelberg.
- Steinaecker, K. von, Welke, J., Bühring, M., & Stange, R. (2007). Pilotuntersuchung zu atemtherapeutischem Gruppenunterricht bei Patienten mit Asthma bronchiale. *Forschende Komplementärmedizin / Research in Complementary Medicine*, 14(2), 86–91. Karger Verlag, Basel.
- Stetter, F., & Kupper, S. (2002). Autogenic training: a meta-analysis of clinical outcome studies. *Applied psychophysiology and biofeedback*, 27(1), 45–98. Springer Verlag, Heidelberg.
- Suchanek, G. (2003). *Körpertherapie und Psychotrauma. Überarbeitete Fassung der Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades: Magister der Philosophie, Universität Klagenfurt*.
- Ullmann, W. H. D. M. (2010). Effects of Feldenkrais Exercises on Balance, Mobility, Balance Confidence, and Gait Performance in Community-Dwelling Adults

- Age 65 and Older. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 16(1), 97–105. Liebert, NY.
- Ventling, C. D., & Gerhard, U. (2000). Zur Wirksamkeit bioenergetischer Psychotherapien und Stabilität des Therapieresultats. *Psychotherapeut*, 45(4), 230–236. Springer, Heidelberg.
- Vidas, M., Folnegović-Smalc, V., Catipović, M., & Kisić, M. (2011). The application of autogenic training in counseling center for mother and child in order to promote breastfeeding. *Collegium antropologicum*, 35(3), 723–731. IFAR, Zagreb.
- von Haren, W. (1998). Integrative Leib- und Bewegungstherapie als körperorientierte Psychotherapie. *Integrative Bewegungstherapie*, 2, 78–86.
- Wilda Kiesel, A. (1998). Die Kommunikative Bewegungstherapie - eine Bewegungstherapeutische Methode bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. *Zeitschrift für Physiotherapeuten*, 1. Pflaum Verlag, München.
- Willke, E. (1991). *Tanztherapie, Theorie und Praxis: ein Handbuch*. Junfermann, Paderborn.
- Willke, E. (2007). *Tanztherapie: Theoretische Kontexte und Grundlagen der Intervention*. Huber, Bern.
- Winckel, F. (Hrsg.). (1964). *Eutonie - Haltung und Bewegung in psycho - somatischer Sicht*. Karl F. Haug Verlag, Ulm.

#### Internetquellen:

- ATVD - Alexander-Technik-Verband Deutschland. (o.J.). Abgerufen 24. Juni 2013, von <http://www.alexander-technik.org/?p=0-1-0>
- Aßhoff, J. (o.J.). Ausbildung zum Lehrer der Alexander-Technik: Alexander-Technik-Schule Berlin-Kreuzberg. Abgerufen 24. Juni 2013, von <http://www.alexander-technik-schule.de/ausbildung.php>
- Autogenes Training - Ausbildung. (o.J.). Abgerufen 22. Juni 2013, von [http://www.dgaehat.de/curri\\_c\\_fs.html](http://www.dgaehat.de/curri_c_fs.html)
- Biodynamik Ausbildung - Übersicht. (o.J.). Abgerufen 23. Februar 2013, von <http://www.biodynamik.de/ausbildung/allemodule.php>
- Bioenergetik Fortbildung. (o.J.). Abgerufen 27. Januar 2013, von <http://www.gba-bioenergetik.de/GBA/Fortbildung.html>

Bioenergetik Weiterbildung. (o.J.). Abgerufen 22. Juni 2013, von  
<http://sgfba.com/Weiterbildung/weiterbildung.HTM>

Boyesen, G., Boyesen, M.-L., & Wailand, M. (2001). SUBMISSION TO EAP FOR  
 SCIENTIFIC VALIDATION OF BIODYNAMIC PSYCHOLOGY AND  
 PSYCHOTHERAPY. Abgerufen am 26.06.2013 von  
<http://www.eabp.org/pdf/15QuBiodynamic.pdf>

BTD - Indikationen für eine Tanztherapie. (o.J.). Abgerufen 23. Juni 2013, von  
<http://www.btd-tanztherapie.de/Indikationen.html>

BTD - Der Prozess. (o.J.). Abgerufen 23. Juni 2013, von <http://www.btd-tanztherapie.de/Prozess.htm>

BTD- Weiterbildung (o. J.). Abgerufen von [http://www.btd-tanztherapie.de/pdf\\_oeffentlich/BTD-Fragenkatalog%20Aus-%20Weiterbildung%20TTH.pdf](http://www.btd-tanztherapie.de/pdf_oeffentlich/BTD-Fragenkatalog%20Aus-%20Weiterbildung%20TTH.pdf)

Berufsverband für Atempädagogik und Atemtherapie. (o.J.). Abgerufen 17. Januar  
 2013, von <http://www.bvatem.de/>

Definition of Shiatsu (o.J.). Abgerufen 23. Juni 2013, von  
<http://www.shiatsunetwork.com/definition-of-shiatsu>

Deutsche Gesellschaft für Integrative Leib- und Bewegungstherapie e.V. (o.J.).  
 Abgerufen 25. Juni 2013, von <http://www.dgib.net/?x=dgib&y=was-ist-die-dgib>

Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft. (o.J.). Abgerufen 3. August 2013, von  
<http://www.musiktherapie.de/>

DGÄHAT. (o.J.). Abgerufen 18. Januar 2013, von <http://www.dgaehat.de/>

Die Methode. (o.J.). „*Zur Methode der Funktionellen Entspannung*“. Abgerufen 16.  
 Februar 2013, von <http://www.afe-deutschland.de/methode.html>

Definition of Shiatsu (o.J.). Abgerufen 23. Juni 2013, von  
<http://www.shiatsunetwork.com/definition-of-shiatsu>

Deutscher Arbeitskreis für Konzentrierte Bewegungstherapie DAKBT e.V. (o.J.).  
 Abgerufen 17. Februar 2013, von <http://www.dakbt.de/was-ist-kbt.html>

Abgerufen 25. Juni 2013, von <http://www.dgib.net/?x=dgib&y=was-ist-die-dgib>

Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft. (o.J.). Abgerufen 3. August 2013, von  
<http://www.musiktherapie.de/>

DGÄHAT. (o.J.). Abgerufen 18. Januar 2013, von <http://www.dgaehat.de/>

Die Methode der funktionellen Entspannung. (o.J.). „*Zur Methode der Funktionellen Entspannung*“. Abgerufen 16. Februar 2013, von <http://www.afe-deutschland.de/methode.html>

EABP - Scientific Validity of Body Psychotherapy. (o.J.). Abgerufen 10. Januar 2013, von <http://www.eabp.org/about-scientific-validity.php>

Eutonie - Kosten. (o. J.). Abgerufen von [http://www.lavida-magazin.de/tl\\_files/Archiv/Eutonie.pdf](http://www.lavida-magazin.de/tl_files/Archiv/Eutonie.pdf)

Eutonie Aus- und Weiterbildung. (o.J.). Abgerufen 27. Januar 2013, von <http://www.eutonie.de/ausbildung>

Feldenkrais Verband. (o.J.). Abgerufen 24. Juni 2013, von <http://www.xund.ch/d/feldenkrais-verband.html>

Feldenkrais-Verband - Informationen zur Ausbildung. (o.J.). Abgerufen 17. Januar 2013, von [http://www.feldenkrais.de/index.php?option=com\\_content&view=article&id=87&Itemid=300](http://www.feldenkrais.de/index.php?option=com_content&view=article&id=87&Itemid=300)

Feldenkraiszentrum Chava Shelhav. (o.J.). Abgerufen 17. Januar 2013, von <http://www.feldenkraiszentrum.de/Feldenkrais-Ausbildung/Ausbildungsinhalte/>

Fischer-Bartelmann, B. (o.J.). Einführung in die Pesso-Therapie. Abgerufen 20. Juni 2013, von <http://www.fischer-bartelmann.de/Texte/EinfuehrungPBSP.html>

Flatischler, R. (o.J.). A Musicians Life. Abgerufen 26.09.2014, von <http://www.taketina.com/tmp/Musicians-Life.pdf>

Freudl, P. (o.J.). Was ist die Biodynamik. Abgerufen 27. Juni 2013, von <http://www.gbpev.de/was-ist-die-biodynamik/>

Funktionelle Entspannung: Fortbildung. (o.J.). Abgerufen 17. Januar 2013, von [http://www.afe-deutschland.de/weiterbildung\\_curriculum.html](http://www.afe-deutschland.de/weiterbildung_curriculum.html)

Gesellschaft für progressive Muskelrelaxation und Hypnose (GfPM) e.V. (o.J.). Abgerufen 27. Januar 2013, von <http://www.gfpm.de/start.html>

Graduierung Atemtherapie. (o.J.). Abgerufen 17. Januar 2013, von <http://www.atempsychotherapie.de/main.php?page=421#gr>

Grassmann, H. (2004). Von der Kunst sich aufzurichten. *Alternative Heilkunde, 11*. Abgerufen am 22.09.2014 von <http://www.skt-institut.de/>

Hillienhof, A. (2012). Bahr unterzeichnet Verordnung für neues Entgeltsystem in der Psychiatrie. Abgerufen 14. Januar 2013, von

<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/52524/Bahr-unterzeichnet-Verordnung-fuer-neues-Entgeldsystem-in-der-Psychiatrie>

Integrative Therapie. (o.J.). Abgerufen 25. Juni 2013, von [http://www.eag-fpi.com/integrative\\_therapie.html](http://www.eag-fpi.com/integrative_therapie.html)

Internationaler Verband für Alexandertechnik. (o.J.). Abgerufen 24. Juni 2013, von <http://www.alexandertechniqueworldwide.com/>

Kommunikative Bewegungstherapie. (o.J.). Abgerufen 28. Januar 2013, von <http://www.kommunikativebewegungstherapie.de/pages/download.html>

Kommunikative Bewegungstherapie - Ausbildung. (o.J.). Abgerufen 22. Juni 2013, von <http://www.kommunikativebewegungstherapie.de/pages/info.html>

Konzentrierte Bewegungstherapie - Weiterbildung. (o.J.). Abgerufen 22. Juni 2013, von <http://www.dakbt.de/weiterbildung/informationen-zur-weiterbildung.html>

Kosten der Ausbildung Bioenergetische Analyse. (o.J.). Abgerufen 27. Januar 2013, von <http://niba-ev.de/fortbniba/kosten.php>

Penzel Akupunkt-Massage. (o.J.). Abgerufen 22. Juni 2013, von [http://www.apm-penzel.de/index2.php?current\\_id=4581&sitegen\\_id=76&sitegen\\_extern\\_id=&portal\\_id=&jump\\_back\\_id=&portal\\_filter=&news\\_mode=&view\\_from=](http://www.apm-penzel.de/index2.php?current_id=4581&sitegen_id=76&sitegen_extern_id=&portal_id=&jump_back_id=&portal_filter=&news_mode=&view_from=)

Philipps-Universität Marburg - Lehrstuhl Motologie. (o.J.). Abgerufen 21. Januar 2013, von <http://www.uni-marburg.de/fb21/motologie/kpt>

Pesso, A. (1999). *Werden, wer wir wirklich sind*. Abgerufen am 27.06.2013 von <http://www.fischer-bartelmann.de/Bulletin/10/Artikel10-1WerdenWer.html>

Pesso Boyden System Psychomotor Curriculum. (o.J.). Abgerufen 27. Januar 2013, von <http://pbsp.com/train/certification-training/overview-of-the-curriculum-of-the-2nd-and-3rd-years/>

Rihm, F. (o.J.). Rhythmus - Bewusstsein - Heilung. TaKeTiNa an einer Fachklinik für Psychosomatische Medizin. Abgerufen 26.09.2014, von [www.taketina.com](http://www.taketina.com).

S3-Praxisleitlinien-bd1-Schizophrenie (o. J.). Abgerufen 26.09.2014, von [http://www.dgppn.de/fileadmin/user\\_upload/\\_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s3-praxisleitlinien-bd1-schizophrenie.pdf](http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s3-praxisleitlinien-bd1-schizophrenie.pdf)

Shiatsu Deutschland. (o.J.). Abgerufen 23. Juni 2013, von <http://www.shiatsugsd.de/Was-ist-Shiatsu>

Shiatsu Schulen. (o. J.). Abgerufen von [http://www.shiatsugsd.de/sites/default/files/Kriterien\\_Schulen\\_2008\\_Internet.pdf](http://www.shiatsugsd.de/sites/default/files/Kriterien_Schulen_2008_Internet.pdf)

Stolze, H., & Gräff, C. (2006). Greifen und Begreifen: Wesen und Wandel. Entwicklungen in der Konzentrativen Bewegungstherapie. 24. April 2006, im Rahmen der 56. Lindauer Psychotherapiewochen. Abgerufen am 26.09.2014, von <http://lptw.de/archiv/vortrag/2006/graeff.pdf>

Strukturelle Körpertherapie (o.J.). Abgerufen 24.06.2014 von <http://www.skt-institut.de/spektrum-ausbildung/>

UniversitätsKlinikum Heidelberg: Konzentrativ Bewegungstherapie. (o.J.). Abgerufen 17. Februar 2013, von <http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/Konzentrativ-Bewegungstherapie.116841.0.html>

Was ist Feldenkrais? (o.J.). Abgerufen 24. Juni 2013, von <http://www.feldenkrais.de/index.php/die-methode/was-ist-feldenkrais>

Briefwechsel:

Bischof, Stefan, Leitung Institut für Atem- und Körperpsychotherapie, 17.01.2013 – 26.05.2014

Braun, Elvira: DAKBT e.V., 01.02.2013 – 16.05.2014

China, Claudia: DG-E e.V., 19.01.2013 – 19.05.2014

Ellerbrock, Bettina: EAG/FPI, 27.06.2013

Kemman, Erika: Institut für Atem- und Körperpsychotherapie, 20.02.2013

Maas, Brigitte: Institut für Atem- & Körperpsychotherapie, 20.01.2013

Martin, Christl, AG Funktionelle Entspannung, 24.06.2013

Ritt, Christine: Institut für Atem- & Körperpsychotherapie, 09.07.2014

Schrader, Petra: Berufsverband der TanztherapeutInnen Deutschlands, 14.05.2014

Seifert, Gesine: Akademie für Kommunikative Bewegungstherapie, 24.06. – 29.06.13

Steckel, Heiner: Gesellschaft für Bioenergetische Analyse, 28.06.2013

# Anhang

## Danksagung

Mein herzlicher Dank gilt meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. Thomas Loew, der das hier bearbeitete Thema anregte und mir bei Schwierigkeiten immer wieder Mut machte. Gleichfalls großen Dank schulde ich meinem Betreuer, Prof. Dr. Thilo Hinterberger, der mich gerade in den späten Phasen der Arbeit zuverlässig und mit viel positiver Energie unterstützte.

Ebenso bedanke ich mich bei Frau Dr. Karin Tritt für ihre Tipps bei der Erstellung des Fragebogens, sowie bei Frau Oberärztin Rita Habegger und dem Team der psychosomatischen Abteilung in Donaustauf für die Möglichkeit, praktische Erfahrungen mit unterschiedlichen Körperpsychotherapieverfahren im klinischen Alltag zu sammeln. Ein weiteres Dankeschön richte ich an Frau Ursula Eibner im Sekretariat der Psychosomatik des UKR für zahlreiche kleine Hilfen und Ermutigungen in jeder Phase meiner Arbeit.

Meinem Freund Alexander Haas möchte ich für seine beständige seelische Unterstützung und die unermüdliche Hilfe bei immer wieder auftretenden IT-Problemen danken. Ebenso danke ich herzlich Ulrich Reinhardt für sein kleines Programm mit großer Wirkung, das mir den Beginn meiner Arbeit deutlich erleichtert hat.

Besonderer Dank geht an die Chefärzte der 90 Kliniken, die meinen Fragebogen beantwortet haben und an die Vertreter der Fachgesellschaften der unterschiedlichen Therapiemethoden, die mit mir sowohl im Briefwechsel als auch im persönlichen Gespräch geduldig alle Detailfragen bezüglich ihrer Methoden erörtert haben.

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet. Insbesondere habe ich nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- bzw. Beratungsdiensten (Promotionsberater oder andere Personen) in Anspruch genommen. Niemand hat von mir unmittelbar oder mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeit erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen. Die Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.



# Lebenslauf

Tabellarischer Lebenslauf von Margarete Gisela Braun

Geburtsdatum: 21. Januar 1986

Geburtsort: Dachau

Konfession: Evangelisch

Wohnort: Bis 2002 Unterschleißheim (bei München)  
2002/-03 Duluth (Minnesota, USA)  
2003 – 2008 Bad Abbach (Landkreis Kelheim)  
2008 – 2012 Regensburg  
Seit 2012 Nürnberg

Schulbildung: 1992 – 1996 Grundschule Unterschleißheim  
1996 – 2002 Domgymnasium Freising (humanistischer Zweig)  
2002 – 2003 Duluth East High School, USA  
2003 – 2006 Albertus Magnus Gymnasium (neusprachl. Zweig)  
2006 Abitur

Studium: 2006 – 2012 Studium der Humanmedizin an der Universität Regensburg

Berufsweg: Seit Februar 2013 Assistenzärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe im Klinikum Nürnberg

Nürnberg, den 04.12.2014

# Anschreiben an die Chefarzte



Universitätsklinikum  
Regensburg

Universitätsklinikum Regensburg 93042 Regensburg

Abteilung für Psychosomatische Medizin

Leiter: Prof. Dr. T. H. Loew

☎ 0941-944-7240

Fax: 0941-944-7377

[thomas.loew@klinik.uni-regensburg.de](mailto:thomas.loew@klinik.uni-regensburg.de)

Sehr geehrter / Sehr geehrte ...

Anbei senden wir Ihnen einen Fragebogen zu verschiedenen Aspekten der psychosomatischen Therapie in Deutschland. Ziel dieser Erhebung ist eine Bestandsaufnahme der aktuellen Situation in den Bereichen:

psychosomatische Körperverfahren,  
Qualitätssicherung,  
Arbeit mit Patienten mit Migrationshintergrund  
und der Unterbringung von Kindern.

Um ein differenziertes und repräsentatives Bild der Entwicklungen in der Psychosomatik zu erstellen benötigen wir Ihre Mithilfe.

Wir möchten Sie daher herzlich bitten, sich an unserer Umfrage zu beteiligen. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Wir bedanken uns für Ihre Mühe und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Thomas Loew

Margarete Braun

Hausadresse  
Universitätsklinikum Regensburg  
Franz-Josef-Strauß-Allee 11  
93053 Regensburg

ÖPNV: RVV Linien 6 und 19

Telefon:  
0941 / 944 - 7240/7241  
Telefax:  
0941 / 944 - 7377

Email:  
[thomas.loew@klinik.uni-regensburg.de](mailto:thomas.loew@klinik.uni-regensburg.de)  
[sigrid.eichinger@klinik.uni-regensburg.de](mailto:sigrid.eichinger@klinik.uni-regensburg.de)

Universitätsklinikum Regensburg  
Anstalt des öffentlichen Rechts  
Vorstand:  
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Günter Riegger (Vorsitzender)  
Kaufmännischer Direktor: Dipl.-Kfm. Klaus Fischer  
Pflegedirektor: Alfred Stockinger  
Dekan der Medizinischen Fakultät: Prof. Dr. Bernhard Weber

# Fragebogen

1. Werden in Ihrer Klinik Verfahren der Körperpsychotherapie bzw. der psychosomatischen Körpertherapie (im Folgenden: Körperverfahren) angewendet?

- Ja  Nein

1. Welche Verfahren kommen in ihrer Klinik zur Anwendung? (Mehrfachnennung möglich)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alexander-Technik                      | <input type="checkbox"/> Kommunikative Bewegungstherapie    |
| <input type="checkbox"/> Atemtherapie                           | <input type="checkbox"/> Konzentrierte Bewegungstherapie    |
| <input type="checkbox"/> Autogenes Training                     | <input type="checkbox"/> Konzentrierte Entspannung          |
| <input type="checkbox"/> Biodynamik                             | <input type="checkbox"/> Psychotherapie nach Albert Pesso   |
| <input type="checkbox"/> Eutonie                                | <input type="checkbox"/> Strukturelle Körpertherapie (SKT)  |
| <input type="checkbox"/> Feldenkrais-Methode                    | <input type="checkbox"/> Tanztherapie                       |
| <input type="checkbox"/> Funktionelle Entspannung               | <input type="checkbox"/> Akupunktur-Massage                 |
| <input type="checkbox"/> Integrative Körperpsychotherapie (IBP) | <input type="checkbox"/> Rolfing (Strukturelle Integration) |
| <input type="checkbox"/> Andere _____                           |   |

2. Werden die Körpertherapieverfahren in Ihrer Klinik als Form der Psychotherapie angewendet?

- Ja, die Körperverfahren sind Teil der Psychotherapie (und werden von Psychotherapeuten durchgeführt)
- Nein, sie sind ein Ergänzungsangebot ohne psychotherapeutischen Hintergrund
- Nur ein Teil der Körperverfahren hat psychotherapeutischen Hintergrund

3. Wie viele Patienten werden in Ihrer Klinik jährlich mit Körperverfahren behandelt?

\_\_\_\_\_ Patienten pro Jahr

4. Welcher Anteil der Gesamtzahl Ihrer Patienten wird mit Körperverfahren behandelt?

\_\_\_\_\_ Prozent.

5. Was ist die durchschnittliche Verweildauer eines Patienten auf Ihrer Station? (Um Gesamtmenge an Körperverfahren zu berechnen)

Ca. \_\_\_\_\_ Tage

6. Wie viele Minuten pro Woche Körperverfahren erhält ein solcher Patient durchschnittlich in Ihrer Klinik?

\_\_\_\_\_Min / Woche

7. Nach welcher Nummer im Prozedurenschlüssel werden diese Verfahren kodiert?

Multimodale Komplexbehandlung bei sonstiger chronischer Erkrankung (8-974)

Naturheilkundliche und anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung (8-975)

Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems (8-977)

Andere : \_\_\_\_\_

8. Bei welchen Krankheitsbildern halten Sie Körperverfahren für **nicht** geeignet?

\_\_\_\_\_

9. Bitte tragen Sie in die unten stehende Tabelle ein, wie viele Therapeuten der jeweiligen Berufsgruppen die Körperverfahren durchführen

<b>Berufsgruppe</b>	<b>Zahl der Therapeuten</b>	<b>Zahl der Therapeuten mit Zertifikat der jeweiligen körpertherapeutischen Fachgesellschaften</b>
<b>Tiefenpsychologen</b>		
<b>Verhaltenstherapeuten</b>		
<b>Gesprächstherapeuten</b>		
<b>Therapeuten der Fachrichtung Systemische Therapie</b>		
<b>Ärzte</b>		
<b>Physiotherapeuten</b>		
<b>Pädagogen</b>		
<b>Heilpraktiker</b>		
<b>Andere:</b>		

**Haben Sie weitere Anmerkungen?**

---



---



---

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben!

