

Clara Scheepers-Assmus

Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) und Ergotherapie

„Weißt du, was du willst, oder spürst du, was du brauchst?“

Spektrum Ergotherapie

Herausgeber

DEUTSCHER VERBAND DER
ERGOTHERAPEUTEN E. V.



Die Autorin



Clara Scheepers-Assmus

Ergotherapeutin und Lehrtherapeutin im Deutschen Arbeitskreis für Konzentrierte Bewegungstherapie e.V.

- Von 1981–1998 als Ergotherapeutin im psychiatrischen/ psychosomatischen Bereich tätig, danach Gründung einer eigenen ET-Praxis mit den Schwerpunkten: Psychiatrie, Psychosomatik, Pädiatrie, Neurologie, Handtherapie
- Von 1990 bis 1998 Bundesvorsitzende des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten e.V.
- Mitherausgeberin neben U. Steding-Albrecht und P. Jehn des Grundlagenwerkes „Ergotherapie Lehrbuch – Vom Behandeln zum Handeln“ (Thieme, 5. Auflage 2015)

Clara Scheepers-Assmus

Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) und Ergotherapie

„Weißt du, was du willst,
oder spürst du, was du brauchst?“



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besuchen Sie uns im Internet: www.schulz-kirchner.de

1. Auflage 2016

ISBN 978-3-8248-1157-1

eISBN 978-3-8248-9972-2

Alle Rechte vorbehalten

© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, 2016

Mollweg 2, D-65510 Idstein

Vertretungsberechtigte Geschäftsführer:

Dr. Ullrich Schulz-Kirchner, Nicole Haberkamm

Umschlagfoto: Dr. Hans Assmus

Fachlektorat: Reinhild Ferber

Lektorat: Doris Zimmermann

Umschlagentwurf und Layout: Petra Jeck

Druck und Bindung:

medienhaus PLUMP GmbH, Rolandsecker Weg 33, 53619 Rheinbreitbach

Printed in Germany

Die Informationen in diesem Werk sind von der Verfasserin und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung der Verfasserin bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Alle Rechte an diesem Werk liegen beim Verlag. Das Werk darf in keiner Weise – auch nicht auszugsweise – ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort	7
Danksagung	9
Vorwort	11
1	Entwicklung und Geschichte	13
1.1	Entwicklungsgeschichte der Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT) ..	15
1.2	Meilensteine der ergotherapeutischen Geschichte.....	17
2	Definition und Grundbegriffe der KBT	21
2.1	Definition der KBT.....	23
2.2	Wichtige Grundbegriffe der KBT	24
2.2.1	Körperselbst, Körperbild, Körpererfahrung	24
2.2.2	Symbolisierung	28
2.2.3	Entwicklung vom ICH zum SELBST	32
2.2.4	SELBST-Bestimmung	34
2.2.5	Dialogischer Prozess	35
3	Definition und Grundbegriffe der Ergotherapie (ET)	39
3.1	Definition ET	41
3.2	Rechtliche Grundlagen.....	41
3.3	Grundbegriffe der ET	43
3.3.1	Begriffe aus der Definition	43
3.3.2	Begriffe zu Methoden im psychosozialen Kontext.....	45
3.3.3	Begriffe zum Ziel der ET.....	46
3.4	Verhältnis der Grundbegriffe von KBT und ET zueinander.....	48
3.4.1	Bedeutung von Gegenständen, Medien in der ET und KBT	50
3.4.2	Klientenzentrierung	51
3.4.3	Körperzentrierung	52
4	Philosophische Grundannahmen und Menschenbild	55
4.1	Philosophische Grundannahmen der KBT	57
4.2	Philosophische Grundannahmen der ET	60
4.2.1	Philosophische Grundannahmen und ergotherapeutische Modelle.....	61
4.3	Das eigene berufliche Selbstverständnis und Menschenbild.....	63
4.4	Menschenbild und therapeutische Beziehung.....	64
4.5	Menschenbild und ethische Verantwortung	66
4.6	Zusammenfassung	66
5	Kerntheorien	69
5.1	Kerntheorien der KBT	71
5.1.1	Die Bedeutung von Eriksons Entwicklungstheorie für die KBT	72
5.1.2	Entwicklungsmodell nach Piaget.....	74
5.1.3	Säuglingsforschung	76

5.1.4	Einfluss der Objektbeziehungstheorie	78
5.1.5	Einfluss der strukturbezogenen Psychotherapie.....	78
5.1.6	Bedeutung der Neurowissenschaften	79
5.2	Kerntheorien der ET	80
5.3	Zusammenfassung.....	83
6	Wirkfaktoren.....	85
6.1	Wirkfaktoren der KBT	87
6.1.1	Die spezifische Methodik als Wirkfaktor	87
6.1.2	Wirkfaktor „Patientin“ – oder warum gelingt es mit einigen besser?	89
6.1.3	Die Voraussetzungen der KBT-Therapeutin für wirksames Handeln	90
6.1.4	Wirkfaktoren „Raum und Gegenstände“.....	90
6.2	Wirkfaktoren der ET.....	91
6.2.1	Änderungsprozesse als Wirkfaktoren.....	91
6.2.2	Wirkfaktor „bedeutungsvolle Betätigung“	94
6.2.3	Wirkfaktor „Klientenzentrierung“ im Rahmen der therapeutischen Beziehung.....	94
6.3	Vergleich der Wirkfaktoren	95
7	Berufliches Rollenselbstverständnis.....	99
8	Diagnostik.....	105
8.1	Diagnostik in der KBT.....	109
8.1.1	KBT-Dokumentationsinstrumente	110
8.1.2	Dokumentation der Ressourcen	112
8.1.3	Beispiele für KBT-Angebote in der Eingangsdiagnostik.....	114
8.1.4	Leitfaden zur Eingangsdiagnostik in der KBT	120
8.2	Diagnostik in der ET	129
8.2.1	Ergotherapeutisches Erstinterview	130
8.2.2	Diagnostikmanuale der ET	132
8.3	KBT- und ET-Diagnostik im Vergleich.....	134
9	Das Zusammenwirken von KBT und ET.....	137
9.1	Gemeinsame Ziele von KBT und ET	139
9.2	Auftragsklärung zwischen KBT und ET	140
9.3	Erweiterung der therapeutischen Grundhaltung	143
9.4	KBT-Einflüsse im Rahmen der ET	145
9.4.1	KBT-Ansätze in der Psychiatrie	145
9.4.2	KBT-Ansätze in der Arbeit mit Kindern	148
9.4.2	KBT-Ansätze bei Patienten mit neurologischen Erkrankungen ...	149
9.4.3	KBT-Ansätze bei motorisch funktionellen Erkrankungen.....	151
10	Abschließende Gedanken und Schlussfolgerung	153
11	Literatur	157

Geleitwort

Wenn das hier vorliegende Buch von Clara Scheepers-Assmus nicht geschrieben worden wäre, hätte es dringend in Auftrag gegeben werden müssen.

Zunächst aus vorwiegend berufspolitischen Gründen wurde in den letzten Jahrzehnten das therapietheoretische Behandlungskonzept auch in den führenden psychosomatischen Abteilungen von einer vorwiegend psychoanalytisch-tiefenpsychologischen Orientierung in sogenannte Integrative Behandlungsmodelle verändert, d. h.: dem Zeitgeist entsprechend in mehr pragmatische, zielgerichtete, der Lerntheorie folgende Konzepte. Dies brachte vor allem zu Beginn dieser grundlegenden Veränderung zahlreiche therapeutische Teams und die jeweiligen Therapeuten in erhebliche Orientierungskonflikte. Das große Verdienst dieses Buches ist es nun, dieser Realität in einer konstruktiven Form Rechnung zu tragen. In fundiert theoretischer und praktischer Form, ohne kritische Punkte auszulassen, setzt sich die Autorin mit dem Aufeinandertreffen lerntheoretischer, pädagogischer und tiefenpsychologisch-psychoanalytischer Konzepte auseinander. Überzeugend versucht sie, die gegenseitigen Chancen der jeweiligen Methoden herauszuarbeiten.

Historisch gesehen hat sich die Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) mit Elsa Gindler in den 20er Jahren des vorigen Jahrhunderts vom kollektiven Übungsziel im Sinne eines Anpassungsprozesses von der Ideologie des Deutschen Gymnastik-Bundes abgegrenzt. Sie entwickelte eine Methode der freien inneren und äußeren Bewegungssassoziation. Der Züricher Psychoanalytiker und Ethnopsychanalytiker Paul Parin hat sich erstmals mit dem Phänomen unbewusster Anpassungsprozesse beschäftigt. Er geht davon aus, dass unbewusste Anpassung dringend im analytischen Prozess einbezogen werden muss. Bewusste Anpassung an die äußere soziale Realität (so verstehe ich einen Großteil der therapeutischen Konzepte der Ergotherapie) ist jedoch nach Parin nicht Gegenstand der Analyse.

Die Autorin erläutert in dem hier vorliegenden Buch, an welchen Stellen beide Methodenstränge, Ergotherapie und Konzentrierte Bewegungstherapie, voneinander profitieren können. Die Pädagogik und Verhaltenstherapie hat ausgesprochen oder unausgesprochen erkannt, dass zielgerichtete lerntheoretische Vorgaben ohne Einbezug von psychoanalytischer Entwicklungspsychologie, Widerstand

und Übertragung als unbewusste Prozesse deutlich an ihre Grenzen kommen. Die Psychoanalyse, hat sie auch explizit keine Anpassungsziele, berücksichtigt inzwischen auch die Notwendigkeit, die Ergebnisse des Bewusstwerdungsprozesses in die reale Handlungswelt umzusetzen. Es gibt eben auch im psychoanalytisch-tiefenpsychologischen Therapieprozess oft unausgesprochen vom Patienten und Analytiker gewünschte Behandlungsziele.

Das Buch gibt Mitgliedern psychoanalytisch-psychotherapeutischer Teams, aber auch niedergelassenen Therapeuten erstmals in dieser praxisnahen und theoretisch fundierten Form die Möglichkeit, die unterschiedlichen Therapieansätze zu verbinden. Die Ausführungen der Autorin sind auch ein Plädoyer für das Einbeziehen der Konzentrativen Bewegungstherapie in das Ausbildungscurriculum der Ergotherapie. Der im Grundberuf ergotherapeutisch Tätige wird dazu beim Umgang mit dem Patienten neue Gesichtspunkte einbeziehen können.

Dem Buch ist uneingeschränkt weite Verbreitung zu wünschen.

Prof. Dr. med. Hans Becker
Facharzt für psychotherapeutische Medizin
Psychoanalyse

Heidelberg, März 2015

Danksagung

Der persönliche Reifungsprozess im beruflichen Spannungsfeld zwischen Konzentrativer Bewegungstherapie (KBT) und Ergotherapie (ET) ist ohne Menschen, die mich auf diesem Weg gefordert, beflügelt, ermutigt und manchmal auch gespiegelt haben, nicht denkbar.

In erster Linie sind es die Patienten, auf deren Geschichte ich teilweise in dieser Arbeit zurückgreifen konnte. Ich bin ihnen dankbar, dass sie mir im Rahmen des gemeinsamen therapeutischen Weges so viele Erfahrungen ermöglichten.

Auf dem Weg in die Konzentrativ Bewegungstherapie waren zunächst Prof. Hans Becker, Anneliese Budjuhn und Renate Schwarz für mich wegweisend. Der regionale KBT-Arbeitskreis ist seit langen Jahren freundschaftlicher Boden, auf dem offen und kämpferisch die notwendige Auseinandersetzung mit der KBT oder für den DAKBT geführt wurde. Für diese „Beheimatung“, die sich auch in der Supervisionsgruppe um Christine Gräff fortsetzte, bin ich sehr dankbar.

Innerhalb des Deutschen Arbeitskreis Konzentrativ Bewegungstherapie (DAKBT) ist seit 2009 das Ringen im Arbeitskreis Diagnostik um eine KBT-spezifische Diagnostik ein konstruktiver Prozess, in dem ich viel gelernt habe, was sich auch in dieser Arbeit niederschlägt. Christine Gräff danke ich zunächst für die nachhaltige Ermutigung, mich auf den Weg zur Lehrbeauftragten zu begeben. Darüber hinaus war mir ihre wohlwollende Kritik und Begleitung in diesem Prozess sehr hilfreich und wertvoll.

Ulrike Schmitz lernte ich zunächst im Arbeitskreis Diagnostik schätzen, ihre konkreten, förderlich-kritischen Eingaben und Hilfestellungen zu dieser Arbeit halfen mir, den Blick zu lenken.

Am Ende dieser Arbeit danke ich den Kolleginnen Kornelia Lieperz, Dagmar Schuh und Christina Drücke für das Korrektiv aus ergotherapeutischer und psychodynamischer Sicht und der Lektorin Veronika Licher wie auch dem Schulz-Kirchner Verlag, im Besonderen Reinhold Ferber und Doris Zimmermann für die mühselige Endkorrektur.

Besonderer Dank gebührt meinem Mann, Hans Assmus, für seine Nachsicht und Geduld während der Entstehungsphase des Buches, aber auch für seine eigenen kritischen Anmerkungen bei der Korrektur dieser Lektüre.

Vorwort

Im Deutschen Arbeitskreis für Konzentrierte Bewegungstherapie (DAKBT) schließen sich viele Angehörige pädagogischer Berufe und des Gesundheitswesens zusammen mit dem Ziel, die Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) als körperpsychotherapeutische Methode zu erlernen, als Behandlungsmaßnahme zu nutzen, zu lehren oder sie in der Selbsterfahrung und Prävention einzusetzen. Die Vielfalt der Grundberufe zeugt von einer lebendigen Basis. Ihre Erfahrungen, Bezugstheorien und ersten wissenschaftlichen Untersuchungen hemmen möglicherweise aber auch die Bildung einer eigenen KBT-Berufsdiziplin und die Anhebung des Ausbildungsniveaus analog den verbalen Psychotherapieformen. Bislang wurde die Vielfalt der mitwirkenden Berufe nicht offen infrage gestellt. Es stellt sich aber die Frage, ob und wenn ja in welcher Weise die einzelnen Berufsgruppen die KBT beeinflussen, formen oder weiterentwickeln (können) oder welchen Beitrag die KBT als spezifische Behandlungsmaßnahme für Teile einer Berufsgruppe zu leisten vermag.

Als Ergotherapeutin und KBT-Therapeutin mit über 30-jähriger Erfahrung in diesen beiden Bereichen sowie in der Berufspolitik ist mir die sinnvolle Verknüpfung der KBT als Weiterbildung mit der Ergotherapie als Grundberuf ein lebenslanges Anliegen geworden. Insgesamt sind derzeit über 20 Ergotherapeuten im DAKBT organisiert. In der Zusammenarbeit mit Physiotherapeuten, Pädagogen, Psychologen erweckt sich mir der Eindruck, dass meiner ergotherapeutischen Sichtweise eine andere Grundprägung vorausging, die in der KBT teilweise zu anderen Schlüssen und Behandlungsansätzen führte.

Ich bin mit Leib und Seele beides – Ergotherapeutin und KBT-Therapeutin. Dennoch hat die KBT meine persönliche und berufliche Entwicklung nachhaltig beeinflusst und bereichert. Die Ergotherapie schuf jedoch den beruflichen Grund und Boden, nicht nur mit der Möglichkeit der Existenzsicherung, sondern auch der Orientierung an realen Lebens- und Handlungsfeldern.

In den letzten beiden Jahrzehnten meiner Tätigkeit war die KBT oft das Mittel der Wahl in der Behandlung psychisch erkrankter Menschen. Zunehmend flossen Aspekte der Selbstwahrnehmung, der Achtsamkeit mit sich selbst, dem Verstehen zwischenmenschlicher Zusammenhänge und Entwicklungsprozesse auch in andere Behandlungsbereiche z. B. mit neurologischen Patienten, Jugendlichen und Kindern ein und erzielten positive Resonanz. Dennoch spürte ich oft, dass in mir zwei Rollen vorstellungen korrespondierten und manchmal auch kollidierten. Die damit verbundene geteilte Aufmerksamkeit, einerseits auf den ergotherapeutischen Auftrag, andererseits auf die Vorstellung, welche psychodynamischen Ursachen und daraus resultierenden Verhaltensmuster ich aus KBT-spezifischer Sicht zu verfolgen suchte, erzeugte eine gewisse Reibung.

Ziel dieses Buches ist es NICHT, das Berufsbild der Ergotherapie mit der Weiterbildung der KBT zu vergleichen. Vielmehr soll herausgearbeitet werden, welche

Grundlagen und Prägungen in den beiden Bereichen vorliegen, welche miteinander kompatibel sind, sich befruchten oder aber sich behindern können. Mit einigen praktischen Beispielen sollen die Prägungen verdeutlicht oder dargestellt werden.

Die Intention zu dieser Arbeit führte zur Auseinandersetzung mit Fragen wie:

- Welche Prägungen besitzen Ergotherapeuten und KBT-Therapeuten aus ihrer jeweiligen Geschichte heraus?
- Welche theoretischen Grundannahmen – welche philosophischen Grundgedanken prägen ihr Handeln? Auf welchen Kerntheorien bauen beide auf, welche Wirkfaktoren werden sichtbar?
- Sind die jeweiligen Grundannahmen hilfreich für die KBT und Ergotherapie und spiegeln sie sich im Rollenselbstverständnis wider?

Dieser ersten theoretischen Auseinandersetzung mit den Fragen folgt eine pragmatische Umsetzung in der Diagnostik und einigen methodischen Ansätzen:

- Wie können die beiden Therapien zusammenwirken und wo ist eine klare Trennung vonnöten sowie
- Lässt sich ein Auftrag an die Ergotherapie durch eine KBT realisieren?

Diese Arbeit markiert sowohl eine persönliche wie auch berufsspezifische Auseinandersetzung mit dem eigenen Berufs- und Rollenselbstverständnis zwischen KBT und Ergotherapie. Persönlich habe ich die beiden Bezugfelder als sich befruchtend erlebt und hoffe, dass meine Analyse dieses auch unterstreicht.

Kapitel 1

Entwicklung und Geschichte der Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT)

Kann die Entwicklungsgeschichte eines Berufes das berufliche Selbstverständnis prägen? Ja, sie kann, wenn diese Geschichte durch Menschen verkörpert wird, die durch ihre Lehren, Schriften, Taten sich als Vorbild zur Verfügung stellen. Menschen, die es geschafft haben, durch ihr berufliches Handeln zu überzeugen, hinterlassen Spuren, geben Orientierung, bleiben lebendig.

Die Entwicklungsgeschichte eines Berufes ist zugleich auch ein Zeitzeugnis und muss aus den historischen Umständen ihrer Entstehungszeit verstanden werden.

1.1 Entwicklungsgeschichte der Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT)

Die meisten KBT-Autoren sehen die Wurzeln ihrer Methode in den körperorientierten Ansätzen der Psychotherapeuten Wilhelm Reich, Georg Groddeck und Sandor Ferenczi (DAKBT, 2014, S. 11).

Auch Psychoanalytiker um Alexander Mitscherlich suchten nach erweiterten/neuen Therapiekonzepten, da die klassischen rein verbalen analytischen Ansätze bei vielen psychosomatischen Erkrankungen häufig nicht fruchteten.

Ein unübersehbarer Einfluss bis heute wird jedoch der Gymnastiklehrerin Elsa Gindler (1885-1961) zugesprochen. Im frühen 20. Jahrhundert entwickelte sie aus dem deutschen Gymnastikbund heraus neue Ansätze der Bewegungsschulung. Mit ihrem Interesse an einem ganzheitlichen – nicht nur ästhetisch, harmonisch oder funktional mechanistischen – Menschenbild regte sie an, erfahrungsbereit in die eigenen Bewegungen hineinzuhorchen, den inneren Regungen, demerspüren der Schwerkraft, des Atems und der Bewegungsimpulse zu lauschen. Unter *Konzentration* und *Bewusstheit* verstand sie, wie Wachheit und Bereitschaft den Einsatz der Kräfte intensivieren und zugleich schonen, wenn sich Beweglichkeit und die Fähigkeit zu reagieren im rhythmischen Wechsel vollziehen, und wie Entspannung und Spannung im Zusammenhang mit der Schwerkraft stehen (Cserny & Paluselli, 2006, S. 34).

Ihre konkrete Bewegungs- und Wahrnehmungsarbeit mit unzähligen Schülern korrespondierte zeitgleich mit den pädagogischen Ansätzen und experimentellen Verhaltensbeobachtungen von Heinrich Jacoby zu naturgegebenen, zweckmäßigen Verhaltensweisen sowie schöpferischen Möglichkeiten durch empfangs-, kontakt- und reagierbares Verhalten (vgl. Abschnitt 4.1). Beide befruchteten sich in ihrer Arbeit.

Viele Schülerinnen und einige Schüler griffen Gindlers Vorgehensweise auf. Einige von ihnen wanderten nach Hitlers Machtergreifung aus und entwickelten das Vorgehen in anderen Ländern weiter. So propagierte Charlotte Selver in den USA die Methode als „Sensory Awareness“. Eine weitere Schülerin, die Beschäftigungs- und Tanztherapeutin Gertrud Heller, brachte nach dem Krieg aus England diese Form

der inneren Bewegungs- und Haltungsschulung wieder mit. Der Psychoanalytiker Helmut Stolze lernte sie bei ihr kennen und führte sie gemeinsam mit ihr bei den Lindauer Psychotherapiewochen ein. Durch die jährliche Präsenz bei den Lindauer Psychotherapiewochen etablierte sich die KBT und konkurrierte mit anderen körperpsychotherapeutischen Verfahren. Helmut Stolze selbst gab ihr nach vierjähriger Erprobung in seiner eigenen Praxis den Namen „Konzentrierte Bewegungstherapie“. Die KBT bewährte sich in den folgenden Jahren schnell in verschiedenen psychosomatischen Kliniken. Aus der Heidelberger Universitätsklinik für Psychosomatik berichteten schon in den 90er Jahren Patienten, welchen direkten nachhaltigen Einfluss die KBT auf sie hatte. Im Wesentlichen wurde sie deutschlandweit durch mutige Pionierinnen und Pioniere im klinisch-psychosomatischen Bereich angewandt. Zur ersten prägenden Generation zählen dabei u. a. Miriam Goldberg, Christine Gräff, Ursula Kost, Elga Diltey, Lucie Lenz und Erich Franzke. Viele weitere KBT-Kolleginnen z. B. aus den Bereichen der Krankengymnastik, Pädagogik, Ergotherapie begannen die psychosomatischen Konflikte aus der Körperperspektive zu betrachten und zu behandeln. Sie experimentierten in ihrem klinischen Umfeld und entwickelten die Methode weiter, ohne sich zunächst auf eine bestimmte tiefenpsychologische Theorie zu beziehen.

Erst die Grundlagenbücher von Helmut Stolze wie auch Hans Becker ordneten die KBT eindeutig dem psychotherapeutischen Kontext zu und gaben der Methode eine erste theoretische Fundierung. Die oben genannten Pionierinnen folgten bald mit eigener Literatur, mit der sie das Wesen und die Möglichkeiten der KBT in Worte fassten. Die heutige Literatur zur KBT spiegelt das weite Spektrum körpertherapeutischer Einflussnahme auf die verschiedenen psychosomatischen und psychiatrischen Phänomene und Krankheitsbilder wider.

Ein Meilenstein der KBT-Geschichte war der 1975 auf Initiative von Ursula Kost gegründete informelle Arbeitskreis, der 1977 als „Deutscher Arbeitskreis für Konzentrierte Bewegungstherapie“ eingetragen wurde.

Der DAKBT als Verein, mit einer noch relativ jungen, fast 40-jährigen Geschichte, hat sich zum Ziel gesetzt, die KBT-Weiterbildung zu organisieren und inhaltlich/strukturell qualitativ weiterzuentwickeln. Für die Weiterbildung verantwortlich sind im Verein das Lehrbeauftragten-Gremium sowie in Absprache mit dem Vorstand der Weiterbildungsausschuss. Aus dem Lehrbeauftragten-Gremium heraus wird jährlich das Weiterbildungsprogramm für die Weiterbildungskandidaten erstellt. Derzeit besitzt der DAKBT eine Monopolstellung für die Ausrichtung der KBT-Weiterbildung.

Der Verein richtet jährlich eine internationale KBT-Fachtagung aus, zu der KBT-Therapeuten aus Österreich, der Schweiz, aus Tschechien und Deutschland kommen.

Eine herausragende Bedeutung für die Implementierung der KBT im Forschungssektor kommt der Forschungsgruppe um Karin Schreiber-Willnow und Klaus Seidler zu. Jährlich organisiert sie eine Forschungswerkstatt, in der eine kritische Ausein-

andersetzung mit den Grundlagen der KBT erfolgt. Die Ergebnisse werden in der verbandseigenen Zeitschrift veröffentlicht.

Die KBT wird als körperpsychotherapeutisches Verfahren einzel- und gruppentherapeutisch in vielen Fachkrankenhäusern für psychiatrische und psychosomatische Rehabilitation sowie in ambulanten Praxen verschiedener Berufsdisziplinen kurativ und präventiv angewandt. Im klinischen Bereich unterstützt sie gemeinsam mit anderen kreativen, musik- und sporttherapeutischen Behandlungen die verbalen Psychotherapieverfahren. Die in Klinik und Praxis unterschiedlichen Diagnose-Schwerpunkte erfordern auch eine deutliche Anpassung der KBT-Behandlungsansätze, was sich in der Literatur z. B. von Evelyn Schmidt (2006) und Ulrike Schmitz (2004) deutlich widerspiegelt.

In den kommenden Jahren wird es um grundsätzliche Fragestellungen der Einordnung der KBT in der psychotherapeutischen Landschaft gehen. Wird sie eine Sektion im Gesamtbereich der Körperpsychotherapie werden und kann sie dabei ihre Eigenständigkeit, ihr Profil bewahren? Welche bildungspolitischen Wege müssen gegangen werden, um das Überleben zu sichern?

1.2 Meilensteine der ergotherapeutischen Geschichte

Die Ergotherapie hat in den letzten beiden Jahrzehnten einen großen Entwicklungsprozess durchlaufen. Die Professionalisierungsbemühungen um eine Anhebung des Bildungs- und Qualitätsniveaus sowie die Modernisierung der Ergotherapie führten zur Auseinandersetzung mit amerikanischen oder angelsächsischen Ergotherapie-Modellen und letztlich zu einem Paradigmenwechsel. Der bisherige Kernpunkt war die Entwicklung, Wiedererlangung oder Bewahrung von Selbstständigkeit im Alltag. Das Grundverständnis der deutschen ergotherapeutischen Profession basiert historisch u. a. auf folgenden Meilensteinen:

- Entwicklung der Arbeitstherapie in Psychiatrien (ca. 1920)
- Das englische Rote Kreuz initiierte eine beschäftigungstherapeutische Rehabilitation von Kriegsversehrten (1945) und begründete einen ersten schulischen Lehrgang für Beschäftigungstherapie (BT)
- Aufbau der ersten BT-Schulen und Entwicklung verschiedener beschäftigungstherapeutischer Fachbereiche in der Chirurgie, Orthopädie, Rheumatologie, Psychiatrie, Pädiatrie, Neurologie, Geriatrie von 1954–1976
- Gründung des Berufsverbandes 1954
- 1977 erstes bundesweit gültiges Gesetz über den Beruf des Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten
- 1978 leistungsrechtliche Anerkennung ambulanter beschäftigungs- und arbeitstherapeutischer Leistungen durch die Krankenkassen
- 1990 Aufnahme der „psychisch-funktionellen Behandlung“ in den Leistungskatalog
- 1996 Integration des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten in übergeordnete nationale Heilmittelverbände