

**KBT in Deutschland: Bald Beruf oder weiter Berufung?**  
**Impulsreferat von Roland Brückl beim Symposium**  
**„Was war.... Was ist....“ 30 Jahre ÖAKBT**  
**1./2. Oktober 2010 in Wien**

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich freue mich, dass ich hier bei der Feier des 30jährigen Geburtstags Eures Verbandes zu Ihnen und Euch zum Thema „KBT in Deutschland: Bald Beruf oder weiter Berufung?“ sprechen darf. Ich werde versuchen Ihnen und Euch einen Überblick über die Situation der KBT in Deutschland zu geben und dies in die gesundheitspolitische Landschaft einzubetten, in der die KBT sich bewegt. Ich denke dabei auch unsere gemeinsame Tagung 2011 in Salzburg.

Ich möchte Ihnen zu Beginn von einer Begegnung mit Stefan Laeng-Gilliat erzählen, einem Schüler von Charlotte Selver, einer direkten Schülerin unserer Urmutter Elsa Gindler (und von Heinrich Jacoby). Charlotte Selver wanderte Ende 1938 nach Amerika aus und wurde zur Mutter des Sensory Awareness. Stefan war viele Jahre Präsident der Sensory Awareness Foundation (S.A.F.) und schreibt derzeit an einem Buch über Charlotte Selver. Stefan kommt ein- bis zweimal im Jahr nach Deutschland und ich organisiere für ihn Workshops an den beiden Kliniken an denen ich arbeite. Auf der Rückfahrt von einem Workshop durch die sommerliche oberschwäbische Landschaft sprachen wir über die KBT in Deutschland und die Sensory Awareness Foundation in den USA. Stefan erzählte, dass er einer der jüngsten Mitglieder der S.A.F. sei und Stefan wurde dieses Jahr fünfzig. Die S.A.F. hat kaum Zulauf an jüngeren Mitgliedern und alle, die die Methode lehren dürfen, wurden dazu von Charlotte Selver persönlich berufen. Stefan erzählte mir, dass Charlotte Selver mit ihren Schülern durch Amerika zog und wer von ihr lernen wollte, musste ihr eben folgen. Es gibt kein Curriculum, keine offizielle Validierung, keine Prozessbeschreibungen und die Erben Charlotte Selvers sind sich nicht einig über den weiteren Weg. Stefan sagte in seinem gemütlichen Schweizer Dialekt: „Es kann gut sein, dass Sensory Awareness in Amerika verschwindet und in etwas Neuem aufgeht.“ Er hatte mir zuvor erzählt, dass es in den USA viele, vor allem auch buddhistische Richtungen gebe, die Achtsamkeit lehrten. Meinem Einwand, dass dort der Beziehungsaspekt keinen echten Platz habe, stimmt er zu und wir schauen schweigend über die weite Landschaft, die an diesem Tag fast vollständig autofrei ist, weil Deutschland bei der Fussball-WM gegen Ghana spielt.

Charlotte Selver ist ein klassisches Beispiel der Weitergabe einer Methode durch Meisterinnenlehre, so hatte sie es wohl auch bei Elsa Gindler erfahren. Im Unterschied dazu hat die KBT in Deutschland und Österreich seit mehreren Jahrzehnten eine Weiterbildungsordnung, ein Curriculum

und ein Lehrbuch und es ist gelungen die KBT lehr- und lernbar zu machen. Dennoch ist die KBT in Deutschland bis heute eine Weiterbildung geblieben, obwohl es immer wieder Diskussionen gab, ob dies noch zeitgemäß sei und dem Umfang der Weiterbildung (mehr als 1500 Stunden) entspreche.

Prof. Klaus-Peter Seidler, langjähriges Mitglied der Forschungsgruppe des DAKBT, versuchte mit einem fiktiven und launigen „Brief des DAKBT-Vorstands an die Vereinsmitglieder im Februar 2018“, den er bei der Forschungswerkstatt 2008 verlas, einen Weckruf. Er prophezeite der KBT und dem DAKBT in diesem Brief eine düstere Zukunft: Das Schreckensszenario spannt sich von der Schließung von Kliniken über die Streichung von KBT-Stellen, weil KBT kein evidenzbasiertes Verfahren ist, bis zum Zusammenbruch der Ausbildung und zum Scheitern im ambulanten Bereich. Aus meiner Sicht skizzierte Prof. Seidler durchaus realistische Befürchtungen. Der Brief wurde zur Kenntnis genommen und man ging wieder zur Tagesordnung über. Eineinhalb Jahre später nahm MMSc Markus Hochgerner in seinem Vortrag auf der DAKBT-Jahrestagung 2009 mit dem Titel „Lust auf Zukunft“ Bezug auf Prof. Seidlers „Vision 2018“ und riet dem DAKBT nachdrücklich sich auf den Weg der Akademisierung zu machen.

Warum tun wir uns in Deutschland so schwer die KBT zum Beruf zu machen? Ein etymologischer Ausflug: Luther verwendet das Wort „Berufung“ in der deutschen Bibel, wenn vom Ruf Gottes an die Menschen die Rede ist. Später erweitert er die Bedeutung auf Stand und Amt des Menschen in der Welt, was bereits Meister Eckart als göttlichen Auftrag erkannt hatte. Dieser ethische Zusammenhang von Berufung und Beruf ist bis heute wirksam geblieben. Ich frage mich: Können wir uns schwer lösen von der Einzigartigkeit, die eine „Berufung“ in sich birgt oder fürchten wir uns davor, dass sich ein „Beruf“ äußeren Gesetzen und Überprüfungen stellen müsste? Natürlich müssen sich „Beruf“ und „Berufung“ keineswegs ausschließen. Eines steht für uns im Vorstand des DAKBT außer Frage: Wir werden sorgfältig und zügig prüfen müssen, ob wir eine offizielle Validierung, zum Beispiel eines Studiums mit einem universitären Abschluss, erreichen wollen und diesen Prüfungsprozess haben wir nach der letzten Jahrestagung eingeleitet. Ich werde später noch darauf eingehen.

Zuvor noch ein paar epidemiologische Daten, die den hohen Bedarf an Psychotherapie unterstreichen:

- Auf der ganzen Welt sind rechnerisch derzeit 340 Mio. Fälle von Depression vorhanden.
- Allein in Deutschland erkranken ca. 20% aller Bundesbürger einmal in Ihrem Leben an einer Depression.
- Nach einer aktuellen Untersuchung (2010) der BARMER GEK verursachen psychische Erkrankungen ca. 18% aller AU-Fälle (2008: ca.

17%) und sind damit die zweithäufigste Krankheitsart für Arbeitsunfähigkeit nach Muskel- und Skelett-Erkrankungen (23%, Tendenz rückläufig).

- Bei der Erkrankungsdauer von psychischen Erkrankungen zeigt sich eine rasante Steigerung: *2007 – 35 Tage, 2008 – 39 Tage, 2009 – 40,5 Tage* (Erkrankungsdauer bei Muskel- und Skelett-Erkrankungen liegt bei 22 Tagen).
- Die Ausgaben für Krankengeld aufgrund psychischer Erkrankungen steigerte sich in diesem Zeitraum von 153 Mio. Euro auf 200 Mio. Euro.
- Zu ähnlichen Ergebnissen wie die Studie der BARMER GEK kommt auch eine Untersuchung des Bundesverbands BKK. Diese Studie befasst sich auch mit Frühberentungen und hier zeigt sich bei psychischen Erkrankungen eine ähnliche Tendenz.
- Besonders gefährdete Berufsgruppen sind übrigens Angestellte in der Telekommunikation, im Gesundheitswesen (Kranken- und Altenpflegepersonal), im Sozialwesen (Sozialarbeiter) und in ganz besonderem Maße Menschen, die keine Arbeit haben.
- Unter den ‚psychischen Erkrankungen‘ stehen die affektiven Störungen (ICD-10 F.30 – F.39) und neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (ICD-10 F.40 – F.48) ganz oben.

Ich gehe davon aus, dass die Zahlen für Österreich ähnlich sind. Fazit: Die Arbeit geht uns nicht aus!

Nun, wer fängt diesen enormen Behandlungsbedarf auf? Zuerst ein Blick auf die deutsche Kliniklandschaft – ich denke hier ist ein großer Unterschied zu den Verhältnissen in Österreich:

Es existieren in Deutschland 187 psychosomatische Fachkliniken und Fachabteilungen mit Krankenhausstatus. Diese halten 5600 Behandlungsplätze (also im Schnitt ca. 30 Plätze pro Einrichtung) vor. Etwa 54% dieser Einrichtungen konzentrieren sich im wirtschaftlich starken Süden (Bayern und Baden-Württemberg). Von 1993 bis 2003 stieg die Anzahl der klinischen Behandlungsplätze für Psychotherapeutische Medizin um 27%. In diesen Kliniken hat die KBT in Deutschland einen richtig guten Stand: Wir sind mit 152 TherapeutInnen an 122 Kliniken vertreten. Der deutlich größere Teil dieser Kliniken hat Krankenhausstatus, auf den Bereich Rehabilitation werde ich gleich noch zu sprechen kommen. Die KBT-TherapeutInnen sind dort meist fest ins therapeutische Setting integriert, oft sind die KBT-Gruppen an die Psychotherapiegruppen der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten gekoppelt, die KollegInnen nehmen an Teambesprechungen und Supervisionen teil. Hier sind in den letzten Jahren Stellen entstanden, allerdings häufig mit einem geringen Stellenumfang (25-30%), da es z.B. in Baden-Württemberg politisch gewollt ist,

kleine psychosomatische Stationen in der Nähe städtischer Krankenhäuser anzusiedeln. In vielen dieser Einrichtungen gilt die Psychiatrie-Personalverordnung, die in den nächsten Jahren vom Operationen-Prozeduren-Schlüssel abgelöst wird (OPS bzw. Psych-OPS). Entgegen der bisherigen Regelung in der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) sollen nicht mehr Personalstrukturvorgaben finanziert werden, sondern die tatsächlich anfallenden und beim Patienten ankommenden Leistungen (entsprechend den DRGs). Es müssen dabei vier Berufsgruppen vorhanden sein: Ärzte, Psychologen, Spezialtherapeuten, Pflegekräfte. Die KBT-Therapeuten werden, Sie ahnen es, bei den Spezialtherapeuten einsortiert, einer heterogenen Gruppe aus Ergotherapeuten, Sozialarbeitern, sog. Kreativtherapeuten usw. Vorsichtige Versuche von einigen von uns, dass die KBT-TherapeutInnen zum psychologischen Bereich gehören sollen, wurden von den Klinikchefs ungewohnt brüsk zurückgewiesen. Ob und welche Veränderungen der OPS für die KBT-TherapeutInnen bringt, ist aus meiner Sicht schwer zu verorten. Klar ist aber, dass er an allen Kliniken mit Krankenhausstatus eingeführt wird (auch dort, wo die Psych-PV bisher nicht galt).

Neben den psychosomatischen Krankenhäusern gibt es noch 370 Rehabilitationskliniken für psychosomatische und psychovegetative Erkrankungen, oft handelt es sich um angegliederte Fachabteilungen, daher die hohe Zahl. Diese Kliniken werden hauptsächlich von den Rentenversicherungsträgern beschickt. An einigen dieser Kliniken (leider kennen wir keine genauen Zahlen, aber wir gehen von ca. 30 – 40 Kliniken aus) arbeiten ebenfalls KBT-TherapeutInnen. Hier sind die Bedingungen eher schwieriger geworden, da die KBT nicht mehr in der KTL der DRV (Klassifikation therapeutischer Leistungen der Deutschen Rentenversicherung) auftaucht, sondern unter Künstlerische Therapien und dort unter Tanz- und Bewegungstherapie subsumiert wird, was aus meiner Sicht den Tatbestand einer persönlichen Beleidigung erfüllt. Außerdem fand in der psychosomatischen Rehabilitation in den letzten Jahren ein Paradigmenwechsel statt: Früher unterschied sich die Behandlung in der psychosomatischen Rehabilitation kaum von der eines psychosomatischen Krankenhauses, nun haben die Reha-Kliniken die Vorgabe berufsorientierte Rehabilitation zu betreiben um die Arbeitsfähigkeit wieder herzustellen. Dies führte z.B. dazu, dass nicht wenige Stellen für Kunst- und Gestaltungstherapie in Ergotherapiestellen umgewandelt wurden und sicher hat es die eine oder andere KBT-Stelle gekostet.

In den nächsten Jahren wird eine beachtliche Gruppe der KBT wohlgesonnener Klinikleiter (z.B. Dr. Damhorst - Bad Salzflen, Dr. Geigges – Glotterbad, Glottertal, Dr. Vandieken – Rhein-Klinik, Bad Honnef) in den Ruhestand gehen und wahrscheinlich von deutlich stärker betriebswirtschaftlich orientierten Chefs ersetzt werden, die der KBT nicht so verbunden sind.

Die Klinikstellen in Krankenhäusern und Reha-Kliniken sind für die KBT in Deutschland ein enorm wichtiges Standbein. Sie gilt es weiter zu sichern. Wie könnte dies geschehen:

- KBT wird in Deutschland sich im Feld der Spezialtherapeuten behaupten müssen. Auch wenn KBT Psychotherapie ist, werden wir in den Kliniken auf absehbare Zeit nicht den Status von Psychotherapeuten erreichen. Als Spezialtherapeuten werden wir weiter unsere speziellen Kompetenzen, das „Besondere“ in der KBT beschreiben müssen und weniger unsere Kompetenz als Psychotherapie im Allgemeinen. Das ist eine diametral andere Situation als in Österreich, sie ist paradox, aber real.
- An immer mehr psychodynamisch orientierten Kliniken werden verhaltenstherapeutische Konzepte implementiert. Hier hat die KBT Nachholbedarf an Wissen. Ich glaube aber, dass wir uns aufgrund unseres ausgeprägt handlungsorientierten Anteils gut mit verhaltenstherapeutischen Ansätzen arrangieren können.
- Es gilt für die KBT in der Rehabilitation ein Konzept zu entwickeln, das die berufsorientierte Rehabilitation aufgreift. Auch dies könnte uns leichter fallen als wir denken, ich möchte an den Aufsatz von Elsa Gindler „Die Gymnastik des Berufsmenschen“ erinnern.
- Ich bin davon überzeugt, dass das Arbeitsleben der Patienten in vielen KBT-Gruppen in den Kliniken therapeutisch betrachtet und bearbeitet wird. Was fehlt ist eine explizite Beschreibung, wie KBT das weite Feld ‚Arbeitsleben‘, inklusive der Situation arbeitsloser Menschen, angeht und auch wie Problemlösestrategien entstehen.
- KBT wird nicht ohne Qualitätssicherungsinstrumente auskommen, diese gilt es primär in der Weiterbildung einzuführen.
- Die KBT hat in die Leitlinien der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften e.V.) bisher keinen Eingang gefunden. In den Leitlinien zur Behandlung der unipolaren Depression sind immerhin bei unterstützenden Therapieverfahren und therapeutischen Maßnahmen Ergotherapie und Soziotherapie gelistet. Bei der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung tauchen stabilisierende Körperarbeit und künstlerische Therapien auf, aber nicht die KBT.
- Einige KBT-Therapeuten haben Trainings in Operationalisierter Psychodynamischer Diagnostik (OPD) absolviert. Dies wird zunehmend Eingang in unsere Arbeit finden.
- Im Klinikbereich herrscht, auch hier zeigt sich der demografische Wandel, bereits jetzt ein Mangel an qualifizierten Ärzten und Ärztinnen, mittelfristig ist auch ein Mangel bei psychologischen PsychotherapeutInnen prognostiziert. Dies könnte zu einer Übernahme von psychotherapeutischen Aufgaben durch Spezialtherapeuten und damit auch KBT-Therapeuten führen.
- Übrigens: Eine Umfrage des Instituts für Sportwissenschaft und Motologie bei allen Chefärzten psychosomatischer Kliniken in Deutschland ergab, dass die Körperpsychotherapie als sehr wichtige Therapieform

eingestuft wird und dass der überwiegende Teil der Chefärzte, die sich an der Umfrage beteiligten, einen akademischen Körperpsychotherapeuten einem nicht-akademischen bei der Einstellung vorziehen würde, trotz höherer Kosten!

Den Schritt in das nächste Feld, der ambulanten Arbeit mit KBT, möchte ich mit einer Preisfrage beginnen: Wie viele PatientInnen lernen jedes Jahr in Kliniken die KBT kennen: Es sind 12.000 – 15.000 PatientInnen! Käme nur ein Teil von ihnen in den Praxen der KBT-TherapeutInnen an, wir könnten es gar nicht stemmen: Im Jahresprogramm 2011 bieten 74 KBT-TherapeutInnen ambulante Therapie an, die meisten im Nebenberuf – eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, drei Ärztinnen/Ärzte, sechs PsychologInnen und 44 auf der Grundlage des Heilpraktikers Psychotherapie, einer deutschen Besonderheit, die rechtliche Absicherung bringt und erlaubt Psychotherapie auf das Praxisschild zu schreiben, aber nicht Psychotherapeut. Diese Bezeichnung ist aufgrund des Psychotherapeutengesetzes von 1999 geschützt und darf nur von ausgebildeten ärztlichen und psychologischen PsychotherapeutInnen verwendet werden, auch in allen Zusammensetzungen, z.B. Körperpsychotherapeut. Also auch hier, Psychotherapie ja, Psychotherapeut nein, paradox und real. Die Aussicht auf eine Abrechnungsmöglichkeit mit den Krankenkassen ist utopisch, auch Zusatzversicherungen erweisen sich meist als zahlungsresistent, so sind die meisten von uns auf Selbstzahler angewiesen. In Bayern gibt es ca. 2800 Vertragspsychotherapeuten mit Kassenzulassung (ca. 1000 ärztliche und 1800 psychologische Psychotherapeuten), auf das Bundesgebiet hochgerechnet sind das 18.000 – 20.000 Vertragspsychotherapeuten. Sie sehen, wir sind ein wirklich kleiner Haufen.

Wie könnten wir uns im ambulanten Bereich besser aufstellen:

- Es gibt immer wieder Überlegungen die sektorale Heilpraktikererlaubnis Psychotherapie an den Erwerb des Zertifikats zu koppeln, ähnliche Überlegungen gibt es bei den Physiotherapeuten (Heilpraktiker für Physiotherapie). Bereits dies würde eine Kooperation mit einer externen Institution erfordern.
- Wir arbeiten derzeit in einer Arbeitsgruppe daran KBT in der Prävention besser aufzustellen. Prävention ist in Deutschland im Sozialgesetzbuch V verankert, ein Präventionsgesetz scheitert aber seit mehreren Legislaturperioden, und das Thema ‚KBT in der Prävention‘ ist ein echter Dauerbrenner in unserem Verein. Mehr dazu bei der nächsten Forschungswerkstatt im Februar 2011.
- Wir alle wissen um die vielfältigen Einsatz- und Adaptionmöglichkeiten der KBT, das ist unsere große Stärke. Eine Schwäche ist, dass wir uns scheuen unsere Fähigkeiten darzustellen. So ist KBT in der Paartherapie gut anwendbar, aber es gibt so gut wie keine Fallbeschreibungen. Dies gilt auch die Arbeit in eher beratenden Arbeitsfeldern, also KBT in der Beratung, als Coaching etc.

- Sehr interessant fand ich auch den Gedanken von Prof. Anke Abraham im letzten Heft der ‚motorik‘, einer Zeitschrift für Motopädagogik und Mototherapie. Sie plädiert dort dafür KBT als universitäre Lehrmethode einzusetzen und beruft sich auf Dr. Degenhard Offergeld, der sich mit dieser Thematik schon lange befasst.

Bei der Jahrestagung des DAKBT 2009 mit dem Titel „Lust auf Zukunft“ – Werte und Visionen schaffen Wirklichkeiten, entbrannte unter den Mitgliedern, nicht zuletzt befördert durch Dich, lieber Markus, eine wilde Diskussion: „Bachelor, genau, oder besser gleich Master“ – „gibt’s dann auch mehr Geld?“ – „aber was wird dann aus unserer guten alten KBT“ – „Du lieber Himmel, dann habe ich gerade die teure Weiterbildung fertig und dann gehen die an die Uni“ – so schwirrte es durch die Räume und nicht selten war zu hören: „Was für ein Glück, dass ich schon so alt bin und mich mit so was nicht mehr befassen muss!“ Vier Sätze, zwei Lebenswirklichkeiten: Die Lebenswirklichkeit der jüngeren Mitglieder, die viel Geld für eine solide und in Fachkreisen anerkannte Ausbildung bezahlen oder bezahlt haben, die wir als Weiterbildung deklarieren und die leider nicht offiziell validiert ist. Auf der anderen Seite die Lebenswirklichkeit der älteren Mitglieder, der größeren Gruppe im DAKBT, denn 70% der Mitglieder sind über 50 Jahre alt. Auch uns im Vorstand schwirrte nach dieser Tagung der Kopf. Weiter dranbleiben sollten wir am Thema Studium, so der vage Auftrag. Wir sortierten uns, landeten in der Verwirrung und sortierten uns aufs Neue und so sehen unsere aktuellen Überlegungen aus:

- Ein Beruf wird Beruf durch ein Berufsgesetz. Für diesen Weg ist unser Verband leider zu klein, unsere Methode leider nicht genug verbreitet. Ein Berufsgesetz ist nur durchsetzbar, wenn der Beruf für die ambulante und klinische Versorgungslandschaft in Deutschland unverzichtbar ist.
- Wir halten die traditionelle Praxis, dass die KBT-Therapeuten bereits einen Grundberuf aus den Bereichen Medizin und anderen Gesundheitsberufen, Psychologie, Pädagogik und verwandter Berufe haben, für sinnvoll und erhaltenswert.
- Betritt man die deutsche Hochschullandschaft mit dem Blick auf eine mögliche Akademisierung, begegnet man schnell dem föderalistischen Wahnsinn und seiner Vielfalt an unterschiedlichen Hochschulrahmen-Gesetzen in den einzelnen Bundesländern. Lässt man sich davon nicht Übermäßig beeindruckt, zeichnen sich vier Varianten ab:
  1. Wir suchen die Kooperation mit einer Hochschule und ermöglichen so die Aufwertung unseres Zertifikats zu einem qualifizierten Hochschulzertifikat. Diesen Weg ging schon vor acht Jahren der Deutsche Arbeitskreis für Gestaltungstherapie/klinische Kunsttherapie.
  2. Wir suchen die Kooperation mit einer Hochschule mit dem Ziel eines berufsbegleitenden akkreditierten Bachelorstudiengangs.

Variante 1 und 2 haben folgenden Vorteil: Von 423 Mitgliedern verfügen 84 über einen akademischen Abschluss, also 20%. Das wäre ein guter Einstieg für die 80% Nicht-Akademiker, die bisher zu uns kommen eine akademische Qualifikation bzw. einen akademischen Titel zu erwerben.

3. Wir entscheiden uns für eine Kooperation mit anderen Verbänden und gründen einen eigenen Studiengang. Dies würde aber extrem schwierige Abstimmungsprozesse erfordern, bei unsicherem Ausgang.
4. Kooperation mit einer Hochschule, die über den Bachelor zum Master führt. Vorteil: Das würde einen höheren und für die KBT auch adäquateren Abschluss ermöglichen und wäre auch interessant für Akademiker. Der Preis wäre – wie auch bei Variante 2 – der Verlust an Eigenständigkeit.

Übrigens: Die „Konkurrenz“ schläft nicht. Das Institut für Sportwissenschaft und Motologie an der Uni Marburg bietet einen Masterstudiengang Motologie mit Schwerpunkt ‚Körperpsychotherapie‘ an. Ziel ist es Motologen in der Arbeit mit Erwachsenen besser auszubilden und für Klinikstellen zu qualifizieren.

Fazit: Entscheiden wir uns im DAKBT zumindest die Ausbildung für die klinisch tätigen KBT-Therapeuten als Studiengang zu konzipieren, geht es nicht nur um die Menschen, die aktuell in unserem Verein sind oder mit KBT arbeiten wollen, sondern um eine künftige Generation an KBT-lern. Jede Form eines Studiengangs bringt eine Kooperation mit einer Hochschule mit sich und damit eine Öffnung für neue Inhalte und Strukturen. In dieser Öffnung, wie weit sie auch sein mag, ist es unsere Aufgabe unsere Identität zu bewahren.

Eins ist klar: Die Berufung wird bleiben – das mit dem Beruf schaffen wir vielleicht auch noch!

Literatur:

1. Prof. Dr. Klaus-Peter Seidler: Brief des DAKBT-Vorstands an die Vereinsmitglieder im Februar 2018, Zeitschrift des DAKBT und ÖAKBT, Nr. 39, 2009
2. Duden, Das Fremdwörterbuch
3. Prof. Dr. Cornelia Albani et.al.: Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten, Teil 1: Versorgungssituation, Psychotherapeut, 2010
4. Dr. Heiner Melchinger: Ressourcenverteilung zwischen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik – aus wirtschaftlicher Perspektive, Gesundheitspolitischer Kongress des Verbands der bayrischen Bezirke, „Der Verteilungskampf hat begonnen“, 04.02.2010 in Kloster Irsee
5. Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung, 2007
6. Prof. Dr. Jürgen Seewald: Motologie und Körperpsychotherapie-Ergänzung oder Unvereinbarkeit? Motorik, Juni 2010
7. Prof. Dr. Gereon Heuft: Das Krankenhausfinanzierungsrahmengesetz (KHRG), die Psych-OPS-Ziffern und die neue Entgeltregelung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 2010
8. MMSc Markus Hochgerner: Von der körperorientierten Methode zum Psychotherapieverfahren, Vortrag bei der 33. Jahrestagung des DAKBT, 2009
9. Dr. Karin Schreiber-Willnow: Welche Veränderungen sind nötig, damit wir uns selbst treu bleiben?, Vortrag bei der 33. Jahrestagung des DAKBT, 2009



Verfasser:

Roland Brückl  
Erzbergerstr. 27  
88214 Ravensburg  
Tel.: 0751/7642789  
Mobil: 0176/51195786  
e-mail: [roland-brueckl@versanet.de](mailto:roland-brueckl@versanet.de)

Alle Rechte beim Verfasser

Der Vortrag wird in der nächsten Ausgabe der „Zeitschrift für Konzentriative Bewegungstherapie“ veröffentlicht.